

한국 아동 정신건강 현황과 정책과제

Korean children's mental health status and policy implications



강은정 한국보건사회연구원 부연구위원

입시 위주의 과도한 학업 등으로 아동의 정신건강문제는 증가하고 있다. 아동의 정신건강은 아동이 자신의 능력을 자각하고 스트레스를 적절히 대처할 수 있게 함으로써 사회에서 자신의 역할을 다 할 수 있도록 하게 만든다는 점에서 매우 중요하다.

현재 약 25%의 아동이 정서 혹은 행동상의 문제를 갖고 있는 것으로 추정된다. 그러나 정신건강과 관련 서비스에 대한 잘못된 인식, 서비스 공급체계의 미흡, 비용 등의 문제로 실제로 도움을 받는 아동의 비율은 매우 낮을 것으로 예상된다.

국가는 전국의 아동을 대상으로 아동의 정신건강문제의 실태와 서비스이용 실태, 그리고 관련된 위험요인과 보호요인에 관한 조사 및 감시체계를 구축할 필요가 있고, 기존의 정신보건센터를 통한 아동의 정신건강서비스에 대한 투자를 확대해야 할 것이다. 특히, 아동이 대부분의 시간을 보내는 학교를 기반으로 한 정신보건사업을 대폭 확대해야 할 것이며 이를 위해 정부의 관련부처, 지역사회 그리고 학부모의 협력이 요구된다.

1. 서론

아동은 우리가 생각하는 것보다 훨씬 더 많은 정신적인 문제를 갖고 있다. 미국에서는 약 20%의 아동들이 정신건강문제를 갖고 있으며, 약 10%는 심각한 정서 문제(serious emotional disturbance)를 갖고 있는 것으로 알려져 있다¹⁾. 우리나라도 최근에 서울시에서 아동 및 청소년

의 정신건강문제에 대한 역학조사가 이루어졌고 약 25%가 정신건강문제를 갖고 있는 것으로 나타나 사회에 충격을 주기도 하였다²⁾. 과도한 학업으로 인한 스트레스, 가정의 해체 등으로 인해 아동의 정신건강문제는 세계적으로 증가하는 추세에 있다.

정신건강은 신체건강과 함께 '건강'이라는 개념을 구성하는 한 요소이다. 세계보건기구는

현장에서 건강을 '신체적, 정신적, 사회적인 완전한 안녕을 의미하며, 단순히 질병이나 장애가 없는 상태가 아니다'라고 정의하고 있다³⁾. 세계보건기구는 또한 정신건강을 '개인이 자신의 능력을 자각하고 삶에서 일어나는 보통의 스트레스에 적응하며 생산적으로 일할 수 있음으로써 지역사회에 기여할 수 있는 안녕(well-being) 상태'라고 정의하고 있다⁴⁾. 이러한 정의는 전통적으로 정신질환의 유무로 정의하는 부정적인 정신건강의 정의와 대비된다. 정신건강에 대한 긍정적인 정의는 정신건강을 보다 넓게 해석하는 것이다: 그리하여 정신건강은 단순히 정신질환이 없는 상태가 아니라 개인의 안녕과 개인이 지역사회에서 효과적으로 기능하기 위한 기초라고 할 수 있다⁵⁾.

아동⁶⁾의 정신건강문제는 가정, 지역사회, 및 국가보건체계 등에 많은 비용을 요구할 수 있다. 아동의 정신건강문제를 적절하게 치료하지 않을 때는 학업 중지, 가정불화, 약물 중독, 폭력, 자살 등의 심각한 결과를 초래할 수 있기 때문이다. 특히 아동의 정신건강문제는 성인에게까지 영향을 미칠 수 있다는 점에서 특별한 관심이 요구된다. 영국의 한 연구에 의하면 10세 때의 품행장애(conduct disorder)를 치료하지 않을

경우 27세에는 약 £70,000(1억 3천여만원 상당)의 추가적인 비용이 발생하는데, 보건의료서비스에 대한 비용보다, 교육, 사회복지, 범죄 처벌에 대한 비용이 훨씬 더 컸다⁷⁾. 최근 미국의 버지니아공대에서 32명의 무고한 인명을 살상한 조승희가 어릴 때부터 정신적인 문제를 갖고 있었다는 점을 상기한다면 쉽게 이해할 수 있을 것이다. 이러한 관점에서 아동의 정신건강증진을 위한 투자는 비용-효과적일 가능성이 크다.

그러나 아동의 정신건강의 중요성에 비해 사회적인 관심은 아직 많이 부족한 실정이다. 이러한 현상은 비단 우리나라뿐만이 아니다. 미국의 경우 정신건강문제를 가진 아동의 약 절반만이 아무 종류의 치료라도 받고 있고, 20%만이 적절한 치료를 받고 있다고 한다. 세계보건기구는 연간 77%의 아동이 정신질환에 대한 치료를 받지 못하고 있다고 추산하고 있고 우리나라도 예외가 아니라고 예상된다⁸⁾.

본 연구에서는 아동의 정신건강의 주된 문제와 위험인자 및 관리체계 등 아동의 정신건강의 개요를 먼저 소개하고, 우리나라 아동의 정신건강의 현황을 분석하여 정책과제를 제안하고자 한다.

1) U.S. Department of Health and Human Services(1999). Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

2) 서울특별시·학교보건진흥원·서울대병원 소아정신과·서울시소아청소년광역정신보건센터, 2005년도 역학사업보고서-서울시 소아청소년 정신장애 유병률 조사.

3) WHO (2001). Basic documents, 43rd Edition. Geneva, World Health Organization:1.

4) WHO (2001). Strengthening mental health promotion. Geneva, World Health Organization (Fact sheet, No.220).

5) WHO (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva, World Health Organization.

6) 여기서는 별도로 정의하지 않는 한 청소년을 포함한 개념으로 사용하고자 한다.

7) Knapp MRJ, Almond S, Percudani M (1999). Costs of schizophrenia. In: Maj M, Sartorius N (eds.). Evidence and Experience in Psychiatry(Volume 1). London, John Wiley and Sons.

8) WHO (2003). Investing in mental health. Geneva, World Health Organization.

2. 아동 정신건강의 개요

1) 아동의 주요 정신건강문제

여기서는 청소년기 이전과 청소년기로 나누어 빈도가 비교적 높고 기능적으로 제한을 가져올 수 있는 정신건강문제를 살펴보고 각각의 특성과 이들을 치료하지 않았을 때 예상되는 결과를 중심으로 정리하였다.

아동기(만12세 미만)

- 학습장애: 학습장애는 지능지수 85이상으로 읽기, 쓰기, 산술 등의 표준화 점수가 또래에 비하여 -2표준편차 이하이거나, 지능지수와 기초학습기능검사의 백분위 점수간 편차가 -2표준편차 이상인 학생 중 읽기, 쓰기, 산술, 인지가 부족한 경우를 말한다⁹⁾. 과잉행동장애와 같이 나타나는 경우가 많다.
- 주의력결핍과잉행동장애(ADHD): 주의집중결핍, 과잉행동, 충동성이 특징인 주의력결핍과잉행동장애는 미국 아동의 3~5%가 가지고 있는 학령 전기 아동과 학령기 아동에서 흔한 문제이다. 조기에 치료하면 치료 성공률은 높은 편이지만 방치하면 경제활동의 어려움, 다른 정신질환 이환 가능성 증가, 약물 중독 등의 문제로

이어질 수 있다.

- 틱장애(뚜렛 증후군): 틱(Tic)은 아무런 목적 없이 갑작스럽게 빠르고 반복적이고 비의의적인 근육의 움직임 또는 소리 냐를 말한다. 틱장애는 약물치료 등 비교적 일반적인 방법으로 치료가 가능하다. 하지만 방치할 경우 사회적인 고립과 낙인을 초래할 수 있다.

청소년기(만12세~만18세)

- 우울 및 자살: 1960년대 중반까지도 정신분석학자들은 아동에서는 초자아의 발달이 충분히 이루어지지 않았기 때문에 초자와 자아의 갈등으로 유발되는 우울증이 존재할 수 없다고 보았다¹⁰⁾. 하지만 지금은 아동에서도 진단 가능한 문제로 인식되고 있다. 우울은 특히 물질 남용과 결합되면 자살 위험을 크게 높인다.
- 정신병(psychosis): 정신분열증, 약물 중독 등의 정신병은 조기에 치료하면 환자 본인, 가족, 사회의 부담을 크게 덜어줄 수 있다.
- 전반적 발달 장애(pervasive development disorder): 학습부진, 사회성 부족 등의 증상으로 나타나는 것으로서 교육, 재활, 사회복지서비스 등 다양한 부문이 개입하여 집중적인 재활이 필요한 문제이다.
- 불안장애: 불안장애는 다양한 종류의 증상

을 포함하는데 극단적 공포증, 공황장애 등이 예가 된다. 불안장애를 치료하지 않을 경우 심각한 사회적 고립과 직업상실을 경험할 수 있다. 불안장애로 학교생활이 불가능한 경우 전반적 발달 장애와 마찬가지로 다양한 부문의 개입이 요구된다.

- 품행장애/반사회적 인격: 품행장애의 진단은 문화적인 차이에 의해 영향을 많이 받는다. 즉, 각 사회에서 반사회적 행동이라고 인정되는 행동의 범위에 따라 결정된다. 한 번 진단받게 되면 예후가 좋지 않는데 이는 일부 자기충족적 예언(self-fulfilling prophecy)이 되기 때문인 것으로 해석된다. 치료를 위해서는 역시 광범위한 개입이 필요하다.
- 물질 남용(substance abuse): 청소년기에 물질 중독이 되는 경우는 드물지만 물질 남용은 흔하게 나타난다. 여기서 말하는 물질에는 담배, 술, 마약 등이 포함된다.
- 식사장애(eating disorder): 식사장애는 음식과 체중에 대한 극단적인 태도로서 거식증(anorexia nervosa), 과식증(bulimia nervosa), 대식(binge eating)을 포함한다. 식이장애는 어지럼, 구토, 생리주기의 변화, 모발 및 피부 건조, 심지어 골다공증 등 여러 가지 건강상의 문제를 야기할 수 있다. 또한 이러한 문제를 가진 청소년들은 학교, 친구, 다른 사회 활동에 중요성을 덜 느끼게 되는 정신적인 문제도 초래한다. 미국의 경우 젊은 여성의 5%가 식이장애를 갖고 있으며 이중 대다수는 20대 이전에

이미 식이장애가 시작된다고 한다.

2) 아동 정신건강의 위험인자(risk factors) 및 보호인자(protecting factors)

아동의 정신건강문제는 조기에 발견하여 적절하게 치료할 필요가 있음은 물론이고, 문제가 발생하기 전에 예방할 수 있다면 그것이 더욱 바람직한 접근방법이 될 것이다. 정신건강문제의 예방을 위해서는 위험인자는 제거하고 보호인자는 장려하는 것이 효과적인 전략이 될 수 있다. 위험인자와 보호인자는 성, 연령, 문화 등의 특성에 따라 다를 수 있다는 것을 염두에 두고 여기서는 공통적으로 적용될 수 있는 요인들을 개인, 가족, 그리고 지역사회 및 사회 차원으로 나누어 소개하고자 한다(표 1).

아동의 정신건강문제의 위험인자로 알려져 있는 개인적 요인으로는 유전적 요인, 성, 저체중 출생, 언어장애, 만성질환, 낮은 지능과 같은 생물학적인 요인 외에 아동 학대 혹은 방임과 같은 환경적 요인도 포함된다. 유전적인 요인 등 생물학적 요인이 비교적 크게 영향을 미치는 문제들에는 전반적 발달장애, 자폐증, 정신분열증, 양극장애, 그리고 주의력결핍과잉행동장애 등을 들 수 있다.

사회심리적 요인들 중 부모의 불화, 부모의 정신질환 혹은 범죄, 대가족 등은 특히 부모의 사랑을 받지 못하는 환경 속에서 품행장애와 반사회적 행동 장애를 가진 아동을 만들 수 있다. 빈곤은 직접적으로 아동의 정신건강문제를 야

9) 특수교육진흥법 (1994).

10) 조성진·전흥진·김무진·김장규·김선옥·류인규·조맹제(2001). 『한국 일 도시지역 청소년의 우울 증상 유병률과 관련요인에 대한 연구』, 『정신신경의학』;40(4):627~639.

기한다기보다는 부모의 정신 및 행동에 문제가 있을 가능성과 아동 학대를 증가시킬 수 있다는 점에서 간접적으로 영향을 미친다. 또한 빈곤은 부모의 우울증을 증가시키고 부모의 이러한 정신적인 문제는 아동에 대한 바람직하지 못한 양육태도를 통해 아동의 정신 및 행동의 문제를 일으킬 위험을 높인다.

한편 긍정적인 기질, 사회적 역량, 신앙 등의 개인적인 특성과 부모 및 형제자매와의 상호 지지적 관계, 부모의 적절한 규율 등은 아동의 정신건강문제를 예방할 수 있다. 사회적으로는 아

동이 학교생활에 몰두할 수 있을 때, 사회적 연대감이 높을 때, 또한 필요한 보건 및 복지서비스가 제공될 때 효과적으로 아동의 정신건강문제를 예방할 수 있다.

3. 아동 정신건강의 현황

1) 정신질환 추이

아동 정신질환의 추이는 문제의 양상을 파

악하는데 기본적인 정보가 될 수 있다. 현재 우리나라에서 아동의 정신건강문제의 추이를 볼 수 있는 아마도 유일한 자료는 건강보험자료 일 것이다. 하지만 정신질환자의 의료이용율이 매우 낮은 점, 또한 최근 들어 아동을 위한 정신과 의료시설이 증가로 질병의 발견 비율이 이전보다 더 높아진 점 등의 한계를 염두에 둘 필요는 있다.

[그림 1~4]는 2002년부터 2005년까지 건강보험 가입 아동 1,000명당 정신질환 실인원수를 나타낸 것이다¹¹⁾. [그림 1]은 모든 종류의 정신질환을 합한 유병률의 추이를 나타내는데 10세 미만과 10세 이상 모두에서 증가하는 추이를 보여준다. [그림 2~4]는 유병률이 비교적 높은

정신질환의 유병률 추이를 나타내는데 모두 증가하는 추세를 보여준다. 여기서 눈에 띄는 것은 10세 이상의 청소년이 포함된 연령층에서의 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애(그림 3)와 기분(정동성) 장애(그림 4)가 급속히 증가하는 추세를 보인다는 점이다. [그림 3]에 포함된 질환에는 불안, 강박, 심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애 등이고, [그림 4]에 포함된 질환으로는 조증(manic episode), 양극성 행동장애, 우울, 기분장애 등이다. 또한 2001년부터 2005년 사이의 청소년의 자살 추이도 증가하는 양상을 보여 주어(그림 5) 아동의 정신건강문제는 최근에 전반적으로 늘어나고 있음을 알 수 있다.

표 1. 아동 정신건강문제의 위험인자와 보호인자

	위험인자	보호인자
개인	유전적 요인 성 저체중 출생 언어장애 만성적인 신체질환 낮은 지능 아동 학대 혹은 방임	긍정적인 기질 높은 지능 사회적 역량(competence) 신앙
가족	심각한 결혼생활의 불화 낮은 사회경제적 수준 대규모 가족 아버지의 범죄 어머니의 정신질환 foster care 입소	소규모 가족 부모와의 상호 지지적 관계 형제자매와의 우호적 관계 부모의 적절한 규율과 감독
지역사회 및 사회	폭력 빈곤 지역사회 해체 부적절한 학교 차별	성실한 학교생활 보건 및 복지서비스 제공 사회적 연대

자료: U.S. Department of Health and Human Services (1999). Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, M.D.: U.S. Department of Health and Human Services.

그림 1. 아동의 정신건강문제(전체) 추이

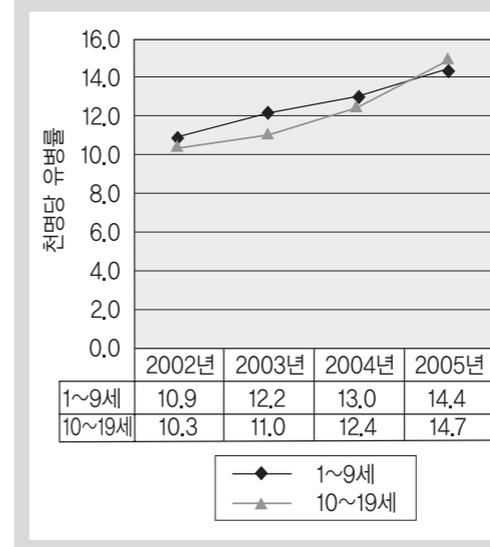
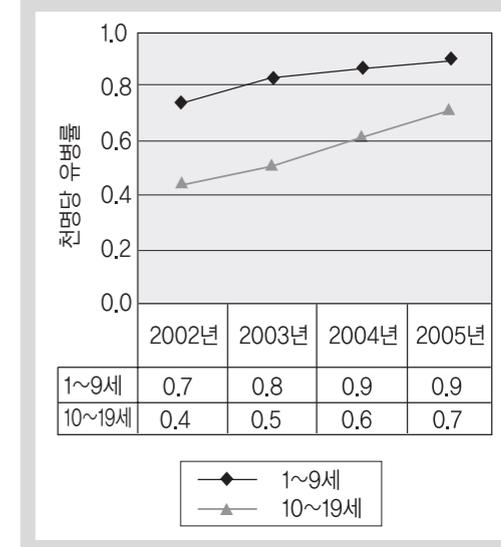


그림 2. 아동의 정신발육지체 추이



11) 자료: 2002년~2005년 건강보험 통계연보.

그림 3. 아동의 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애 추이

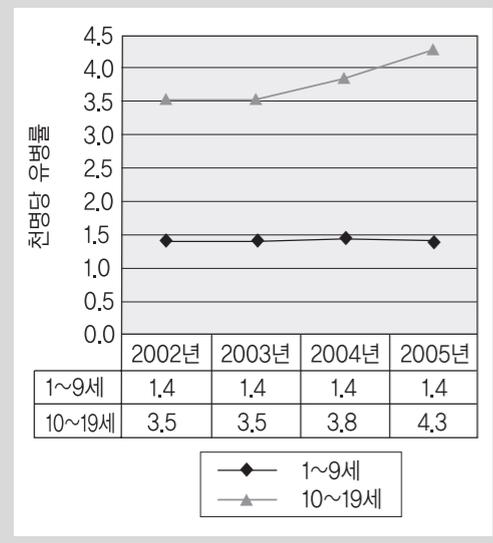


그림 4. 아동의 기분(정동성) 장애 추이

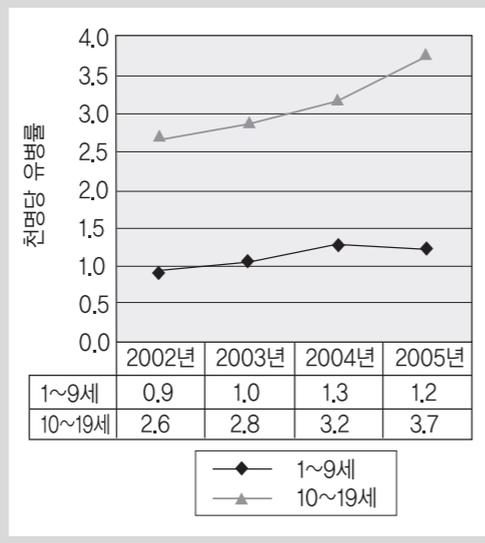
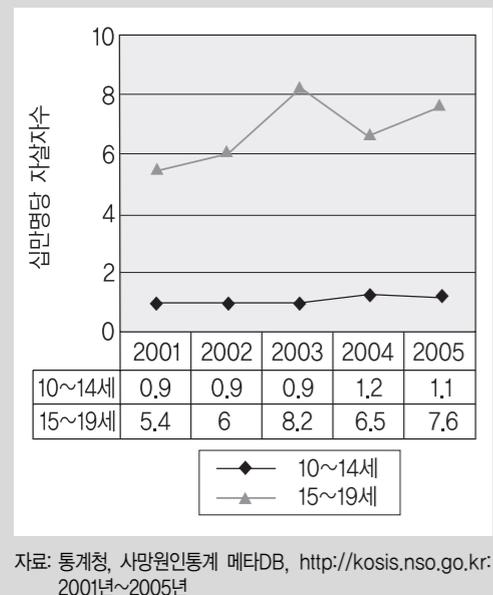


그림 5. 청소년의 자살 추이(십만명당 자살자 수): 2001년~2005년



자료: 통계청, 사망원인통계 메타DB, <http://kosis.nso.go.kr>, 2001년~2005년

2) 아동 정신건강에 관한 조사 결과

서울시에서는 2005년에 서울지역의 초등학교 1학년에서 고등학교 2학년 학생과 부모를 대상으로 Diagnostic Predictive Scales 부모용(DPS)과 Diagnostic Interview Schedule for Children(DISC)을 사용하여 아동의 정신질환 실태를 조사하였다¹²⁾. 또한 아동의 우울증상의 유병률을 파악하기 위하여 아동에게 Child Depression Index(CDI)와 Beck Depression Inventory(BDI)를 사용하였다. 조사 결과 25.7%가 주의력결핍행동장애, 적대적 반항장애, 품행장애와 같은 행동장애를 갖고 있었고, 23.0%는 특정공포증, 사회공포증과 같은 불안장애를 갖

고 있는 것으로 나타났다.

개별 문제로 보면 특정공포증(15.6%), 주의력결핍과잉행동장애(13.3%), 적대적 반항장애(11.3%), 틱장애(3.9%), 사회공포증(2.5%)이 가장 높은 유병률을 나타내었다. 특정공포증은 학업이나 사회생활에 큰 어려움을 주지 않으므로 크게 염려할 것은 아니지만, 주의력결핍과잉행동장애와 적대적 반항장애 등 나머지 질환들은 개입이 우선적으로 필요한 질환들이다. 우울증상의 유병률은 아동 자신이 보고한 바에 의하면 7.4%였으나 DISC로 평가한 부모의 보고는 0.9%에 불과하여 큰 차이를 나타내었다. 이것은 우울과 같은 내재적인 문제(internalized problems)에 대해서 부모들이 잘 인식하고 있지 못하고 있을 가능성을 보여주므로 아동의 내재적인 문제의 파악에 가정과 사회가 적극적으로 노력해야 할 것이다.

전국의 아동을 대상으로 정신건강에 관한 조사를 한 것은 1995년 <국민건강 및 보건의식행태조사>이다¹³⁾. CES-D로 우울증상을 조사한 결과 15~22세의 청소년층의 13.9%가 우울증상을 갖고 있었는데, 이는 20~59세의 8.7%, 60~69세의 9.4%보다 더 높은 수치였다.

1998년부터 실시된 <국민건강영양조사>에서도 아동의 정신건강과 관련된 항목을 조사해 왔다. 2005년 조사에서는 처음으로 아동의 '감정, 집중력, 행동' 면에서 문제가 있는지를 아동

의 보호자에게 질문하여 7.5%의 아동(4~17세)이 문제가 있는 것으로 조사되었다. 이것은 같은 연령대의 미국 아동의 20.8%보다는 훨씬 낮은 것이지만 아동의 정신건강에 대한 인식이 점차 확대되면서 그 비율도 증가할 것으로 예상된다. 15~18세 청소년의 14.8%가 지난 1년간 2주간 연속적으로 일상생활에 지장을 줄 정도의 우울감을 경험하였고, 15.0%는 1번 이상 자살을 생각해 본 적이 있는 것으로 나타났다. 청소년(12~18세)의 스트레스 원인으로는 단연 학업문제가 가장 많았다. 특히 1998년과 비교하였을 때 학업이 스트레스의 주된 원인이라고 응답한 청소년의 비율이 57.1%에서 2005년에는 67.0%로 증가하였다는 사실은 시사하는 바가 크다¹⁴⁾.

3) 아동 정신건강 관리체계

국가는 2002년부터 국민건강증진기금을 재원으로 정신보건센터를 통해 아동청소년 정신보건사업을 실행해 오고 있다. 2002년에 16개 센터로 시작하여 2004년에 24개, 2005년에는 31개소로 확대되면서 선별검사아동의 수, 등록관리 대상자 수, 사례관리 건수, 집단 프로그램 참여자 수, 지역사회 연계처리 건수, 일반상담, 교육훈련 등이 꾸준히 늘고 있다¹⁵⁾. 아동청소년 정신보건사업은 정신질환자의 등록관리보다는

13) 남정자·조맹제·최은진 (1996), 『한국인의 건강수준에 미치는 영향분석』, 한국보건사회연구원.

14) 강은정·최은진·김나연·박미형·이난희 (2006), 『국민건강영양조사 제3기(2005)-아동 및 청소년의 건강수준 및 보건의식행태』, 보건복지부·한국보건사회연구원.

12) 서울특별시·학교보건진흥원·서울대병원 소아정신과·서울시소아청소년광역정신보건센터, 전계서.

정신건강 상태검사를 통한 조기발견, 교사 및 학부모, 지역주민 교육, 홍보사업 등이 주요사업이다. 이 밖에도 정신건강 위험군 혹은 정신질환군 아동청소년을 대상으로 한 치료와 재활, 사례관리, 지역사회 정신건강관련 자원의 파악 및 협력체계 구축 등의 사업들을 제공하고 있다.

하지만 아직 정신보건센터를 통한 포괄적인 서비스를 제공받는 아동의 수는 극히 제한적이다. 2006년에 모두 25,049명의 아동을 대상으로 정신건강평가를 실시하였고, 아동청소년 정신보건사업에 등록된 아동의 수는 3,294명에 불과하였다¹⁵⁾. 등록 연령의 분포는 초등학교 고학년에서 중학교 2학년이 가장 많아 학령전기 아동에 대한 조기개입은 매우 부족한 실정이다. 의료급여대상자의 비율이 20.9%로 우리나라 전체 의료급여 대상자 비율 3%보다 훨씬 많아 저소득계층 아동이 많았다. 사례관리는 연인원 8,430명에게 제공되었는데 가정방문을 통한 서비스는 적었고 학교방문과 전화를 통한 관리가 많았다.

4. 정책과제

1) 패러다임의 전환: 정신건강의 보건학적 접근(public health approach)

서론에서 언급한 바와 같이 정신건강을 정신질환이 없는 상태로 정의하는 의학적 모형에서는 정신질환의 진단과 치료, 질병의 원인의 발견에 중점을 두게 된다. 하지만 이런 접근방법으로는 가장 심각한 질환을 가진 개인에게 초점을 맞추게 되며 현재는 증상이 경미하거나 없지만 상황에 따라서는 정신건강문제를 가질 수 있는 다수의 개인들은 배제된다. 또한 정신질환자들과 가족 등의 역량을 강화함으로써 질병을 가지고서도 정상적으로 사회생활을 유지할 수 있도록 하는 데는 한계가 있다.

그리하여 세계보건기구 등 선진국들은 정신건강의 증진, 정신질환 및 행동장애의 예방 등 보건학적 접근을 주창하고 있다. 보건학적 접근은 전통적인 의학적 모델에서 강조하는 진단, 치료, 원인 발견뿐만 아니라 질병 감시(surveillance), 건강증진, 예방, 적절한 서비스의 제공, 서비스의 평가 등의 영역도 중요하게 다룬다. 정신건강문제가 발생하기 전에 예방하는 것이 더 낫다고 하는 것이 보건학적 접근의 기본 전제라고 할 수 있다. 또한 보건학적 접근은 질병을 가진 환자 중심의 접근이라기보다는 인

구집단 중심(population-based)의 접근이다. <표 2>는 정신건강의 보건학적 접근의 요소들과 각 요소와 관련된 정책적 전략을 보여준다. 문제해결은 문제가 무엇인지를 분명히 아는 것으로부터 출발하여야 한다. 우리나라는 현재 2001년에 전국의 18세 이상 성인을 대상으로 하는 <정신질환실태조사>가 실시되어 성인의 정신질환의 종류 및 규모, 위험요인, 의료이용 실태 등이 파악되었다. 하지만 아동을 대상으로 하는 전국 규모의 조사는 없는 상황이어서 조속한 대책이 요구된다. 문제의 양상이 대체로 파악이 된 뒤에는 각각의 정신건강문제의 위험요인과 보호요인을 발견하는 것이 중요하다. 이것은 횡단면적인 조사로는 파악하는데 한계가 있으므로 아동의 코호트를 구성하여 추후조사를 할 필요가 있다. 그런 다음 아동의 정신건강문제에 대한 대책은 이와 같은 명확한 문제에 대한 지식을 바탕으로 마련되어야 할 것이다. 그리고 효과적인 프로그램에 대해서는 널리 알려

서 표준화되고 근거중심의 사업들이 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

2) 조기개입을 통한 아동의 정신건강문제의 예방

성인의 정신건강문제는 아동 시기에 시작된 것이 많기 때문에 조기개입을 통한 아동의 정신건강문제를 예방하는 것은 매우 중요하다. 조기개입에 드는 비용이 있겠지만 앞으로 일어날 문제를 예방함으로써 미래에 발생할 비용을 줄일 수 있다면 사회적으로 비용을 절감할 수 있다.

앞서 아동의 정신건강문제의 위험요인과 보호요인을 개인, 가족, 사회 수준에서 검토한 결과 개인의 생물학적인 특성부터 아동을 둘러싼 심리적, 사회경제적, 제도적 환경이 아동의 정신건강을 결정함을 알 수 있었다. 따라서 예방도 이러한 특성을 고려하여 보건의료, 보육, 학교, 복지 등 다양한 제도가 협력할 때 가능할 수

표 2. 정신건강의 보건학적 접근의 요소와 정책적 전략

보건학적 접근의 요소	내 용	관련된 정책
1. 문제의 정의	정신건강의 문제의 특성과 발생 및 유병에 관한 추이 분석	아동 정신건강문제에 대한 인구집단을 대상으로 한 감시체계 구축
2. 잠정적 원인 확인	정의된 정신건강문제와 관련된 위험요인과 보호요인의 분석	역학조사
3. 개입	위험요인은 줄이고 보호요인은 강화하는 개입을 구상하고 전달하며 효과성에 대해 평가	프로그램 개발, 전달체계 구축, 평가
4. 교육 및 홍보	성공적인 개입 모형을 대중에게 교육하고 알림	해당 인구집단에 대한 교육 및 홍보

15) 서동우·조맹제·김윤희·김진학·김광기 등 (2006), 『2006년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, 보건복지부·한국보건사회연구원.
16) 서동우 등 (2006). 전거서.

있다.

우리나라에서도 올해 16개 지역에서 ‘희망 스타트’를 시범사업을 통해 취약지역의 12세 이하 아동을 위한 보건, 보육, 복지의 통합서비스를 제공하고 있다. 이 제도가 아동의 정신건강의 예방과 조기개입을 위해 효과적인 사업으로 정착하고 발전하기를 기대하며 참고할 만한 미국의 몇 가지 예방 프로그램을 소개하고자 한다.

학령전기 아동(preschool children)의 정신건강 예방 프로그램으로 가장 대표적인 것은 아마도 Head Start일 것이다. 미국은 1965년부터 경제적 취약계층의 학령전기 아동의 사회적 역량을 강화하기 위하여 사회, 보건, 교육서비스를 통합적으로 제공해왔다. 이 프로그램은 아동의 인지적 발달보다는 포괄관계 향상, 결석예방, 반사회적 행동 예방 등 사회적 역량을 강화하는데 효과가 있는 것으로 평가되고 있다¹⁷⁾.

엘미라 태아/유아 프로젝트(Elmira Prenatal/Early Infancy Project)는 취약계층의 편모 혹은 편부를 가지고 있거나 어머니의 연령이 어린 태아/유아 및 그의 어머니를 대상으로 다양한 사회, 보건, 정신건강 문제를 예방하고자 한 프로그램이다. 모두 네 개의 집단으로 나누어 첫 번째 집단은 발달상황을 스크리닝만 하였고, 두

번째 집단은 발달상황 스크리닝과 더불어 교통비를 무료로 지원하였고, 세 번째 집단은 여기에 임신 중 2주마다 한 번씩 간호사의 가정방문 서비스를 제공했으며, 네 번째 집단은 이 모든 서비스에 유아가 만2세가 될 때까지 지속적으로 간호사가 방문을 하였다. 15년이 흐른 뒤의 결과는 놀랍게도 태아와 유아기 때에 지속적인 관리를 받은 아동은 가출, 범죄, 흡연, 음주, 행동 문제 등의 문제가 다른 집단에 비해 적었고, 학대나 방임을 경험하는 비율도 낮았다¹⁸⁾.

학교를 기반으로 한 아동의 정신건강문제의 예방 프로그램으로는 일차정신건강 프로젝트(Primary Mental Health Project: PMHP)가 있다. 벌써 50년 가까이 역사를 가진 이 프로그램은 아동의 학교 적응 문제를 조기발견하고 예방하고자 하는 목적을 갖고 있다. 이 프로그램의 특징은 객관적인 스크리닝을 통하여 아동의 욕구를 조기에 발견한다는 것과 더불어 비전문직으로서 조심스럽게 선택되고 훈련받고, 또한 감독을 받는 도우미(child associates)를 두어 아동을 보살피고 신뢰를 주고받는 관계를 형성한다는 것이다. 이 도우미는 학교와 부모, 아동을 연결하는 조정자의 역할을 하게 된다. 이 프로그램도 매우 성공적인 것으로 평가받아 7개 주에서는 법으로 지정되어 수행되고 있다¹⁹⁾.

3) 아동의 정신건강서비스 전달체계

아동의 정신건강서비스 있어서의 문제는 무엇보다도 낮은 서비스이용률이라고 할 수 있다. 우리나라는 정확한 실태가 아직 파악되고 있지 않지만 미국의 경험에 의하면 정신건강서비스가 필요한 아동의 약 70%가 아무 서비스를 받지 않고 있고 심각한 정서 문제(serious emotional disturbance: SED)를 가진 아동의 20%만이 적절한 서비스를 받고 있다²⁰⁾.

이와 같이 서비스이용률이 낮은 이유로는 잘못된 인식이 큰 비중을 차지하고 있다. 즉, 치료가 불필요하다는 생각, 또는 치료가 너무 지나치다는 생각, 정신질환 치료에 따르는 오명(stigma), 정신건강서비스에 대한 반감 등이 그것이다. 이와 더불어 서비스에 대한 불만족, 높은 서비스의 비용도 아동이 적절한 정신건강서비스를 받지 못하는 원인이다.

아동의 정신건강서비스 전달체계는 아동의 정신건강을 결정하는 환경들이 다양하기 때문에 서비스 전달체계가 분절적이 될 가능성이 매우 높다. 즉, 학교, 정신보건, 아동복지, 형사 등의 각 제도 내에서 아동의 정신건강문제를 부분적으로 다루고 있기 때문이다. 미국의 ‘System of care²¹⁾’ 처럼 지역사회 중심의 다양한 부문들의 서비스를 통합, 조정하는 프로그램을 개발하

는 것이 중요하다. 이와 함께 우리나라는 각 부문의 서비스전달 역량을 키우는 것도 중요하다. 특히 아동이 대부분의 시간을 보내는 학교는 아동의 정신건강서비스를 전달할 수 있는 가장 효율적인 장소가 될 수 있다. 학교에서 직접 아동의 정신건강 욕구를 평가하고 적절한 서비스를 제공할 수도 있고, 다른 장소에서의 서비스로 연결시켜주는 통로로 사용될 수도 있을 것이다.

우리나라는 아동의 정신건강 부문의 욕구 조사와 함께 우선 각 부문에서 제공되고 있는 아동에 대한 정신건강서비스의 현황에 대한 자료 수집이 시급하다. 즉, 학교, 정신보건 의료기관, 아동복지체계, 법체계 내에서의 정신보건서비스를 어느 정도 제공하고 있는지와 재정은 어떤 구성으로 이루어져 있는지 등의 정보가 있어야 효율적인 서비스 전달체계를 구상할 수 있을 것이다.

5. 결 론

가정의 해체와 사회적 지지구조의 약화와 더불어 입시 위주의 과도한 학업은 우리의 아이들의 정신을 병들게 하고 있다. 정신건강의 문제를 가진 많은 수의 아동이 제도 내에서 도움을 받지 못하고 있지만 건강보험 자료에 의하면 문

17) Berrento-Clement, J.R., Schweinhart, L.J., Barnett, W.S., Epstein, A.S., & Weikart, D.P. (1984). Changed lives: The effects of the Perry Preschool Program on youths through age 19. Ypsilanti, MI: The High/Scope Press.
 18) Olds, D., Henderson, C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P., & Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15 year follow-up of a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 280, 1238~1244.
 19) Department of Health and Human Services (1999), 전계서.

20) Burns, B.J., Costello, E.J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E.M.Z., & Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. Health Affairs, 14, 147~159.
 21) Stroul, B.A., & Friedman, R.M. (1986). A system of care for seriously emotionally disturbed children and youth. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.

제의 규모는 증가하는 추세를 보였다. 그럼에도 불구하고 아동의 정신건강문제는 보건의료 부문에서도 최근 들어서야 관심을 갖게 된 분야이다. 우리 사회가 정신건강을 위중한 문제가 나타난 정신질환자에게만 개입의 초점을 계속 맞춘다면 아동의 정신건강문제는 앞으로도 상당히 오랜 동안 우선순위에서 밀려날 가능성이 있다. 세계보건기구에서 말하는 긍정적인 정신건강의 개념, 즉 자신의 능력을 자각하고 스트레스를 적절히 대처할 수 있게 함으로써 사회에서 자신의 역할을 다 할 수 있도록 하는 아동으로 우리 사회가 키우고자 하는 노력이 필요하다. 올해부터 실시된 '희망스타트'는 이러한 노력의 일환으로 여겨지며 학교를 비롯한 지역사회

자원의 협력으로 단절 없는 서비스가 앞으로도 지속적으로 제공될 수 있기를 바란다.

전국의 아동을 대상으로 아동의 정신건강문제의 실태와 서비스이용 실태, 그리고 관련된 위험요인과 보호요인에 관한 조사 및 감시체계가 구축되어야 할 것이며, 기존의 아동의 정신건강을 위한 서비스에 대한 투자가 확대되어야 할 것이다. 특히, 아동이 대부분의 시간을 보내는 학교를 기반으로 한 아동청소년의 정신보건 사업을 대폭 확대해야 할 것이며 고위험군 아동을 선별하여 이들에 대한 서비스를 우선적으로 제공하는 것이 효율적일 것이다. 이를 위해 교육부와 보건복지부, 지역사회 그리고 학부모의 협력이 요구된다. 