

## 개 요

1. 문화와 정신건강 : 정신건강의 기본 개념과 도시문화를 중심으로 ..... 전우택
2. 정신역동관점에서 본 서울의 문화적 특징 ..... 민성길
3. 서울시민들의 일상생활 성격형성과 멘탈리티(Mentality) ..... 송도영
4. 서울문화와 지역사회 정신보건 ..... 이명수
5. 서울시와 다문화살이 ..... 유시은
6. 서울의 치유하는 문화형성 ..... 한성열
7. 정신건강과 관련된 정책 제언 ..... 전효관

# 문화와 정신건강

## - 정신건강의 기본 개념과 도시문화를 중심으로

전 우 택 (연세대학교 의과대학 정신과 교수)

### I. 서 론

인간이 살고 있는 사회 속에 전통적으로 존재하여 왔던 문화는 그 속에 살고 있는 인간의 정신 건강에 영향을 미칠까? 반대로 한 사회를 구성하고 있는 사람들의 정신건강은 그 사회의 문화를 어떤 새로운 방향으로 바꿀 수 있을까? 문화 속의 어떤 특징들이 사람들의 정신건강에 더 긍정적인 영향을 끼칠까? 경제, 정치, 이주 등의 사회적 요소들은 문화와 함께 인간의 정신건강에 어떤 힘을 가지는가? 이러한 질문은 사회문화정신의학에서 가장 큰 질문 중 하나이고, 동시에 한 지역 공동체를 더 정신적으로 건강하고 성숙하게 만드는 일에 관심을 가지는 사람들에게도 핵심적 질문이 될 수 있다. 따라서 이 글은 그러한 질문에 대한 답을 찾아 나서는 과정을 보여 줄 것이다.

문화란 생태계와 관련되어 주어진 자연환경 속에서 적절한 생존방식을 발전시키는 과정에서 지역민들이 가지게 되는 공통적인 행위, 사고의 양상이다. 그리고 문화는 그러한 행위의 산물인 동시에 행위를 구속하는 요인이기도 하다(Rohner, 1984). 따라서 인간은 설사 사회 속에서 다른 사람들과 함께 살지 않고, 외딴 섬이나 산 속에서 혼자 산다 할지라도 “문화”를 가지고 문화 속에서 살 수 밖에 없다. 문화는 인간의 삶에 양식(樣式)을 제공하고, 의미를 제공한다. 그리고 동시에 인간의 상태, 그 중에서도 특히 인간의 정신건강에도 깊은 영향을 끼친다. 인간이 어떤 문화를 가진 어떤 사회 속에서 존재하고 있느냐가 그 인간의 정신적 안정이나 스트레스 긴장 상태에 깊은 영향을 주고, 그것은 정신건강에 직결되기 때문이다.

이 글에서는 정신건강의 개념을 정리하고, 그것이 문화와 연관되는 양상을 보고, 특히 현대 사회의 특성인 도시화와 정신건강 간의 연관성을 분석하고, 향후 정신건강에 긍정적 영향을 끼칠 수 있는 문화가 생성될 수 있도록 하는 정책의 방향 등을 생각해 보도록 한다.

## II. 본 론

### 1. 정신건강의 이해와 과제

인간에게 있어 정신건강은 신체건강에 이은 부가적 문제가 아니다. 정신건강은 신체건강과 함께, 인간의 건강을 구성하는 가장 큰 요소 중 하나이다. 신체적으로 아무리 건강하다 하더라도 정신적으로 건강하지 못하면, 그 인간의 행복과 정상적인 삶의 영위는 불가능하기 때문이다. 그러므로 인간의 정신건강은 인간이 갖추어야 할 가장 중요한 삶의 조건이 된다. 최근 WHO(Herman 외, 2005)는 인간에게 있어 정신건강의 증진을 위한 중요한 개념과 그 방법에 대한 보고서를 발표한 바 있다. 이 내용은 정신건강에 대한 개념을 이해하고 그것을 사회적, 문화적으로 적용하는데 있어 중요한 정보들을 제공하기에 여기서는 그 관련된 내용을 정리하고자 한다.

#### 1) 정신건강이란 무엇인가?

정신건강이 무엇인지를 알기 위해서는 먼저 “건강”이 무엇인지를 볼 필요가 있다. WHO는 “건강”을 “단치, 질병이 없거나 허약하지 않은 것이 아닌, 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 상태”라고 정의한 바 있다(WHO, 2001). 이 건강에 대한 정의는 우리에게 정신건강에 대한 다음의 세 가지 중요한 사항을 보여준다. 첫째, 정신건강은 건강의 중요 부분 중 하나이다. 둘째, 정신건강은 정신질환이 없다는 것 이상을 의미한다. 셋째, 정신건강은 신체적 건강 및 활동과 직접적으로 연관되어 있다는 것이다. 건강에 대한 정의에 이어 다음 단계로 정신건강을 정의하는 것은 중요하다, 다양한 문화, 국가, 계층, 성별 등의 차이로 인해, 일반적으로 받아들일 수 있는 정신건강의 정의를 만드는 것은 쉬운 일이 아니다. WHO는 최근 정신건강의 정의에 대해 다음과 같이 제안하였다. 즉 “개인이 자기 재능을 깨닫고, 일상의 일반적인 스트레스에 잘 대처할 수 있고 생산적이고 유익하게 일할 수 있으며 사회에 공헌할 수 있는 안녕한 상태”가 그것이다(WHO, 2001). 이 정의를 보면 정신건강은 개인과 사회의 안녕(행복) 및 개인과 사회가 효율적으로 기능을 할 수 있는 것의 기초가 됨을 보여 준다. 이와 같이 정신건강은 정신질환을 가지고 있지 않은 것을 넘어선 인간의 근본적 안녕 상태를 의미하지만, 그동안 정신건강은 신체 건강에 비하여 별것 아닌 작은 것으로, 어떤 때는 그것을 중시 여기는 것은 과도한 사치로 간주되는 경향이 있었다. 최근에는 이런 생각들이 가진 문제점들이 더 명확하게 정리되었고, WHO는 선진국과 마찬가지로 개발도상국이나 저개발국가의 정신건강 정책에 깊은 관심을 가지고 참여하고 있다(WHO, 2001).

#### 2) WHO의 정신건강 증진을 위한 개념

위에서 이야기 한 내용들을 가지고 정신건강에 대한 중요 개념을 정리하면 다음과 같다.

##### (1) 정신건강 없이 진정한 건강은 없다.

WHO는 건강에 대한 정의(定意)에서 정신건강은 필수적 요소로 들어간다. 따라서 심장 질환이나 감염성 질환 혹은 흡연 관리 등에 사용된 공중보건 및 건강 증진의 목표와 전통이 정신건강 분야에도 의미 있고 유용하게 적용되어야 할 것이다.

##### (2) 정신건강은 정신질환이 없다는 것만을 의미하지 않는다.

WHO는 정신건강에 대한 정의는 정신질환이 없는 것 이상의 “개인이 자기 재능을 깨닫고, 일상의 일반적인 스트레스에 잘 대처할 수 있고, 생산적이고 유익하게 일할 수 있으며, 사회에 공헌할 수 있는 안녕한 상태”라 말한다. 그리고 이러한 정신건강의 중심 개념은 문화권에 상관 없이

동일하다고 본다.

(3) 정신건강은 사회경제적, 환경적 요소에 의해 결정된다.

정신건강과 정신질환은 신체적 건강과 질병과 마찬가지로, 사회적, 정신적, 생물학적 요소들이 복합적으로 상호작용 하여 결정된다. 개발도상국이나 선진국을 막론하고, 이들이 정신 질환의 위험과 연관되어 있다는 분명한 증거는 낮은 교육수준을 포함하는 빈곤 지표와 관련되며, 어떤 연구에서는 열악한 주거 및 저소득을 포함시키기도 한다. 각각의 사회에서 소외된 사람들이 정신 건강에 대해 더 큰 취약성을 보이는 이유는 불안, 절망, 급속한 사회변화의 경험 및 폭력이나 신체적 질환의 위험 등으로 설명된다.

(4) 정신건강은 행동과 연관된다.

정신, 사회, 행동의 건강 문제는 서로 상호작용을 하면서 인간의 행동과 안녕에 대한 효력을 강화한다. 예를 들어 심장 질환, 우울, 불안과 같은 건강 문제와 약물 남용, 폭력, 여성 및 아동학대 등은 높은 실업률, 저소득, 낮은 교육수준, 열악한 노동환경, 성차별, 나쁜 생활습관과 인권침해가 있는 상황에서 더욱 많이 발생하고 또 다루기도 어려워지는 것이다.

(5) 정신 건강은 공중 보건에 효율적으로 개입함으로써 증진될 수 있다.

여러 국가에서 심장질환의 개선은 특정 약물이나 치료 기술보다는 환경, 담배 및 영양 정책과 관련이 깊었다. 심장 질환을 유발하는 환경적 상태를 바꾸는 것은 여러 단계의 행동에 의해 개선되었다. 이와 유사하게, 정신건강 또한 주거, 교육, 아동복지 등 건강과 무관한 정책이나 관행에 영향을 받는 것으로 조사됐다. 이러한 결과는 건강과 관련된 혹은 무관한 다양한 정책에 대한 평가의 필요성을 강조하고 있다. 근거의 불확실성과 공백에도 불구하고, 정신 건강 증진을 위해 적절한 정책이나 업무를 시도하고 평가하도록 하는 사회적 경험과 정신적 건강 사이의 연결은 충분히 알려져 있다고 할 수 있다.

(6) 집단행동에는 과학적 증거의 질 못지않게, 사회가 공유하는 가치가 중요하다.

어떤 지역사회에서는 긴 세월동안 이루어진 풍습이나 생활방식이 정신건강을 유지하게 한다. 또한 어떤 지역사회에서는 정신건강을 개선하려는 노력은 실제적이고 가치 있는 일이라 확신하게 하는 것이 필요하다.

(7) 기본적 시민사회적, 정치적, 경제적, 문화적 권리를 존중하고 보호하는 풍토는 정신 건강 증진의 기초이다.

이러한 권리에 의해 제공되는 안전과 자유 없이는 높은 수준의 정신 건강을 유지하기 어렵다.

(8) 부분간의 연계(intersectional linkage)가 정신건강 증진의 열쇠이다.

정신건강은 사회의 집단행동을 통해 증진될 수 있다. 정신건강 증진에는 질병을 치료하는 예방, 치료와 관련된 건강분야의 특별한 활동 이외에도, 정부와 교육, 노동, 사법, 운송, 환경, 주거 및 복지를 포함하는 직업 부문에도 정책과 프로그램이 필요하다.

(9) 정신건강은 모두의 일이다.

개인, 가정, 사회, 영리조직과 건강 전문가, 모두는 정신건강 증진을 위해 무언가 할 수 있거나 그로부터 무언가 얻을 수 있다. 정부의 정책 결정자는 그들의 행동이 그들이 깨닫지 못하는 방식으로 정신건강에 영향을 줄 수 있기 때문에 특별히 더 중요한 의미를 가진다. 국제기구는 사회 발전에 있어 정신건강의 중요성을 경제발전 수준과 무관하게 모든 국가가 알 수 있도록 해야 한다. 또한 인구의 정신건강 증진에 대한 개입 가능성과 증거를 평가함으로써 이를 더욱 격려할 수 있다.

### 3) 사회적 자본과 정신건강의 연관성

정신건강은 사회가 유지되고 발전하도록 하는데 필요로 되는 자원 및 자본과 깊은 연관을 가진다. 그에 따라 정신건강과 사회를 관찰하는데 있어, 사회적 자본의 개념에서 접근하는 방법이 있다(Putnam, 1993). 이 개념은 사회적 관계의 양과 질을 형성하고, 집단행동 및 조화와 상호 이익을 촉진하는 기관, 네트워크, 규범, 상호관계, 사회적 신뢰 등으로 구성된다. 사회적 결속은 사회의 경제적 번영과 지속 가능한 발전을 위해 중요하다는 근거들이 증가하고 있다. 신뢰, 사회적 지원과 네트워크등과 같은 사회적 자본의 양상은 개인의 정신건강에도 중요한 결정인자가 된다. 나아가 사회적 자본은 정신질환을 가진 구성원에 대한 서비스를 확충하여 이환 기간을 줄일 수도 있다(Sartorius, 2003). 즉 정신건강은 인간의 생산성에 중요한 열쇠이기 때문에, 사회적 자본과 정신건강의 관계는 정신건강 증진에 있어 중요하게 고려되어야 한다. 이런 지식은 사회적 자본을 확충하는 사회적 정책 개발에 중요하게 반영되어야 한다. 위기를 맞은 사회가 정신건강을 위한 자원을 확충하여 그것을 극복한 사례들이 있다. 그러나 그것을 더욱 체계적인 지식으로 정리하여 새로운 서비스 전략을 세우는 데 도움을 줄 수 있어야 할 것이다. 따라서 정신건강이란 한 개인이나 가족의 행복을 유지하는데 필요한 정도의 문제가 아니라, 한 사회가 정상적으로 작동하고 더 발전할 수 있는 힘을 가지도록 하는데 있어 가장 핵심적인 요소가 된다는 것을 주목할 필요가 있는 것이다.

## 2. 문화와 정신건강

이상과 같은 WHO가 제시한 정신건강에 대한 기본 개념은 본 글의 주제인 문화와 연관하여 다음과 같은 개념들로 정리된다.

### 1) 문화는 정신건강에 긍정적이거나 부정적 영향을 끼칠 수 있다는 것이다.

특정한 인구 집단의 일방적 희생을 강요하는 문화는 그 인구 집단의 정신건강에 큰 해악을 끼친다. 그리고 그것은 결국 전체 사회집단의 나쁜 정신건강과 불행을 만든다. 예를 들어 여성의 인권이 극도로 무시되고 압박을 받는 문화 체제를 가지고 있는 사회에서는 여성들의 정신건강이 나쁠 수밖에 없다. 그런데 이것은 여성들의 나쁜 정신건강만을 결과로 가지는 것이 아니라, 그 여성들에 의하여 양육되는 어린이들의 정신적 문제를 만들어 내며, 나아가 전체 사회를 우울하고 불안한 나쁜 정신건강 상태로 만든다는 것이다. 이것은 다시 사회 전체에 많은 문제와 갈등을 만들어 낸다. 모든 사회 구성원들이 다 존중되고 조화와 화합을 이룰 수 있도록 만드는 문화를 가진 사회가 있다면, 그 문화의 힘은 모든 사회 구성원의 정신건강을 좋게 만들고, 그것은 더 밝고 만족스러운 사회를 만드는데 강력한 힘이 될 것이다.

### 2) 따라서 문화에 대한 정확한 분석이 필요로 된다.

문화에 대한 정확한 분석은 그 문화가 만들고 있는 정신건강의 환경을 이해하도록 한다. 따라서 문화에 대한 이해와 분석이 중요한 의미를 가진다. 문화에 대한 분석은 매우 복잡적이고 다양하여, 어떤 분석의 틀을 가지고 하는가에 따라 끝없는 종류의 분석이 있을 수 있다. 따라서 정신건강과 직접, 간접적인 연관을 가지는 문화적 요소를 정확히 이해하고 그에 대한 해석을 할 수 있도록 하는 것이 중요할 것이다. 그런데 이러한 분석에 있어 주의하여야 할 점이 있다. 즉 이미 한 사회가 관습적으로 오랜 세월 가지고 있던 가치관과 문화에 사람들은 나름대로 적응하며 살아가고 있으며, 그것을 문제 삼는 것은 다른 문화권 사람들의 잘못된 편견 내지 폭력적 태도일 뿐이라고 주장하는 문화적 상대주의를 무조건 정당화 하는 것은 옳지 않은 것이다. 그러나 동시에 어떤 문화가 어떤 특성을 가지게 된 배경과 상황에 대한 충분한 지식과 이해를 하는 것은 동시에 강조되어야 할 것이다.

3) 정신건강에 더 긍정적 영향을 끼칠 수 있는 문화를 만들어 가는 것이 중요하다.

한 사회가 가지고 있는 문화나 관습 중 그것이 사회 구성원의 정신건강에 부정적 영향을 끼치고 있는 것을 수정하는 작업이 적극적으로 있을 수 있는 문화를 가지고 있는 집단이 건강한 집단이다. 특히 사회 구성원 중 특정 한 집단의 강제적이고 일방적 희생에 의하여, 다른 집단의 이익이나 정신건강에 도움이 되는 일이 발생하는 것을 수정할 수 있도록 노력하는 것이 필요로 된다. 그러나 이러한 노력은 일반적으로 특정 집단의 기존 이익을 침해하는 것이 될 수 있어 그것을 이루어 가는 것이 쉽지 않음을 인식하는 것이 필요하다.

4) 정신건강에 해를 끼치는 요소들을 통합적으로 바라보고 해결할 수 있어야 한다.

예를 들어 가난과 실업, 무지는 알콜중독과 연관되고, 그것이 가정 폭력과 연관된다는 것은 조사 결과에서 널리 알려져 있는 현상이다. 이런 경우, 가정 폭력에 의하여 여자와 어린 아이들의 정신건강이 나빠질 경우, 그들에게 정신과 약물 치료와 상담을 해 준다고 하여 그들의 문제가 해결되기는 어렵다. 이러한 문제는 원칙적으로 사회적 요소인 가난과 실업의 문제가 해결되어야 하는 측면이 있고, 폭력에 대한 당연시 하는 의식과 문화를 변화시켜야 하는 측면이 있으며, 알콜리즘 상태를 관용적으로 받아들이는 문화의 변화 등이 동시에 접근되고 해결되어야만 한다. 이런 통합적 시각을 가지는 것이 필요한 것이다.

5) 정신병리와 사회문화의 연관성에 대한 이해가 있어야 한다.

사회문화적 조건이 정신건강 및 그 치료 결과에 영향을 끼친다는 보고들은 WHO에서 실시한 연구들에 의하여 다양하게 보고된 바 있다(WHO, 2000; Dohrenwend, 1990; Jablenski, 1992). 도시 지역이 농촌지역보다 정신질환 발병율과 유병률이 높은 것으로 보고되었다. 또한 낮은 사회계층일수록 주요우울증, 약물남용, 인격장애, 정신분열증이 많이 있는 것으로 나타났다. 또한 정신질환을 가지고 있는 사람에 대한 태도 등과 같은 문화적 결정 요인들은 치료받지 못하는 사람들이 더 낮은 사회계층으로 하락하는데 중요한 요인이 된다고 알려져 있다. 즉 사회적 위치 역시 신체적, 정신적 건강에 중요 결정 요인이며, 그것은 문화에 큰 영향을 받는다는 것이다. 또한 열등감, 수치심, 낮은 사회적 지위에 있는 것 등은 우울증 환자들에게 나타나는 현상으로 보고된다. 그리고 정신분열병의 예후는 선진국보다 개발도상국에서 더 좋은 것으로 나타났다. 또한 정신장애자들의 사회적 기능 장애에 대한 추적 조사에서 선진국에서는 41.6%가 사회적 기능의 장애를 보였는데, 개발도상국에서는 15.7%만 나타나는 것으로 보고되었다. 이와 같은 현상들의 이유로서 개발도상국에서 환자들은 대가족으로 살고, 이동성이 적고, 가족의 참여가 더 많은 정신과적 치료 프로그램이 운영되고 있으며, 정신질환을 가진 사람들에 대한 편견이 적은 것 등이 도움이 되는 것으로 나타났다.

6) 종교문화와 정신건강 사이에도 연관이 있다.

완전한 인간이 되는 것에는 삶의 영적 차원을 포함하는 것으로 알려져 있다(Smith, 2003). 영적 행복은 정신건강의 요소로 생각할 수 있지만, 이것은 개인의 안정감을 넘어서는 그들 지역사회가 추구하는 이상이기도 하다. 영성은 세계 많은 사람들의 삶의 질에 중요한 기여를 한다. 이는 WHO에서 18곳에서 4000명 이상을 대상으로 한 연구에서도 나타났다. 영적 존재에 대한 연결, 경외감, 삶의 의미, 신앙 등은 심리적 행복이나 사회적 관계와 비슷하게 삶의 질에 공헌하는 것으로 나타났다(Saxena, O'Connell, and Underwood, 2002). 에이즈 환자의 삶의 질에 대한 WHO의 새로운 척도에서는 삶에 대한 영적 요소의 기여를 평가에 포함하는 것이 중요하다는 결론을 내리고 있다. 또한 많은 에이즈감염 환자 연구에서 에이즈 감염의 결과로 환자들은 영적 삶에 더욱 집중하는 경향이 보고되고 있다(WHOQOL AIDS Group, 2003). 삶의 마지막 순간이 거의 분명해진

이런 상황에서는 영적인 특수 요소가 정신건강을 증진시킬 수 있는 것이다. 영성은 종교적 활동이나 입교와 무관하게 존재할 수도 있지만, 대부분의 경우 종교적 환경에서 존재한다. 한 논문은 공중 건강 연구 및 활동과 종교의 관계를 다음과 같이 요약하고 있다. 즉 인간의 본성과 인간 자신에 대한 긍정적인 시각을 담고 있는 종교적 교리는 신체적 정신적 건강에 좋은 태도와 감정적 상태를 만들어낸다. 또한 내면의 가치와 개인의 특별함을 강조하여 자존감을 높여준다. 종교적 결속은 타인과 긍정적인 방법으로 교류하게 하고 불건전하거나 스트레스를 주는 인간관계를 줄여준다. 희망과 절망은 중요한 정신건강 결정 요소이다. 우울증에서 절망감이 중요한 증상인 것이 그 예이다. 임상적, 역학적으로 잘 구성된 많은 연구들이 특정 환경에서 영성이 우울증을 예방한다고 보고하고 있다 (Koenig, McCullough, and Larson, 2001). 영성은 삶에 희망을 주어 심지어 자살을 막기도 한다. 일상에서 영성의 역할에 대해 조사한 다수의 인터뷰에서, 사람들은 정신적 스트레스를 받는 상황에서도 깊은 평화를 경험하였다고 답했다(Underwood and Teresi, 2002). 영성은 정신적 스트레스로부터 벗어나 안정되고 고요한 상태를 경험하게 하기도 한다. 특히, 위기가 닥쳤을 때, 특정한 종류의 영성은 스트레스에 대한 실제적인 완충 효과의 강력한 원천이 될 수 있다(Pargament, 1997). 최근, 영성과 종교의 역할이 알코올 문제 예방에 중요한 역할을 할 수 있다는 연구들이 많아지고 있다. 한 연구에서는 종교를 가진 사람들이 그렇지 않은 사람들보다 알코올 문제를 덜 겪는 것으로 나타났다(Goggin et al., 2003). Pardini et al(2000)는 약물 사용장애에서 회복된 273명을 대상으로 한 연구에서, 높은 수준의 신앙과 영성은 긍정적인 삶의 자세, 사회적 지지에 대한 더 큰 수용성, 스트레스에 대한 강한 회복력, 낮은 분노 수준 등을 예상할 수 있는 인자가 되는 것을 보고하였다. 2000명의 여성 쌍둥이를 대상으로 한 Gardner와 Prescott(1997)의 연구에서도 자기헌신(기도하거나 영적 안정을 찾는)과 알코올, 담배 의존성이 역 상관관계에 있음이 밝혀졌다. 또한 종교와 영성은 신체적 건강을 개선할 수 있는 건강 활동과 정신건강을 포함한 행복감을 증진할 수 있는 생각을 복돋운다는 보고도 있었다(Koenig, McCullough, and Larson, 2001). 정신건강을 유지하는 것도 개인의 영성에 기여할 수 있다. 종교에서 요구하는 희망적인 관점과 도덕적 생활은 정신건강이 전제되지 않는 한, 이루기 어렵기 때문이다. 이상의 모든 내용들을 종합하여 볼 때, 종교와 정신건강은 매우 밀접한 연관을 가지고 있으며, 건강한 문화와 종교와의 관계는 매우 중요함을 보게 된다.

### 3. 도시 문화와 정신건강

#### 1) 도시화 현상

서울은 세계적으로 가장 규모가 크고 인구가 밀집된 도시 중 하나이다. 이 도시에서의 정신건강과 문화의 문제를 검토하기 위해서는 도시가 가진 일반적인 정신건강의 문제를 이해하는 것이 필요하다. 도시화는 지난 1세기 동안 세계에서 가장 중요한 인구이동 현상이었다. 19세기 초까지는 세계 인구 중 5%만이 도시에 거주하였다. 1996년, 46%였고, 2007년에는 세계 인구의 절반이 도에서 거주한다. 2030년에는 그 인구는 두 배로 증가할 것이고, 51억이 될 것이다. 이런 거대한 변화는 특히 개발도상국에서 더 뚜렷하며 특히 아시아와 아프리카에서 그러하다. 현재 아시아에서는 전체 인구의 37%가 도에서 살고 있다.

천 만 명의 인구가 넘는 도시를 메가시티라고 하는데, 그 숫자는 급격히 증가하고 있다. 현재까지는 15개 도시가 존재하고 있지만, 이 숫자는 앞으로 30년 간 크게 증가할 것으로 예상되며, 특히 아시아 지역에서 그러할 것으로 예상된다. 모든 크기의 도에서 인구 증가는 뚜렷하겠지만, 가장 빠른 증가는 백만에서 오백만 정도의 인구 도에서 나타날 것으로 예상된다. 도시 인구의 폭발은 가난한 인구에게 큰 영향을 끼치는데, 이유는 인구가 증가함에 따른 인프라, 주택, 서비스,

일자리, 경제적 팽창이 그 인구 증가를 따라가지 못하기 때문이다. 이런 인구학적인 변화는 도시에 시골 지역 모두에 큰 영향을 끼친다. 오늘날 도시는 서로 상반되는 얼굴을 가지고 있다. 도시는 금융의 중심이고, 오락, 문화의 중심이다. 여기서 레저의 기회도 가지고, 고용되며, 서비스에 접근할 수 있다. 그러나 동시에 도시는 범죄와, 폭력, 가난, 그리고 불평등의 장소이기도 하다. 커뮤니케이션과 교통의 빠른 속도 증가와 그 가격의 감소로 인하여, 도시의 인구가 가진 다양성 역시 빠르게 증가한다. 그에 따라서 문화적 요소는 도시인의 정신건강을 이해하는데 있어 그 중심에 있게 되었다. 여기서는 도시정신건강과, 이 영역의 3가지 연구 방향, 그리고 문화와 도시 정신건강에 대하여 알아보고자 한다.

## 2) 도시와 정신건강

도시의 건강과 정신건강에 대한 개념을 만드는데 사용되는 방법은 다음 4가지이다. 도시건강불리조건(urban health penalty), 도시의 비활동성(urban sprawl), 도시생활 조건(urban living condition), 도시생활 혜택(urban health advantage)이 바로 그것이다(Vlahov, 2005).

(1) 도시건강 불리조건(urban health penalty) : 도시건강 불리조건(urban health penalty)은 도시의 건강치 못한 환경에 관심을 집중한다. 예를 들어 미국에서는 지난 50년간 중산층과 그들이 다니는 직장이 흑인들이 모여드는 도시를 떠나 교외로 나가면서 도시는 더 가난하고 분리된 사람들만 남았다. 이러한 도시 환경은 그 환경 안에서 사는 사람들의 정신건강에 부정적 영향을 끼친다는 것이다.

(2) 도시의 비활동성(urban sprawl) : 도시의 비활동성(urban sprawl-늘어지는 태도)은 도시 성장의 부작용이 건강에 미치는 영향에 관심을 집중한다. 예를 들어 도시 생활은 앉아서 지내는 라이프 스타일을 만들어 내고, 그것은 비만의 증가를 만들며, 동시에 움직이지 않음으로 인하여 사회적 소외(isolation)를 만들어 낸다는 것이다.

(3) 도시생활 조건(urban living condition) : 도시 생활 조건(urban living condition)은 다양한 맥락(context)에 의하여 만들어 지는 육체적, 정신적 건강에 관심을 집중한다. 이것은 도시의 건강을 지역사회 및 사회, 물리적 환경에 의하여 영향을 받는 개인적 요소들의 기능의 합으로 보는 통합적 시각이다.

(4) 도시생활 혜택(urban health advantage) : 도시생활 혜택(urban health advantage) 시각은 도시 생활이 건강에 기여하는 하나의 혜택으로 보는 시각이다. 몇몇 건강 지표들은 도시가 시골보다 더 좋다. 특히 개발도상국에서는 더욱 그러하다. 크게 보아 도시의 가난한 사람들은 시골의 가난한 사람들보다 더 건강이 좋다. 인구조사와 건강 조사에서 보면, 유아사망을 역시 도시 빈민들이 시골 빈민들에 비하여 더 좋은 상태이다(Montgomery, 2003).

## 3) 도시 정신건강의 연구 방법

도시 정신건강에 대한 문헌들은 크게 세 가지로 구분할 수 있다. 도시와 시골 지역의 비교 연구, 도시 간 비교 연구, 그리고 도시 내 특정 구역 연구이다(Galea, 2005).

(1) 도시-시골 비교 연구 : 도시-시골 비교 연구는 1960년대와 1970년대에 주로 많이 이루어졌다. 그러나 그 이후에는 별로 이루어지지 않고 있다. 그 이유 중 하나는 많은 연구 결과들 사이에 일관성이 나타나지 않기 때문이다. 즉 어떤 연구에서는 정신병리가 도시에서 더 많이 나온다고 하고, 어떤 연구에서는 더 적게 나온다고 나왔기 때문이다. 그리고 또한 그런 연구는 도시의 단면만을 보여 주고 시간의 변화에 따른 변화는 설명하지 못하는 문제들을 가졌었다. 예를 들어 정신질환의



발병율이 시골보다 도시에서 더 높은 것으로 영국에서는 나타났으나(Paykel, 2003), 같은 방법으로 실시한 연구에서 캐나다는 그런 경향이 나타나지 않은 것이다(Parikh, 1996).

(2) 도시 간 비교 연구: 도시 간 비교 연구는 정신건강에 영향을 끼치는 요소들의 도시 간 차이를 분석하기 위하여 이루어졌다. 그러나 그 연구 결과를 다른 도시들에게까지 일반화 시키는데 어려움이 있었고, 심지어는 같은 도시 안의 다른 인구 집단의 특성을 말하기도 어려운 한계를 가지는 것으로 나타났다(Rodwin, 2002).

(3) 도시 내 특정 구역 연구: 이것은 지금 유행하고 있는 접근 방식이다. 제한된 작은 특정 공간 단위(이웃이나 지역사회)의 특징을 알기 위한 연구를 하는 것으로 그것이 특정한 신체적 정신적 건강 문제와 연관되어 있는지를 알아보는 것이다. 이런 연구 역시 맥락에 특이하므로 (context-specific) 이런 연구의 결과를 일반화하기는 어렵다. 그러나 이런 모델은 위의 다른 두 개의 모델과 비교할 때, 한 지역 공간에서의 도시생활이 가진 분명한 모습을 볼 수 있다는 장점이 있다. 그래서 이런 연구에 의하여 건강 결과(health outcome)를 알 수 있고, 그것을 더 집중하여 볼 수 있게 하여, 그에 따라 어떤 중재 개입을 하는 것이 바람직한가를 알 수 있게 하는 장점이 있다.

#### 4) 도시 문제와 정신건강

##### (1) 급격한 이주 인구

오늘날 도시가 가진 가장 큰 특징 중 하나는 급격한 인구의 이동과 유입이다. 지리적인 이동의 기회가 증가함에 따라 도시에는 전에 있지 않았던 새로운 다양한 배경과 인종의 사람들이 유입되게 되었다. 현재 도시로의 이주는 대부분 시골에서의 이주이다. 그들은 그들의 가치체계, 신조, 정신건강에 대한 그들의 기대 등을 가지고 이주한다. 그것은 그들이 들어오는 도시의 것과 다른 것이다. 시골에서 오는 사람들은 상당 기간 소외되고, 기술적인 연결이 되지 않으며, 건강이 나쁘고, 고용도 되지 않으며, 주거 상황도 나쁘다(WHO, 2006). 그들은 새로운 도시 환경에 문화적으로나 생활적으로 적응해야 하는 측면도 있으나, 동시에 상징, 의미, 전통 등에서도 새로운 변화를 받아들이야 하는 어려움을 가진다. Khoa와 Van Deusen(1981)의 연구에서, 다른 전통과 관습을 가진 지역 사회에서 문화 변용의 세 가지 유형을 이야기 한 적이 있다.

##### (2) 타인종, 민족의 유입

도시의 인구이동은 시골에서의 이주만을 의미하지 않는다. 미국 뉴욕의 경우, 1세대 이민자들은 전체 인구의 10% 정도만 된다. 퀸스 지역의 경우, 인구 25만 명의 사람들은 123개의 다른 나라에서 온 80개의 다른 언어를 쓰고 있는 사람들로 구성되어 있다. 이와 같이 미국의 도시화는 문화적 민족적 구성의 빠른 변화와 연관된다. 어떤 연구에서는 2050년까지 미국 인구의 1/4 은 라틴계가 될 것이라고 예측하여 일한 인구 유입과 도시화가 가진 특성을 말한다(Mezzich, 1999-2000). 이와 같은 다양한 인종의 이주의 부정적 측면은 표현되는 질병에 대한 익숙하지 않음(낯섬), 문화적으로 특이한 믿음 시스템(culturally specific belief system), 의학에 의지하지 않으려는 태도 등이다. 그리고 동시에 사회적 긴장을 높이고, 민족간 갈등을 만들고, 문화적 갈등을 만든다. Westermeyer (1989)는 미네아폴리스에 온 동아시아 난민들에 대한 10년간의 추적 연구에서, 난민들은 우울, 낮은 자존감, 공포증(phobia), 신체화장애(somatization)등은 호전되었다고 하였다. 그러나 편집증(paranoid), 불안장애 등은 계속 지속되었으며 그것이 그들의 문화변용에 영향을 끼친다고 하였다. 그 모든 것이 정신건강에 나쁜 결과를 만들어 낸다. 이런 모든 것들이 적절하고 빠른 치료를 방해하는 역할을 한다. 그러나 도시가 가진 다양한 문화성은 관용(tolerance)을 증가시키고, 삶의 질을

높이고, 사회문화적 자극을 준다. 긍정적인 면도 있는 것이다. 망명자, 이주민들의 경우, 그들이 겪게 되는 문화 변화와 그에 대한 적응 노력이 정신질환을 더 많이 일으킨다는 보고도 있었다.

### (3) 낯선 사람들과의 삶

원칙적으로 낯선 사람들과 한 공간 안에서 살아야 하는 일이 많이 발생하는 도시의 특징은 인간 상호간에 약한 인간관계를 만들어 내고, 그것이 정신건강에 많은 어려움을 줄 수 있다. 예를 들어 한 지역사회 내에 정신질환자가 있더라도 그 정신질환자가 어느 집안의 누구인지를 알고 있다면 그에 대한 두려움과 거부감은 상대적으로 적을 수 있다. 자신과 어떤 형태로든 연관이 있는 사람이라는 인상을 가지고 있기 때문이다. 그러나 그런 연관성이 전혀 없는 경우, 정신질환자에 대한 두려움과 거부감은 아주 커지며, 그에 대한 사회적 낙인도 더 커질 수밖에 없다. 정신질환(psychosis)이나 만성우울증(dysthymia)에 대한 취약성(vulnerability)은 그 질병에 대한 어떤 시각을 가지고 있느냐와 연관되기 때문이다. 그리고 이것은 그 사회가 가진 문화와 다시 연결된다. 예를 들어 문화적 딱지를 붙임(cultural label)이 이러한 상황을 규정짓는데 그럼으로써 사람들은 스스로들을 사회적 집단(social group)의 낙인찍힌 구성원들로서 불충분하고 부족하다고 규정지어왔다. 실제로 세계보건기구는 최근 정신질환자들이 도시에 새로 적응(reintegration) 하는데 장애가 되는 사항들에 대한 보고서를 낸 바 있다(Harnois, 2000). 여기서 언급된 것은 정신질환자들에 대한 편견과 낙인, 그로 인하여 비교적 기능적으로 좋으면서도 직업을 구하는데 있어 조직적으로 배제되는 것 등이었다. 이들이 직장을 구하는데 있어 가장 강력한 예측인자는 그들의 일에 대한 기대(work expectation), 그리고 일에 대한 태도, 즉 자기 자신에 대한 자부심과 성취에 대한 원천으로서의 일에 대한 기대와 태도였다. 한 사회가 가지고 있는 문화는 정신적으로 질환을 가지고 있는 사람들이 어떻게 인식되는가에 큰 영향을 끼치고 그들의 성과가 실패에 영향을 끼친다. 전체 인구의 10% 정도를 차지하는 정신질환자들이 사회에 얼마나 복귀할 수 있는가가 한 사회의 건강성을 볼 수 있는 중요한 지표가 된다.

### (4) 사회적 빈곤

그 동안 나온 연구 결과들을 보면 사회경제적 계급의 최하층에서 대부분 정신질환의 유병율이 가장 높다고 한다. Warner(1985)는 정신분열병의 유병율과 예후를 경제 상태와 관련시켜 분석하였는데 고용의 기복, 경제적 환경과 질병의 시작, 치료 결과 사이에 밀접한 연관이 있다고 보고하였다. 실제로 정신분열병의 유병율은 산업국가, 이주민에서 높고 노동시장에 직면하게 되는 나이에 정신 질환이 시작한다고 알려져 있다. 또한, 실업율이 높은 사회(산업국가)에서 정신분열병의 예후가 좋지 않다고 한다. 즉 사회경제적 요소는 정신건강에 강력한 영향력을 가지고 있다는 것이다. 도시가 커지고, 더 인구가 많아질수록, 도시 거주자의 필요를 다 맞출 수가 없게 된다. 도시인구의 30% 정도는 빈민촌에서 살고 있으며, 이것이 이들의 신체적, 정신적 건강에 큰 영향을 끼치게 된다(Blue, 1995). 이것이 도시에 있어서 정신건강과 중요한 연관을 가진다. 무허가로 이루어진 판자촌 거주지역들의 모습은 도시의 어쩔 수 없는 모습 중 하나라는 식으로 받아들이지 않으려는 태도가 중요하다. 또한 노동자 계급이면서 가정의 일상사에 시달리는 중산층, 직업 없는 여성들은 남편과 친구들로부터의 지지(support)가 적는데 이들은 우울증의 위험이 더 높고 상대적으로 더 큰 무력감과 박탈감을 나타낸다는 보고가 있었다.

### (5) 빠른 사회 변동

사회적 변화가 정신질환의 발병과 연관된다는 많은 보고들이 있었다. 그런데 도시는 사회적 변동의 속도가 빠르는데 그 특징이 있어, 정신건강과 도시는 깊은 연관을 가진다. 대만에서의 연구 결과를 보면, 사회의 주요 변화와 신경성 질환의 증가가 연관이 있다고 한다. 또한 지역사회

안에서의 사회 붕괴가 정신질환 발병 증가와 연관이 있다는 보고도 있었다. 도시화는 전통적 사회의 가치관과 구조를 붕괴시키고 새로운 가치와 질서를 창출해 내는데, 이러한 것이 정신건강에 나쁜 영향을 미치게 되는 것이다. 일반적으로 빠른 근대화가 이루어지는 사회에서는 알콜리즘, 마약, 자살 등이 더 많이 나타나며, 그에 의한 주요 정신질환의 발병 위험이 커진다는 보고도 있었다.

#### (6) 사건

도시는 많은 사람들과 돈, 자동차, 사회자원이 모이는 것이다. 그리고 그에 따라 많은 사건과 사고가 발생한다. 사람들이 그런 사고와 사건에 노출될 위험성이 더 큰 것이다. 전쟁을 치러도 도시의 사람들이 더 영향을 받는다. 그런데 그러한 사건과 사고를 겪는 것은 인간의 정신건강에 심대한 영향을 끼친다. 역사적으로 보면 유대인 대학살(Holocaust), 캄보디아의 대량학살, 베트남 전쟁, 중국 문화혁명과 같은 극한 정치 사회적 상황은 정신질환에 대한 장기간에 걸친 영향을 준다.

#### (7) 폭력

모든 세계 도시에서 존재하는 폭력은 1년에 350만명의 사람 목숨을 잃게 한다. 폭력에 의한 신체적 손상은 주요한 보건 건강 문제이다. 그런데 그 중에서도 가장 문제가 되는 것은 어린이와 여성들에 대한 폭력이다. 이것은 전 세계적인 문제이다. 어린이를 대상으로 한, 또는 어린이들 사이의 폭력은 특히 도시에서 점차 증가하고 있다. 도시 문화가 이러한 현상에 영향을 끼친다. 예를 들어 부모의 아이에 대한 육체적 체벌은 그것을 문화적으로 받아들이는지 아니면 아동학대로 보는 지에 따라 사회적 혼란을 만들 수도 있다. 또한 매스미디어에서 다루는 폭력에 대한 태도가 어린이들의 폭력에 대한 의식에 영향을 끼치는 것으로 나타난다(Huesmann, 1997). 또한 사회경제적으로 낙후된 도시 지역의 어린이들과 청소년들은 조직폭력에 가담할 가능성이 커진다. 이들이 만들어 내는 범죄와 그로 인한 사회적 영향은 정신건강에 많은 문제를 야기하게 된다. 가정폭력 역시 도시 지역에서 매우 높은 유병율을 보인다. 선진국이나 개발도상국에 상관없이 도시 지역에서 사는 여성들에게 가정 폭력은 매우 위험한 문제이다(Kessler, 1995). 여성들은 가정에서나 사회에서 좀 더 낮은 위치에 있을 수 있고, 그들은 더 큰 피해자가 될 가능성이 있는 것이다. 가족 내의 병리적 현상(family pathology)은 정신과적 장애와 관련 있으며 실업, 직업상의 문제, 스트레스가 많은 작업 환경, 사별, 이혼, 이별 위험 등의 삶에 있어서의 사건들은 정신질환을 유도한다.

#### (8) 스트레스

현대인들의 삶에서 특징이라 언급되는 대표적인 것 중 하나가 스트레스다. 특히 모든 업무가 빠른 시간에 집중적으로 이루어지도록 하는 도시 생활은 많은 스트레스를 유발하여 농촌 생활에서 보다 더 큰 스트레스를 유발한다. 그동안 정신의학 연구에서는 인성 발달이나 질환 발생에 사회적 환경의 영향을 고려하기 위해 스트레스 모델(stress model)이 발전되었다. 여태까지 이 모델은 불충분한 사회적 지지(social support), 비효율적인 대응 반응(coping response)하에 스트레스라고 인식되어지는 삶의 사건 변화(life event change)가 질환을 발병에 기여한다고 주장하고 있다. 그러나 인류학적인 견지에서 스트레스-지지-질병 발생 모델(stress-support-illness onset model)에는 많은 문제점들이 있다. 즉, 스트레스와 지지는 분리될 수 없고 다른 사회적 변수 항목이 아니라는 것이며 지역 사회 시스템(local social system)의 요소로서 체계적으로 서로 관련이 있다. 스트레스와 지지와 같은 지역 삶의 세계(local life world)와 사람들이 그 세계를 느끼고 인식하는 방식의 측면(aspect)들이다. 스트레스와 지지의 이차원(2-dimension of stress and support)으로 규정짓는 것의 또 다른 문제는 복잡하고(complex), 다층적인(multi-leveled) 사회적 세계(social world)를 단순화시키기 때문에 사회적 삶(social life)을 구성하는 대부분을 설명하지 못하고 개인경험의 거시 사회적 진행(macrosocial process)을 엮는 변증법적 관계를 기술하지 못한다는 문제를 가진다. 또

한, 삶의 사건들(life event)의 의미를 개인 특정한 인식(perception)으로서 묘사하려는 연구가 진행 되는 경향이다.

#### (9) 노령화

인구에서 노인이 차지하는 비율은 급속히 증가하고 있다. 이것은 대도시에서는 더욱 뚜렷하다. 노인들은 신체적 어려움을 가지는 동시에 경제적 어려움도 가지게 되고, 이것은 도시의 정신건강에 영향을 끼친다. 일반적으로 노인들의 정신건강은 그들이 사회에서 차지하는 위치와 연관이 된다. 노인들이 사회적으로 위치를 가지는 조건으로 다음과 같은 세 가지 모델이 있다. (1) 정제된 사회이면 높으나, 급격한 사회 변동이 생기면 낮아진다. (2) 노인들의 숫자가 적으면 높아지나, 많으면 낮아진다. (3) 나이가 들어 육체적으로 약해진다 하더라도 사회적으로 가치 있는 활동을 할 수 있으면 높으나, 그렇지 못하면 낮아진다. 그런 의미에서 서울과 같은 대도시에서 노인들의 사회적 위치는 가장 낮을 수밖에 없다. 즉 가장 빠르게 변화되어 가는 사회이며, 노인들의 숫자가 급격히 증가하고 있으며, 실제로 현대 도시 사회 속에서 농촌에서 농사짓는 것과 같은 의미 있는 활동을 할 수 없기 때문이다. 그러므로 노인들이 가지는 사회적 위치는 곧바로 이들의 좋지 않은 정신건강과 연관될 수 있다. 서울시가 가지고 있는 중요한 문제 중 하나라 할 수 있다.

#### 5) 도시 인구의 정신건강을 지원할 수 있는 문화정책의 필요

도시정신건강에 있어 문화적 요인은 매우 중요하다. 각 도시는 그 도시만의 독특한 문화를 가지고 그것이 인간의 정신에 영향을 끼치고 있다. 그러므로 각 도시의 문화가 정신건강에 긍정적 기능을 하도록 만들어 가는 것이 필요하다. 그러나 일반적으로 도시는 인간의 정신건강에 많은 스트레스와 부정적 영향을 줄 수 있는 측면이 있다. 따라서 적절한 사회적 지지와 대응 자원(coping resource)은 도시정신건강에 있어 중요한 의미를 가진다. 그동안 이루어진 연구 결과들은 사회계급과 경제 출생상황, 사회제도가 건강과 정신적 안녕의 주요한 결정요소라고 한다. 이러한 결과는 반대로, 사회적 정책이 정신건강에 기여할 수 있다는 것을 보여주기도 한다. 예를 들어 만성정신질환자들을 수용 기관에서부터 나오게 해 준 다음에 이들을 위한 지역사회 내에서의 돌봄(community care) 프로그램이 없으면, 즉 이들에 대한 사회적인 해결 정책이 부재한다면, 이들은 다시 감옥이나 요양원, 정신병원에서 나왔다가 다시 들어가는 일을 반복하게 되는 일이 있게 된다. 그러므로 한 사회가 그런 문제를 해결할 수 있는 정책과 운영시스템을 가지는 것은 정신건강 지원에 있어 가장 중요한 일이 된다.

### 4. 정신건강을 지원하는 문화정책

지금까지 문화와 정신건강의 관계에 대한 다양한 측면을 검토하여 보았다. 이제는 그 마지막으로 정신건강에 도움을 줄 수 있는 문화 정책 수립을 위한 원칙들을 정리해 보도록 한다.

#### 1) 문화가 바뀌면 정신건강이 바뀔 수 있다는 개념의 확립이 필요하다.

문화의 변화나 사회적 개입이 있다면 정말 인간의 정신 건강은 좋아지는 것일까? 이 질문에 대한 답으로, 많은 사회적 개입(social intervention)이 효과적인 치료적 방법(therapeutic modality)들과 함께 행해진다면 정신건강 상황은 좋아진다는 보고들이 많이 있다. 먼저 임상적 상황만으로 보아도, 예를 들어 정신분열증 환자와 그들에 대한 지지망(support network)이 충분한 사회적 자원을 공급받을 수 있을 때 환자들의 재입원과 장애가 현저하게 감소할 수 있다는 보고들이 있다. 또한 사회적 견지에서 본다면 불안증이나 우울증과 같은 신경증(neurosis)은 질병이 아니라 공통

(distress)에 대한 사회에 의해 유도된 행동적 표현(socially induced behavioral manifestation)이다. 따라서 그런 사회적 고통을 줄여준다면, 인간의 정신건강은 분명히 호전될 수 있다고 보는 것이다. 또한 임상적 상황이 아니더라도, 한 사회가 더 성숙하고 안정된 문화를 가질 수 있다면, 잘못된 문화(예를 들어 여성차별 등)로 인한 부작용으로 나타나는 정신건강 문제는 크게 감소시킬 수 있는 것이다.

2) 정신건강과 연관된 요소의 문화적 측면을 변화시켜야 한다.

일반적으로 정신건강의 개인, 사회, 환경적 요소는 크게 세 가지로 정리할 수 있다(HEA, 1997; Lahtinen et al., 1999; Lehtinen, Riikonen and Lahtinen, 1997). 그리고 그 세 가지는 각각 문화적 측면을 가진다. 그것을 생각해 보기로 한다.

(1) 건강한 집단 개발 및 유지 - 안전한 환경, 쾌적한 주거, 양질의 교육환경, 좋은 직장과 작업환경, 분쟁과 폭력을 막을 수 있으며 개인의 삶에 있어 자기주도권을 보장할 수 있는 정책적 지지 등을 제공하는 것이다. 이러한 내용은 집단적 사회 문화와 직접 연관된다. 경제적 수준이 높고 낮음을 떠나 좀 더 안정된 문화를 가질 수 있는가가 중요한 역할을 하는 것이다. 이것은 전통적 문화를 좀 더 쉽게 변화시킬 수 있는 측면이 있다.

(2) 애착 관계형성, 의사소통과 수용에 대한 감정과 관련된다. 이것은 좀 더 개인 차원의 아기 양육, 의사소통 문화와 연관된다. 이것은 전통적 문화와 깊이 연관되어 이것을 변화 시키는 것은 좀 더 어렵다고 볼 수 있다. 그러나 이런 부분에서 정신건강에 부정적 영향을 가진 문화가 존재한다면 그것을 바꾸기 위한 적극적 노력이 필요하다.

(3) 생각과 감정, 생활 관리와 감정 조절과 관련된 개인의 능력 - 자존감, 분쟁 조정능력, 학습능력과 관련된다. 이것은 각 개인이 가지는 삶과 교육 경험의 산물이며, 그것을 이룬 사회의 문화에 의한 간접적 소산이라고 할 수 있다. 일반적으로 새로운 종교를 받아들이면 그 내용을 바꿀 수 있는 측면이 있다. 따라서 새로운 문화 창조를 적극적으로 할 수 있는 영역이 될 수 있다.

3) 사회적, 공동체적, 개인적 차원의 통합적 전략이 있어야 한다.

(1) 사회적 수준의 전략

가장 큰 단위에서 볼 때, 정신건강을 증진시키는 문화적 활동은 거시적이고 사회정치학적 수준의 활동이다. 따라서 가장 중요한 역할은 정치인, 교육자, NGO가 해야 한다. 이런 사람들에게 이와 관련된 여러 요소들의 중요성을 알리고 정책 안내에 대한 조언을 하며 정신건강을 유지할 수 있도록 하는 것이 이 분야 전문가들의 책임이 되어야 한다(Goldberg, 1998). 이 수준에서의 활동은 특히 정책에 관심을 가져야 한다. 그러한 추성적인 정책 이야기만 하고 있다면 자칫 탁상공론으로 흐를 수 있으므로 실제 개인이나 공동체에 미치는 영향에 대한 세심한 주의가 필요하다.

(2) 공동체 수준의 전략

지역사회 공동체는 기본적으로 인간이 '심리적 연대감'을 추구하는 사회적 존재라는 점에서, 또 그 역할에 있어서는, 국가 정책과 개인 사이의 축 역할을 할 수 있다는 점에서 매우 중요하다. 또한 오타와 현장에서도 밝히는 바와 같이, 현실적으로는 소외된 개인들이 뭉쳐 힘을 갖게 되는 과정을 통해, 이웃 사회와 개인 자신의 삶에 주인의식을 갖고 그 운명에 주도권을 쥐게 된다는 의미가 있다. 이를 위한 경제적인 지원은 물론, 건강에 관한 지식과 학습이 제공되어야 한다. 공동체 수준에서의 접근은 정책의 구체화는 물론, 개인의 일상이 맞닿아 있는 곳이므로, 매우 중요하다. 학교, 직장, 가정, 지역공동체 모두가 정신건강 증진의 장이다. 때로 사회 전체의 문화가 바뀌는 것이 어렵거나 시간이 오래 걸릴 수 있는데, 이럴 때 가장 현실적으로 도움이 될 수 있는 것은 건

강하고 활기차며 지지적인 공동체가 형성되고 공동체 문화가 형성되는 것이다.

### (3) 개인적 차원의 전략

개인 수준의 정신건강 증진은 이 분야의 가장 오랜 관심사이다. 이것은 사회 전체, 공동체와 서로 영향을 주고받으며 그 최종 산물이 된다. 대부분의 건강 증진 활동에서 개인의 역량 발전은 교육을 통해 이루어진다. 정신건강 증진에서도 교육을 통한 전달이 중요하다. 특히 직장이나 대인관계에서 발생하는 일상의 기술을 교육하는 것이나 스트레스 및 그 대처방법 등을 교육하는 것이 유용하다. 그 교육은 학교에서나 사회에서 이루어 질 수 있으며, 동시에 종교를 통하여 이루어 질 수 있다. 따라서 건강한 종교가 사회에 자리를 잡는 것은 매우 중요한 정신건강과 문화의 중간 다리 역할을 할 수 있을 것이다.

### 4) 문제 해결을 위한 체계적 접근이 필요하다.

위에서 언급한 사업들이 이루어져 나가기 위해서는 중앙 또는 지방 정부, 지역 공동체, 개인의 조화로운 협력이 절대적이다. 오타와 헌장은 이러한 일이 이루어지도록 하는데 있어 가장 중요한 5대 지침을 다음과 같이 제시한다.

- (1) 건강한 정책 수립 - 건강하고 분명한 목표를 설정하는 것이 필요하다.
- (2) 지지적 환경 조성 - 좋은 결과를 만들기 위한 다양한 환경을 조성하는 것에 집중한다.
- (3) 공동체 활동 강화 - 작은 지역 공동체들이 건전한 문화를 가질 수 있도록 지원한다.
- (4) 개인의 역량 강화 - 각 개인의 정신건강에 도움이 될 수 있는 다양한 자원(교육, 종교, 가족 등)을 강화한다.
- (5) 건강 서비스 재정립 - 최종적으로 정신건강에 문제가 발생한 개인이 있을 때 즉각 적절한 정신의학적 지원을 받을 수 있는 시스템을 사회가 가지도록 한다.

## III. 결론: 정신건강을 위한 서울시의 새로운 도전을 위하여

대한민국의 수도인 서울이 건강해 진다면 대한민국 전체가 건강해 질 수 있다. 서울은 한국 사회 전체를 주도하고 있고, 지방을 향한 그 영향력의 파급이 막대하기 때문이다. 그러나 거대 도시로서의 서울은 그 시민들의 정신건강에 있어 긍정적인 면과 부정적인 면을 동시에 가지고 있다. 가장 많은 부와 가장 많은 의료 및 사회 자원을 가지고 있다는 것은 긍정적 요소이다. 그러나 동시에 가장 높은 이주자 비율, 부의 불균형, 도시이기에 발생하는 인간관계의 미약함과 소외 등은 정신건강에 부정적인 요소이다. 서울이 이러한 부정적 문제들을 극복하고 긍정적 요소들의 힘을 극대화할 수 있다면, 그것은 대한민국의 변화뿐 만 아니라 전 세계의 도시들과 국가에 미칠 수 있는 영향이 크다.

결국 정신적으로 건강하다는 것은 자신의 생물학적 조건 하에서 잘 일하고, 잘 놀고, 잘 사랑하고 사랑받는 능력을 가지는 것을 의미한다. 그것이 정신건강의 최종적 목표라 할 수 있다. 그러기에 정신건강이 좋은 사람들이 삶을 잘 사는 것이 된다. 반대로 잘 일하고, 잘 놀고, 잘 사랑하게 지원한다면 그것으로 인하여 정신건강이 이루어진다. 이 두 가지의 상호영향을 잘 조정하여 나가는 것이 결국 이 일에 참여하는 전문가들과 시 당국자들의 책임이 될 것이다.

정신건강을 이룰 수 있는 문화를 창출하는 것은 서울시 당국과 다양한 공동체 (학교, 직장, 가정, 종교 기관 등), 그리고 시민 개개인의 세 주체가 얼마나 이 문제를 정확히 인식하고 함께 힘을 모으느냐에 달려 있다. 이것은 서울시가 21세기의 두 번째 십년을 맞이하면서 2020년까지 도전할 가장 핵심적 도전이 되어야 할 것이다.

## [참고문헌]

- Blue, I., Ducci, M.E., Jashwal, A., et al. 1995. "The mental health of low-income urban women: case studies from Bombay, India, Olinda, Brazil, and Santiago, Chile." pp. 75-102. In *Urbanization and Mental Health in Developing Countries*. edited by T. Harpham., and I. Blues. Vt: Ashgate.
- Dohrenwend, B.P. 1990. "Socioeconomic status(SES) and psychiatric disorders: are the Issues still compelling?" *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 25: 41-47.
- Galea, S., and Vlahov, D. 2005. "Urban health: evidence, challenges and directions." *Annu Rev Public Health* 26: 341-365.
- Goggin, K. et al. 2003. "Adolescents' alcohol-related God locus of control beliefs and alcohol use." *Annals of Behavioral Medicine* 25(suppl.): 105.
- Goldberg, D. 1998. "Prevention of mental illness." pp. 141 - 154. In *Preventing mental illness: mental health promotion in primary care*. edited by R. Jenkins, and T.B. Ustun, Chichester: John Wiley.
- Harnois, G., and Gabriel, P. 2000. *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices*. Geneva: World Health Organization.
- HEA. 1997. *Mental health promotion: a quality framework*. London: Health Education Authority.
- Herman, H., Saxena, S., and Moodie, R. 2005. *Mental Health Promotion; concept, emerging evidence, practice*. WHO.
- Huesmann, L.R. and Guerra, N.G. 1997. "Children's normative beliefs about aggression and aggressive behavior." *J Pers Soc Psycho* 72: 408-419.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., et al. 1992. "Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study." *Psychol Med Monogr Suppl* 20: 1-97.
- Kendler, K.S., Gardner, C.O., and Prescott, C.A. 1997. "Religion, psychopathology, and substance use and abuse: a multimeasure, genetic-epidemiologic study." *American Journal of Psychiatry* 154(3): 322 - 329.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., et al. 1995. "Post traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey." *Arch Gen Psychiatry* 52: 1048-1060.
- Khoa, L.X., and Van Deusen, J. 1981. "Social and cultural customs: their contributions to resettlement." *J Refug Resett* 1: 48-51.
- Koenig, H., McCullough, M., and Larson, D. 2001. *Handbook of religion and health*. Oxford, Oxford University Press.
- Lehtinen, V., Riihonen, E., and Lahtinen, E. 1997. *Promotion of mental health on the European agenda*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).
- Lahtinen, E. et al. 1999. *Framework for promoting mental health in Europe*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).
- Mezzich, J.E. and Caracci, G. 1999-2000. "Epidemiological perspectives on the health of New

- York City. The city and mental health: Interdisciplinary and International perspectives." *Int J Mental Health* 8: 41-47.
- Montgomery, M.R., Stren, R., Cohen, B., and Reed, H.E. eds 2003. *Cities Transformed: Demographic Change and Its Implications in the Developing World*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Pardini, D.A., et al. 2000. "Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits." *Journal of Substance Abuse Treatment* 19: 347-354.
- Pargament, K. 1997. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Parikh, S.V., Wasylenski, D., Goering, P., and Wong, J. 1996. "Mood disorders: rural/urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario." *J Affect Disord* 38: 57-65.
- Paykel, R., Abbott, R., and Jenkins, T.S., et al. 2003. "Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey." *Int Rev Psychiatry* 15: 97-107.
- Putnam, R. 1993. "The prosperous community - social capital and public Life." *American Prospect* 4(13): 35 - 42.
- Rodwin, V.G., and Gusmano, M.K. 2002. "The World Cities Project: rationale, organization, and design for comparison of megacity health systems." *J Urban Health* 79: 445-463.
- Rohner, R. 1984. "Toward a conception of culture for cross-cultural psychology." *Journal of Cross-Cultural Psychology* 23: 214-27.
- Sartorius, N. 2003. "Social capital and mental health." *Current Opinion in Psychiatry* 16(suppl. 2): S101-S105.
- Saxena, S., O'Connell, K., and Underwood, L. 2002. "Cross-cultural quality of life assessment at the end of life: a commentary." *The Gerontologist* 42(special issue III): 81 - 85.
- Smith. 2003. *Moral believing animals: human personhood and culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Underwood, L.G., and Teresi, J. 2002. "The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health related data." *Annals of Behavioral Medicine* 24(1): 22-33.
- Vlahov, D., Gale, S., Gible, E., and Freudenberg, N. 2005. "Perspectives on urban conditions and population health." *Cad Saude Publica* 21: 949-957.
- Warner, R. 1985. *Recovery from schizophrenia. Psychiatry and Political Economy*. New York: Routledge and Kegan Paul.
- Westermeyer, J. 1989. "Paranoid symptoms and disorders among 100 Hmong refugees: a longitudinal study." *Acta Psychiatr Scand* 80: 47-59.
- WHO (World Health Organization). 2001. "The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope." <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
- WHO International Consortium on Psychiatric Epidemiology. 2000. "Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders." *Bull World Health Organ.* 78: 413-426.
- WHOQOL HIV Group. 2003. "Initial steps to developing the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS." *AIDS Care* 15(3): 347.



