

REVIEW ARTICLE

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2016;55(4):299-309 Print ISSN 1015-4817 Online ISSN 2289-0963 www.jknpa.org

정신질환에 대한 사회적 편견

강원대학교 의과대학 정신건강의학교실,¹ 국립춘천병원,² 국립정신건강센터 정신건강연구소³ 박종익^{1,2} · 전미나³

The Stigma of Mental Illness in Korea

Jong-ik Park, MD, PhD, LLM^{1,2} and Mina Jeon, BSc³

¹Department of Psychiatry, Kangwon National University School of Medicine, Chuncheon, Korea

²Chuncheon National Hospital, Chuncheon, Korea

³Department of Mental Health Research, National Center for Mental Health, Seoul, Korea

The stigma of mental illness is a problem that should be addressed urgently as such stigma has a negative effect on the lives of individuals with mental disorders, which may result in social and economic losses. Moreover, mental health stigma acts as a barrier to mental health service utilization. Thus, the need to reduce the mental health stigma has been highlighted. In Korea, stigma associated with individuals with mental disorders has been studied; however, few of those studies investigated mental health literacy, which might influence an individual's attitudes toward and beliefs about people with mental disorders. Furthermore, there are fewer evidence-based anti-stigma campaigns and programs in Korea than in other countries. On that basis, a review of previous studies focusing on mental disorder stigma was undertaken, and the effects of such stigma on individuals with mental disorders and on society were assessed. In addition, research into mental health literacy, rarely undertaken in South Korea, was discussed. Finally, anti-stigma campaigns that are reportedly effective in reducing mental illness stigma were reviewed. With regard to future research on mental health stigma in South Korea, it is suggested that researchers study mental health literacy to assess accurately the public's misperceptions about mental disorders. In addition, a variety of evidence-based anti-stigma campaigns should be implemented to increase public knowledge of mental disorders. Lastly, cooperation between public and private sectors should be encouraged to develop strategies for reducing the stigma and negative beliefs associated with mental disorders. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2016;55(4):299-309

KEY WORDS Mental illness · Mental health literacy · Stigma.

Received July 26, 2016 Revised August 16, 2016 Accepted September 8, 2016

Address for correspondence Jong-ik Park, MD, PhD, LLM Department of Psychiatry, Kangwon National University School of Medicine, 156 Baengnyeong-ro, Chuncheon 24289, Korea Tel +82-33-258-9171 Fax +82-33-254-1376 E-mail lugar@kangwon.ac.kr

서론

2011년 우리나라 성인(18~75세)의 정신질환에 대한 평생 유병률은 27.6%지만 실제로 치료를 받는 비율은 15.3%로 2001년 8.9%보다는 높아졌으나 현저히 낮은 편이다.¹⁾ 정신의료 서비스의 낮은 이용률에 대한 이유는 여러 가지가 있을 수 있으나 사회 구성원이 가지는 정신질환에 대한 편견이 많은 영향을 주고 있다고 판단된다.²⁾ 정신질환에 대한 사회적 편견은 정신질환자 개인의 삶에 부정적인 영향을 끼칠 뿐만 아니라 국가적인 차원에서 사회경제적 손실을 일으킬 수 있으므로 시급히 해결되어야 할 문제이다. 최근에 발생한 강남역 살인사건이 조현병 환자의 정신병적 증상으로 밝혀지면서 언론의 선정적이고 편향된 보도로 인하여 정신질환자에 대한 사회적 편견이 증가될 우려가 있으므로 이런 차별적인 인식을 개선하기 위한 노력이 더욱 필요한 시점이다.³⁾ 우리

나라에서는 1970년대부터 정신질환의 사회적 편견에 대한 연구가 일부 진행되어 왔으며^{4,5)} 대부분의 연구는 연구진들이 개발한 설문지나 Community Attitudes to the Mentally Ill Inventory 또는 Opinion about Mental Illness를 사용하여 정신질환자의 위험성, 결혼 등을 포함한 대인관계 등에 대해서 조사하였다.⁵⁻⁷⁾ 이런 연구들은 다양한 집단이나 지역에서 정신질환에 대한 인식과 태도를 비교하긴 했지만 실제로 여기에 영향을 주는 정신질환에 대한 지식과 편견 요인들에 대해서는 뚜렷이 밝혀진 바는 없다. 외국에서는 정신질환에 대한 태도에 영향을 주는 요인으로 정신건강 이해력(mental health literacy)의 개념을 다룬 연구가 많이 있었다.^{8,9)} 본고에서는 정신건강 이해력의 개념을 소개하고, 이 요인을 지역사회에 좀 더 포괄적으로 적용하고 전파함으로써 정신질환에 대한 대중의 지식과 태도를 향상시키고 편견을 줄이는 다양한 방법을 모색하고자 한다. 이런 노력은 자신이나 주변사람

에게 정신질환이 발생했을 때 문제를 인식하고 조기에 치료 개입을 함으로써 정신질환의 만성화를 예방할 수 있게 한다.⁸⁾ 아울러 정신질환에 대한 편견을 줄이기 위한 선진국의 프로그램 및 캠페인의 효과성에 대한 연구를 벤치마킹하는 것이 많은 도움이 될 수 있다.

본고의 목적은 우선 사회적 편견의 기본 개념에 대하여 문헌을 중심으로 고찰하고자 하며, 정신질환에 대한 편견이 사회에 미치는 영향을 살펴보고 이로 인한 손실에 대하여 언급하고자 한다. 또한 정신질환의 사회적 편견에 대한 국내외 연구 리뷰를 통하여 정신질환에 대한 지식과 신념을 파악할 수 있는 정도를 평가할 수 있는 정신건강 이해력(mental health literacy)의 개념을 소개하고자 한다. 마지막으로 외국에서 사회적 편견을 해소시키기 위해 행해진 다양한 프로그램과 캠페인을 소개하고 앞으로 우리나라에서 편견 해소를 위해 어떤 정책적 노력이 필요할 것인지에 대하여 제언을 하고자 한다.

정신질환에 대한 사회적 편견의 개요

편견이란 특정인에 대한 부정적이고 잘못된 정보에 의한 태도를 의미한다.¹⁰⁾ 이러한 편견은 어린 시절에 부모나 주변 사람들에게서 듣거나 보면서 학습되어 그 사회집단에서 오랫동안 유지되어 온 것으로,¹¹⁾ 한번 형성된 후에는 자신의 강한 신념으로 굳어지며, 객관적인 사실을 통해서도 쉽게 변화되지 않는 특징이 있다.¹²⁾ 역사적으로, 정신질환자들은 혐오와 두려움, 공포의 대상으로서 인식되어져 왔으며^{13,14)} 16세기와 17세기에 유럽이나 북미에서 마녀로 몰려서 화형당한 사람들이 최근 들어서 정신질환을 앓고 있던 사람들이었다는 증거들이 발견되고 있다.¹⁵⁾ 19세기에 들어서면서 서구유럽에서는 'lunatic asylums' 또는 'madhouses'라고 불리는 정신병원이 설립되었는데 이는 정신질환자를 지역사회에서 분리시켜서 병원에 가두기 위한 목적으로 사용되었다.¹⁵⁾ 현재까지도 정신질환에 대한 사회적 편견은 동서양을 막론하고 널리 퍼져 있다.^{16,17)} 일반인들은 여전히 정신질환자들을 두려움이나 공포의 대상으로 인식하고 있으며, 정신질환을 다른 사람들에게 알리기에 수치스러운 질환으로 여기고 있는 것으로 조사되고 있다.¹⁶⁾

사회적 편견에 의한 영향 및 손실

정신질환에 대한 사회적 편견이 중요한 이유는 개인의 인생 뿐만 아니라 가족, 지역사회, 더 나아가 국가적으로 막대한 영향을 미치기 때문이다. 먼저, 사회적 편견은 개인의 삶에서

취업이나 대인관계 등 여러 측면으로 영향을 주기 때문에¹⁸⁻²⁰⁾ 정신질환을 앓고 있더라도 정신의료기관에 가서 진단을 받는 것에 대한 두려움이 있으며 이는 정신질환의 예방과 조기 발견 및 조기치료에 장애요인으로 작용한다.²⁾ 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)에 의하면 한 해에 85%의 중증정신질환자들이 치료를 받지 않는 것으로 조사되었다.²¹⁾ 이런 치료의 기피나 지연은 증상을 악화시켜서 외래를 다니는 것에 비하여 비용이 훨씬 많이 드는 입원치료를 선택할 수밖에 없는 상황을 만들게 된다.²²⁾ 더구나 증상의 치료가 끝난 이후 다시 사회에 복귀하려고 할 때에도 정신질환에 대한 부정적인 편견이 장기입원을 조장하거나 재입원을 부추기게 된다.²³⁻²⁵⁾ 결국, 정신질환자는 지역사회에 통합되지 못하고 소외될 수밖에 없으며, 이는 다시 정신질환자에 대한 부정적인 인식과 태도를 심화시키는 악순환구조를 만들게 된다.^{26,27)} 또한, 정신질환을 가진 사람들 스스로 남들이 자신을 거부하고 배척할 것이라는 자괴감을 가지게 되면서 사람들과의 관계형성에 부담을 느끼게 되고, 이로 인한 대인 관계의 위축, 삶의 만족도 저하, 직업획득의 기회 감소로 인한 경제적인 수입 저하 등 점차적으로 사회구성원으로서의 지위를 상실하는 결과로 이어지게 된다.²⁸⁻³⁰⁾ 정신질환자들이 경험하는 낮은 사회적 지지는 자존감의 저하를 가져오게 되고 일상생활능력이나 사회기술을 습득할 기회를 스스로 상실하거나 박탈당하게 되면서 정신질환의 재발과 재입원의 악순환이 되풀이될 수도 있다.²⁾

사회적 편견은 지역사회의 인식에도 부정적인 영향을 미쳐 일반인들은 자신이 살고 있는 지역에 정신장애와 관련된 시설이 들어오는 것에 대해서는 부정적인 남비현상(not in my back yard)을 보이고 있다.²³⁾ Han³¹⁾에 따르면 정신병원은 지역주민들에게 지역의 이미지를 실추시킬 수 있는 시설로 여겨지고 있으며 불쾌한 감정유발, 부정적인 이미지의 연상, 주변 교육환경에 대한 유해한 영향 등으로 지역적 오명을 유발시키는 시설로 인식되고 있다. 그렇기 때문에 대부분의 정신병원이 지역사회와 멀리 떨어진 곳에 위치하게 되었으며 실제로 치료가 필요할 때 방문하기 어려운 것은 심리적인 거리뿐만 아니라 물리적인 거리도 영향을 주게 된다.

마지막으로, 정신질환의 사회적 편견은 개인은 물론 국가적으로 경제적인 손실과 예산의 낭비를 동반하게 된다. 2000년에 주요우울장애(major depressive disorder)는 단일 질환으로는 전체 질환 중 네 번째로 질병부담이 높은 질환(global burden of disease)에 해당되었으며 2020년엔 심혈관질환에 이어 두 번째에 해당될 것으로 예상되었다.³²⁾ WHO³³⁾는 더 나아가 2030년에는 우울증이 가장 질병부담이 높은 질환이 될 것으로 추정하였다. 또한, 세계경제포럼(World Economic

Forum)³⁴⁾은 전 세계적으로 2010년에 정신질환에 의해 야기된 사회경제적 비용은 약 2조 5천만 달러로 추산하였으며, 2030년엔 6조 달러로 증가할 것으로 예상하였다. 국내에서도 정신질환으로 인한 사회적 비용을 추산한 연구가 있었는데 Kim³⁵⁾은 2003년 건강보험통계연보를 이용하여 정신질환으로 인한 사회적 비용을 추계한 결과 GDP의 0.5%라고 보고하였다. Jung³⁶⁾은 2006년 기준으로 약 2조 원이 넘으며, 2001년과 비교했을 때 약 6천억 원이 증가했다는 추계를 하기도 했다. 그럼에도 불구하고 정신건강서비스에 투입되는 예산은 다른 종류의 건강서비스에 비해 현저히 부족한 수준이며, 이는 정신건강의 중요성에 대한 인식이 부족하거나 사회적 편견에 기인한 것으로 판단된다.²²⁾ 편견으로 인한 사회적 차별은 취업을 어렵게 함으로써 개인 수입의 감소에 직접적으로 영향을 줄 뿐만 아니라 사회적으로는 감소된 생산성으로 인해 급여 수당이 올라가는 문제가 발생하기도 한다.^{22,37)}

정신질환에 대한 편견 연구 : 국내외 현황

앞에서 언급했듯이 정신질환에 대한 사회적 편견은 개인은 물론 지역사회 및 국가 전체에 막대한 영향을 줄 수 있기 때문에 이를 극복하는 것은 매우 중요하다고 할 수 있다. 그러나 실제로 국가정책에 반영되기 위해서는 사회적 편견이 개인이나 사회에 어떤 식으로 얼마나 영향을 주고 있는지에 대한 증거가 필요하며, 본고에서는 그동안 발표되었던 국내외의 연구를 소개하고자 하며, 기존 연구들의 결과를 토대로 정신질환에 대한 편견과 차별을 몇 가지 영역으로 분류해 볼 수 있다.

정신질환의 위험성에 대한 인식

먼저, 동서양을 불문하고 정신질환에 대한 가장 흔한 편견은 정신질환자들이 공격적이며 위험하다는 것이다. 독일의 경우 정신질환자들이 예측 불가능하다고 응답한 비율은 49.6%였으며, 공격적이고 난폭한 행동을 한다고 응답한 비율은 약 25%로 조사되었다.³⁸⁾ 국내에서도 2007년 정신질환에 대한 국민 인식조사를 한 결과, 76.6%의 응답자가 정신질환자들이 일반인보다 위험한 편이라고 응답하여 좀 더 부정적인 인식을 가지고 있는 것으로 나타났다.³⁹⁾ 미국에서는 정신질환의 종류에 따른 위험률 인식 정도를 조사한 결과, 대중들이 인식하고 있는 위험률이 정신질환마다 차이가 있다는 것을 발견하였으며 전반적으로 위험률을 높게 인식하고 있는 것으로 나타났다.⁴⁰⁾ 알코올 또는 약물의존증의 경우, 71~87%의 응답자들이 위험률을 가장 높게 평가하였으며 조현병의 경우엔 61%가 비교적 높게 인식하고 있었지만 우울증은 33%여

서 다른 질환에 비해 위험성을 낮게 인식하고 있는 것으로 조사되었다.⁴⁰⁾

현대사회가 정보화시대로 넘어가면서 정신질환자의 위험성에 대한 편견은 이제 대중매체에 의해 형성되고 유지되어 오는 것으로 나타났다. Kim 등⁴¹⁾이 1998년 3월부터 2000년 2월까지 2년 동안 동아일보와 조선일보에서 정신질환에 대해 설명한 기사를 분석한 결과, 부정적인 기사가 69.9%로 긍정적인 기사에 비해 5배 이상 많은 것으로 나타났으며 부정적인 기사들이 주로 다룬 내용은 “정신장애인은 위험하거나 난폭하며 범죄를 잘 저지른다”, “정신장애인은 엉뚱하고 특이하하며 사회적 기능을 잘 수행하지 못한다”는 등의 내용이였다. 국외 연구에서도 비슷한 경향을 보이고 있으며, 스코틀랜드의 편견해소 캠페인인 Shift가 조사한 결과에 따르면 대중매체에 비취지는 정신질환은 주로 공격성 및 위험성과 연관된 것으로 나타났다.⁴²⁾ 이 중 자해하는 내용이 포함된 비율은 71.6%였으며 다른 사람들에게 공격적인 내용이 포함된 것은 44.6%였다고 한다. 하지만, 대중매체들이 제공하는 정보들은 일반인들의 관심을 끌기 위해 정신질환자의 말이나 행동을 과장해서 보여주거나 표현하는 경향이 있는 것으로 나타나 결국 정신질환자를 무서워하게 되는 결과를 초래하는 것으로 판단된다.⁴³⁾ 실제로, 한 국내 연구에 의하면 정신질환자에 대한 정보를 영화, 신문, 방송 등을 통해 습득하였다는 비율이 66.3%나 되었으며⁴⁴⁾ 국외도 사정이 비슷해서 상당수의 미국인들이 대중매체를 통해 정신질환에 대한 정보를 습득하며 그 내용을 신뢰하는 편으로 조사되었다.²³⁾

하지만, 이와 반대로 정신질환자를 경험한 사람들은 이들에 대해 편견을 덜 가지고 있었으며⁴⁵⁾ 정신질환자들로 인해 자신들이 더 나은 사람으로 변화하였다고 응답한 비율이 27.8%나 되었다.⁴⁶⁾ 따라서 정신질환에 대한 편견을 줄이기 위해서는 정신질환자에 대한 부정적인 보도를 자제하는 것도 중요하지만 실제로 경험하는 것이 긍정적인 인식에 도움이 된다는 사실에 주목해야 할 것이다.

대인관계와 관련된 편견과 차별

최근의 여러 국내 연구들에 의하면 정신질환에 대한 일반인들의 인식이 긍정적으로 변화하고 있는 것으로 나타났지만,^{5,6,47)} 개인적인 관계를 가지는 것에 대해서는 여전히 부정적인 반응을 보였다⁴⁸⁾고 한다.^{6,45,48)} 2007년에 시행한 한 태도조사에서 정신질환자를 위한 거주시설 설립에 찬성하는 비율이 58.9%였고, 정신질환자를 이웃주민으로 받아들일 수 있다는 의견도 63.9%로 조사되어서 비교적 긍정적인 인식을 가지고 있는 것으로 나타났으나 정신질환을 가진 사람과 얘기하면 불편함을 느낀다고 대답한 사람도 58.6%여서 일반적

으로 이중적인 태도를 지니고 있는 것으로 평가할 수 있다.³⁹⁾ 이 외에도 정신장애를 가진 사람들과 결혼하는 것을 반대하는 경향은 국내뿐만 아니라 국외에서도 관찰되었으며,^{45,49)} 정신질환자들이 같은 지역사회 내에 거주하는 것에 대해서도 부정적으로 인식하는 것으로 조사되었다.⁶⁾ 따라서 일반인들은 정신질환자들이 자신들과 직접적인 관계가 없다고 인식했을 때는 긍정적이고 관대한 태도를 보이지만, 어떤 형태로든 연관되는 상황에 대해서는 상당히 부정적인 시각을 가지고 있는 것으로 판단되며 여전히 정신질환자를 사회구성원으로 받아들이기를 거부하는 정서를 반영한다고 볼 수 있다.

이러한 편견의 영향으로 정신질환자들은 대인관계에서 차별을 겪고 있는 것으로 조사되었다. 영국의 Scottish Association for Mental Health에서 정신건강서비스를 이용하는 사람들의 사회관계를 조사한 결과 이들이 대인관계를 형성하고 유지하는 데 어려움이 있다는 것을 발견하였다.¹⁸⁾ 일반인에 비해 정신건강서비스를 이용하는 사람들이 혼자 살거나 가족, 친구, 이웃 또는 직장동료들을 자주 보지 못하였으며 환자 스스로도 자신의 대인관계활동과 사회적 지지를 낮게 평가하였다.¹⁸⁾ 국내의 연구 결과도 마찬가지로 정신질환자들 스스로가 결혼, 연애, 가정 내의 생활과 대인관계 형성이 어렵다고 생각하고 있었으며⁵⁰⁾ 일반인들의 경우에도 자신이 정신질환에 걸리면 친구들과의 관계가 깨질 것이라고 생각하는 비율 또한 69.7%로 높게 나타났다.³⁹⁾ 정신질환자들이 실제로 대인관계에서 겪는 차별을 조사한 연구에서는 야외 활동 시 주위 사람들의 시선 때문에 불편함을 겪고 있다고 응답한 비율이 44.7%에 이르러서 증상 여부와 관계없이 사람들과의 관계 형성에 어려움을 호소하였다.¹⁹⁾

직업 생활

직업을 갖는다는 것은 사회의 구성원으로 역할을 함과 동시에 생활을 위한 수입을 얻을 수 있는 기회라는 측면에서 삶에서 가장 중요한 요소 중 하나이다. 하지만 정신질환자들은 고용 측면에서도 편견과 차별의 대상이 되고 있다. 아무리 일할 능력을 가지고 있어도 정신질환을 앓았거나 앓고 있는 사람을 고용하겠다는 비율은 25.1%로 굉장히 낮게 나타났으며³⁸⁾ 실제로 정신질환자들이 취업에 있어서 겪는 차별은 71.5%로 조사되어 상당히 많은 정신질환자들이 직업적 기능과 무관하게 불이익을 경험하고 있는 것으로 나타났다.²⁰⁾ 유럽에서도 조현병을 가진 정신질환자의 취직률을 조사한 결과, 약 10~35%로 나타나 취직에 어려움을 겪고 있었다.⁵¹⁾ 이러한 편견과 차별은 정신질환자들로 하여금 치료를 거부하거나 자신들의 질환을 숨기게 한다. 스코틀랜드에서 진행된 연구에 따르면 정신질환을 겪었던 사람들의 57%가 일자리

를 지원할 때 자신의 질환을 숨기는 것으로 나타났으며 43%는 자신들의 정신질환이 부정적으로 인식될 것을 우려하여 일자리 지원 자체를 포기하기도 하였다.⁵²⁾ 국내에서도 인구 대비 정신장애인 취업 비율은 9.7%로 다른 장애를 겪고 있는 사람들보다 취업률이 현저히 낮은 것으로 조사되었다.¹⁹⁾ 설사 취업에 성공하더라도 주당 평균 35시간 동안 일한다고 가정할 때 취업장애인의 월 평균임금인 153만 원의 약 3분의 1 정도인 56만 원을 받는 것으로 나타나 수입 면에서도 차별을 겪고 있는 것으로 보인다.¹⁹⁾

우리나라를 포함한 많은 나라에서는 법률로 고용의 차별을 금지하고 있지만 현실에선 정신질환의 종류나 증상의 중증도에 관계없이 단지 정신과적 치료를 받는다는 이유만으로 사회적 활동이 제한되는 것을 알 수 있으며⁵³⁾ 정신질환자들은 법에 대하여 잘 모르거나 까다로운 절차 때문에 적절하게 잘 대처를 하지 못하고 있는 것으로 나타났다.⁵⁴⁾

전문가 집단의 편견

정신질환에 대한 편견은 일반인들뿐만 아니라 관련된 전문가들도 가지고 있는 것으로 나타났다. 정신보건 전문가들의 정신질환자에 대한 인식과 태도가 일반인들과 많이 다르지 않다는 사실이 여러 연구에서 밝혀졌다. 스위스의 한 연구에 의하면 정신병원에서 근무하는 정신과 의사들의 인식이 일반인과 비교하여 별로 다르지 않았으며 오히려 사회적 거리감이나 정신질환자의 능력에 대해서는 더 부정적인 편견을 가지고 있는 것으로 나타났다.⁵⁵⁾ 그리스 경찰을 대상으로 한 연구에서는 64.9%의 경찰관들이 정신질환자들을 일반인들에 비해 더 위험한 존재로 생각하고 있었으며, 89%는 정신질환자들이 약을 계속 복용해야 한다고 응답하였고 67.4%의 응답자들은 정신질환자들이 계속 입원하는 것을 선호하여서 위기개입에 중요한 역할을 해야 하는 경찰이 매우 부정적이었다는 것을 알 수 있었다.⁵⁶⁾ 국내 연구에서는 정신보건 전문가들이 정신질환에 대한 인식과 태도에서 전반적으로 낮은 편견을 가지고 있었지만 정신질환의 예후에 대해서는 부정적인 반응을 보이며 회복이 불가능하다고 생각하는 것으로 조사되었다.⁴⁵⁾ 이런 결과는 직업 특성상 정신질환자들 중에서도 만성적이고 재발률이 높은 환자들을 더 자주 접한 결과로 볼 수 있다.⁵⁷⁾

국가혜택 측면에서의 차별

이러한 편견들로 인해 정신질환자들은 국가로부터 제대로 된 혜택을 받지 못하고 있는 상황이다. 정책 입안자들은 사업을 집행할 수 있는 예산이 한정되어 있기 때문에 정책을 수행할 때 유권자들이 선호하고 필요로 하는 분야를 우선순위

로 삼기 마련이다.⁵⁴⁾ 그렇기 때문에 유권자들이 거의 관심이 없는 정신질환에 대한 투자는 현저히 낮을 수밖에 없다. WHO의 2014 Mental Health Atlas country profile에 따르면, 우리나라의 정신질환에 대한 예산은 1인당 44.81달러인 반면 미국에서는 1인당 272.80달러여서 우리나라에 비해 약 6배나 많은 국가재정이 투입되고 있었다.^{58,59)} 이웃나라인 일본의 경우에도 1인 기준으로 153.70달러의 예산이 할당되어 있어서 우리나라는 전반적으로 낮은 수준인 것을 알 수 있었다.⁶⁰⁾ 또한, 정신질환자들은 신체질환자와 비교했을 때에도 차별을 받고 있는 것으로 나타났다. 2008년에 마지막으로 인상된 이후 올해까지 일당정액제인 의료급여 정신질환자를 진료했을 때 외래에서 받는 급여비는 하루 2770원으로 일반 건강보험 가입자의 약 10분의 1 정도에 불과하다.⁶¹⁾ 그렇기 때문에 병원에서는 의료급여 수급자를 통하여 지급받을 수 있는 비용 이상의 서비스를 제공해 주기는 어려우며 이에 따라 의료보험 환자에 비해서 상대적으로 불이익을 받을 수밖에 없는 것이 현실이다.⁶¹⁾ 2014년 장애인실태조사에 따르면 63.1%의 정신질환자들이 원하는 때에 병의원에 가서 치료를 받지 못한 이유가 경제적 문제였으며, 이는 장애인 중에서도 정신장애가 가장 취약한 복지의 사각지대인 것으로 판단할 수 있다.¹⁹⁾ 또한 정신질환, 즉 F 코드로 진단을 받은 이후에 병의원 진료를 받은 환자의 경우에는 그동안 민간보험의 일종인 실손의료보험 가입대상에서 제외되었으나 2015년 11월 약관의 개정 이후에 2016년부터 새로 가입하는 환자부터는 알코올 사용 장애 및 일부 정신질환을 제외하고는 혜택을 받을 수 있다는 점에서 치료 기피 및 사회적 차별에서 다소의 개선이 있을 것으로 예상된다.⁶¹⁾

지금까지 본고에서 나열했듯이 정신질환자들은 질병 자체의 부담은 물론 사회의 따가운 시선과 다양한 불이익을 당해야 하는 이중고를 겪고 있다. 정신질환에 대한 편견은 치료기피나 약물순응도 저하로 이어지고 결국 만성화와 장기입원이라는 악순환의 고리에 들게 되므로 대중의 정신질환에 대한 인식을 개선하려는 노력은 매우 중요하다고 할 수 있다.²⁾

Mental Health Literary(정신건강 이해력)

이러한 사회적 편견과 그로 인해 파생된 차별을 해소하기 위해서는 일반인들이 가지고 있는 정신질환에 대한 잘못된 지식과 신념을 파악하고 교육 또는 캠페인을 실시하여 개선시키도록 노력해야 한다. 이를 위해서는 정신건강 이해력에 대한 개념이 무엇인지를 알아보고, 이를 통해서 정신질환에 대한 편견과 차별을 해소하기 위한 다양한 방법을 소개하고

자 한다.

정 의

정신건강 이해력은 보건분야에서 사용해 오던 건강 이해력(health literacy)을 Jorm 등⁶²⁾이 정신건강분야에 적용시킨 것이다. Jorm 등⁶²⁾에 의하면 정신건강 이해력이란 정신질환을 인식하고, 관리하며, 예방하는 것에 대한 지식과 신념으로 정의하였으며, 여섯 가지의 구성요소로 정신질환에 대한 인식, 정신건강정보를 얻는 방법, 위험요인과 원인에 대한 지식과 신념, 자가치료에 대한 지식과 신념, 전문가 도움에 대한 지식과 신념, 정신과치료에 대한 낙인으로 구분하였다. 정신건강 이해력의 개념을 지역사회에 좀 더 포괄적으로 적용하고 전파할 수 있다면 정신질환에 대한 대중의 지식과 태도를 향상시킴으로써 편견을 줄일 수 있을 뿐만 아니라 자신이나 주변사람에게 정신질환이 발생했을 때 이를 인식하고 조기에 치료에 개입하게 됨으로써 정신질환의 만성화를 예방할 수 있게 된다.⁸⁾

선행연구

Jorm 등⁶³⁾이 정의를 내린 이후로 정신건강 이해력에 대한 연구는 서구 사회에서 활발히 진행되어 왔고 최근 들어 동양에서도 정신건강 이해력에 대한 관심을 가지게 되었다.⁹⁾ 나라별 비교를 한 연구에 의하면 대체적으로 동양인들이 서양인들에 비해 낮은 정신건강 이해력을 가지고 있는 것으로 나타났다.⁶³⁻⁶⁵⁾ 선행연구들은 정신건강 이해력의 구성요소 중 정신질환의 인식 및 원인에 대한 것이나 다양한 치료 방법 및 치료자원에 대한 것이 가장 많았으며, 정신질환에 대한 대중들의 일반적인 신념에 대한 것도 있었다. 따라서 본고에서는 지금까지 연구된 구성요소를 중심으로 소개하고자 한다.

정신질환에 대한 인식

정신질환에 대한 인식(recognition)에 대한 평가는 정신질환을 앓고 있는 사람의 사례를 제시하고 이들의 문제를 정신질환으로 인식할 수 있는지로 주로 구성된다. 1995년 호주에서 대중들에게 우울증과 조현병 사례를 보여주고 사례에 제시된 사람이 어떤 문제를 가지고 있으며 정확한 진단명을 알고 있는지에 대하여 조사하였다.⁶²⁾ 그 결과, 우울증의 경우 정신질환으로 인식한 비율은 72%였으나 정확하게 우울증이라고 응답한 비율은 39%로 나타났으며, 조현병의 경우, 84%의 응답자들이 정신질환으로 인식하였으며 정확하게 조현병이라고 말한 응답자들은 27%였다. 즉, 우울증의 경우 28%, 조현병의 경우 16%의 응답자들이 제시된 사례를 정신질환

이라고 인식하지 못하는 것으로 나타났으며 정신질환이 있다고 판단하더라도 정확한 명칭을 모르는 경우가 대부분이었다.

Loo 등⁶⁵⁾의 연구에서 영국, 홍콩, 말레이시아인들의 정신질환 인식 능력을 비교한 결과 영국인이 9개의 정신질환 중 7개에서 가장 높은 인식률을 보여 홍콩인과 말레이시아인보다 정신질환에 대한 인식이 상당히 높은 것으로 보고되었다. 이러한 상황은 우리나라에서도 마찬가지이다. Lee와 Suh⁶⁶⁾가 한국 대중들의 정신건강 이해력을 조사하여 기존에 호주인과 일본인을 조사한 연구와 비교하였다. 그 결과, 호주는 우울증과 조현병에 대한 진단명 식별 모두에서 한국인 및 일본인들보다 높은 인식률을 보였다. 특히, 우울증의 경우, 호주인(65.3%)이 한국인(35.2%)이나 일본인(22.6%)에 비해 2배 정도의 높은 인식률을 보였다.⁶⁶⁾ 또한, 당시 한국의 일반인들이 우울증이 정신건강문제라고 인식한 비율은 57.4%였으며 조현병의 경우에는 61.5%로 나타났는데 이는 Jorm 등⁶²⁾이 15년 전에 조사한 호주 일반인의 인식률(우울증 72%, 조현병 84%)보다도 낮은 수치로 한국인의 부족한 인식을 반영하고 있다.

정신질환의 원인과 위험요인에 대한 지식과 신념

정신질환의 원인과 위험요인에 대한 지식과 신념은 선호하는 치료방법과 전문적인 치료 순응도에 영향을 미칠 수 있는 정신건강 이해력의 중요한 구성요소이다. 전반적으로 선행연구들은 성격문제, 어린 시절의 문제, 생활사건, 스트레스 등과 같은 심리사회적 원인과 유전, 신경전달물질의 문제 등 생물학적 원인을 포함하여 대중들의 정신질환의 원인에 대한 지식과 신념을 조사하였다. 지금까지 조사된 연구들을 살펴보면, 각 나라마다 정신질환의 원인을 다르게 간주하고 있으며, 특히 동서양 간에 차이가 큰 것으로 나타났다. 서양에서는 우울증과 조현병이 최근에 발생한 스트레스 요인에 의해 발생한다고 간주하는 경향이 있었으며^{15,40)} 최근에 조사된 결과에서는 유전적인 요인 때문이라고 간주하는 경향도 각각 67.4%와 70.0%로 높게 나타났다.⁶⁷⁾ 한편, 우울증과 조현병의 원인을 다소 다르게 보는 경향이 있어서 우울증 발병은 심리사회적 원인에 의한 것으로 보는 반면, 조현병은 주로 생물학적 요인에 의해 발생하는 것으로 이해하기도 했는데, Angermeyer와 Matschinger³⁸⁾가 독일에서 실시한 연구에서도 조현병은 60% 이상의 응답자들이 뇌질환이나 유전을 원인으로 지목하였지만 우울증은 70~80%의 응답자들이 생활사건이나 직장에서의 스트레스라고 대답하였다. 이처럼 서양에서 진행된 연구에 따르면, 정신질환의 원인으로 심리사회적 요인과 유전적 영향을 모두 인지하고 있는 것으로

나타났다. 이에 반해 호주와 일본을 비교한 연구에 따르면, 일본은 호주에 비해 정신질환의 원인으로 예민하거나 나약한 성격 등을 높게 평가하였으며 유전적 요인은 비교적 낮게 평가하였다.⁶³⁾ 이런 결과는 정신질환의 원인을 환자의 성격이나 잘못으로 돌리는 경향이 높다는 것으로 해석할 수 있다. 정신건강에 대한 이해력이 더 낮은 나라로 평가받는 말레이시아의 경우에는 마녀, 빙의 등 초자연적인 현상을 정신질환의 원인으로 간주하고 있는 것으로 나타났다.⁶⁸⁾ Lee와 Suh⁶⁶⁾의 연구에 따르면, 한국의 경우에 과거에 비하면 많이 향상이 되긴 했지만 여전히 팔자소관, 해달벌, 귀신 등 초자연적인 원인이 정신질환을 일으킨다고 생각하는 대중이 적지 않은 것으로 조사되었다. 이러한 정신질환의 원인에 대한 잘못된 지식과 신념은 결국 정신질환에 대한 편견으로 이어지게 되고 정신질환자에 대해 부정적인 인식과 태도를 강화하는 것으로 판단된다. 또한, 정신질환의 원인에 대한 신념은 선호하는 치료방법에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그 예로, 말레이시아인들이 선호하는 치료방법은 전통적인 치료사인 주술사이며, 약물에 대한 순응도는 낮은 것으로 나타났다.⁶⁸⁾ 이는 말레이시아인들이 정신질환을 초자연적인 현상에 의한 것이라고 지각하고 있는 것과 밀접한 연관이 있다고 간주된다.

치료자와 치료방법에 대한 지식과 신념

치료방법과 치료자원에 대한 잘못된 지식과 신념 또한 전문적인 치료에 대해 부정적인 편견을 일으킬 수 있으며 일반인들이 선호하는 치료방법에 막대한 영향을 미치는 중요한 요인이다. 앞서 본 요인들에서 문화적 차이가 영향을 미치고 있는 것처럼 선호하는 치료자와 치료방법에 있어서도 동서양에서 차이를 보이고 있었다. 전반적으로 동양에서는 스스로 치유하는 방법을 선호하는 반면, 서양에서는 전문적인 치료를 선호하였다. 영국인, 말레이시아인, 홍콩인들 간의 선호하는 치료방법을 비교한 결과 영국인들은 전문적인 치료를 선호한 반면, 말레이시아인들과 홍콩인들은 자가치료나 사회적 지지를 더 선호하는 것으로 나타났다.⁶⁵⁾ 호주와 일본을 비교한 연구에서도 비슷한 양상을 보여주었다. 호주인들은 주치의(general practitioner)를 가장 선호한 반면에 일본인들은 가까운 가족들에게 도움을 요청하거나 스스로 치유하는 방법을 선호하였다.⁶³⁾ 이는 호주의 정신건강서비스 체계 특성상 건강상의 문제가 발생하면 주치의를 방문하는 것이 당연하기 때문에 나온 조사결과이며, 일본인들이 가까운 가족이나 자가치료를 선호하는 것은 집안에 정신질환자가 있다는 것이 외부에 알려지는 것을 여전히 부끄럽거나 수치스럽게 여기는 문화에 기인할 가능성이 높다.^{63,69)} 국내

에서 Lee와 Suh⁶⁶⁾가 진행한 연구에서도 조현병의 경우 정신보건전문가가 도움이 된다고 응답하였지만 우울증의 경우 가족, 친구, 한의사 등 정신보건의 비전문가가 도움이 된다고 인식하는 것으로 나타나 정신건강의학과 치료의 유용성을 다소 낮게 평가하였다. 하지만 Seo와 Rhee⁷⁰⁾가 진행한 연구에 따르면, 스스로 치료하는 것보다는 심리치료를 선호한다는 결과도 있어서 이런 인식은 각 나라의 문화도 많은 영향을 미치지만, 다양한 요인들이 치료방법에 대한 지식과 신념에 영향을 미칠 것으로 추측된다.

이처럼 선호하는 치료자와 치료방법에서 동서양의 차이가 발견되었지만 약물치료에 대해서는 동서양 모두 부정적인 신념을 가진 것으로 나타났다.^{63,71,72)} 그 예로, 스위스에서 수행된 조사에 의하면 정신건강의학과 의사와 심리학자의 정신치료가 조현병과 우울증 치료에 도움이 된다고 생각은 하지만 약물치료는 응답자의 1/4 이상이 해롭다는 결과가 있었다.⁷³⁾ 이러한 약물에 대한 부정적인 신념은 정신질환이 발생하였을 때 정신건강의학과 진료를 꺼리게 하며 약물처방에 대한 순응도를 낮추게 될 것이다.⁷⁴⁾ 하지만, 1990년대에 들어서면서 비정형정신병약물 등 다양한 치료방법이 개발됨에 따라 정신과치료와 약물치료에 대한 인식이 향상된 것으로 나타났다.⁷⁵⁾

앞서 살펴본 것처럼 정신건강 이해력은 문화적인 영향을 많이 받기 때문에 나라에 따라 다양한 특성과 결과를 보여주고 있다. 그러므로 외국의 연구 결과를 그대로 국내에 적용하기보다는 우리나라 국민을 대상으로 정신건강 이해력에 대한 연구가 실행되어야 한다. 하지만, 다른 나라에 비해 우리나라에서는 정신건강 이해력에 대한 연구가 매우 적다. 국내에서 처음으로 대중의 정신건강 이해력을 조사한 연구는 2009년에 Lee와 Suh⁷⁶⁾가 수도권지역의 성인을 대상으로 대중의 우울증에 대한 지식과 신념을 조사한 연구였으며 이후 동일한 연구자들이 2010년에 조현병 사례를 추가한 조사를 하였다.⁶⁶⁾ 그 후 Seo와 Rhee⁷⁰⁾가 전국 성인을 대상으로 우울증과 조현병, 알코올중독의 사례를 제시하여 대중의 정신건강 이해력을 조사하였다. 이 연구는 우리나라에 알코올 사용의 유병률이 높다는 점을 고려해서 알코올중독 사례를 포함했다는 점에서 의의가 있다. 최근에는 청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사를 대상으로 한 정신건강 이해력 조사가 진행되기도 하였다.⁷⁷⁾ 이와 같이 국내에서 일반인을 대상으로 실시된 정신건강 이해력 연구는 위에서 언급된 네 개뿐이지만 이마저도 국내 학회지에만 게재되어 국외와의 비교는 매우 어려운 실정이다. 아울러 국외 연구자들이 볼 수 있는 한국인의 정신건강 이해력에 대한 자료라고는 Jang 등⁷⁸⁾이 미국에 거주하고 있는 한국인들을 대상으로 조사한 연구

뿐이다. 실제로, Furnham과 Hamid⁹⁾가 2014년에 비서구국가에서 실시된 정신건강 이해력을 종합하여 분석한 연구에서도 이 결과만을 인용했을 뿐이다. 하지만, 이웃나라인 중국과 일본은 각각 5개 이상의 정신건강 이해력 연구가 보고되고 있다.⁹⁾

편견해소를 위한 노력

정신질환에 대한 사회적 편견을 줄이기 위해 여러 나라에서 교육프로그램 개발 및 대중매체 활용, 정신질환자들과의 만남 등 다양한 anti-stigma 프로그램들을 개발하여 추진하기 시작하였다.⁷⁹⁾ 본고에서는 먼저 국외에서 정신질환에 대한 편견해소 및 인식 개선을 위해 실시했던 프로그램들을 종류별로 살펴보고 마지막으로 우리나라의 경우를 소개할 것이다.

교육

정신건강에 대한 교육은 정신질환에 대한 지식과 치료를 증진시킬 뿐만 아니라 정신질환에 대한 사회적 편견을 감소시키는 중요한 요인임이 증명되었으며,⁸⁰⁾ 이를 근거로 대중들에게 정신질환에 대한 교육을 시키고자 다양한 프로그램이 개발되었다. 이 중에서 어느 정도 효과성이 입증된 프로그램들을 다음에서 설명하고자 한다.

Mental Health First Aid⁸¹⁾

Mental Health First Aid 프로그램은 2001년 호주에서 시작된 교육 프로그램으로 정신질환자나 정신적으로 위기상황에 처한 사람들을 발견했을 때 필요한 응급처치 방법에 대한 정보를 알려주기 위한 목적으로 만들어진 프로그램이다. 프로그램을 통해 교육을 받은 사람들은 정신질환에 대한 지식이 향상되었고 편견적인 태도 또한 감소된 것으로 나타났다. 이 외에도 정신질환자에게 도움을 주는 것에 자신감이 생길 뿐만 아니라 실제로 도움을 주는 태도에도 영향을 준 것으로 나타났다. 이러한 긍정적인 변화는 프로그램이 종료되고 5~6주가 지난 후에도 유지되고 있는 것으로 나타났다. 이러한 효과 때문인지 호주 전체 국민의 1% 정도가 이 교육 프로그램을 받았다고 하며 여러 국가에서도 이 프로그램을 진행하고 있다.

Educational Intervention(Mental Health Awareness program)⁸²⁾

영국에서 개발된 프로그램으로 학생들을 대상으로 교육을 제공하여 정신건강 이해력을 증진시키고 중증정신질환에

대한 편견을 줄이기 위한 목적으로 시행되었다. 교육 프로그램은 두 단계로 나누어 진행되었으며 첫 번째 단계에서는 정신건강 인식에 대한 워크숍을 진행하여 정신질환에 대한 학생들의 이해를 높이고, 정신질환에 대한 편견적이거나 사회적 거리감을 만드는 단어들을 사용하지 않기를 권장하였다. 두 번째 단계에서는 정신질환을 앓고 있는 사람이 직접 참여하여 학생들과 만나는 시간을 가지는 것이었다. 프로그램의 효과성을 확인하기 위해 프로그램 참여 전과 후에 설문지를 작성하도록 하여 참여한 학생들의 지식, 태도, 행동의 변화를 살펴보았다. 그 결과, 프로그램에 참여한지 1주일 후에 학생들의 정신질환에 대한 지식이나 태도 면에서 긍정적인 변화가 나타났다. 이러한 변화는 6개월 후에 조금 낮아지긴 했지만 지속되고 있는 것으로 나타나 교육 프로그램이 학생들의 편견을 변화시키기에 효과가 있는 것으로 나타났다.

대중매체

서구에서는 1990년대부터 대중매체를 활용하여 정신질환에 대한 편견을 줄이고자 하는 노력이 있었다.⁸³⁾ 효과성이 입증된 대표적인 프로그램으로는 영국의 Defeat Depression, 호주의 Beyondblue, 뉴질랜드의 Like Minds, Like Mine 등이 있다.

Defeat Depression

Defeat Depression⁸³⁾은 영국에서 1992년부터 1996년까지 Royal College of Psychiatrists와 Royal College of General Practitioners에 의해 시행된 프로그램으로, 라디오, TV, 신문 등을 통해 우울증과 관련된 정보와 치료법, 조기 치료의 중요성을 교육시키며 우울증에 대한 편견을 줄이고자 하였다. 설문조사는 캠페인 진행에 따라 세 차례가 진행되어 첫 설문조사는 1991년 12월에 실시되었고 그 후 1995년 3월과 1997년 6월에 실시되었다.⁸⁴⁾ 그 결과 우울증에 대한 태도는 크게 변화하진 않았지만 긍정적으로 변화되었으며 약물이 도움이 된다고 생각하는 비율 또한 상당히 증가하였다.⁸⁴⁾

Beyondblue

Beyondblue는 2000년 호주에서 국가의 재정지원을 받아 우울증에 대한 대중들의 인식을 증진시키고자 제작된 프로그램이다.⁸⁵⁾ 이 프로그램은 광고 및 인터넷을 통해 유명인들이 우울증을 경험했던 사례를 소개하고, 우울증에 대한 정보 및 자료를 제공하여 대중들의 인식을 향상시키고자 하였다. 그 결과, 대중들의 우울증에 대한 인식률이 향상되었을 뿐만 아니라 우울증 및 질환의 치료가능성에 대하여 더 긍정적인 태도로 변화되었다.^{67,86)}

Like Minds, Like Mine⁸⁷⁾

Like Minds, Like Mine이란 프로그램은 뉴질랜드에서 1996년에 만들어진 프로그램으로 실제로 정신질환을 경험한 적이 있는 유명인과 일반인들이 대중매체를 통해 자신들의 삶에 대해서 간략하게 설명함으로써 대중들의 정신질환에 대한 인식을 변화시키고자 하였다. 그 결과, 정신질환을 가지고 있는 사람들에 대해 좀 더 긍정적인 인식을 가지게 되었고 두려워하거나 수치스럽게 여기는 반응도 줄어든 것으로 나타났다.

정신질환자와의 만남

이 외에도 정신질환자와 만남을 조성하여 대중들이 이들에 대하여 가지고 있던 막연한 편견을 해소하고자 하는 노력이 있었다. 앞에서 언급한 Educational Intervention 프로그램에서도 두 번째 단계에서 정신질환을 앓고 있는 사람과 직접적인 만남을 가지게 하였으며 그 결과 학생들의 편견이 더 긍정적으로 변화한 것으로 나타났다.⁸³⁾ 이처럼 정신질환자와의 만남을 통해서 편견 해소에 대한 효과성이 입증되었으며 이는 다른 프로그램에서도 비슷하게 증명되었다.

Time to Change⁸⁸⁾

2007년 영국에서 정신질환에 대한 편견과 차별을 줄이고자 ‘Time to Change’라는 국가차원의 프로그램이 진행되었다. 대중매체를 이용하거나 지역사회 내에서 정신질환자와 일반인의 만남을 조성하는 캠페인 등 다양한 프로그램을 현재도 활발히 실시하고 있으며 2013년에 조사된 결과에 의하면 정신질환자들이 겪는 편견과 차별이 현저히 감소하는 것을 발견하였다. 특히, 프로그램들 중 정신질환을 가진 경험이 있는 사람들과 직접 만남을 가지는 것이 매우 효과적인 것으로 나타났다.

Crazy? So What!⁸⁹⁾

“Crazy? So What!” 프로젝트는 2001년 독일에서 학생들을 대상으로 진행된 프로그램으로 프로그램의 주 요소는 학생들과 조현병을 앓았던 사람들과의 만남을 조성하는 것이었다. 이 프로젝트는 2001년 1월부터 4월까지 진행되었으며 학생들의 조현병에 대한 인식의 변화를 조사하여 효과성을 확인하고자 하였다. 그 결과, 프로젝트에 참여한 학생들은 조현병에 대한 부정적인 편견이 현저히 낮아졌으며 사회적 거리감 또한 줄어들었다. 하지만, 프로그램에 참여하지 않은 학생들의 인식에는 변화가 없어 프로젝트가 학생들의 편견을 줄이는 데 효과적이라는 것이 증명되었다.

우리나라에서의 노력

1995년 정신보건법이 통과되고 지역사회 정신보건 체계가 뿌리를 내리기 시작하면서 우리나라에서도 국가정신보건사업의 추진전략으로 정신질환에 대한 인식개선을 비교적 높은 우선순위로 포함시키고, 정신보건센터를 중심으로 지역주민들의 정신장애인에 대한 인식개선을 위한 프로그램을 시행하여 왔다.⁹⁰⁻⁹²⁾ 일부를 소개하자면 정신건강 인식개선 수단으로 정신보건지킴이를 위촉하여 총 21명이 활동하고 있으며 정신보건시설 종사자들을 대상으로 인권교육을 의무화시키거나 정신질환자의 인권을 강화하는 프로그램 및 텔레비전 방송 매뉴얼을 개발한 적도 있다.⁹²⁻⁹⁵⁾ 하지만, 실제로 인권교육이나 프로그램이 차별이나 편견을 얼마나 해소시켰는가에 대한 효과성 연구는 대부분 일회적이며, 국가정신보건사업의 경우에도 방향성만 제시되어 있을 뿐 장기적이고 체계적인 추진전략은 수립되어 있지 않기 때문에 인식개선 사업이 잘 수행되고 있지 않은 실정이다. 따라서, 다양한 상황에서 적용할 수 있는 프로그램을 개발할 수 있도록 국가적인 차원에서 재정적인 지원을 하고 전국적으로 확산 및 보급하는 것이 필요하며, 이에 대한 효과성을 검증할 수 있는 인증체계를 도입하여 정신질환에 대한 편견을 해소하는 것은 지역사회 정신보건의 발전에 매우 중요한 역할을 할 수 있을 것이다.

결 론

2016년 5월 정신보건법의 전부개정안이 국회를 통과하고, 뒤이어 조현병 환자의 강남역 살인사건이 발생함에 따라 정신질환에 대한 사회적인 관심이 갑작스럽게 증가하였다. 이에 따라 국가적인 차원에서 정신질환자들을 효과적으로 관리해야 한다는 목소리가 높는데 그럼에도 불구하고 상당수는 치료에 대한 부정적인 인식이나 잘못된 정보에 의하여 치료 순응도가 높지 않다. 정신질환자들이 치료를 거부하는 이유 중 상당수는 정신질환에 대한 부정적인 편견과 차별에 기인하며 이에 대한 개선책이 필요한 실정이다. 정신질환에 대한 편견은 단순히 환자의 임상적인 증상에만 영향을 주는 것이 아니라 직업적 기능의 저하로 인한 사회경제적 손실로도 이어지고 있다. 따라서 이미 선진국에서는 편견을 효과적으로 해소하기 위한 노력의 일환으로 정신건강 이해력에 대한 연구를 통하여 대중들의 잘못된 지식과 신념을 개선할 수 있도록 다양한 프로그램을 개발하고 캠페인을 진행하고 있다. 우리나라에서도 정신질환에 대한 편견 해소가 시급하지만, 특히 정신건강 이해력에 대한 개념이 빈약하며 이에 대

한 연구 역시 현저히 적은 실정이다.

향후 제언으로는 첫째, 정신건강 이해력 연구를 통하여 한국 대중들의 정신질환에 대한 잘못된 지식 또는 편견이 어느 정도이고 어디에 기반을 두고 있는지를 알아야 한다. 둘째, 근거기반적인 다양한 형태의 교육 자료나 프로그램의 개발과 전파를 통하여 대중들의 정신질환에 대한 지식을 증진시킬 필요성이 있다. 셋째, 정신질환에 대한 부정적인 인식이나 편견을 바꾸기 위한 다양한 전략을 민관의 협력적인 연대를 통하여 수행하여야 한다.

중심 단어 : 정신질환 · 정신건강 이해력 · 편견.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Department of Medicine Seoul National University. The epidemiological survey of mental disorders in Korea. Sejong: Ministry of Health and Welfare;2011.
- 2) Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 2004;59:614-625.
- 3) Kim SG. Murder at Gangnam station: fear of prejudice and stigma towards mental disorders due to sensational news. *Rapportian*. 2016 May 23.
- 4) Yu SJ. A comparative study of attitude of teachers and general public toward mental health. *J Nurs Acad Soc* 1976;6:1-11.
- 5) Han DU, Lee MK. Changes in social representation of mental illness: comparing between 1976 year and 1995 year. *Korean J Health Psychol* 2003;8:191-206.
- 6) Lee EH, Kim KJ, Lee SY. The attitudes of the inhabitants of Kwangju towards the persons with mental illness. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2000;39:495-506.
- 7) Lee JE, Lee YM, Lim KY, Lee HY. A survey for community attitudes toward the mentally-ill in Ansan Area. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1999;38:530-538.
- 8) Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401.
- 9) Furnham A, Hamid A. Mental health literacy in non-western countries: a review of the recent literature. *Mental Health Rev J* 2014;19: 84-98.
- 10) Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999;54:765-776.
- 11) Kim KH. A proposal for the Psychological Integration of South and North Korean People in the Unified Korea. Seoul: Korea Institute for National Unification;2003. p.141-183.
- 12) Humanrights.go.kr [homepage on the Internet]. Explanation of terms in human rights; national human rights commission of korea [cited 2016 Jan 19]. Available from: http://www.humanrights.go.kr/03_sub/body04_2.jsp.
- 13) Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am J Sociol* 1987;92:1461-1500.
- 14) Rabkin J. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophr Bull* 1974;(10):9-33.
- 15) McDaid D. Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. Luxembourg: European commission;2008.
- 16) Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in

- developing countries in Asia. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:157-178.
- 17) Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:163-179.
 - 18) Scottish Association for Mental Health (SAMH). A world to belong to social networks of people with mental health problems. Scotland: Scottish Association for Mental Health [cited 2016 Jan 15]. Available from: <http://www.healthscotland.com/uploads/documents/5707-A%20world%20to%20belong%20to.pdf>.
 - 19) Kim SH, Lee YH, Hwang JH, Oh MA, Lee MK, Lee NH, et al. A study on disabled people in 2014. Sejong: Korean Institute for Health and Social Affairs;2014.
 - 20) Kim MK, Kim Y. Survey on the life of people with mental disability at home and their family. Seoul: National Human Rights Commission of Korea;2008.
 - 21) Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-2590.
 - 22) Sharac J, McCrone P, Clement S, Thornicroft G. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010;19:223-232.
 - 23) Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Aff (Millwood)* 1992;11:186-196.
 - 24) Gong SJ. The perceptions and attitudes of lay person towards the mentally ill. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 1997;6:265-277.
 - 25) Sung JM. A study on the perceived stigma and coping orientations of discharged psychiatric patients [dissertation]. Seoul: Soongsil University;1996.
 - 26) Ministry of Health and Welfare. Report of health and welfare. Sejong: Ministry of Health and Welfare;2004.
 - 27) Farina A, Feliner RD. Employment interviewer reactions to former mental patients. *J Abnorm Psychol* 1973;82:268-272.
 - 28) Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review* 1989;54:400-423.
 - 29) Rosenfield S. Labelling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Sociol Rev* 1997;62:660-672.
 - 30) Link B. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *Am Sociol Rev* 1982;47:202-215.
 - 31) Han HS. Study on the solutions to the NIMBY syndrome in selecting the site of non-preferred facilities: in the case of the 154kv Sung San-branch power transition line project [dissertation]. Jeju: Juju National University;1999.
 - 32) Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
 - 33) World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization;2008.
 - 34) World Economic Forum. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum;2011 [cited 2016 Jan 10]. Available from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf.
 - 35) Kim EJ. Study on the economic cost of mental disorders [dissertation]. Seoul: Seoul National University;2006.
 - 36) Jung YH. Cost of illness and health-friendly fiscal policy. *Health Welf Policy Forum* 2010;156:50-61.
 - 37) Knapp M. Hidden costs of mental illness. *Br J Psychiatry* 2003;183:477-478.
 - 38) Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:276-284.
 - 39) Kim Y, Lee JS, Lee SY, Park GH, Moon SG, Jang WM, et al. The national mental health commission report in 2007. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs;2007.
 - 40) Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999;89:1328-1333.
 - 41) Kim SW, Yoon JS, Lee MS, Lee HY. The analysis of newspaper-articles on psychosis. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2000;39:838-848.
 - 42) A life without stigma: A SANE Report. South Melbourne: SANE Australia;2013 [cited 2016 Mar 6]. Available from: https://www.sane.org/images/PDFs/ALifeWithoutStigma_A_SANE_Report.pdf.
 - 43) Lee CS, Lee DY, Hwang YS. Report of crime conducted by the mentally ill in Korean newspapers. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1996;35:1132-1144.
 - 44) Seo MK, Kwon YJ, Jeong HY. Contributors to mental illness stigma [dissertation]. J Soonchunhyang Univ 1993;16:1183-1188.
 - 45) Seo MK, Kim JN, Lee MK. Discrimination and prejudices towards patients with mental disorders. Seoul: National Human Rights Commission of Korea;2008.
 - 46) Lee YH, Moon BY, Kim NY. Study on social stigma related to mental health. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs;2008.
 - 47) Kim GI, Seo HH, Park YC, Lee ST, Kim YY. Follow-up study: public knowledge and attitudes toward mental illness in Korea. *Ment Health Res* 1989;8:118-132.
 - 48) Yang OK. Social stigma on people with mental disorder. *Korean J Soc Welf* 1998;35:231-261.
 - 49) Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010;167:1321-1330.
 - 50) Kim CN, Seo MK. A study on prejudice and discrimination against the mentally ill. *Korean J Health Psychol* 2004;9:589-607.
 - 51) Kilian R, Becker T. Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *J Ment Health* 2007;16:211-222.
 - 52) See Me. 'See me' so far: a review of the first 4 years of the Scottish anti-stigma campaign. Edinburgh: 'See me';2006. [cited 2016 Feb 05]. Available from: http://www.docs.csg.ed.ac.uk/EqualityDiversity/see_me_so_far.pdf.
 - 53) Lee CR, Kim Y, Yoo CI, Lee JH, Lee H. Mental disorders and fitness for work in Korea. *Korean J Occup Environ Med* 2003;15:224-236.
 - 54) SANE Australia. A life without stigma: A SANE report. South Melbourne: SANE Australia;2013.
 - 55) Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2006;(429):51-59.
 - 56) Psarra V, Sestrini M, Santa Z, Petsas D, Gerontas A, Garnetas C, et al. Greek police officers' attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatry* 2008;31:77-85.
 - 57) Bhang SY. A comparison study on the attitudes of mental health professionals towards mental disorders [dissertation]. Seoul: Seoul National University;2005.
 - 58) World Health Organization. Mental Health Atlas country profile 2014: Republic of Korea. Geneva: World Health Organization;2014 [cited 2016 Feb 05]. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/kor.pdf?ua=1.
 - 59) World Health Organization. Mental Health Atlas country profile 2014: United State of America. Geneva: World Health Organization;2014 [cited 2016 Feb 05]. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/kor.pdf?ua=1.
 - 60) World Health Organization. Mental Health Atlas country profile 2014: Japan. Geneva: World Health Organization;2014 [cited 2016 Feb 05]. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/jpn.pdf?ua=1.
 - 61) Han SH. Current medical care legislation may destroy human dignity

- right and health right; one in four basic livelihood security beneficiaries receives treatment for mental disorders. *Energy Economy*. 2015 Dec 29.
- 62) Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 1997;166:182-186.
 - 63) Jorm AF, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Griffiths KM, Wata Y. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Med* 2005;3:12.
 - 64) Gong AT, Furnham A. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders in mainland China. *Psych J* 2014;3:144-158.
 - 65) Loo PW, Wong S, Furnham A. Mental health literacy: a cross-cultural study from Britain, Hong Kong and Malaysia. *Asia Pac Psychiatry* 2012;4:113-125.
 - 66) Lee SH, Suh JH. Mental health literacy of the Korean public: a comparison between depression and schizophrenia. *Korean J Soc Welfare Stud* 2010;41:127-158.
 - 67) Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: changes in Australia over 8 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:764-767.
 - 68) Razali SM, Khan UA, Hasanah CI. Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patients: impact on treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:229-233.
 - 69) Georg Hsu LK, Wan YM, Chang H, Summergrad P, Tsang BY, Chen H. Stigma of depression is more severe in Chinese Americans than Caucasian Americans. *Psychiatry* 2008;71:210-218.
 - 70) Seo M, Rhee M. Mental health literacy and vulnerable group analysis of Korea. *Korean J Soc Welf* 2013;65:313-334.
 - 71) Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts M, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996;313:858-859.
 - 72) Angermeyer MC, Däumer R, Matschinger H. Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry* 1993;26:114-120.
 - 73) Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:553-556.
 - 74) Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 2009;70 Suppl 4:1-46; quiz 47-48.
 - 75) Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:68-73.
 - 76) Lee SH, Suh JH. The ability to recognize symptoms of depression and beliefs about treatment among Koreans. *Ment Health Soc Work* 2009;32:41-77.
 - 77) Ko HS, Choi H. Mental health literacy among parents of adolescents and teachers in Korea. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;24:168-177.
 - 78) Jang Y, Kim G, Hansen L, Chiriboga DA. Attitudes of older Korean Americans toward mental health services. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:616-620.
 - 79) Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv* 2012;63:963-973.
 - 80) Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust* 2007;187(7 Suppl):S26-S30.
 - 81) Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid: an international programme for early intervention. *Early Interv Psychiatry* 2008;2:55-61.
 - 82) Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry* 2003;182:342-346.
 - 83) Francis C, Pirkis J, Dunt D, Blood RW, Davis C. Improving mental health literacy: a review of the literature. Canberra: Commonwealth Department of Health And Aged Care;2002.
 - 84) Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 1998;173:519-522.
 - 85) Pirkis J, Hickie I, Young L, Burns J, Highet N, Davenport T. An evaluation of beyondblue, Australia's national depression initiative. *Int J Ment Health Promot* 2005;7:35-53.
 - 86) Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: the national depression initiative. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:42-46.
 - 87) Vaughan G, Hansen C. 'Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australas Psychiatry* 2004;12:113-117.
 - 88) Kcl.ac.uk [homepage on the Internet]. Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience; Time to change: evidence for anti-stigma campaign [cited 2016 Feb 23]. Available from: <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/about/difference/20-Time-to-Change-Evidence-for-anti-stigma-campaigns.aspx>.
 - 89) Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H, Angermeyer MC. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:142-150.
 - 90) The National Mental Health Commission. The national mental health commission report in 2004. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2004.
 - 91) Relevant Ministry. Mental health comprehensive strategy. Sejong: Relevant Ministry;2016.
 - 92) Seoul Mental Health Center. Seoul mental health center report in 2015. Seoul: Seoul Mental Health Center;2015.
 - 93) Seo JH, Lee SH, Shin DG, Kwon OY, Park Kim YH, Si YH, et al. A study to reduce discrimination and prejudices towards mental disability. Seoul: National Human Rights Commission of Korea;2012.
 - 94) Kim KH, Kim GH, Moon YH, Yum HK, Oh YA, Yoon HS, et al. Educational program to improve recognition and eliminate prejudices of mental illness. Seoul: Korea Health Promotion Foundation; 2011.
 - 95) Lee BW. A study on current state and improvement approaches of human rights education for mental health facilities. Cheongju: Korean Human Resource Development Institute For Health and Welfare; 2014.