

## 일반 시민의 정신의학적 약물치료에 대한 편견과 정신건강의학과 치료에 대한 태도

전남대학교 의과대학 정신건강의학교실,<sup>1</sup> 광주정신건강복지사업지원단<sup>2</sup>

김하늬<sup>1</sup> · 홍지은<sup>2</sup> · 오민주<sup>2</sup> · 이주연<sup>1,2</sup> · 김재민<sup>1</sup> · 신일선<sup>1</sup> · 윤진상<sup>1</sup> · 김성완<sup>1,2</sup>

### Attitude Towards Psychiatric Treatment and Prejudice Against Psychiatric Medications in General Population

Honey Kim, MD<sup>1</sup>, Ji-Eun Hong, MPsy<sup>2</sup>, Min-Joo Oh, BA<sup>2</sup>, Ju-Yeon Lee, MD, MSc<sup>1,2</sup>, Jae-Min Kim, MD, PhD<sup>1</sup>, Il-Seon Shin, MD, PhD<sup>1</sup>, Jin-Sang Yoon, MD, PhD<sup>1</sup>, and Sung-Wan Kim, MD, PhD<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Chonnam National University Medical School, Gwangju,

<sup>2</sup>Gwangju Mental Health and Welfare Commission, Gwangju, Korea

**Objectives** : This study was performed to examine attitudes and prejudice toward psychiatric treatment and medications in the general population.

**Methods** : This mental health survey was performed in a total of 850 members of the general population. The survey used the Hospital Anxiety and Depression Scale, Perceived Stress Scale (PSS), and a 7-item questionnaire regarding psychiatric treatment and medication.

**Results** : With regard to attitudes toward psychiatric treatment, 50.7% of subjects reported that they would accept psychiatric treatment if they had a problem (passive), 34.6% reported acceptance even if they had no problems (active), and 14.7% reported not wanting to receive psychiatric treatment under any conditions (negative). A total of 64.0% of subjects agreed with the statement "I will be disadvantaged in getting a job due to disclosure of any psychiatric treatment without my permission." The likelihood of a negative attitude and prejudice toward psychiatric treatment were significantly higher in men and in people >40 years old. The acceptance of psychiatric treatment was significantly lower in those who felt that such treatment would have a negative effect on employment opportunities. Prejudice against psychiatric medication was significantly more common in the group with a negative attitude toward treatment, and in people with depression and a history of suicide attempts. Groups with prejudice toward psychiatric medications scored significantly higher on the PSS.

**Conclusion** : The findings suggested that a negative attitude toward psychiatric treatment is associated with prejudice toward psychiatric treatment and medications. It is necessary to actively provide public education to reduce prejudice against psychiatric treatment and medications in the general population. (Korean J Schizophr Res 2018;21:51-58)

**Key Words** : Prejudice · Psychiatric treatment · Medication · Stigma · Community.

## 서론

현대 사회에서 정신건강문제로 인한 사회경제적 비용이 증가하고 있다. 하지만 정신질환도 신체질환과 마찬가지로 조

기에 적절한 치료를 받으면 회복될 수 있다. 반면 정신질환의 치료가 늦어질수록 질병 경과와 예후가 나빠진다.<sup>1,2)</sup> 따라서 정신질환으로 인해 발생하는 사회경제적 비용을 줄이기 위해 정신질환을 조기에 발견하고 전문적인 치료를 할 수 있도록 지역사회가 정신건강 서비스 이용률을 높이는 데 관심을 갖고 적절한 개입을 할 필요가 있다.

보건복지부에서 발표한 '2016년도 정신질환 실태 역학조사'에 따르면 우리나라 정신질환 평생 유병률은 25.4%로 성인 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 정신질환을 경험하고 있는 것으로 나타났다. 하지만 정신질환을 경험한 국민의 22.2%만이 정신건강의학과 치료를 받은 경험이 있는 것으로 추정되어,

Received: June 25, 2018 / Revised: August 3, 2018

Accepted: August 5, 2018

Address for correspondence: Sung-Wan Kim, Department of Psychiatry, Chonnam National University Medical School, 160 Baekseo-ro, Gwangju 61469, Korea

Tel: 062-220-6142, Fax: 062-225-2351

E-mail: swkim@chonnam.ac.kr

본 연구는 보건복지부와 광주광역시 정신보건 시범사업의 지원으로 수행되었음.

정신질환 유병률에 비해 정신건강 서비스 이용률은 매우 낮다.<sup>3)</sup> 이는 2011년의 15.3%에 비해 6.9% 증가하였으나, 캐나다 46.5%(2014년), 미국 43.1%(2015년), 호주 34.9%(2009년)에 비해 현저히 낮은 수준이다. 또한 정신병적 증상이 발생했을 때 최초 치료가 이루어지기까지 걸리는 시간 역시 84주(2011년)로 조사되어 미국 52주, 영국 30주에 비해 상당한 지연을 보이는 것으로 나타났다.<sup>3)</sup> 다른 나라에 비해 정신건강 서비스의 이용률이 낮고 최초 치료가 이루어지기까지 걸리는 시간이 지연되는 데는 여러 가지 이유가 있을 수 있겠으나 사회 구성원들이 가지는 정신질환에 대한 편견이 큰 영향을 미치고 있을 것으로 생각된다.<sup>4)</sup>

정신질환뿐만 아니라 정신건강의학과 치료에 대한 편견이 우리 사회에 팽배해 있다. 정신건강의학과 치료에 대한 편견은 정신건강 서비스의 이용률 저하, 치료의 지연 및 중단으로 이어질 수 있고, 결과적으로 질병의 조기치료와 경과에 부정적 영향을 줄 수 있다.<sup>5,6)</sup> 이에 정신보건 사업에서 사회 구성원의 정신의학적 치료에 대한 편견의 정도를 파악하고 개선하는 것이 중요하다.<sup>7)</sup> 본 연구에서는 광주광역시 일반 성인을 대상으로 정신의학적 치료에 대한 태도와 이와 관련될 수 있는 정신건강의학과 약물 치료에 대한 편견의 정도를 파악하고 이와 관련된 인구사회학적, 임상적 특징들을 살펴보고자 한다. 그리하여 정신건강의학과 치료에 대한 접근성을 높이기 위한 전략의 기초자료를 제공하고자 한다.

## 대상 및 방법

### 연구 대상

본 연구는 2016년과 2017년에 광주정신건강복지사업지원단에서 실시한 광주시민 정신건강현황조사의 일부로 이루어졌다. 광주광역시에 거주하는 시민 850명을 대상으로 설문조사를 시행하였다. 본 연구는 모든 참가자로부터 서면 동의를 받은 후 진행되었으며, 전남대학교병원 생명의학연구윤리위원회의 승인을 받았다(IRB No. TMP 2017294).

### 사회인구학적, 임상적 특성 조사

사회인구학적 특성으로 연령, 성별을 조사하였고, 연령은 20~30대, 40~50대, 60대 이상으로 분류하였다. 정신건강의학과 치료에 대한 오해 및 편견과 관련이 있을 것으로 추정되는 임상적 특성으로 우울증상, 자살 시도 과거력, 주관적 스트레스 정도를 포함하였다.

### 평가 도구 및 방법

우울증상에 대한 평가로 병원 불안-우울척도(Hospital Anxiety and Depression Scale : 이하 HADS)를 이용하였다.<sup>8,9)</sup> HADS는 불안 항목 7개와 우울 항목 7개의 총 14개의 문항으로 구성되어 있으며 각 문항을 0~3점으로 매겨 42점을 총점으로 계산한다. 점수가 높을수록 증상이 심한 것을 뜻하며 국내에서 시행한 표준화 연구 상 불안, 우울 각 항목 당 절단점을 8점으로 했을 때 높은 특이도와 민감도를 보였다.<sup>10,11)</sup> 본 연구에서도 우울 항목 8점 이상을 절단점으로 하여 임상적 우울군으로 분류하였다.

주관적 스트레스에 대한 평가를 위해 스트레스 자각 척도(Perceived Stress Scale : 이하 PSS)를 이용하였다.<sup>12,13)</sup> PSS는 일상 생활에서 지각하는 개인의 스트레스 정도를 측정하는 자가 보고 형 척도이다. 총 10개의 문항으로 이루어져 있고 문항 당 0~4점으로 배점되어 있다. 점수가 높을수록 인식하는 스트레스 수준이 높다.

정신건강의학과 치료에 대한 태도를 확인하기 위해 다음 4개의 보기 중 선택하게 하였다. '건강검진처럼 특별한 문제가 없어도 받아보고 싶다', '문제가 있다면 받아보고 싶다', '문제가 심각하지 않다면 웬만하면 받고 싶지 않다', '절대로 받고 싶지 않다'. 첫 번째 응답을 '능동적 태도', 두 번째 응답을 '수동적 태도', 세 번째와 네 번째 보기를 '거부적 태도'로 정의하였다.

정신건강의학과 치료와 취업의 관련성 및 약물 치료와 관련된 편견을 선행연구와 약물에 대한 태도 척도(Drug Attitude Inventory) 등을 재구성하여 문항을 작성하였다.<sup>6,14)</sup> 각 문항에 대해 '동의함', '의견 없음', '동의하지 않음'의 보기 중 하나를 고르게 하였다. 설문 내용은 다음과 같다.

- 1) 정신건강의학과 치료를 받으면 내 의사와 상관없이 치료 사실이 알려져 나중에 취직하는데 불이익이 있을 것이다.
- 2) 정신적(정서적) 문제를 약물로 치료하는 것은 자연스럽지 못하다.
- 3) 정신건강의학과 약(우울증, 망상, 환청 등의 치료 약)은 오래 먹으면 중독된다.
- 4) 정신건강의학과 약을 복용하면 뇌를 손상시키므로 먹지 않는 것이 좋다.
- 5) 망상, 환청이 생기면 정신력으로 이기려는 노력을 해보고 최대한 약물 치료를 늦추는 것이 좋다.

### 통계 분석

성별 및 연령대에 따른 정신건강의학과 치료에 대한 태도 차이를  $\chi^2$ -test를 통해 분석하였다. 정신건강의학과 약물치료

에 대한 편견 문항 등에서 '의견 없음'을 결측치 처리하여 동의와 비동의 군으로 대별하여 정신건강의학과 치료에 대한 태도와 의 관계를  $\chi^2$ -test를 통해 분석하였다. 정신건강의학과 치료에 대한 태도 및 편견의 각 항목을 두 군으로 대별한 뒤 우울군, 자살시도력, PSS점수의 상관관계를  $\chi^2$ -test나 independent t-test로 비교 분석하였다. 통계분석은 Statistical Package for the Social Sciences version 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하여 시행하였고, 통계적 유의 수준은  $p < 0.05$ 로 정하였고 양측검증을 하였다.

## 결 과

총 850명의 시민이 설문에 참여하였다. 사회인구학적 변인에 따른 정신건강의학과 치료에 대한 인식 차이를 표 1에 제시하였다. 분석 대상자의 평균(표준편차) 연령은 39.5(14.7)세였고 여성이 52.8%를 차지하였다. 정신건강의학과 상담 및

치료에 대해 '문제가 있다면 받아보고 싶다.'는 응답이 유호 응답자의 50.7%(431명)로 가장 많았다. '특별한 문제가 없어도 받아보고 싶다.'가 34.6%(294명), '웬만하면 받고 싶지 않다.'는 응답이 12.6%(107명), '절대로 받고 싶지 않다.'는 응답은 2.1%(18명)이었다.

'정신건강의학과 치료를 받으면 알려져 취직하는데 불이익이 있을 것이다.'라는 데 동의한 대상자는 64.0%(538명), 동의하지 않은 대상자는 24.4%(205명), '의견 없음'은 11.7%(98명)이었다. 의견을 표한 대상자 중에는 72.2%(743명)가 치료 사실이 알려져 불이익을 받을 것이라고 생각하고 있었다. '정신적 문제를 약물로 치료하는 것은 자연스럽게 못하다.'는 문항에 동의한 대상자는 29.1%(245명), '정신건강의학과 약은 오래 먹으면 중독된다.'에 동의한 응답자는 56.6%(475명), '정신건강의학과 약은 뇌를 손상시키므로 먹지 않는 것이 좋다.' 문항에 동의한 경우는 20.5%(171명), '망상, 환청이 생기면 최대한 약물 치료를 늦추는 것이 좋다.'는 문항에는 38.5%(324

**Table 1.** Comparisons of attitude toward psychiatric treatment according to age and sex

	Sex			$\chi^2$	p-value	Age			$\chi^2$	p-value
	Total N (%)	Male N (%)	Female N (%)			20-30 N (%)	40-50 N (%)	60- N (%)		
	850 (100)	397 (47.2)	444 (52.8)			446 (53.8)	268 (32.3)	115 (13.9)		
Attitude toward psychiatric counselling or medication										
Active	294 (34.6)	114 (28.8)	179 (40.3)	14.826	0.001	182 (40.8)	76 (28.4)	28 (24.6)	18.889	0.001
Passive	431 (50.7)	211 (53.3)	213 (48.0)			203 (45.3)	150 (56.0)	68 (59.6)		
Never	125 (14.7)	71 (17.9)	52 (11.7)			62 (13.9)	42 (15.7)	18 (15.8)		
If I receive psychiatric treatment, I can be disadvantaged to getting a job later by disclosure about it without my intention										
Agree	538 (64.0)	259 (65.2)	279 (62.8)	1.678	0.432	274 (61.7)	180 (67.2)	78 (67.8)	5.507	0.239
Disagree	205 (24.4)	89 (22.4)	116 (26.1)			120 (27.0)	62 (23.1)	21 (18.3)		
No opinion	98 (11.7)	49 (12.3)	49 (11.0)			50 (11.3)	26 (9.7)	16 (13.9)		
It is not natural to treat mental or emotional problems with medication										
Agree	245 (29.1)	119 (29.9)	126 (28.3)	6.761	0.034	115 (25.8)	91 (34.0)	32 (27.8)	9.165	0.057
Disagree	465 (55.2)	204 (51.3)	261 (58.7)			263 (57.2)	139 (51.9)	58 (50.4)		
No opinion	133 (15.8)	75 (18.8)	58 (13.0)			68 (15.2)	38 (14.2)	25 (21.7)		
Long-term use of psychiatric medications (for depression, etc.) can lead to addiction										
Agree	475 (56.6)	220 (55.4)	255 (57.7)	8.315	0.016	240 (54.1)	158 (59.2)	65 (57.0)	2.541	0.637
Disagree	194 (23.1)	81 (20.4)	113 (25.6)			107 (24.1)	59 (22.1)	29 (25.4)		
No opinion	170 (20.3)	96 (24.2)	74 (16.7)			97 (21.9)	50 (18.7)	20 (17.5)		
It would be better not to take psychiatric medicine because it can cause the brain damage										
Agree	171 (20.5)	94 (23.7)	77 (17.5)	11.296	0.004	83 (18.7)	54 (20.2)	31 (27.4)	9.709	0.046
Disagree	409 (48.9)	170 (42.9)	239 (54.3)			208 (47.0)	144 (53.9)	50 (44.2)		
No opinion	256 (30.6)	132 (33.3)	124 (28.2)			152 (34.3)	69 (25.8)	32 (28.3)		
When a delusion or hallucination develops, psychiatric medication should be delayed until all efforts to overcome then with mental strength have failed										
Agree	324 (38.5)	178 (44.7)	146 (33.0)	25.794	<0.001	160 (36.0)	108 (40.4)	46 (40.0)	3.014	0.555
Disagree	413 (49.1)	159 (39.9)	254 (57.3)			224 (50.3)	132 (49.4)	54 (47.0)		
No opinion	104 (12.4)	61 (15.3)	43 (9.7)			61 (13.7)	27 (10.1)	15 (13.0)		

**Table 2.** Associations between attitude toward psychiatric treatment and medications

	Attitude toward psychiatric treatment or medication				$\chi^2$	p-value
	Total N (%)	Active N (%)	Passive N (%)	Never N (%)		
If I receive psychiatric treatment, I can be disadvantaged to getting a job later by disclosure about it without my intention					15.005	0.001
Agree	540 (72.2)	172 (65.6)	279 (73.0)	89 (85.6)		
Disagree	208 (27.8)	90 (34.4)	103 (27.0)	15 (14.4)		
It is not natural to treat mental or emotional problems with medication					8.098	0.017
Agree	246 (34.3)	83 (32.3)	117 (32.2)	46 (46.9)		
Disagree	472 (65.7)	174 (67.7)	246 (67.8)	52 (53.1)		
Long-term use of psychiatric medications (for depression, etc.) can lead to addiction					10.501	0.005
Agree	478 (71.0)	154 (66.1)	245 (70.8)	79 (84.0)		
Disagree	195 (29.0)	79 (33.9)	101 (29.2)	15 (16.0)		
It would be better not to take psychiatric medicine because it can cause the brain damage					20.950	<0.001
Agree	173 (29.6)	52 (24.4)	81 (27.6)	40 (51.3)		
Disagree	412 (70.4)	161 (75.6)	213 (72.4)	38 (48.7)		
When a delusion or hallucination develops, psychiatric medication should be delayed until all efforts to overcome then with mental strength have failed					16.923	<0.001
Agree	327 (44.1)	106 (40.3)	158 (41.7)	63 (63.0)		
Disagree	415 (55.9)	157 (59.7)	221 (58.3)	37 (37.0)		

명)가 동의하였다.

성별과 연령에 따른 정신건강의학과 상담 및 치료에 대한 인식을 비교했을 때, 남성과 40대 이상에서 치료에 대한 부정적인 생각이 강하였다( $p=0.001$ ). 정신건강의학과 약물 치료와 관련된 편견 문항들 모두에서 여성이 동의하지 않는 경향이 유의하게 높았다. 정신건강의학과 약물이 뇌 손상을 일으켜 먹지 않는 것이 좋다는 항목은 60대 이상 연령에서 유의하게 높은 비율로 동의하였다( $p=0.046$ ).

분석 대상자의 답변 중 ‘의견 없음’을 결측치 처리하여, 정신건강의학과 치료에 대한 태도와 약물치료에 대한 편견들 간의 연관성을 표 2에 나타냈다. 정신건강의학과 치료에 거부적 태도를 갖는 군에서 정신건강의학과 약물 치료에 대해 긍정적으로 생각하는 빈도가 유의하게 낮고 정신건강의학과 치료 사실 때문에 취업에 지장을 받을 수 있다고 인지하는 빈도가 유의하게 높았다( $p=0.001$ ).

우울증상, 자살시도 과거력, 인식하는 스트레스 정도에 따른 정신건강의학과 치료에 대한 태도를 표 3에 제시하였다. 우울 증상을 보이는 그룹에서 ‘치료 사실이 알려져 취업에 불이익이 있을 것이다( $p<0.001$ ).’, ‘정신건강의학과 약은 중독된다( $p=0.004$ ).’ 문항에 동의한 빈도가 유의하게 높았다. 자살 과거력을 가지고 있는 군에서 ‘약물 치료는 자연스럽지 못하다( $p<0.001$ ).’, ‘정신건강의학과 약은 먹지 않는 것이 좋다( $p=0.006$ ).’, ‘약물 치료를 늦추는 것이 좋다( $p=0.007$ ).’ 문항의 동의 빈도가 유의하게 높게 나타났다. 정신건강의학과 약

물치료에 대한 오해를 가지고 있는 군에서 주관적 스트레스 정도가 유의하게 높았다( $p<0.001$ ).

## 고 찰

본 연구에서 대다수의 일반 시민들은 문제가 있다면 정신건강의학과 상담이나 치료를 받을 수 있다고 응답하여 대체로 정신의학적 치료에 대한 욕구가 높은 것을 확인하였다. 반면 약 70%의 일반 시민들이 정신건강의학과 치료를 받으면 본인 의사와 상관없이 알려져 취업에 지장을 받을 수 있다고 염려하고 있고, 정신의학적 약물치료에 대해서도 편견이 상당히 대중을 대상으로 한 편견 해소 교육이 필요함을 알 수 있다. 아울러, 정신의학적 약물치료와 취업에 대한 편견이 치료에 대한 태도와 밀접한 관계가 있다는 본 연구 결과는 올바른 지식 전달로 편견을 개선하는 것이 정신건강의학과 치료의 접근성을 높이기 위해 필요함을 시사한다.

연령과 성별에 따른 정신건강의학과 치료에 대한 태도 차이를 살펴보았을 때, 남성과 40대 이상에서 유의하게 수동적이거나 거부적이었다. 이는 통제력을 가지고 독립적이어야 한다는 남성성에 대한 기존의 성 역할로 인해 남성이 감정을 노출하는 것에 대해 더 불편함을 느끼며, 사회적 낙인을 더 쉽게 내재화시키는 경향의 반영으로 추론할 수 있다.<sup>15,16)</sup> 선행 연구들을 살펴보았을 때, 젊은 연령 층에서는 정신질환을 의학적인 문제로 받아들이는 경향을 보였으나 고령 층에서는 개인

**Table 3.** Attitude toward psychiatric treatment according to depression, previous suicide attempt and perceived stress

	Total N (%)	Depression		$\chi^2$	p-value	Previous suicide attempt		$\chi^2$	p-value	Perceived Stress Scale		
		Presence N (%)	Absence N (%)			Presence N (%)	Absence N (%)			Mean (SD)	T or F	p-value
Attitude toward psychiatric treatment or medication												
Active	292 (34.8)	74 (36.3)	208 (34.3)	3.169	0.205	19 (38.0)	273 (34.6)	1.075	0.584	17.1 (4.9)	0.077	0.926
Passive	426 (50.7)	95 (46.6)	320 (52.7)			22 (44.0)	404 (51.1)			17.0 (4.8)		
Never	122 (14.5)	35 (17.2)	79 (13.0)			9 (18.0)	113 (14.3)			17.2 (4.9)		
If I receive psychiatric treatment, I can be disadvantaged to getting a job later by disclosure about it without my intention.												
Agree	536 (72.1)	153 (83.6)	371 (68.6)	15.450	<0.001	37 (82.2)	499 (71.5)	2.423	0.120	17.2 (4.8)	1.357	0.175
Disagree	207 (27.9)	30 (16.4)	170 (31.4)			8 (17.8)	199 (28.5)			16.7 (4.9)		
It is not natural to treat mental or emotional problems with medication												
Agree	245 (34.4)	63 (36.4)	172 (33.4)	0.525	0.469	27 (61.4)	218 (32.6)	15.096	<0.001	17.5 (4.6)	2.400	0.017
Disagree	467 (65.6)	110 (63.6)	343 (66.6)			17 (38.6)	450 (67.4)			16.6 (5.0)		
Long-term use of psychiatric medications (for depression, etc.) can lead to addiction												
Agree	473 (60.8)	130 (80.2)	336 (68.4)	8.321	0.004	29 (70.7)	444 (70.8)	0.000	0.991	17.4 (4.9)	2.638	0.009
Disagree	195 (29.2)	32 (19.8)	155 (31.6)			12 (29.3)	183 (29.2)			16.3 (4.9)		
It would be better not to take psychiatric medicine because it can cause the brain damage												
Agree	170 (29.2)	45 (32.4)	124 (29.0)	0.557	0.456	17 (50.0)	153 (27.9)	7.548	0.006	18.4 (4.8)	4.053	<0.001
Disagree	412 (70.8)	94 (67.6)	303 (71.0)			17 (50.0)	395 (72.1)			16.5 (5.0)		
When a delusion or hallucination develops, psychiatric medication should be delayed until all efforts to overcome then with mental strength have failed												
Agree	325 (44.0)	80 (46.0)	242 (44.9)	0.062	0.804	28 (63.6)	297 (42.8)	7.292	0.007	17.4 (4.9)	2.042	0.042
Disagree	413 (56.0)	94 (54.0)	297 (55.1)			16 (36.4)	397 (57.2)			16.7 (4.8)		



의 나약함으로 인식하고 가족의 수치가 될 수 있다고 생각하였다. 특히 자신의 감정을 억누르며 인내하는 것을 미덕으로 생각하는 아시아 문화권의 경우 이와 같은 생각이 두드러졌다.<sup>17)</sup> 여러 선행 연구에서 남성과 연령이 높은 경우 정신의학 적 치료에 대한 편견이 높고 결과적으로 전문적인 정신건강 서비스를 이용하는 데 부정적인 영향을 미친다고 보고되었다.<sup>5,6,31,32)</sup> 특히 40대 이상 남성은 자살사망자 수가 가장 많은 인구학적 계층임에도 이들이 정신건강의학과 치료에 수동적이라는 결과는 이 연령대에 대한 보다 중점적인 개입의 필요성을 시사한다. 남성에 특성화된 동기부여 중재, 남성성에 대한 올바른 교육 등을 통해 정신질환에 대한 편견을 줄이고 정신건강 서비스 이용률을 높인 선행 연구들의 중재 방법들을 고려하여 편견을 개선하기 위해 맞춤형 전략을 계획할 필요가 있다.<sup>18,19)</sup>

응답자의 72%가 ‘정신건강의학과 치료를 받으면 치료 사실이 알려져 취업에 불이익을 줄 것’이라 응답했다. 정신건강 의학과 치료 기록은 본인의 동의 없이 누구도 조회할 수 없다. 하지만 많은 사람들이 정신건강의학과 치료 기록을 본인 의사와 상관없이 기업이나 국가 기관에서 열람할 수 있는 것으로 오해하고 있음을 확인할 수 있었다. 더 나아가 정신건강 의학과 진료 기록만으로도 취업 과정에서 차별을 받을 수 있다는 편견이 정신건강의학과 치료에 대한 부정적 태도로 이어짐을 확인할 수 있었다. 이러한 대중의 편견과 오해를 개선하기 위한 노력이 시급히 필요하다. 동시에 정신건강의학과 치료력이 노출되는 것이 차별 행동으로 이어지고 있을 가능성에 대해서도 간과해서는 안 된다. 선행 연구들에 따르면 정신질환이 있는 경우 취업 시 71.5%가 차별을 경험하였고 상당 수가 승진에 제한을 받았으며, 3분의 1 가량이 직장에서 정신질환 상태에 대해 알게 되었을 때 직장을 그만 두게 되었다.<sup>20,33)</sup> 정신의학 서비스 이용률을 높이기 위해서 뿐만 아니라, 편견으로 인해 발생하는 차별 행동을 개선하기 위한 제도적 노력이 함께 필요하다.

‘망상, 환청이 생기면 정신력으로 이기려는 노력을 해보고 최대한 약물 치료를 늦추는 것이 좋다’는 문항에 의견을 표명한 대상자 중 44%가 동의하였고 이는 정신건강의학과 치료에 대한 거부적 태도와 상관관계가 있었다. 조현병과 같은 중증정신질환에서 증상이 발생한 뒤 치료가 지연되면 예후와 경과가 나빠져, 정신증 미치료 기간(Duration of Untreated Psychosis : DUP)을 단축하는 것이 매우 중요하다. DUP란 망상이나 환청과 같은 정신병적 증상이 발현된 때로부터 적절한 약물 치료가 개시될 때까지의 기간을 말한다. DUP가 3개월 미만으로 단축되었을 때 치료에 대한 반응이 좋은 반면

DUP가 길어지면 자타해 위험성이 증가하고 회복의 가능성은 낮아진다.<sup>21,22)</sup> 본 연구에서 일반 시민의 절반 가까이 약물 치료를 최대한 늦추는 것이 좋다고 응답한 점을 고려하면 DUP를 단축하기 위한 대중 교육과 관련 종사자들에게 올바른 정보 제공을 보다 적극적으로 시행할 필요가 있겠다.

정신의학적 약물치료와 관련된 편견이 있는 군에서 정신건강의학과 치료에 대한 거부적 태도의 빈도가 유의하게 높았다. 이는 정신의학적 약물 치료에 대한 편견과 무지가 치료에 대한 부정적 태도와 연관됨을 시사한다. 정신의학적 치료에 대한 편견이 정신건강 서비스의 이용률 저하, 치료의 지연 및 중단으로 이어질 수 있고, 결과적으로 질병의 경과 및 환자의 잔존 기능에 영향을 줄 수 있다.<sup>23)</sup> 치료에 직접적으로 부정적 영향을 끼치는 것 외에도 정신 질환에 대한 부정적 태도 및 편견으로 인한 차별이 환자의 사회적 회복에도 악영향을 끼칠 수 있다.<sup>24,25)</sup> 따라서 정신질환의 조기 발견 및 치료, 적정 치료 기간 유지 그리고 환자의 사회적 회복을 위해 지역사회 구성원의 정신의학적 치료에 대한 지식과 태도를 교육하고 개선하기 위한 노력이 필요하다.

임상적 특징에 따른 정신건강의학과 치료에 대한 태도도 조사하였는데, 우울증상 또는 자살 과거력이 있거나 주관적 스트레스가 높은 경우에서 정신의학적 약물치료에 대한 편견의 정도가 유의하게 높았다. 자살 시도군이나 우울증 군에서 치료에 대한 편견이 높은 비율로 나타났다는 것은, 정작 정신의학적 서비스가 필요한 대상이 전문적인 치료 환경으로 유입되지 않아 적절한 치료 시기를 놓치게 될 가능성이 높아질 수 있음을 시사한다. 이는 개인의 문제를 넘어 사회경제적 손실로 이어질 수 있다. 본 연구의 결과는 정신의학적 증상이 심할수록 정신의학적 전문 치료에 대해 부정적 태도를 보인다는 선행 연구 결과와 맥을 같이한다.<sup>17)</sup> 선행 연구들에서 언급되었던 정신건강 측면에서 취약한 요소들을 가진 군에서 경험하는 ‘자기 낙인’으로 인해 이와 같은 결과가 나타났다고 추론해 볼 수 있다. 개인에 대한 낙인에는 타인에 의한 것 뿐만 아니라 ‘자기 낙인’ 또한 영향을 미친다. ‘자기 낙인’이란 정신질환을 가진 개인이 대중들의 낙인을 자기 자신에게 적용하고 내재화하는 과정을 의미한다.<sup>26,27)</sup> 선행 연구에 따르면 ‘자기 낙인’의 정도가 정신질환에 대한 사회적 편견과 양의 상관관계를 가지며, 매개 역할을 하여 정신건강의학과 치료에 대한 부정적인 태도 및 전문적 서비스 이용률의 저하로 이어지게 하였다.<sup>15)</sup> 그리고 정신적 문제들이 정상화 되거나 증상들이 자신의 잘못 때문에 나타난 것이 아니며 치료를 통해 회복 될 수 있다는 것을 알았을 때 ‘자기 낙인’이 감소한다는 결과를 보여주었다.<sup>28-30)</sup> 이러한 연구 결과들을 미루어 보

았을 때, 정신건강 측면에서 취약한 대상자의 '자기 낙인'의 개념과 영향에 대한 이해를 돕고 '자기 낙인'을 줄이기 위한 구체적이며 근거 있는 전략들이 필요하다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 1개 광역시 시민을 대상으로 연구가 이루어졌기 때문에 특정 지역사회의 사회맥락적 특성이 연구 결과에 반영되었을 가능성이 있다. 향후 전국적으로 연구 대상 범위를 넓혀 연구를 시행할 필요가 있다. 둘째, 본 연구에서 사용된 설문이 체계적인 표준화 과정을 거치지 못하였다. 셋째, 정신의학적 치료 방법이 다양함에도 약물 치료에 대한 의견만을 확인하였다. 끝으로 편견과 관련된 비슷한 항목에 대한 다중 비교로 1형 오류 가능성을 고려할 필요가 있다. 이러한 제한점들이 있지만 본 연구에서 나타난 지역사회 구성원들의 정신건강의학과 치료에 대한 편견과 오해의 정도는 정신보건사업의 대중교육과 관련하여 내용의 구성과 방향 설정에 시사하는 바가 크다고 생각한다.

## 결 론

본 연구는 일반 시민을 대상으로 정신건강의학과 치료에 대한 태도와 편견의 정도를 조사하였다. 그 결과 남성과 40대 이상에서 정신건강의학과 치료에 대해 더 부정적이었다. 정신건강의학과 치료 사실이 알려져 취업에 부정적 영향을 미친다고 인지하고 있는 약 70%의 시민들은 정신건강의학과 치료에 대해 보다 수동적이거나 거부적이었다. 정신의학적 약물 치료에 대한 편견이 정신건강의학과 치료에 거부적인 태도를 보인 군과 정신건강 측면에서 취약한 군에서 보다 빈번하였다. 이러한 점을 고려할 때, 지역사회 구성원들의 정신의학적 치료에 대한 편견과 오해의 정도를 파악하고 이에 대한 효율적인 개입 방안을 마련할 필요가 있다. 이러한 노력은 정신건강 서비스의 이용률을 높여 정신질환의 조기발견과 경과 개선에 기여할 수 있을 것이다.

**중심 단어:** 편견·낙인·정신건강의학과 치료·약물 치료·지역사회.

## REFERENCES

- Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014;205:88-94.
- On ZX, Cotton S, Farhall J, Killackey E, Allott K. Relationship between duration of untreated psychosis and neurocognition and social cognition in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2016;176:529-532.
- Hong JP. The survey of mental disorders in Korea 2016. Ministry of Health and Welfare;2017.
- Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 2004;59:614-625.
- Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *Am Psychol* 2003;58:5-14.
- Kuehn BM. Early intervention for schizophrenia aim to improve treatment outcomes. *JAMA* 2010;304:139-145.
- Rabkin J. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophr Bull* 1974;1:9-33.
- Mykletun A, Stordal E, Dahl AA. Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *Br J Psychiatry* 2001;179:540-544.
- Hinz A, Brähler E. Normative values for the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the general German population. *J Psychosom Res* 2011;71:74-78.
- Oh SM, Min KJ, Park DB. A comparison of normal, depressed and anxious groups-a study on the standardization of the Hospital Anxiety and Depression Scale for Koreans. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1999;38:289-296.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
- Hong GR, Kang HK, Oh E, Park Y, Kim H. Reliability and validity studies of the Korean version of the Perceived Stress Scale-10 in older adults. *Res Gerontol Nurs* 2016;9:45-51.
- Lee J, Shin C, Ko YH, Lim J, Joe SH, Kim S, *et al*. The reliability and validity studies of Korean version of the perceived stress scale. *Korean J Psychosom Med* 2012;20:127-134.
- Hogan TP, Award AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 1983;13:177-183.
- Vogel DL, Wade NG, Hackler AH. Perceived public stigma and willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *J Couns Psychol* 2007;54:40-50.
- Komiya N, Good GE, Sherrod NB. Emotional openness as a predictor of college student's attitudes toward seeking psychological help. *J Couns Psychol* 2000;47:138-143.
- Jang Y, Chiriboga DA, Okazaki S. Attitudes toward mental health services: age-group differences in Korean American adults. *Aging Ment Health* 2009;13:127-134.
- Rice SM, Purcell R, McGorry PD. Adolescent and young adult male mental health: transforming system failure into proactive models of engagement. *J Adolesc Health* 2018;62:S9-S17.
- Syzdek MR, Addis ME, Green JD, Berger JL. A pilot trial of gender-based motivational interviewing for help-seeking and internalizing symptoms in men. *Psychol Men Masc* 2014;15:90-94.
- Park JI, Jeon MN. The stigma of mental illness in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2016;55:299-309.
- Cotter J, Zabel E, French P, Yung AR. Prolonged duration of untreated psychosis: a problem that needs addressing. *Early Interv Psychiatry* 2017;11:263-268.
- Birchwood M, Connor C, Lester H, Patterson P, Freemantle N, Marshall M *et al*. Reducing duration of untreated psychosis: care pathways to early intervention in psychosis services. *Br J Psychiatry* 2013;203:58-64.
- Parle S. How does stigma affect people with mental illness? *Nurs Times* 2012;108:12.
- Wahl OF. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends Cog Sci* 2012;16:9-10.
- Yamaguchi S, Mino Y, Uddin S. Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011;65:405-415.
- Brown C, Conner KO, Copeland VC, Grote N, Beach S, Battista D, *et al*. Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *J Community Psychol* 2010;38:350-368.
- Evans S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association be-

- tween public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychol Med* 2012;42:1741-1752.
- 28) Schreiber R, Hartrick G. Keeping it together: how women use the biomedical explanatory model to manage the stigma of depression. *Issues Ment Health Nurs* 2002;23:91-105.
- 29) Rosen A, Walter G, Casey D, Hocking B. Combating psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australas Psychiatry* 2000;8:19-26.
- 30) Mann CE, Himelein MJ. Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2004;55:185-187.
- 31) Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J Couns Psychol* 2006;53:325-337.
- 32) Segal DL, Coolidge FL, Mincic MS, O'Riley A. Beliefs about mental illness and willingness to seek help: a cross-sectional study. *Aging Ment Health* 2005;9:363-367.
- 33) Schur L, Kruse D, Blasi J, Blanck P. Is disability disabling in all workplaces? Workplace disparities and corporate culture. *Ind Relat* 2009;48:381-410.