

청소년 정신건강 지원 및 연계체계 개선방안

Service System Development for Adolescent Mental Health

최은진 한국보건사회연구원 연구위원

청소년의 정신건강문제는 사회경제적 영향과 복합적으로 작용하여 건강한 성장을 저해하고 있다. 우리나라 청소년기의 자살생각 및 우울감이 높고 자살사망률을 낮춘 데 비해 20~29세 청년기에는 우울감 및 자살생각이 낮지만 자살 사망률은 급증하는 것으로 나타나고 있다. 특히 최근 성인기 자살사망률은 전혀 감소하지 않는 경향이 있어 심각한 상황임을 알 수 있다. 청소년 정신건강지원 위한 서비스제공자, 서비스이용자 대상 집단별로 포커스그룹인터뷰 회의를 실시한 결과를 분석하였다. 대체로 부모와 함께 상담관리를 받는 아이들의 성취도는 높다. 그러나 부모의 상담에 대한 낮은 인식도, 아이관찰 및 통찰력에 관한 부모교육의 비활성화, 이혼가정의 증가로 인해, 부모의 동의를 얻어 상담을 받아야 하는 청소년의 경우 지속적 상담과 관리의 어려움이 있다. 정신적 문제의 조기발견 및 의뢰 시기는 부모의 인지와 도움을 찾는 행위정도에 따라 다른 것으로 나타났고, 학교나 지역사회의 지원은 부족한 것으로 나타났다. 고위험 아동청소년들에 대하여 선제적으로 서비스를 제공하는 지속가능한 지원시스템이 학교와 지역사회에 마련되어야 할 것으로 전망된다.

1. 서론

청소년¹⁾의 정신건강문제가 폭력이나 의도적 손상, 자살 등의 결과로 나타나면서 더욱 부각되고 있다.²⁾ 대표적인 청소년 정신건강의 위기를 가름하는 문제는 불안, 우울, 주의력, 공격성, 자살, 중독 등 심리적 문제들이 있고, 이러한 요인에 영향을 주는 요소는 가족구조, 경제적 수준, 부모의 정신병리, 학교의 또래와의 관계, 교

사와의 관계 등 다양한 요인들이 있다.³⁾ 정신건강의 문제는 조기에 발견하여 치료하는 것이 중요한 것은 재고의 여지가 없다. 한편 청소년기에는 정신건강을 증진하기 위한 긍정적인 요인을 개발하는 것도 중요하다. 청소년기는 신체적인 발육발달과 함께 정신적으로도 발달의 과정을 거치고 있기 때문에 성인기의 정신건강을 유지하기 위해서도 이 시기에 적절한 정책과 사업을 공급하는 것이 필요하다. 특히 일상생활에서

1) 청소년의 범위: 청소년기본법제3조에 의거 "9세 이상 24세 이하의 자"

2) Friis R, Stock S.(1998) Mental Health, Promoting Teen Health: linking schools, health organizations and community Edited by Alan Henderson and Sally Champlin, William Evashwick, Sage Publications: CA, USA.

3) 최인재, 모상현, 김지현(2011). 아동청소년정신건강증진을 위한 지원방안연구, 한국청소년정책연구원.

격계 되는 크고 작은 심리사회적 도전들이 인지적, 정신적, 행동적 건강을 저해하지 않도록 긍정적인 건강증진의 요소를 강화시켜 주기 위한 지원적 인프라와 서비스가 필요하다.

청소년기의 정신건강은 건강한 육아에서부터 시작되고, 가정에서 사회적 웰빙이 청소년기의 정서적 건강을 유지하게 하고 건강한 성인으로 자랄 수 있게 된다는 주장이 있다.⁴⁾ 세계보건기구의 아동기 정신건강서비스에 대한 권고사항에는 취약계층 임신부 대상 가정방문서비스 아동의 취학적 심리사회적 활동 및 영양관리, 아동발육발달체크프로그램, 소수민족 및 재난을 겪은 인구집단에 대한 심리사회적 개입, 학교정신건강증진사업, 주거환경개선사업, 지역사회의 폭력예방사업, 지역사회개발사업에 정신건강의 개선요소 포함 등이 있다.⁵⁾ 호주의 마음의 문제(Mindmatters) 프로그램은 세계보건기구의 건강증진학교 모델을 기초로 하여 학교 중심의 포괄적인 정신건강증진프로그램을 보급하는 사업이다. 학교에서 모든 교사가 학생정신건강증진에 참여하고 안전하고 지지적인 학습환경과 분위기를 제공하는 데 주력하는 모범적인 사업이다. 이러한 사업은 학생의 의사소통기술, 도움요청기술, 문제해결기술향상에 중점을 둔다. 즉 정신건강문제예방을 위한 잠재력 강화를 목표로 하는 것을 알 수 있다. 청소년기의 정신건강을 증진하기 위한 노력은 정부와 지역사회, 학교 등이 종합적으로 협력해야 한다. 본 고에

서는 청소년기의 정신건강 지원을 위한 지원과 연계를 중심으로 고찰하였다.

2. 청소년기 정신건강문제에 대한 대응체계 현황

1) 청소년의 우울과 자살의 특성

우리나라국민 15~19세의 자살사망률은 1990년 6.3명(10만명당)에서 2009년 10.7명, 2011년 8.9명 등으로 계속 증가해 왔다.⁶⁾ 전체 연령의 자살사망률 31명보다는 적으나 20세 이후 자살사망률이 급증하고 연령대별로 증가하는 양상을 보여 왔다. 질병관리본부의 2011년 청소년 건강행태조사결과에 의하면, 중고등학생의 스트레스인지율은 남자 35.8%, 여자 49.0%였고 고등학생 45.0%, 중학생 39.0% 등으로 학교급별 차이를 보였다. 2011년도의 우울감경험률⁷⁾은 남자 28.0%, 여자 38.2% 등이었고, 고등학생(35.5%)이 중학생(30.0%)보다 높은 것으로 조사되었다. 2011년도의 연간자살생각률은 남자 15.4%, 여자 24.3%였고, 고등학생 19.3%, 중학생 19.9% 등이었다. 미국의 청소년 건강위험행태조사에서 2011년 중고등학생의 자살생각률은 15.8%로 우리나라보다 낮았고, 감소추세에 있는 것으로 보고되었다.⁸⁾ 우리나라 중고등학생의 자살생각률은 높은 상태를 지

4) Buchanan, A. & Hudson, B.L.(2000). Promoting Children's Emotional Well-being. Oxford University Press.

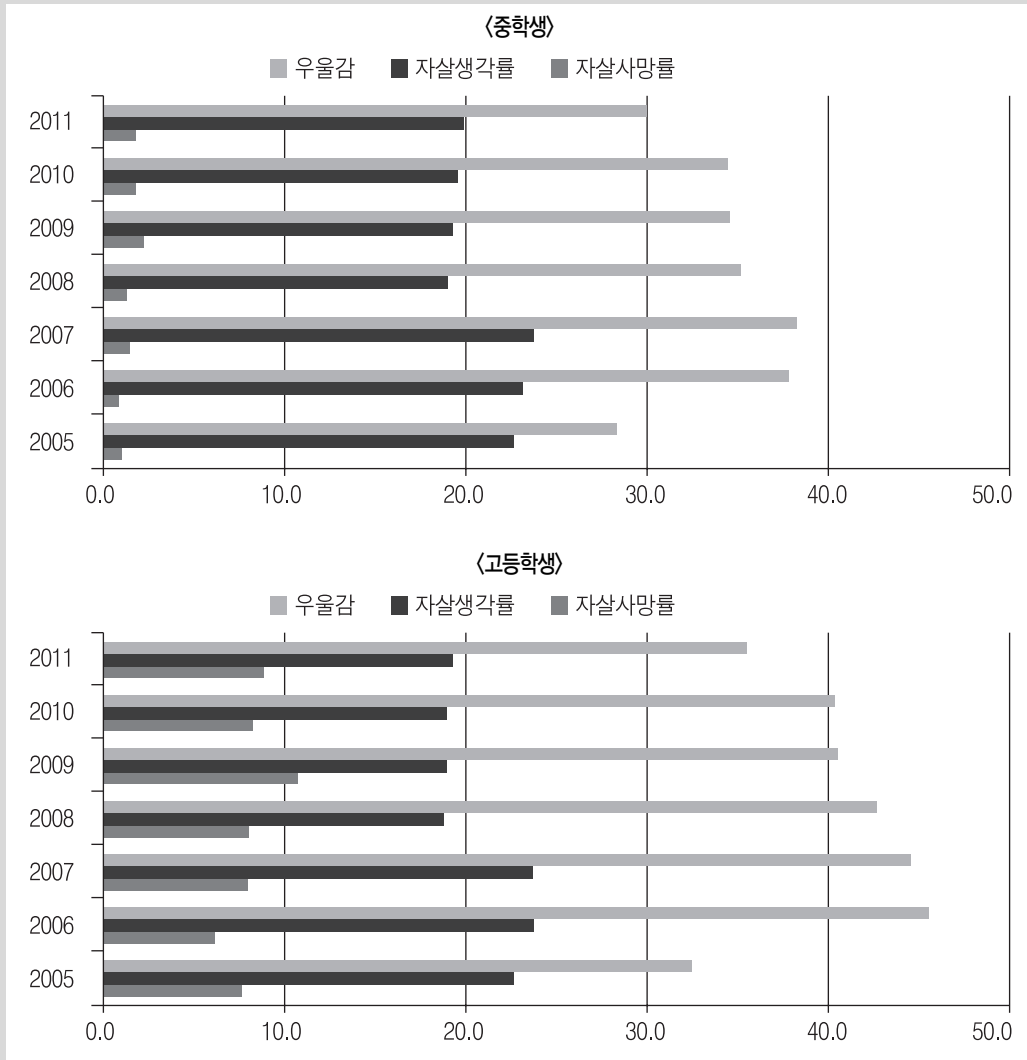
5) 자료원: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

6) 자료원: 통계청, '정진욱 등(2010). 의료인을 통한 자살예방체계구축방안연구, 보건복지부·한국보건사회연구원, p.32'에서 재인용.

7) 최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 경우

그림 1. 연도별 청소년 자살사망률 및 관련 요인

(단위: 인구 10만명당 사망률, %)



주: - 자살생각률: 최근 12개월 동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있는 사람의 비율
 - 우울감 경험률: 최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 비율
 - 스트레스인지율: 평상시 스트레스를 대단히 많이 또는 많이 느끼는 편인 사람의 비율

자료: 통계청 사망원인통계, 질병관리본부 청소년온라인건강행태조사 보고서, 질병관리본부 국민건강통계, 각 년도.

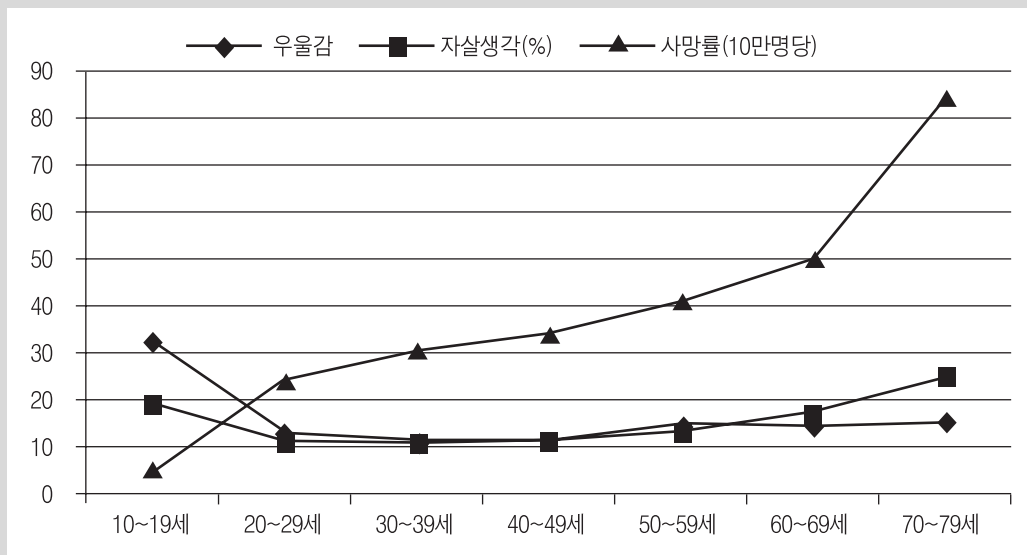
8) 자료원: 미국 질병통제센터 <http://www.cdc.gov/features/yrebs/>

속하는 것으로 나타나고 있다. 청소년기의 자살 생각 및 우울감이 높은 데 비해 20~29세 청년기에는 감소하는 경향이 있으나, 자살 사망률은 20대에서 급증하는 것으로 나타나고 있다. 연령별로 볼 때 우울감 및 자살생각률은 20세 이후 크게 증가하지 않으나 자살사망률은 연령증가와 더불어 지속적인 급증세를 보이고 있다. 따라서 자살 사망의 원인은 정신적 요인 외에도 다른 사회경제적 요인이 많은 영향을 주는 것으로 추정할 수 있다.

청소년의 정신건강문제는 사회경제적 영향과 복합적으로 작용하여 건강한 성장을 저해하

고 있다. 청소년시기에는 다양한 문제에 노출되어 있고, 특히 증가하는 해체가정 속에서 살면서 빈곤이나 정서적 방임을 경험하거나, 정신건강 면에서 인성교육의 부재로 인해 공격성, 폭력성, 불안, 우울 등을 경험하고 있다. 2002년에서 2005년까지 건강보험 가입 청소년의 정신질환 관련 진료가 증가한 것으로 분석된 바 있으며, 10세이상의 청소년층에서 신경증, 스트레스 관련 장애, 기분(정동)장애 등이 증가한 것으로 분석되었다.⁹⁾ 정신장애를 가진 경우 전통적인 정신보건 서비스 제도에서 한꺼번에 해결하기 힘든 다양한 문제와 욕구를 가지고 있는데, 다

그림 2. 자살사망 및 관련요인의 연령별 변화동향(2011년 기준)



- 우울감 경험률: 최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 비율
 자살생각률: 최근 12개월 동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있는 사람의 비율
 우울감 및 자살생각률통계 10~19세는 중고생, 70~79세는 70세 이상의 비율임.
 자료: 통계청 사망원인통계, 2011; 질병관리본부 2011년 국민건강통계, 질병관리본부 2011년 청소년온라인건강행태조사 보고서.

9) 강은정(2007). 한국아동정신건강현황과 정책과제, 보건복지포럼, 128호, 한국보건사회연구원, pp.60~72.

체계적인 접근(의료, 정신보건, 교육 및 상담, 특수교육, 때로는 소년 법원의 교정서비스 등)을 요하는 특성이 있다.

2) 우리나라 청소년 정신건강지원 서비스의 체계

2011년말 현재 소아청소년에 대해 국비지원 정신보건사업을 선택적으로 수행하는 정신보건센터는 42개소, 지방비 지원 수행센터는 8개소, 필수사업장은 5개소 정도로 매우 제한적이다. 서울광역정신보건센터 산하 아이존과 같은 주간 집중치료기관의 설치 운영, 적극적 예방 및 관리전략의 일환으로 최근 확대 시행되는 학교중심의 지원사업이 있다.¹⁰⁾

여성가족부 산하의 한국청소년상담복지개발원중심의 위기청소년통합지원체계는 전국적인 망을 가지고 있어 접근성이 높지만, 위기청소년을 중심으로 대상이 한정된다. 한국청소년상담복지개발원의 온라인 서비스는 인터넷을 통하여 청소년들이 직접 접근할 수 있는 장점이 있다. 온라인 서비스의 특성상 지속적인 서비스, 오프라인 서비스 연계 등이 어려운 것은 단점이라고 할 수 있으나 청소년의 접근도가 높은 서비스라고 할 수 있다. 아동폭력피해 대상자를 주 대상으로 하는 해바라기아동센터는 피해아동에 대하여 포괄적인 서비스를 제공하는 체계를 가지고 있다. 의료·심리지원(정신과, 산부인과, 외과 등의 진료, 약물 및 입원치료, 심리평가 및 치료), 상담지원(개인 및 부모,

가족, 집단상담프로그램), 수사 및 법률지원(수사 및 소송지원, 증거물 채취, 법률자문상담, 진술녹화 등), 사회적 지원(성폭력예방교육, 부모교육 및 자조모임, 지역사회 관련기관 연계 등)을 포함한다.

보건복지부 산하의 드림스타트센터는 우리나라 저소득 가정 임신부 및 0~12세 아동·청소년들을 대상으로 복지서비스를 중심으로 제공한다. 2007년 16개소로 시작하여 2011년에는 131개소로 증가하였다. 지역아동센터에서도 다양한 정서적인 서비스를 제공하고 있고 이용아동이 해마다 증가하고 있다. 아동센터는 초등학생이 주로 많이 이용하는 기관이다. 지역의 아동·청소년 정신건강센터는 중앙정신보건사업지원단에 의하여 표준화된 사업모형을 가지고 사업을 실시하고 있으며, 교육과학기술부에서 지정된 학교 4,252개교 학교 및 기타 학교에서 의뢰된 학생, 지역 복지시설 및 관련 기관에서 의뢰된 청소년의 등록과 관리를 담당하고 있다. 아동·청소년 정신건강센터는 일반상담을 포함하여 심층평가, 교육실시, 집단프로그램실시, 지역 병의원에 의뢰, 홍보행사실시 등을 담당하고 있다. 우수프로그램의 공통된 특징은 학부모, 교사 대상 교육훈련 프로그램을 실시하고 있다는 점이다. 지역 내 관련 병원, 기관과 서비스를 연계하고, 운영위원회를 활성화하는 데 노력하는 것도 공통적인 점이라고 할 수 있다.

Wee 사업은 아직은 전국적인 공급은 적은 상황이지만, 체계적인 서비스를 위한 구조를 갖추고 있는 것으로 보여진다. 그러나 학교의

10) 보건복지부(2012). 2011 보건복지백서.

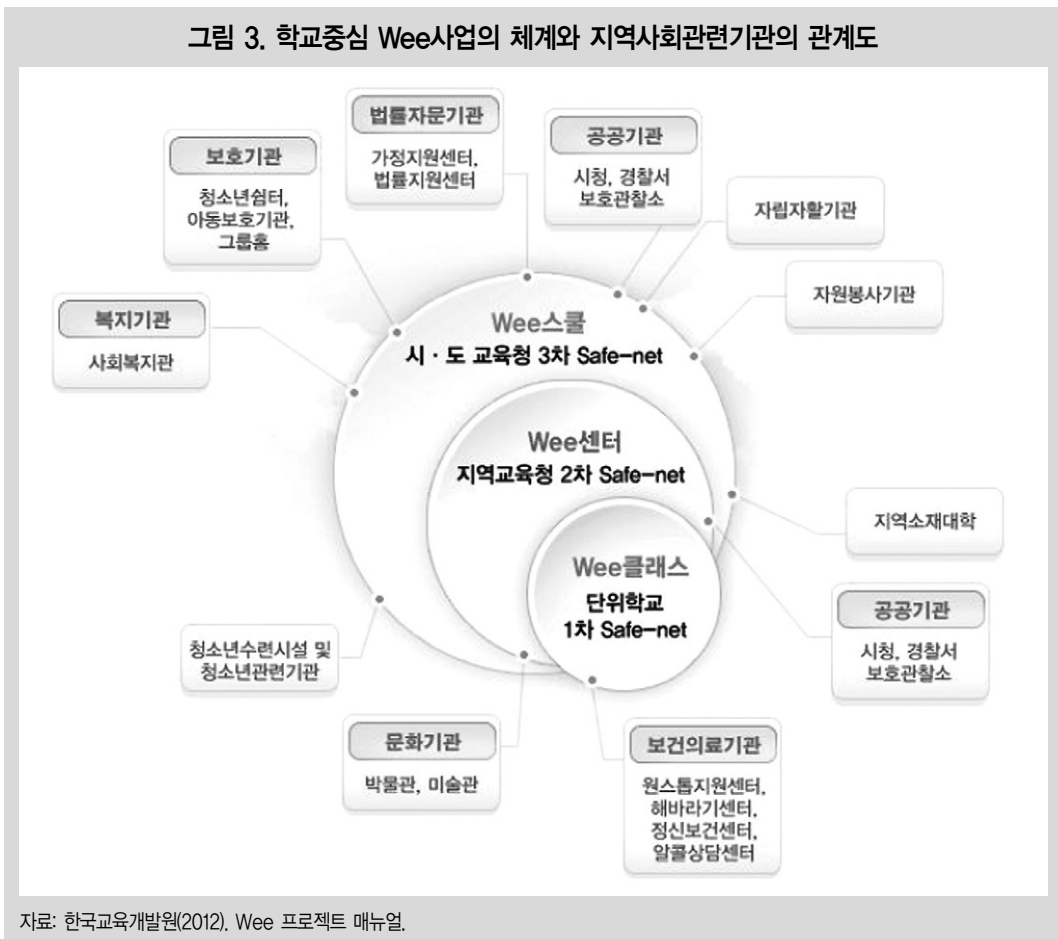
물적자원과 인적자원을 제대로 구비하여 추진하기 위해서는 예산지원이 강화되어야 한다. Wee사업의 인력이 정신건강증진을 지원하는 기능을 어느정도 할 수 있는지는 정신건강 지원에 대한 영역과 범위를 어떻게 정하느냐에 따라 달라질 수 있다. 현재 학교의 부적응학생을 지원하는 기능에서 심리정서적 상담지원을 하는 과정에서 정신적 지원의 요구도를 선제적으로 파악하고 지원 또는 연계해 줄 수 있는 역량이 필요하다.

3. 심리상담 지원서비스의 문제점

1) 서비스 공급의 과제

서비스제공자, 서비스이용자 등으로 구성되었고 각각의 집단별로 포커스그룹인터뷰 회의를 실시하였다. 2012년 4월-7월에 걸쳐 집단별로 조사를 실시하였다. 전문가 및 서비스공급자 집단은 대학교수, 정신보건센터 담당자, 한국청소년상담복지개발원 담당자, Wee센터 및 Wee

그림 3. 학교중심 Wee사업의 체계와 지역사회관련기관의 관계도



자료: 한국교육개발원(2012), Wee 프로젝트 매뉴얼

클래스 담당자 등 총 6명이었다. 전문가 및 서비스공급자 대상 포커스그룹 인터뷰 내용에서는 아동청소년의 정신건강증진 관련 문제점, 현재의 아동청소년정신건강지원을 위한 인프라 및 서비스전달체계 운영상의 문제점, 예산, 인력, 시설 및 장비의 문제점 등에 대해 논의하였다.

가족해체 등으로 인해 아동청소년의 부모동의를 구하기 어려운 경우가 많아 지속적인 상담 서비스 제공이 어려운 것으로 나타났다. 아동청소년이 방문 및 상담하는 동기는 초·중·고마다 상이한 특징을 지닌다. 초등학생은 ADHD, 중학생은 집단 따돌림 및 학교폭력, 도벽이 제일 큰 비율을 차지한다. 반면, 고등학생은 학습 동기 및 진로문제와 자존감 문제 등이 주요 비중을 차지한다. 각 교육청마다 Wee센터가 1곳만 있는 실정이라 센터당 관리하는 학교가 과도하게 많아 관리의 어려움이 많은 것으로 분석되었다.

예를 들면, 서부 Wee센터의 경우, 은평지역에 있는 학교 약 160여개를 담당하고 있다. 자원봉사자까지 합하면 센터인원은 20명(상근 8명, 비상근 12명)인 것을 감안하면 관리하는 학교 및 학생수가 과포화 상태이다. 학교내에선, Wee 클래스로 전문상담교사가 1명 상주하고 있다. 지속적인 상담 및 관리의 어려움이 존재하는 것으로 분석되었다. 학부모는 아이들의 지속적인 관리에 대한 요구도가 높으나 현실적으로 이를 수행하기가 어려운 것으로 평가되었다.

대체로 부모와 함께 상담관리를 받는 아이들의 성취도는 높다. 그러나 부모에 상담에 대한 낮은 인식도, 아이관찰 및 통찰력에 관한 부모교육의 비활성화, 이혼가정의 증가로 인해, 부

모의 동의를 얻어 상담을 받아야 하는 청소년의 경우 지속적 상담과 관리의 어려움이 있다.

지방 센터의 경우, 연계기관이 부족하고 예산 부족으로 최신신 장비 및 기기구입 및 인력자원 활용의 어려움이 있어 최신 상담 트렌드에 대응하기 어렵다.

Wee클래스의 문제점으로 학교내 상주하는 상담교사는 석사 이상의 전문인력이 좋을 것 같지만, 근무환경 및 보수의 문제로 석사급 인력의 활용의 어려움이 있다. 방학 중, Wee 클래스의 운영여부는 학교마다 다르다. 이 중, 방학 중 운영하지 않을 경우, 상담교사의 활용 및 급여 문제 또한 검토해 보아야 할 과제이다. 학교내 일반교사에 대한 상담에 대한 인식도 개선되어야 할 부분인 것으로 지적되었다.

학교 학생 전원을 대상으로 하는 정신건강시협조사에서 1차 검사에서 선발된 학생들은 2차 결과에 대한 우려 및 불안감으로 검사에 제대로 응하지 않은 문제가 발생하고 학교 특성상 학생 정보의 보안 및 개개인 상담에 어려움이 있어 정신건강검사에 대한 효율성에 대한 의문이 든다는 지적도 있었다. Wee클래스에서 Wee센터로의 연계체계는 Wee클래스 상담교사의 능동적 대응에 달린 실정이다. 제도적 연계 및 연계 프로그램이 구성되지 않아 이를 구축하는 것도 필요하다.

한국청소년상담복지개발원에서는 온라인 및 오프라인 상담을 제공한다. 정신건강문제를 가진 청소년의 발견 경로는 주로 위기청소년은 길거리에서 찾는 경우가 많다. 학교에서 의뢰된 경우보다는 부모가 데려오는 경우가 많은 것으로 나타났다. 정신건강과 관련된 서비스(검사,

예방, 치료)는 다양한 검사와 상담을 위주로 하고 있고, 미술치료, 음악치료 등 치료를 보조하는 서비스와 프로그램이 있다. 한국청소년상담복지개발원은 역사가 오래되어 노하우가 축적된 편이나, 최근 신규인력은 이직율이 높다는 문제가 있다. 정신건강문제에 대한 학교, 지역 사회 연계에서 개선될 점으로는 학교와의 연계 체계, 학교와의 업무분담영역이 불분명한 데 있었다. 서비스전달체계의 표준화, 연동, 사후관리개선 등이 필요하다. 서비스 이용에 대한 부모의 만족도는 높은 편이다. 그러나 위기청소년에 대한 인구집단별로 차별화된 프로그램이 필요하다고 지적되었다.

서울시 지자체에서는 호주의 mindmatters 사업을 벤치마킹한 학교정신건강증진 시범사업 실시하고 있다. 학교 교사의 정신건강증진참여를 위해서 설득과 워크숍 참여독려 및 인센티브가 필요하다. 또한 학교장의 인식증대와 리더십이 필요하다.

서비스의 접근성과 실무자의 재량권 확보가 필요하다. 지역아동센터의 경우 인력부족으로 정신건강서비스를 지원할 수 있는 역량이 거의 없다. 게이트키퍼역할을 할 수 있도록 지원방안이 필요하다. 고위험군과 위험군에 대한 인프라와 자원이 부족하여 취약계층대상에 우선 중점을 두어야 한다는 의견이 있었다.

2) 이용자의 만족도의 문제점

지난 2년간 정신건강 관련 서비스를 이용해 본 청소년을 대상으로 포커스그룹인터뷰를 실시하였다. 2012년 7월 중학교 학생 및 학부모

대상으로 5팀(총 10명)을 인터뷰 하였다. 대부분 학생이 심각한 우울증상을 경험하고 정신건강 또는 관련 서비스를 이용하고 있었다. 이용자 대상 포커스그룹인터뷰에서는 서비스 접근성의 문제점, 서비스의 만족도 및 효과성, 연계성과 전달체계의 문제, 서비스의 질적인 문제 등에 대하여 토의하였다.

개인의 정신건강문제는 가정환경의 사회경제적 변화로 가족해체 등을 경험하거나, 부모의 알코올중독 등 문제로 인해 의사소통에 어려움을 겪게 되는데, 시의적절한 도움을 받지 못하는 것으로 나타났다. 정신적 문제의 조기발견 및 의뢰 시기는 부모의 인지와 도움을 찾는 행위정도에 따라 다른 것으로 나타났다.

지역아동센터의 미술치료, 사회복지관이나 청소년수련관의 프로그램을 통해 심리정서적 상담서비스나 프로그램을 이용한다. 부모교육도 받을 수 있으나 제한적이다. 부모가 아동청소년의 정신적 문제해결을 위해 병원서비스 이용시 만족도가 크게 떨어지고, 비용적인 부담도 큰 것으로 나타났다. 정신보건센터는 담당자의 교체 등으로 인한 연계성 단절 등으로 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 학교의 Wee 센터와 같은 지역사회 서비스이용에 대해서는 학교의 Wee센터 보급률이 낮고, 인지도가 낮은 것으로 분석되었다. 학교에서 상담서비스에 대한 접근성은 떨어지는 것으로 평가되었다.

4. 사전예방적인 지원체계를 위한 제언

우리나라 아동청소년의 정신건강문제와 가장 관련이 많은 원인은 사회환경적 요인이며 특히 가족과의 관계, 의사소통 등이 주요 요소인 것으로 분석되었다. 경제적 환경이나 다른 이유로 해체된 가정에서 자라게 되는 아동청소년일 수록 정신건강문제를 더 많이 경험하고 있고, 여기에 대한 서비스접근성은 아주 많이 미흡한 것을 알 수 있었다. 부모가 문제를 조기에 발견

하여 도움을 구하는 경우에 학교나 보건의료기관에서 만족할만한 서비스를 공급받지 못하며 재정적인 뒷받침, 정신과적 문제에 대한 사회적 편견, 서비스공급자 문제, 서비스의 지속성 등이 요구도에 비하여 크게 못미치는 것으로 분석되었다. 학교에서 학생정신건강검진 조사가 실시되고 있으나 이에 대한 대응력이 학교에는 전무한 상황이고, 지역사회 정신보건센터의 아동청소년정신건강서비스는 매우 제한적이라서 많은 수요를 감당하기 어려운 상황이다. 이는 정부의 예산지원이 부족한 탓도 있고, 학교현장

표 1. 호주의 정신건강지원 인프라의 생애주기 대상별 공급 현황

구분	지역사회	일차보건의료	이차보건의료	삼차보건의료
주산기	- 사회복지기관 (Centerlink) - 사회복지인력	- 일차보건의료기관 - 가족계획클리닉 - 의사, 심리학자, 보건인력	- 병의원외래 - 산부인과 의사, 심리학자, 보건인력	- 성인정신보건서비스, 외래 및 입원서비스 - 산부인과, 심리학자, 보건인력
0~5세	- 사회복지기관 (Centerlink) - 일차보건의료의사, 보건의료인력, 심리상담사	- 지역사회보건센터, 아동관리센터 - 지역사회보건인력, 모자보건간호사, 심리학자	- 병의원 외래서비스 - 소아과 의사, 간호사 및 보건의료인력, 심리학자	- 입원 및 외래, 방문서비스 - 정신과 의사, 심리학자, 임상신경심리학자, 보건의료인력
5~12세 아동	- 학교, Centerlink, 아동보호기관 - 교사, 사회복지인력 등	- 학교, 지역사회보건 의료서비스 - 학교간호사, 의사, 심리학자	- 병의원 외래서비스 - 소아과 의사, 심리학자	- 병의원 외래 - 정신과 의사, 심리학자, 간호사 등
13~25세 청소년	- 학교, Centerlink, 수사 기관 - 교사, 사회복지인력	- 학교, 대학교, 지역사회 보건 의료서비스, 성보건기관 - 교사, 상담사, 간호사, 의사	- 심리상담기관 - 심리학자	- 입원 외래, 방문서비스 - 정신과 의사, 심리학자, 관련 보건의료인력

자료원: National advisory council on mental health(2011). *Models of collaborative care for children and youth(0~25 years)*

에서 아동청소년정신건강증진에 관한 인식이 매우 낮기 때문인 것도 원인이라고 할 수 있다.

본 연구에서는 공공부문의 인프라와 서비스 전달체계를 주된 연구대상으로 하였지만, 서비스이용자 측면에서는 종교기관과 같은 민간의 자원도 아동청소년 정신건강증진 지원을 하는데 역할을 할 수 있다는 가능성을 엿볼 수 있었다. 특히 아동청소년의 정신건강증진에 관심이 많은 부모들에게 중요한 정보원이 되고, 자원이 될 수 있기 때문이다.

서비스 이용자 측면에서 볼때 아동청소년의 가정과 사회적 상황으로 인해 고위험에 처해지

고, 서비스를 이용하게 되는 경우가 많은 것으로 보여진다. 일반화할 수는 없지만 고위험 아동청소년들에 대하여 선제적으로 서비스를 제공하는 지속가능한 지원시스템이 학교와 지역사회에 마련되어야 할 것으로 전망된다. 호주의 사례를 보면 정신건강지원을 위한 인프라는 지역사회의 기관과 일차보건의료기관의 역할 분담이 세분화되어 있다. 미충족 수요를 찾아내고 건강성과를 거두기 위해서는 다원화된 지원시스템과 접근성, 지속성 등을 보장해줄 필요가 있다. 