

청소년 정신건강증진

Mental Health Promotion in Adolescents

안동현(한양대 정신과)

1. 서론

1) 정신건강(mental health)이란?

정신건강증진(mental health promotion) 개념은 비교적 최근에 관심을 갖게 된 분야이다. 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)에서 정신건강(mental health)이란 '한 인간이 자신의 능력(abilities)을 실현하고, 살아가는데 정상적인 스트레스에 대처할 수 있으며, 생산적이며 효과적으로 일을 할 수 있으며, 자신의 지역사회에 기여할 수 있는 안녕 상태(state of well-being)이다'라고 정의하고 있다(WHO, 2001).

WHO는 건강증진과 예방(prevention)을 다음과 같이 구분하는데, '정신건강증진은 심리적 안녕, 능력(competence), 내성을 증진시키고, 지지적인 삶의 조건 및 환경을 창조함으로써 긍정적인 정신건강을 증진시킴을 목표로 한다. 이에 반해 정신질환의 예방은 증상 및 궁극적으로 정신질환의 감소를 목표로 한다. 예방은 이러한 목적을 달성하기 위한 방법의 하나로 정신건강증진 전략을 사용한다. 지역사회에서 긍정적 정신건강을 높이는 것을 목표로 할 때 정신건강증진은 또한 정신질환의 발생을 감소시키는 이차적인 결과를 가져올 수도 있다(WHO, 2004)'.

2) 정신건강의 중요성 인식

왜 최근에 정신건강증진이 중요한 주제로 등장하게 되었는가? 최근 십 수년 전부터 공공보건에서 사회적 및 정치적 개념이 중요하게 대두되면서, 전 인구집단의 건강 증진, 생명 연장, 삶의 질 향상을 목표로 하고 있다. 이러한 흐름 속에서 공공보건에서 그동안 상대적으로 간과되어 왔던 정신보건의 중요성이 점차 증가하게 되었는데, 가장 커다란 두 가지 이유는 다음과 같다. 첫째, 정신건강이 신체건강 및 삶의 질에 기본이 된다고 보기 시작하는 것이 늘어나게 되었고, 결국 전체적인 건강 및 안녕을 증진시키는 중요한 요소로 간주될 필요가 있게 되었다. 둘째, 전 세계적인 수준에서 정신질환-건강의 증가에 대한 폭 넓은 인식이 일어났다. WHO와 세계은행(World Bank)에 의해 수행된 연구에서 1990년 질병보정생활력(disability-adjusted life years, DALYs)으로 표현되는 전체 질병부담의 11%가 정

신 및 행동질환에 의한 것이라는 것이 발표되었다. 1990년 우울증의 질병부담이 4번째로 크고, 2020년이 되면 허혈성 심장질환에 이어 우울장애가 세계적으로 2번째로 큰 질병부담의 원인이 될 것이라고 추정하였다. 정신질환-건강의 세계적 부담은 각 나라의 치료 능력범위를 넘어설 것이고, 이 증가한 부담과 연관한 사회적 및 경제적 비용은 단순히 정신질환의 치료만으로는 감소하지 않을 것이다(WHO, 2005).

하지만 이러한 인식에도 불구하고, 정신건강 및 정신질환은 아직도 대부분 공공보건의 전통적인 관점밖에 머무르고 있어, 대부분 국가에서 가장 방치된 영역으로 있다. 이러한 결과로 정신건강을 증진할 기회가 지역사회에서 충분히 개발되어 있지 않으며, 또한 정신질환의 사회적 및 경제적 부담을 줄이기 위한 각 나라의 노력들이 주로 질병을 앓고 있는 개인을 치료하는데 초점이 맞추어져 있다.

3) 생애주기별 정신건강과 건강관련행동

이 뿐 아니라 신체건강과 정신건강은 여러 경로를 통해 매우 밀접한 연관을 갖는다. 그 가운데 하나는 서로 신경내분기계 혹은 면역계 등을 통한 직접적인 생리적 체계를 통한 관련이 있을 수 있다. 하지만 더욱 중요한 것은 건강관련행동(health-related behaviors)을 통한 것이다. 예를 들어 청소년 혹은 젊은 성인에서 우울증과 낮은 자긍심은 흡연, 폭음, 식사장애, 안전하지 않은 섹스와 연결되며, 또한 에이즈와 같은 성매개질환(STD)을 포함한 여러 질병의 위험에 노출된다. 그뿐 아니라, 우울증은 사고 및 손상, 신체 기능 저하 등의 위험이 높아진다. 이러한 행동들은 성인기 술, 약물남용으로 발전할 가능성이 높고, 빈곤 등과 같은 다른 사회경제적 요인들과 함께 건강관련행동에 영향을 미친다.

이러한 건강-행동-정신건강/질환 각 요인들 간의 복잡한 상호작용은 생애 모든 단계에서 일어난다. 정신건강증진과 관련하여 생태학적 모형, 심리사회적 이론, 발달학적 모형, 사회인지이론 등 여러 이론적 모형이 있을 수 있다(Tilford, 2006). 이 가운데 전 생애주기별 모형은 건강 및 정신건강의 이러한 여러 요인들 간의 상호작용을 이해하는데 매우 유용한 틀을 제공해 준다. 따라서 이러한 틀에 근거하여 여기에서는 주로 청소년들의 정신건강증진에 관해 발달학적 관점에서 전 생애주기별 모형에 근거하여 논의한다.

2. 아동 및 청소년기 정신건강증진

1) 아동 및 청소년기

먼저 아동, 청소년의 연령 구분을 살려 볼 필요가 있다. 전 세계적으로 특히 유엔에서는 유엔아동권리협약(United Nations Convention on the Right of the Child, 이하 CRC)에서는 18세 미만인 경우를 모두 포함하여 ‘아동(child)’이라고 정의한다. 국내에서도 아동복지법 등에서 대부분 이 기준을 적용하고 있다. 하지만 현실적으로 청소년이라고 할 때는 매우 다양한 용어와 기준을 적용하고 있다. 영어에서도 ‘youth’, ‘adolescent’, ‘juvenile’, ‘minor’ 등의 용어를 사용하는데 국내에서도 ‘청소년’, ‘미성년자’ 등의 용어와 함께 일부에서는 청소년을 12-18세, 9-24세(청소년기본법), 15-20세 등 다양하게 사용되고 있다. 학술적으로도 아직 구체적인 연령 구분에 대해서는 합의하지 못하고 있다. 여기서는 편의상 6세 미만을 영유아(infancy), 6-12세를 아동(child), 12-18세를 청소년(adolescent)으로 구분한다. 그리고 논의는 주로 청소년 정신건강증진에 초점을 맞추지만, 일부 간략하게 영유아 및 아동들의 정신건강증진을 논의한다.

2) 정신건강지표

흔히 영유아 및 아동의 정신건강을 접근할 때 가장 유용한 개념으로 생태학적(ecological) 모형을 제시하고 있다. 이 모형의 틀 속에서 영유아 및 아동들의 긍정적 정신건강(positive mental health)을 나타내는 몇몇 지표들이 제시되고 있다. 예를 들어 자아개념(self-concept), 자기효능감(self-efficacy), 자긍심(self-esteem), 내성(resilience), 힘키우기(empowerment), 대처기술(coping skills) 등이다. 이 같은 개인적 속성뿐 아니라, 부모를 포함한 가정, 지역사회, 더 넓은 범위에서 국가나 전 세계적 요소들이 있다(표 1).

표 1. 긍정적 아동정신건강 지표의 예

개인

소속감(sense of belonging), 자긍심, 연대성(engagement), 자기결정
(self-determination), 조절(control), 삶의 질(quality of life), 내성, 힘키우기

가족

부모의 정신건강, 폭력으로 부터의 자유, 가족 응집력(family cohesion),
부모-자녀애착, 적절한 양육, 안전의 제공, 안정된 환경(secure environment)

지역사회

안전한 지지적 환경, 자기 가치 및 기술의 발전을 촉진시켜줄 사회적 및 교육적
환경의 질, 아동권리의 존중, 평등과 정의를 증진시킬 정책의 존재, 아동의 보호,
폭력 및 따돌림의 최소화

국가

평등 및 부모의 사회 참여, 아동에 관한 사회적 가치부여 및 보호, 통합적 및

지지적 아동 공공보건정책, 아동정신보건에 관한 강력한 법적 토대,
아동정신보건에 대한 적절한 자원 배분

(출처; Mahler & Walters, in Tilford 2006, p67)

3) 영유아기 정신건강증진

이러한 지표로 대표되는 이들의 정신건강을 긍정적으로 변화시키기 위한 여러 노력들이 시도되고 있고, 몇몇 결과들이 제시되고 있다. 먼저 영유아기(0-5세)의 정신건강 증진에 가장 중요한 것은 부모를 포함한 양육자의 건강 증진을 논의할 수밖에 없다. 1960년대 미국에서 시작한 Head Start를 모델로 하여, 영국의 Sure Start, 수 년전 국내에서 시작한 We Start 프로그램들이 모두 유사한 내용을 가지고 있다. 이들은 낙후된(disadvantaged) 지역의 아동과 그 가족 및 지역사회를 도와주는 정부지원 프로그램이다. 이 프로그램에서는 각 지역 별로 스스로 갖는 역량에 따라, 아동들의 건강에 대해 전인적 접근과 함께 조기 교육, 놀이, 아동건강 돌봄, 가족 지지, 부모의 직업 준비를 통합한다. 국내에서는 처음 민간기관과 단체에서 몇 개 시범사업을 전개한 이후 최근 중앙정부의 정책으로 발전되어 시행 중이다.

그 외에 중요한 프로그램으로 양육준비(preparation for parenting) 프로그램이 있다. 영유아들은 생애 초기 여러 보살핌이 절대적으로 필요하다. 결국 이러한 보살핌은 부모를 포함한 양육자들의 몫인데, 이 프로그램에서는 가정방문 혹은 지역에서의 교육, 훈련, 상담 등을 통해 이들에게 부모됨으로의 전환(transition to parenthood)과 영유아의 돌봄(care of infants)에 대해 여러 가지 서비스를 제공한다. 여러 형태가 존재하는데, 예를 들어 첫 임신을 한 열악한 환경의 십대 부모에게 훈련받은 간호사가 가정방문을 통해 약 2년 간 교육과 지지를 제공하는 프로그램이 있다. 다른 형태로는 교육 및 경제수준이 낮고, 가족 및 심리적 곤란을 겪는 고위험 가정의 0-5세 아동에 대해 센터기반의 주간탁아프로그램을 제공하는 경우도 있다. 이러한 프로그램들은 대부분 신체건강과 정신건강을 모두 포함하며, 교육/상담 등 다양한 영역을 포괄한다.

4) 아동기 정신건강증진과 “건강증진학교”

아동(6-12세)들의 정신건강 증진을 위해서는 학교를 통한 접근이 가장 효율적인 것으로 알려져 있다. 일찍이 WHO는 건강증진학교(Health Promoting School, 이하 HPS) 정책을 제시하여 많은 지역, 국가, 학교에서 시도하여 좋은 성과를 나타내고 있다. HPS정책은 “건강”을 물리적-사회적-감정적 안녕으로 간주하여, 학교와 지역사회에서 살아가는 모든 영역에서 건강을 증진시키려는 시도이다. 구체적으로 HPS 정책은 모든 학교가 건강을 향상시키고 건강문제를 예방할 수 있는 새로운 방법 제

시하고 있으며, 6가지 주안점(WHO, 1996)을 다음과 같이 제시하고 있다.

- 건강과 교육 공무원, 교사들 그리고 그들을 대표하는 조직, 학생들 그리고 부모들 공동체 리더들을 건강증진에 관여하게 함.
- 안전하고 건강한 환경을 제공하도록 힘씀.
- Skills-based된 건강교육을 제공.
- 건강서비스들의 제공.
- 건강을 증진시키는 정책과 실제안을 수행.
- 상호교류를 향상시키도록 힘씀.

이러한 원칙하에서 초등학교 정신건강증진의 구체적 내용을 도식화한 다음 그림 1.에서 여러 구성 요소들을 예시하였다.

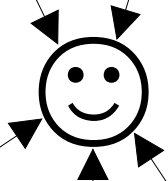
국내에서는 건강증진학교에 대한 개념조차 매우 생소하여 하은희 등(2001)이 대형 보건소 활동을 중심으로 대학생들을 대상으로 시범적 형태의 접근, 초보적인 단계에서 학부모들의 학교보건에 대한 기대의 조사연구(김현정 등, 2003), 보건교사들에 대한 조사연구(김영임 등, 2005) 등이 있을 뿐이다. 또한 학교내 정신건강증진에 관련한 연구도 거의 전무하고 최근 지역사회 정신보건센터를 중심으로 몇몇 지역에서 제한적으로 접근하고 있을 뿐이다. 그리고 현재 안동현이 연구책임자로 경기도 양평군과 서울시 성동구에서 건강증진학교 연구사업을 시행하면서 정신건강증진을 그 주요 목표로 실시하고 있다.

정책들:

건강증진학교:
정신건강;
따돌림;
상급학교진학;
포용(inclusion);
운동;
심리사회환경(PSE)

공식 커리큘럼:

커리큘럼을 통한 유능감, 자긍심을 발전시킬
기회 및 전인적 정신건강 제공;
변화를 받아들이고, 어려운 상황에 대처하는
기술의 배움을 제공;
정서적 배움(literacy)을 개발;
circle time 제공;
미술 및 음악.



환경:

물리적-내부 치장;
안전한 장소;
즐거운 식사 장소;
조용히 놀고, 게임할 기회;
그늘(shade);
정원;
아침식사클럽;
건강한 학교급식.

숨겨진 커리큘럼:

아동 및 성인과의 관계;
긍정적 지지;
상호작용들;
따돌림의 추방;
차별 없음.

학교-지역사회 협력:

행사(social events);
건강검진의 연결;
학교 밖 아동의 연결;
정신건강환경활동에 합류.

그림 1. 정신건강증진 초등학교
(출처: Tilford, 2006, p84)

3. 청소년 정신건강증진

1) 청소년 정신건강

정신건강증진은 두 가지 측면의 개념을 포괄하고 있다. 즉, 한 가지는 정부나 지역사회 등의 결정을 유도하여 각 개인, 가정, 및 사회의 정신건강의 지위를 높이는 것이고, 다른 하나는 예방, 치료 및 재활을 통하여 질병을 감소시킴으로서 인구 집단의 정신건강 상태를 증진시키는 것이다. 좁은 의미에서 정신건강증진은 위험 요소를 줄이고, 적절한 치료와 재활을 증진시키는 것이라고 할 수 있다. 하지만 전자의 경우, 매우 다양한 접근이 가능하다.

그 한 예로 긍정적 청소년발달 (positive youth development)의 개념이 있다 (Commission on Positive Youth Development, 2006). 자세한 논의는 생략하지만, 이 목표를 달성하기 위해 다양한 프로그램들이 시도되었는데, 이들에게서 얻어진 결론은 다음과 같은 것을 얻을 수 있었다. 즉, 1)많을수록(more) 좋다, 2)이른수록(earlier) 좋다, 3)적절한 시기(appropriate timing)가 좋다, 4)구조화된 것(structured)이 좋다, 5)정확한 것(accurate)이 좋다, 6)지지적인(supportive) 것이 좋다, 7)활동적인(active) 것이 좋다, 8)포괄적인(broad) 것이 좋다, 9)사회문화적으로 타당한(socioculturally relevant) 것이 좋다, 10)환경을 고려한(contextual) 것이 좋다, 11)이론적인(theoretical) 것이 좋다. 여기서 이들을 모두 논의할 수는 없고, 좁은 의미의 예방, 치료 및 재활과 함께 포괄적으로 이루어져야 한다.

2) 국내 청소년 정신건강의 현황과 중요성

(1) 생애전환기 건강증진 개념과 시행

최근 보건복지부에서 「생애전환기 전 국민 일체 건강진단」 사업을 추진하면서 만 16세, 40세, 66세 연령층의 전 국민을 대상으로 기존의 건강검진과는 차별화된 건강검진정책을 수립한 바 있다. 물론 추진 과정에서 여러 문제가 제기되었지만, 보건복지부의 보건정책가운데 큰 방향으로 생애주기별 건강증진정책이 자리 잡은 것은 분명해 보인다(보건복지부, 2006).

이러한 정책변화는 지난 2006년 서울특별시가 전문가 13명으로 [어린이, 청소년건강사업지원단]을 구성하여 각 분야별 0~18세 어린이, 청소년 성장발달 선별검사 항목, 검사 시기, 추천 검사방법을 결정하고 대한소아과학회 등 15개 관련 학회의 검토의견을 수렴해 어린이, 청소년 성장발달 선별검사 및 건강검진 프로토콜(안)을 수립한 것과 맥을 같이 한다. 이 가운데 정신건강과 연관된 영역으로 자폐장애

또는 그와 연관된 발달검사로 제안된 항목들은 다음과 같다. 먼저 영유아 발달평가는 PDQ(보호자용), 한국형 영유아 발달검사, 한국형 Denver II 검사를 각각 생후 6개월, 1세, 1년 6개월, 2세, 3세, 4세, 5세에 시행할 것을 권고하였다. 언어발달은 생후 1세, 1년 6개월, 2세, 3세, 4세, 5세에 영유아 언어발달 선별검사-보호자용(SELSI)을 실시하도록 하였다. 자폐증 선별검사는 생후 18개월에 M-CHAT, 3세 및 5세에 자폐행동체크리스트(Autism Behavior Checklist, ABC)를 실시하도록 권고하였다. 마지막으로 정서 및 행동문제는 선별검사로 한국판 아동행동평가척도(Korean Child Behavior Checklist, K-CBCL)를 각각 6세, 9세, 12세, 15세에 실시하도록 하였다. 물론 이 제안은 시행에 있어 아직 매우 제한적이기는 하지만, 앞으로 상당히 중요한 지침이 될 수 있다.

이와 함께 교육인적자원부에서도 학교보건법에 근거한 초1, 초4, 중1, 고1에 시행하는 신체검진에 정신건강을 위한 선별검사를 전국 초, 중, 고등학교 96개교(각 시도광역시별로 각 급 학교 2개교씩 선정) 학생 약 35,000여명을 대상으로 시범적으로 실시하였다. 하지만 이러한 시도들은 아직 정책적으로 검토 단계 내지 시범사업 성격으로 매우 제한적이다.

(2) 청소년 정신 및 행동장애의 실태

지금까지 우리나라 학교 보건에서 중요하게 취급된 것은 주로 영양과 급식, 환경, 체격 조건 등이었다. 그러나 이 같은 것들은 사실상 1970년대의 급격한 경제 성장 이후 학교 보건에서 더 이상 주요한 문제는 아니고, 오히려 현재 학생들은 학교에서의 학업 문제, 또래 집단에서의 적응이나 문제 행동, 학생들 간의 폭력 등의 새로운 문제로 심각하게 고민하고 있는 실정이다. 예를 들면 최근에 사회적으로 문제가 되고 있는 집단따돌림(소위 "왕따")같은 것이 그 한 가지 예라고 할 수 있다.

학교보건에서 정신건강의 중요성을 보면, 실제로 학령기 및 청소년기 학생들 중에서 정신질환을 가지고 있거나, 그 외의 정서, 행동, 또래관계에서의 문제를 가지고 있는 경우는 전 세계적으로 일반 학령기 아동 및 청소년의 약 10-20%에 이르는 것으로 알려져 있다(Belfer 등, 2007). 하지만 이들 가운데 적어도 절반 가량이 가정, 학교, 또래집단에서의 생활에 심각한 장애를 보이지만, 대개의 경우 적절한 정신과적 서비스를 받지 못하고 있다.

국내에서도 본인이 2002년부터 2006년까지 성동구 관내 초등학교 2-4학년 2,935명을 대상으로 3단계에 걸쳐 조사한 것을 보면 총 372명(12.7%)이 정신장애를 앓고 있다. 구체적으로 그 내용을 보면 정서장애(우울 및 불안) 119명(4.1%),

ADHD 97명(3.3%), ODD/CD 89명(3.0%), 학습장애(정신지체 포함) 53명(1.8%), 기타(틱장애 포함) 14명(0.5%)이었다.

그러나 불행하게도 국내에서는 아동 및 청소년들이 어떤 정신 질환, 어떤 정서와 행동문제들로 아동 및 청소년들의 학교 적응실패의 주요 원인이 되고 있는지, 또 얼마나 많은 아동 및 청소년들이 이런 문제점으로 인해 적절한 학교생활과 또래관계 형성에 실패하고 있는지 등에 관한 실태 조사조차 제대로 시행된 적이 없었다. 더욱이 학교보건에서 정신건강에 대한 적절한 모형을 개발하기 위한 연구사업 조차도 제대로 시행된 적이 없었다. 단지, 1995년 서울시 서대문구에서 연세대학교 심리학과와 정신과가 공동으로 초등학교를 대상으로 시범사업을 추진한 적이 있었지만 더 이상 진전되지 못하였다. 그 외에도 1998년부터 본인이 서울시 성동구에서 지역사회정신보건사업의 하나로 학교정신건강사업을 시작하였고, 2003년 전국 정신보건센터의 아동/청소년 정신건강사업으로 확대되면서 일부 지역에서 학교정신건강사업이 시행되고 있는 실정이지만 제한적이다.

(3) 청소년 정신보건의 모형들

정신건강에 관한 정책 수립에서 우선순위의 결정에 대해 WHO는 [국가정신보건 프로그램의 수립과 적용지침]에서 상이한 문제를 갖는 다양한 집단에서 우선순위를 정하기 위해서 각 요구도에 따라 다음 기준에 가중치를 부여할 수 있다고 제안하고 있다. 그 제안에서 7개의 기준을 제시하는데, 1)문제가 어느 정도인가(유병율)?, 2)문제의 심각도(사망율, 장애율, 삶의질, 가족 부담, 경제적 손실 등)는 어떤가?, 3)문제의 중요도(관심, 영향 등)는 어떤가?, 4)문제를 통제할 수 있는 정도는?, 5)문제를 다룰 수 있는 가용 자원은?, 6)비용은 어느 정도 소요되는가?, 7)어느 정도 영향을 미칠 것인가? 하는 것이다. 따라서 학교정신건강사업을 수행함에 있어서 이러한 사항들이 먼저 검토되어야 한다.

Rahman 등은 저개발국가에서 아동을 위한 정신건강서비스를 발전시켜 나가는데 유용한 3개의 서비스 모형을 제시하고 있는데, 지역 및 일차 보건체계모형 (community and primary health care model), 학교에 기반을 둔 정신보건모형 (school-based mental health model), 공공보건 및 예방적 모형(public health and preventive model)이다. 첫째 모형은 정신보건사업을 일차보건체계에 통합하여, 일차보건종사자와 정신건강전문가를 훈련시켜 지역내에서 예방 및 치료에 관여하도록 하는 모형으로 스리랑카에서 수행한 Nikapota의 연구, 기니에서 수행한 De Jong의 보고를 제시하면서 그 가능성을 타진하고 있으며, 이것은 국내에서도 본인

이 수행해오고 있는 서울시 성동구에서 지역정신보건센터를 기반으로 학교정신건강 사업으로 이미 수 년전부터 본격적으로 시행해오고 있다. 최근에 미국에서도 소아과 의사를 포함한 일차 진료의사들을 대상으로 이러한 시도들이 이루어지고 있다.

두 번째 모형은 학교가 아동의 건강에 매우 중요한 역할을 한다고 하는 인식에서 시작하는 모형으로 Rahman 등은 이 모형이 환경중심적(environment-centered)이고, 아동중심적인(child-centered) 모형이라고 하면서 그 중요성에 대해 높이 평가하고 있다. 왜냐하면 다른 것과 달리 이 모형은 교육적 분위기를 호전시키려고 하며, 아동이 실제 생활하는 학교에서 직접 서비스가 제공되기 때문이다. 이 모형은 저개발국가뿐 아니라, 미국 텍사스 달라스의 공립학교에서 시행되어 매우 좋은 성과를 보고하고 있는데, 학교보건에서 신체건강만을 수행했을 때보다 정신건강서비스를 제공하였을 때 매우 좋은 결과를 보였다. 그들 연구를 보면 정신건강서비스를 제공했을 때 1년이 지나면서 훈육 문제는 42%, 성적 문제 32%, 결석 22%, 양호실 방문 18%가 감소를 보였다. 이에 비해 신체건강서비스만을 제공한 경우는 훈육과 성적은 11%, 결석 21%, 양호실 방문 15% 감소가 나타났다.

세 번째 모형은 정신질환의 원인과 예후에 관해 알려진 사항에 기초하여 체계적으로 예방적인 사업을 수행하고자 하는 접근이다. 예를 들면 성교육이나 피임법 보급, 철저한 산전 교육, 예방 접종, 적절한 영양, 안전사고의 예방, 아동 양육에 대한 교육 등을 시행하는 방법이다. 이것은 매우 광범위한 주제이기 때문에 국가, 지역, 종교, 경제적 배경 등에 따라 적용이 매우 다양해질 수 있는데, 한 예로 미국에서 야심차게 전개하는 [Healthy People 2010] 등이 그것이다. 이러한 관점에서 청소년들의 위험추구행동(risk-taking behavior)에 대한 관심은 1980년대에 상당히 높아지기 시작했는데 이 행동이 청소년기의 사망율(mortality)과 이환율(morbidity)을 상당히 증가시키기 때문이다. 위험추구행동이란 건강을 해칠 수 있는 행동들과 연관이 되는데, 물질 남용이나 무분별한 성행위, 난폭한 운전, 타살이나 자살, 식사 문제 행동, 비행 등이 이에 속한다. 이들 행동으로 인해 생길 수 있는 부정적인 결과들로는 원치 않는 임신, 성병 감염, 중증 장애, 그리고 사망에 이르기까지 다양하다. 이것을 바탕으로 미국 질병관리센터(CDC)에서 주목하는 청소년들의 6가지 행동 영역은 1)고의적이거나 의도하지 않은 손상, 2)약물 남용, 3)무분별한 성 관련 행동, 4)흡연, 5)영양부족, 6)육체활동 기피 등이고 이 외에도 안전벨트 미착용, 음주 운전, 무기 소지, 신체적 싸움, 자살 시도 계획이나 시도, 과음 등이 청소년들에게 높은 비율로 나타나는 문제 행동들에 포함되었다. 이에 따라 미국 CDC에서는 정기적으로 전국 표본학교를 대상으로 이들 양상을 모니터링하는데 이를

YRBSS(Youth Risk-taking Behavior Surveillance System)이라고 부르고 전국적으로 수백개의 학교가 참여하고 있다.

(4) 국내에서의 청소년 정신건강 예방 및 증진의 시행

국내에서는 아직 이런 점에 대해서 거의 논의조차 되지 못하고 있으며 이미 앞에서 논의했던 민성길 등(1995)이 학교와 연계된 정신보건사업을 전개하였지만 학교 교사, 학부모 모두 정신건강에 대한 인식이 부족하고 협력 체계가 갖춰지지 못했음을 보고하였다. 이와는 다소 다른 접근이지만 <청소년대화의광장>에서 김진희 등은 학교 내 상담교사 등을 활용한 학생 상담의 의뢰 및 지원 체계를 제시하고 있지만 이것도 다소 막연할 뿐 아니라, 학교를 중심으로 하는 단일 체계에 가까움. 따라서 전반적인 모형이 되지는 못한다. 그 외에 보건사회연구원에서 [2010년 국민건강증진 목표설정과 전략 개발]이라는 사업을 기획한 적이 있고, 최근에 그 일부가 생애주기별 건강증진이라는 정책화되고 있다. 여기에서 그나마 다행인 것은 13개 분야 가운데, 아동 및 청소년 정신건강과 직접 관련이 있는 흡연, 음주 및 약물남용, 스트레스가 주요 분야로 다루어진 것과 정신보건 분야에서 “청소년 자살율의 감소”와 함께 “학교와 소아정신과 의사와의 연계체계 구축을 통한 정신질환 증상을 보이는 소아/청소년의 조기 치료”라는 내용이 포함되었다는 것이다.

청소년의 건강위험행동에 대한 조사는 이미 여러 나라에서 시행되어 정책수립과 예방대책의 개발 등 많은 부분에서 기초적 자료로 쓰이고 있다. 그 가운데 미국 질병관리센터(CDC)에서 개발하여 십 수 년째 지속적으로 시행되고 있는 청소년 위험행동 감시체계(Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS)가 학교보건의 정신건강 영역에서 매우 유용하다고 판단된다. 따라서 본인은 지난 2003년 서울 시내 6개 고등학교 재학생 총 2,381명을 대상으로 조사 연구를 시행한 바 있다(김종현, 2004). 다행히 지난 2005년부터 보건복지부 질병관리본부(Korea Center for Disease Control and Prevention)에서 청소년건강행태조사를 수행하면서 이 YRBSS에서 조사하는 많은 항목을 포함하여 전국 5만명 정도의 학생들을 대상으로 조사하고 있다. 이 조사에서 정신건강과 관련된 항목의 결과를 보면 1)청소년들의 스트레스 인지율은 45.6%로 매우 높다, 2)주관적 수면충족율은 26.1%로 매우 낮다, 3)우울감 경험율은 29.9%로 상당히 높다, 4)자살사고율은 22.6%로 상당히 높다, 5)자살시도율은 4.7%로 비교적 높은 편이다. 이 자료는 상당히 광범위하기는 하지만 항목이 너무 적고, 학생들의 주관적 보고에만 근거하기 때문에 매우

제한적이다. 하지만 청소년들이 느끼는 정서 및 심리적 어려움이 매우 심각하고, 자살을 또한 매우 높은 것을 보여준다.

이러한 조사를 바탕으로 정신건강증진의 한 가지 전략 가운데 고위험군의 조기 발견과 조기 치료가 있다. 본인은 일반 아동을 대상으로 한 문제 행동과 정신 병리를 선별해 내기 위해, 부모와 교사가 아동의 문제 행동을 판별해 낼 수 있는 초등학교 학생용 아동용문제행동선별검사(Child Problem Behavior Screening Test; 이하 CPST)를 제작하여 사용하고 있다. 이 검사는 총 26개 항목으로 구성되어 있으며 외현화문제(ADHD, ODD/CD), 내현화문제(AXD, MDD), 신체건강문제, 인지문제 영역의 4개 하위요인으로 나눌 수 있다. 이밖에 물질남용(술, 담배) 척도가 포함되어 있다. 지금까지 수 년간 선별검사로 사용되어 온 결과 약 20-30% 정도의 아동들이 선별되는 것으로 알려졌고, 특히 경계선지능 및 학습장애 등의 선별에 매우 우수하다(허윤석 등, 2003). 또한 아동용문제행동선별검사(CPSQ)가 선별검사로 매우 유용함에도 불구하고 그 대상연령의 제한으로 인하여 중고등학생 연령층을 대상으로 사용할 수 있다는 필요성에 의해 청소년기의 문제 행동을 전문가의 개입 없이도 보다 간편하게 선별하기 위한 총 34문항의 청소년정신건강/문제행동선별검사(Adolescent Mental Health & Problem-behavior Screening Test, AMST)도 제작하였다. 이 검사는 총 8개의 하위요인으로 구성되며, 각각의 요인은 정신의학적 문제, 비행1 및 비행2, 성 욕구 및 성행위, 학습, 통제력상실, 가족관계로 구분된다. 이 검사는 일선 교육현장에서 정기적으로 실시되는 건강검진의 일부로 활용 가능하며, 청소년(중고등학생 연령층)의 정신건강 문제를 상담하거나 청소년 지도를 담당하는 전문가들이 청소년기에 경험하게 되는 다양한 정신건강 및 행동적 문제를 이해하고 교육하는데 있어서 교육 자료가 될 수 있을 것이다. 이는 교사 자신이 청소년 문제에 대한 이해의 폭과 깊이를 넓힐 수 있고 보다 효율적으로 청소년 문제를 지도해 나가는데 도움을 줄 뿐 아니라, 교사가 다루기 어려운 청소년 문제들을 파악하고 조기에 전문가에게 의뢰할 수 있다는 점에서 예방적 효과를 줄 수 있을 것이다.

이렇게 고위험군 혹은 질환군을 선별하고 진단 및 평가하는 것이 시급한 것은 사실이다. 하지만 이에 못지않게 중요한 것이 이렇게 선별된 학생들에 대한 구체적인 도움 방안이다. 누가 주체가 될 것인가? 그리고 어떤 집단 혹은 개인을 우선적으로 도와줄 것인가? 학생, 부모, 교사 대상이 우선 누가될 것인가? 그리고 장소는 어떻게 하는 것이 좋을 것인가? 학교를 기반으로 하여 학교 현장에서 이루어질 것인가? 아니면 다른 지역사회 혹은 센터, 클리닉에서 행해질 것인가? 재원은 어떻게 확보하고, 정신질환에 대한 저항은 어떻게 극복할 것인가? 앞으로 이러한 보다 실

제적이고 구체적인 면에 대한 논의가 필요하다.

4. 요약 및 결론

아동 및 청소년 정신건강에 관해서 몇 가지 사항을 요약할 수 있다. 즉, 1)국내 외적으로 적어도 10-20%에 해당하는 청소년들이 발달, 정서, 혹은 행동 상 문제를 가지고 있다, 2)이들의 정신건강예방과 증진을 위해서는 교육 및 보건을 포함한 다양한 관련 분야의 협력이 필수적이다, 3)위험 요소로만 이들의 문제를 파악하는 것은 정신건강증진의 활동을 제한한다, 4)위험 요소와 문제로만 이들을 다룬다면 낙인의 위험이 높다는 것들이 중요하다.

그럼에도 불구하고 정신질환의 예방과 치료를 위한 위험 요인과 문제를 간과할 수는 없다. 특히 이들은 대부분이 학교를 다니고 있기 때문에 학교를 포함한 교육 영역의 관심과 참여가 필수적이다. 그런 점에서 이미 앞서 논의한 건강증진학교(HPS) 정책은 매우 유용하다. 아직 국내에서는 이 개념조차 별로 소개되지 않고 있고 이제 겨우 이에 관한 연구 사업이 진행되고 있을 뿐이다. 다행히 이와는 상당한 차이를 보이고는 있지만 2006년부터 서울시에서만 실시되기 시작한 “좋은 학교 만들기” 사업은 그 개념, 운영, 시행 등 모든 면에서 HPS와 매우 흡사한 구조를 갖는다. 앞으로 서울시 교육청의 “좋은 학교 만들기”와 HPS의 장단점을 잘 아울러 전국적으로 좋은 모형이 제시될 수 있으리라고 생각한다.

본인도 수 년간 초등학교를 중심으로 학교정신건강사업을 진행하면서 고위험군을 대상으로 한 치료(treatment)나 처방적 개입(indicated intervention), 및 선택적 개입(selected intervention)에서 최근에는 특정 학년의 한 학급을 대상으로 전반적 개입(universal intervention)을 시도하고 있다. 아직 그 결과에 대해서는 충분히 분석되지 않았지만 상호보완적이라고 판단한다. 따라서 정신건강증진이 무조건 전반적 개입의 형태만을 취해야 하는 것은 아니지만 이들의 적절한 균형은 반드시 필요하다. 최근 Wells 등(2003)은 미국에서 1999년 시행된 학교에서의 정신건강증진사업을 검토하여 다음과 같은 긍정적 요인들을 밝혀내었다, 즉 1)학교전체가 참여한다, 2)단기간이 아니라 수 년간 지속한다, 3)학교분위기를 변화시킨다, 4)정신질환의 예방보다는 정신건강증진을 목표로 한다는 것이었다.

마지막으로 청소년기 정신건강의 중요성에 대한 인식이 우선되어야 한다. 매우 많은 청소년들이 이미 생애 초기에 많은 정신적 어려움을 겪고, 이것이 생애 나머지 긴 기간에 많은 영향을 미치고 있음에도 불구하고 그에 대한 관심이 부족하거나 그 중요성이 간과되고 있다. 따라서 앞으로 공공보건 분야는 물론 교육 영역 등 여러 영역에서 이들의 중요성이 인식되어야 한다. 이러한 인식에 바탕을 두고, 정신건

강증진이라는 비교적 새로운 패러다임을 어떻게 구현할 것인지에 대한 진지한 논의가 있어야 한다. 이것을 효율적으로 구현하기 위해서는 보건 뿐 아니라 교육 분야의 전문가, 정책가들이 협력을 해야 하며, 이들의 협력을 바탕으로 효율적인 실행방안이 도출될 수 있을 것이다. 이것을 위해 가장 적절한 모델로 WHO의 건강증진학교(HPS) 정책을 제안하며 국내에서도 이 정책이 하루빨리 도입되기를 기대한다.

참고문헌

김영임, 이규영, 박은옥. 학교건강증진 프로그램 실시 현황 및 건강증진 프로그램 요구에 관한 조사연구. 한국학교보건학회지, 2005, 18(2):1-13

김현정, 김숙, 강혜영, 박미영. 일지역 초등학교 학부모의 학교보건사업에 대한 기대. 한국학교보건학회지. 2003, 16(2):111-123

박순우, 김연수, 김종연, 박정환, 안동현, 유선미, 이계오, 이상원, 이임순, 정세환, 정효지. 2005년 청소년건강행태조사 심층분석연구. 서울; 질병관리본부, 2007

보건복지부. 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010). 서울; 보건복지부, 2005

오경자, 하은혜, 배주미, 김영아, 고려원. 학교정신보건사업의 두 가지 모델: 서대문구 학교정신보건사업과 오산시 초등학교 보건사업의 비교. 연세교육과학, 1999, 47:111-123

안동현. [2003년도 전국정신보건센터 아동청소년정신보건사업-연구조사], 서울; 한양대 정신건강연구소, 2004

Ahn DH. Major social and clinical psychopathologies in Korean children and adolescents. Psychiatry Investigation, 2006. 3(1):

안동현. 아동 및 청소년 정신보건사업과 체계개발. 사회정신의학, 2001,

최보율. 양수초등학교 건강증진학교의 방향. 2007. 한양대학교 학교보건연구센터 학술회의 발표(내부 자료).

하은희, 조희숙, 윤영옥, 강명근. 건강증진학교 모형개발: 대형 보건소 활동을 중심

으로. 한국학교보건학회지. 2001, 14(1):83-93

한국보건사회연구원. 국민건강영양조사 제3기(2005): 아동 및 청소년의 건강수준 및 보건의식행태. 서울; 한국보건사회연구원, 2006

Bauermeister JJ, Fayyad J, Harrington R, et al. Disseminating Child and Adolescent Mental Health Treatment Methods: An International Feasibility Study. IN: The Mental Health of Children and Adolescents, ed. by Remschmidt H, Nurcombe B, Belfer ML, Sartorius N, Okasha A, Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2007, pp43-50

Belfer ML, Remschmidt H, Nurcombe B, Okasha A, Sartorius N. A Global Programme for Child and Adolescent Mental Health: A Challenge in the New Millennium. IN: The Mental Health of Children and Adolescents, ed. by Remschmidt H, Nurcombe B, Belfer ML, Sartorius N, Okasha A, Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2007, pp1-11

Belfer ML, Nurcombe. The Epidemiology and Burden of Child and Adolescent Mental Disorder. IN: The Mental Health of Children and Adolescents, ed. by Remschmidt H, Nurcombe B, Belfer ML, Sartorius N, Okasha A, Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2007, pp27-42

Belfer ML. Systems of Care: A global Perspective. IN: Facilitating Pathways: Care, Treatment, and Prevention in Child and Adolescent Mental Health. ed. by Remschmidt H, Belfer ML, Goodyer I, Berlin; Springer Medizin Verlag, 2004, pp16-26

Commission on Positive Youth Development. The Positive Perspective on Youth Development. IN: Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know: A Research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth, ed. by the Commission Chairs of the Annenberg Foundation Trust at Sunnyland's Adolescent Mental Health Initiative, New York; Oxford University Press, 2006, pp497-527

Gullotta TP. Understanding Primary Prevention. IN: Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based Approaches to

Prevention and Treatment. ed. by Gullotta TP, Adams GR, New York; Springer Science+Business Media, Inc., 2005, pp17-25

Hall K, Romer D. A Call to Action on Adolescent Mental Health. IN: Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know: A Research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth, ed. by the Commission Chairs of the Annenberg Foundation Trust at Sunnyland's Adolescent Mental Health Initiative, New York; Oxford University Press, 2006, pp617-623

Herrman H, Saxena S, Moodie R, Walker L. Introduction: Promoting Mental Health as a Public Health Priority. IN: Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Ed. by Herrman H, Saxena S, Moodie R, Geneva, World Health Organization, pp2-17

MacDonald G. What is mental health? IN: Mental Health Promotion: A Lifespan Approach. ed. by Cattan M and Tilford S., Berkshire; Open University Press, 2006, pp8-32

Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. London; The Stationery Office, 2000

Remschmidt H, Belfer M. Mental health care for children and adolescents worldwide: A review. World Psychiatry, 2005, 4:3;147-153

Romer D, McLintosh M. The Role of Primary Care Physician in Detection and Treatment of Adolescent Mental Health Problems. IN: Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know: A Research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth, ed. by the Commission Chairs of the Annenberg Foundation Trust at Sunnyland's Adolescent Mental Health Initiative, New York; Oxford University Press, 2006, pp579-595

Romer D, McLintosh M. The Roles and Perspectives of School Mental Health Professionals in Promoting Adolescent Mental Health. IN: Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know: A Research Agenda for Improving the Mental Health

of Our Youth, ed. by the Commission Chairs of the Annenberg Foundation Trust at Sunnyland's Adolescent Mental Health Initiative, New York; Oxford University Press, 2006, pp597-615

Rowling L. Adolescence and emerging responsibility and middle-age (12-17 years and 18-24 years). IN: Mental Health Promotion: A Lifespan Approach. ed. by Cattan M and Tilford S., Berkshire; Open University Press, 2006, pp100-136

Tilford S. Mental health promotion. IN: Mental Health Promotion: A Lifespan Approach. ed. by Cattan M and Tilford S., Berkshire; Open University Press, 2006, pp33-63

Tilford S. Infancy and childhood (0-5 years and 6-12 years). IN: Mental Health Promotion: A Lifespan Approach. ed. by Cattan M and Tilford S., Berkshire; Open University Press, 2006, pp64-99

Tyano S, Fleischman A. Public Awareness of Child and Adolescent Mental Health: A Review of the Literature. IN: The Mental Health of Children and Adolescents, ed. by Remschmidt H, Nurcombe B, Belfer ML, Sartorius N, Okasha A, Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2007, pp13-26