

# 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I - 총괄보고서 -

책임연구원 : 최인재(한국청소년정책연구원 · 연구위원)

공동연구원 : 모상현(한국청소년정책연구원 · 부연구위원)

강지현(동덕여자대학교 · 교수)

연구보조원 : 김윤희(한국청소년정책연구원 · 위촉연구원)



## 발 간 사 ■ ■ ■

아동·청소년의 정신건강은 신체적인 건강과 더불어 건강을 구성하는 주요 요인으로 개인의 삶에서 경험하는 스트레스를 효율적으로 대처할 수 있으며 생산적인 과업 창출에 기여함으로써 자신의 안녕은 물론 사회에서 적응적으로 기능을 할 수 있는 능력의 기초가 된다고 할 수 있습니다.

그러나 많은 조사 결과들에서 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 수준은 전반적으로 낮은 수준에 머물고 있으며, 그 문제점은 더욱더 심화되는 경향을 보이고 있습니다. 이와 같은 상황에서 아동·청소년기의 정신건강문제에 대해 사전에 예방하거나 조기에 적절하게 개입하지 않으면 가정, 지역사회 및 국가보건체계에서 막대한 비용의 손실뿐만 아니라, 심각한 사회적인 문제까지도 초래 할 수 있습니다. 아동·청소년의 정신건강문제는 아동·청소년들에게 국한 된 것뿐만 아니라 그들의 가족과 지역사회, 더 나아가 국가 전체의 미래적 전망과 관련된 중요한 사안이기 때문입니다. 무엇보다 자라나는 세대의 미래적 가치를 고려해 볼 때 아동·청소년의 정신건강을 건강하게 유지하고 또한 증진할 수 있도록 정부의 적극적인 투자와 노력이 필요할 때입니다.

이에 본 연구를 통해 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 전반에 대한 실태를 파악하고, 국내·외의 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 정책 및 법·제도 현황을 분석하여 그 개선 방안을 논의하고 효율적인 정책 방향성 및 개선점에 대해 제언을 하고자 하였습니다.

먼저 전국단위 실태조사의 실시 및 결과 분석을 통해 현재 우리 아동·청소년의 정신건강 상 주요 문제점을 파악하고 정신건강의 변화양상과 추이를 파악함으로써 중장기적 정책추진방향의 로드맵을 제시하고자 하였습니다.

이 연구는 한국보건사회연구원 및 전북대학교와 협동연구로 진행한 연구로 먼저 한국보건사회연구원에서는 정신건강문제에 대한 예방보호적 차원에서의 효율적인 서비스전달체계의 구축과 이를 뒷받침 해줄 수 있는 구체적 정책 및 실천방안을 고찰하였습니다. 또한 아동·청소년 정신건강 현황과 기존의 서비스전달체계 및 현재 수행 중인 정책적 문제점을 파악하여 앞으로의 개선과제 및 정책적 대안을 제시하였습니다.

아울러 전북대학교 연구진이 진행한 연구에서는 아동·청소년 정신건강 관련법에 의한 정책현황과 정책추진 상의 문제점을 도출하여 개선방안을 모색하였으며, 선진 외국의 입법례 사례를

.....

분석하였습니다. 이를 통해 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 법체계의 정비 및 관련 법·제도의 개선방안을 제안하였습니다.

현재 입시위주의 교육정책으로 인한 경쟁의 가열, 가족의 구조적 변화에 따른 가족 기능의 축소 그리고 아동·청소년을 둘러싼 대·내외적 환경의 부정적 영향으로 인해 아동·청소년들의 정신건강문제가 점점 취약해지고 있는 실정입니다. 이러한 상황에서 이들의 정신건강 증진을 위한 보다 실질적인 도움을 제공할 수 있도록 정신건강문제에 대한 관심과 함께 예방보호적 차원에서의 효율적인 서비스전달체계의 구축과 이를 뒷받침 해줄 수 있는 구체적 정책 수립과 실천이 요청됩니다. 이에 본 연구가 미력하나마 우리 아동·청소년들의 정신건강 증진을 위한 작은 초석으로 이들이 건강한 사회구성원으로 성장할 수 있도록 일조할 수 있기를 기대해 봅니다.

2011년 12월 한국청소년정책연구원 원장  
이 재 연

경제·인문사회연구회 협동연구총서

“아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ”

1. 협동연구총서 시리즈

협동연구총서 일련번호	연구보고서명	연구기관
11-32-01	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구Ⅰ : 총괄보고서	한국청소년정책연구원
11-32-02	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구Ⅰ : 조사결과 자료집	한국청소년정책연구원
11-32-03	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구Ⅰ : 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황 및 개선방안 연구	한국보건사회연구원
11-32-04	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구Ⅰ : 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 및 개선방안 연구	전북대학교

2. 참여연구진

연구기관		연구책임자	참여연구진
주관연구기관	한국청소년정책연구원	최인재 연구위원	모상현 부연구위원(한국청소년정책연구원) 강지현 교수(동덕여자대학교)
협력연구기관	한국보건사회연구원	최은진 연구위원	김미숙 연구위원(한국보건사회연구원) 김지은 연구위원(한국보건사회연구원) 박정연 연구위원(한국보건사회연구원)
	전북대학교	이호근 교수	김영문 교수(전북대학교) 정혜주 교수(고려대학교)



## 국 문 초 록

이 연구는 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하고 국내·외의 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 정책 및 법·제도 현황을 분석하여 개선 방안을 마련하는데 연구의 목적이 있다.

연구방법은 문헌연구, 전문가 자문회의, 전국단위 대규모 조사 및 협동연구 등으로 연구를 수행하였으며, 기타 연구 추진방법으로는 아동·청소년 정신건강 정책 개선을 위한 전문가 워크숍을 통해 정책적 시사점을 도출하였고, 정책추진 주무부처와의 정책협의회를 통해 제안된 정책방안의 효율성을 제고하였다.

연구내용은 크게 세 영역으로 구분하여 수행하였다. 첫째 아동·청소년들의 정신건강 실태 파악을 위해 전국단위 조사를 실시하였다. 이를 통해 우리 아동·청소년의 정신건강 주요 문제점과 변화의 정도를 파악할 수 있는 객관적 자료를 확보하였다. 둘째 아동·청소년 정신건강 정책영역으로 기존의 정책 현황과 문제점 등을 분석함으로써 개선과제 및 정책적 대안을 마련하였다. 마지막은 아동·청소년의 정신건강 법·제도영역으로 아동·청소년 정신건강 관련 각종 법령을 체계적으로 분석하여 쟁점사항을 도출하였고, 아동·청소년 정신건강 관련법에 의한 정책추진 상의 문제점을 고찰하였다. 또한 현행 아동·청소년 정신건강 증진 정책 및 법·제도의 개선방안 마련을 위해 선진 외국의 정책현황과 법·제도 관련 입법례 사례를 고찰하는 한편 FGI그룹 인터뷰와 현장전문가의 의견을 반영한 델파이 조사를 통해 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 정책 및 관련 법·제도의 실질적 개선방안을 마련하였다.

이상의 연구내용들을 중심으로 연구를 수행하였으며, 기존의 아동·청소년 정신건강 증진과 관련한 정책 및 법·제도 현황과 국내·외 사례에 대한 파악과 분석 결과를 제시하였다. 그리고 이를 근거로 향후 필요한 정책과 법·제도적 측면에서의 개선방안에 대해 제안하였다.

주요어: 아동·청소년 정신건강 실태, 정신건강 증진 정책, 정신건강 증진 법·제도





## 연구 요약

### 1. 연구목적

- 과학기술의 발달과 지속적인 주거 및 여가 환경의 개선은 삶의 만족도를 높였고, 각종 질환을 감소시키는데 일조하였으나, 청소년을 둘러싸고 있는 수많은 유해환경과 과도한 입시위주의 교육환경은 오늘을 살아가고 있는 청소년들의 건강한 성장과 발달을 위협하는 요인으로 작용하고 있음
- 이에 본 연구에서는 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하고 국내외의 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 정책 및 법·제도 현황을 분석하여 개선 방안을 마련하는데 연구의 목적이 있음

### 2. 연구방법

- **문헌연구:** 아동·청소년 정신건강의 개념 및 실태와 국내·외 아동·청소년 정신건강 지원 정책 현황, 관련 법·제도 등에 대한 현황을 관련 문헌을 통해 분석하였음. 또한 이를 아동·청소년 정신건강 실태조사를 위한 설문 구성의 자료로도 활용하였음
- **전문가 자문회의:** 전문가 자문회의를 통해 연구의 방향성을 설정하였으며, 아동·청소년 정신건강 관련 정책과 법·제도의 문제점 및 개선 방안을 마련하였음. 또한 아동·청소년 정신건강 설문문항을 확정하고, 설문 내용에 대한 타당성을 확보하였음
- **양적연구:** 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하기 위하여 전국단위 대규모 조사를 통해 자료를 생성하였음. 모집단은 전국 16개 사도의 초등학생(초4~6학년), 중학생(1~3학년) 그리고 일반계고와 전문계고를 포함한 고등학교에 재학 중인 남, 여 고등학생(1~3학년)이며 최종 분석 대상자는 9,435명이었음

- **협동연구 추진:** 이 연구는 관련 전문기관들과 함께 협동연구과제로, 두 곳의 협동연구기관과 함께 연구를 추진하였음. 협동연구기관 1에서는 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 국내·외 정책현황을 종합 분석하고, 서비스 이용 수요자들을 대상으로 한 FGI 인터뷰 및 전문가 대상 의견조사를 통해 개선방안을 마련하였음. 협동연구기관 2에서는 국내·외의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 법제도 현황의 분석과 전문가 의견조사를 통해 문제점 및 개선방안에 대해 제안하였음
- **기타 연구추진방법:** 아동·청소년 정신건강 정책 개선을 위한 전문가 워크숍을 통해 정책적 시사점을 도출하였으며, 또한 정책추진 주무부처와의 정책협의회를 통해 제안된 정책방안의 효율성을 제고하였음

### 3. 주요결과

#### 1) 아동·청소년들의 정신건강 실태 조사 부문

- 아동·청소년 정신건강 실태를 파악하기 위해 설문도구를 개발하여 전국단위 대규모 조사를 실시하였음. 전국 16개 사도의 초등학교, 중학교, 그리고 일반계고와 전문계고를 포함한 고등학교에 재학 중인 남, 여 청소년 9,435명을 최종 분석대상자로 하였음
- 본 조사영역은 개인영역, 가족영역, 학교영역 및 지역사회 영역 등 크게 4개의 대 영역으로 구분하였고, 각 대 영역별로 세부영역과 문항을 구성하여 설문조사를 실시하였음
- 주요 요인에 대한 조사결과 우울과 불안, 자살 생각이나 계획, 스트레스 등의 경우 여자가 남자보다 더 높은 평균점수를 나타냈으며, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 등 개인 내(內) 적응적 심리요인과 게임중독, 비행 등의 경우는 남자가 여자보다 평균점수가 더 높았음. 또한 대체로 연령이 증가할수록 각 세부요인에서 부정적인 결과를 나타냈음(게임중독, 자살계획의 경우 중학생이 다른 급급에 비해 더 부정적 결과를 보였음). 한편 가족 구성별로는 조손가정이나 한부모가정의 응답자가 양부모가정보다 좀 더 부정적인 결과를 나타냈음
- 본 실태조사결과를 통해 파악할 수 있었던 것은 양부모 가정의 아동·청소년에 비해 조손나지 한부모 가정의 아동·청소년들이 여러 요인에서 취약하게 노출되어 있다는 사실임. 이는 아동·청소년

년의 건전한 정신건강의 도모를 위해서는 가정 내에서의 부모자녀관계가 중요한 요인임을 시사함

- 이에 부모자녀간의 긍정적인 관계형성과 올바른 의사소통을 위해서 정부의 정책적 지원이 확대되어야 하며, 무엇보다 긍정적인 부모자녀관계의 형성에 어려움이 있는 조손이나 한부모 가족에 대한 물질적·비물질적 지원이 확대되어야 할 것임
- 또한 우울증이나 불안, 자살, 게임중독, 정서적 불안 등 청소년의 건강한 성장과 발달을 저해하는 심각한 위협요인을 미연에 방지하고 이를 조기에 예방할 수 있는 개선책 마련이 요구됨

## 2) 아동·청소년 정신건강 정책 현황 및 개선방안 연구 부문

- 중앙정부 및 지자체의 정신건강 증진 관련 정책 현황을 파악하고, 정신건강 검진 및 정신건강 상담, 보건의료서비스 전달체계 등을 중심으로 전반적인 정책시스템을 분석하여 그 문제점 및 개선방향을 논의하고, 학교와 지역사회의 접근방법, 개별적인 사례관리접근방법을 위한 정책을 개발하고자 하였음
- 이를 위해 미국, 캐나다, 호주 등 선진 외국의 효과적인 아동·청소년 정신건강 증진 정책을 분석하였으며, FGI 인터뷰를 통하여 아동·청소년 정신건강 증진의 수요를 분석하고 정책적 개선방안을 도출하여 건강향상, 건강위험요인감소, 질병위험요인의 조기 발견 등의 차원에서 핵심 사안을 도출하였음
- 또한 전문가, 교사, 공무원 등 정신건강 담당자들 대상의 델파이조사를 통하여 학교, 지역사회를 연계하는 중앙정부 및 지자체에서 다양한 경로를 통해 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원할 수 있는 정책대안을 마련하였음
- 아울러 이상의 연구내용에 대한 결과를 근거로 학교 차원, 교육청 및 지자체 차원 그리고 중앙정부 차원에서의 정책 개선 방안들에 대해 제안하였음

## 3) 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 및 개선방안 연구 부문

- 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 개선방안에 관한 연구에서는 국내외 아동·청소년 정신건강 관련 법제도의 현황을 포괄적으로 살펴보고 구체적으로 어떠한 법제도의 개선 필요성이 있는지를 고찰하였음

- 이를 위하여 아동·청소년 정신건강증진을 위한 정신보건법, 아동과 청소년복지 관련법(아동복지법, 청소년기본법, 청소년보호법, 청소년복지지원법 등)과 교육관련 기본법(학교보건법, 교육기본법, 초·중등학교법, 학교폭력예방대책에관한 법률 등) 등 부문별로 국내외 관련 주요 법·제도 현황을 분석하고 현행 법령상의 개념 및 정의 등 효과적인 법·제도적 정신보건 증진방안, 전달체계 등 관련기관 지원방안과 개선방안을 도출하였음
- 독일, 미국, 호주 등 주요 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 및 예방 관련 지원 법·제도의 현황분석을 통해 우리나라 법·제도 개선방안 마련을 위한 방향을 제시하였음
- 또한 이 연구에서는 우리나라 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 법·제도 개선방안을 위하여 관련 주요 부문의 전문가 15인을 엄선하여 전문가를 대상으로 델파이 설문조사를 2회에 걸쳐 실시하였음
- 설문조사 결과 현재 아동·청소년 정신건강관련 개별법에 분산 규정되어 있는 주요 규정들을 분석하고 개별법이 각각의 특성을 갖추고 있으나 각각의 입법목적을 넘어 이들을 통합할 수 있는 통합법 제정의 필요성과 가능성 그리고 그 문제점 등을 분석하였음
- 이상의 연구내용들을 근거로 현행 법령의 문제점 및 향후 법·제도 측면에서의 개선을 위하여 요청되는 법체계, 정의, 전문기관, 전문인력 확보와 관련 종사자의 처우개선, 교육 및 훈련체계구축, 예방과 사회복귀 지원 등과 같은 주요 쟁점에 대하여 개선방안과 정책제안을 제시하였음

## 4. 정책제언

### 1) 총괄부문

#### ○ 정신건강 위기 청소년의 조기발견 체제 구축이 요구된다

청소년의 정신건강을 효과적으로 관리하기 위해서는 각 청소년의 정신건강을 그 위기에 따라 계층화할 필요가 있으며, 개별 아동·청소년의 정신건강 위기에 따라 그 수준을 구분할 수 있도록 준거가 마련되어야 할 것임

### ○ 정신건강 위기도에 따른 개입 프로그램 개발이 필요하다

위기도에 따라 아동·청소년의 관리가 차별화될 수 있으려면 그에 맞는 프로그램이 구비되어야 함. 이때는 위기 아동·청소년이 호소하는 심리적인 문제에 따라 개선을 위해 반드시 제공되어야 하는 필수 프로그램과, 개별 대상의 상황이나 학교 및 정신건강 서비스 제공 센터의 특성에 따라 차별화하여 제공하는 선택 프로그램으로 나누어 볼 수 있음

### ○ 지역사회 정신건강 서비스 체계의 연결망 구축이 요구된다

지역사회에 있는 다양한 민·관 정신건강 서비스 자원에 대한 파악이 이뤄져야 할 것이며, 각 기관에서 운영하고 있는 아동·청소년 대상 프로그램의 내용과 운영을 담당하는 전문인력, 참여자의 특성 등 상세한 정보가 조사되어야 함. 또한 지역사회에서 운영되고 있는 전문병원 및 종합병원, 정신보건센터, 시도 청소년 상담지원센터, 사설 상담센터, 사회복지관 등의 관련 실무자들과 학교 내 전문상담교사를 비롯한 관련 업무 담당자, 정신과의사와 임상 및 상담심리학자로 구성된 전문가 집단들 간의 연계도 이뤄져야 할 것임

### ○ 정신건강 위기도에 따른 개입 프로그램의 시범 사업 운영이 필요하다

정신건강 위기도를 개발하고 이에 따른 필수 및 선택 프로그램을 개발한 후에는 이를 토대로 시범 사업을 운영할 필요가 있음. 학교를 거점으로 위기도 판정을 위한 평가를 실시하고, 이에 기반한 분류를 하여 치료 프로그램을 제공하고, 필요하다면 시범 사업을 학교가 아닌 정신건강센터에서 시행할 수도 있을 것임. 아울러 시범단에서 해당 프로그램을 효과적으로 실시할 수 있는 인력을 교육하고, 실시 회기마다 지도 감독(supervision)하면서 진행 과정을 점검해야 할 것임

## 2) 정책부문

### ○ 아동·청소년 정신건강증진서비스 전달체계의 개선이 요구된다

아동·청소년이 대부분의 시간을 보내는 학교는 아동·청소년의 정신건강서비스를 전달할 수 있는 가장 효율적인 장소가 될 수 있음. 정신보건센터 사업 담당자를 대상으로 아동·청소년이 가지는 정신과적 문제에 대한 효과적인 개입과 서비스의 질적 향상을 위해 필요한 교육을 지속적으로 제공하고 아동·청소년의 정신건강을 위해 관련 기관들(교육청, 학교, 전문기관)의 사업 역량을 강화하되, 각 기관의 특성에 맞는 적절한 교육 프로그램의 개발과 실시가 필요함

### ○ 학교 정신건강 증진 사업의 개선이 필요하다

검사결과 및 학생(학부모) 상담관련 개인정보가 공개되지 않도록 철저한 보안관리와 학교-지역사회-교육청 네트워크를 구축의 필요성이 제기되었음. 또한 학교 내 협의체(보건교사담임교사상담교사생활지도담당교사지역사회 전문가 등)를 구성·운영하는 등 통합적·집중적 관리체계를 구축해야 함. 그리고 학생 정신건강관리 담당교사의 전문성 신장을 위한 연수과정을 운영하여 선별검사와 추후관리에 필요한 학교 역량을 강화해야 할 것임

### ○ 사전예방적인 학생정신건강증진을 위해 중장기적 로드맵이 필요하다

학생의 정신건강을 지원하기 위해서는 전체적인 학교건강증진사업에서 정신건강증진에 대한 부분이 함께 계획되어야 함. 학생정신건강검진 및 학생정신건강을 위한 정책, 서비스에 대해서 모든 교사들이 충분히 이해하고 정책과 사업추진에 협조할 수 있도록 역량이 강화되어야 할 것임. 이를 위해 중장기적인 학생정신건강증진정책이 계획되고 추진되어야 함

### ○ 학생정신건강검진과 정신건강서비스에 대한 홍보와 편견해소가 필요하다

학생정신건강검진에 대한 취지와 내용에 대하여 학생과 학부모가 정확히 인지할 수 있도록 홍보가 필요함. 학교에서 학생의 정신건강문제에 대한 상담서비스가 신뢰할 수 있고 편견 없이 이용할 수 있는 서비스가 되도록 여건을 조성하고 홍보하여야 함

### ○ 부모자녀관계 지원정책이 강화되어야 한다

학교 및 지역사회의 정신건강증진정책은 포괄적으로 부모자녀의 정신건강증진을 지원할 수 있어야 함. 스트레스 및 우울 등을 경험하는 자녀에 대해 부모가 적절히 대처해 줄 수 있도록 교육과 기술적 지원정책이 필요함

### ○ 수요자 중심으로 정신보건사업관리체계의 개선이 필요하다

정부와 공공기관에서는 아동·청소년의 정신건강 문제를 개선하기 위하여 많은 노력을 해왔으나, 현재까지의 아동·청소년 정신건강 정책이 공급자 중심으로 추진되어 왔다고 할 수 있음. 공급자 중심의 정책은 미충족 수요를 증가시킬 우려가 있고, 변화하는 정신건강 문제에 효율적으로 대처하기 어렵게 함

○ **아동·청소년의 정신건강 문제와 정신질환을 조기발견하기 위하여 전문성 있는 검사 도구를 사용하여 모니터링 하는 시스템 마련이 시급하다**

정책개선을 위해서는 정기적인 정신건강 지표의 생산이 필수적이며, 현재 실시되고 있는 학생 정신건강 검진체계로는 대표성과 신뢰성 있는 통계생산을 기대하기 어려운 상황임. 성인대상으로 5년마다 실시하는 정신질환역학조사와 같이 아동·청소년 대상 정신질환역학조사체계의 마련이 시급함

○ **아동·청소년 정신건강 정책의 역할 분담과 개선이 필요하다**

학교에서는 교사들을 대상으로 선별검사에 대한 의미, 검사결과에 대한 비밀보장, 학부모와의 의사소통 등에 대한 교육이 필요함. 시도 및 시군구 교육(지원)청차원에서는 관내 학교에서 학교정신건강증진사업을 수행할 수 있도록 예산을 지원하고 사업을 평가하는 체제 구축이 필요할 것임. 지방정부 차원에서는 관내 아동·청소년의 전반적인 정신건강증진을 위한 계획을 수립하고 포괄적인 지원을 해야 할 것이며, 마지막으로 중앙정부 차원에서는 각 부처의 현실에 맞게 아동·청소년의 정신건강 증진에 대한 중장기적인 로드맵을 제시해야 할 것임. 이를 위해서는 모니터링체계가 확립되고, 지속가능한 관리체계의 수립이 가능하도록 근거중심의 정보관리체계가 필요함

3) 법·제도 부문

○ **아동·청소년 정신건강 증진을 위한 통합법의 제정에 대한 논의가 필요하다**

중장기적으로 아동·청소년 정신건강 증진을 위해 국무총리실 등을 중심으로 한 협의체를 구성하고 관련 부처(보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등)간, 중앙과 지자체 간 정책협조체제를 구축하고 공공/민간의 협력체제의 법·제도적 시너지 효과를 높이기 위하여 가칭, 「아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법률」과 같은 통합법 제정에 대한 논의의 필요성이 있음

○ **정신건강 증진 핵심 지원체계 규정을 보장할 필요가 있다**

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 핵심지원체계는 전국적으로 조직되어 있는 정신보건관련 전문기관인 「정신보건센터」로써, 센터 내에 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원규정을 보다 구체적이고 명확히 보장하여야 할 필요성이 있음

## ○ 정신보건관련 기본법을 보완해야 한다

정신건강 관련 기본법이라 할 수 있는 현행 「정신보건법」은 주로 ‘중증 정신질환자 중심’인데 비하여 ‘생애주기별 정신건강사업’이 상대적으로 비중이 낮고, 아동·청소년복지 관련 법에는 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 구체적인 보호조치가 부재한 실정이어서 이에 대한 보완 규정을 마련해야 함

## ○ 정신보건관련 인력양성체계 육성관련 규정을 정비할 필요가 있다

정신건강 관련 법령이 산발적으로 구성되어 있어 인력양성 및 수요와 공급 등의 관련 규정이 체계적이지 않으며, 연계성이 매우 미약함. 따라서 추진 주체별로 추진사업의 목표와 주요 시책 등 관련 정책을 조율할 부처 간 협의체 구성 등 관련 법령의 정비가 필요함

## ○ 정신보건법상 고위험가정에 대한 특별지원규정을 명문화할 필요가 있다

우리나라 정신보건 관련법상 아동·청소년의 정신건강과 관련 특히, 고위험가정에 대한 교육 및 지원체제가 부족하다는 지적이 많음. 그 개선을 위하여 기존의 정신보건법상 규정의 범위를 넘어 한부모가정, 조손가정, 새터민가정, 다문화가정 등 사회적 취약계층 아동·청소년의 정신건강 증진의 지원을 위한 별도의 지원규정을 명문화 시킬 필요가 있음

## ○ 정신건강서비스의 제공에 대한 개선이 필요하다

국가사회에 의해 제공되는 서비스와 관련 법적 규정이 임의규정인 부분을 의무규정으로 하여 법적용 실효성을 높여야 하며, 지역사회에서 아동·청소년의 문제를 해결하기 위하여 가정을 포함하는 포괄적인 접근방안과 자원, 시스템 부족을 해결하기위한 관련 법 규정을 정비하여야 함

## ○ 정신건강관련 법 규정과 우선적인 제도개선에 대해 명문화해야 한다

예방·상담, 전문가에 의한 전문적인 치료·재활 규정 마련, 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission) 규정 마련, 아동·청소년 정신질환자에 대한 차별(의료제도 내외에서) 금지와 관련규정(voluntary admission and treatment), 치료 후 ‘재활’, ‘사회복귀훈련’ 등 follow-up 관련 돌봄이 필요한 대상에게 돌봄이 가능한 서비스를 연계하는 세부적 과정을 명시하는 지원규정 마련, 종사자의 자격조건, 처우, 권한과 의무의 명확한 규정 등이 필수적인



## 고려사항임

### ○ 정신건강 증진을 위한 핵심기관 및 체제 관련 규정 마련이 필요하다

기존의 정신보건센터 내에 소아청소년 정신과 담당 공중의와 청소년상담원을 두도록 의무화하는 법 규정 마련은 필수적이며, 아동-청소년 정신건강을 담당하는 센터의 추가적 설립과 이 센터에 정신건강전문요원 등의 상주를 법에 명문화하는 방안이 필요함

### ○ 정신건강 증진을 위한 예방과 재활 및 사후조치 방안을 마련해야 한다

학생정서행동 선별검사 실시 등 정신보건센터의 의무를 강화하여야 하며, 학교보건법상 학생건강 검진 내용이 구체적이지 못하고 국가와 국민(학부모, 학생)의 책무가 명시되지 않아 정책추진의 실효성 확보가 미흡한 실정이어서 관련내용의 정비가 필요함



# 목 차

제 1 장 서 론 .....	1
1. 연구의 필요성 및 목적 .....	3
2. 연구내용 .....	5
1) 아동·청소년 정신건강 설문도구 개발 및 실태조사 .....	5
2) 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황 및 개선방안 .....	5
3) 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 및 개선방안 .....	6
4) 연도별 추진계획 .....	7
3. 연구방법 .....	8
1) 문헌연구 .....	8
2) 전문가 자문회의 .....	9
3) 양적연구 .....	9
4) 국외출장 .....	9
5) 협동연구 추진 .....	9
6) 기타 연구추진방법 .....	10
제 2 장 이론적 배경 .....	11
1. 정신건강의 개념 .....	13
1) 정신건강의 정의 .....	13
2) 아동·청소년의 정신건강 .....	14
2. 정신건강 관련 주요 변인 .....	17
1) 개인영역 .....	17
2) 가족영역 .....	28
3) 지역사회 영역 .....	30
4) 학교영역 .....	31
3. 정신건강 관련 국내외 실태 .....	33
1) 국외 .....	33

2) 국내 .....	37
-------------	----

### 제 3 장 아동·청소년 정신건강 실태조사 .....41

1. 모집단 분석 .....	43
2. 표본설계 .....	44
1) 표본크기 및 층화 .....	44
2) 표본 배분 .....	46
3) 표본 추출 .....	46
3. 실사 설계 .....	47
1) 리스트 정제 및 사전 접촉 .....	47
2) 학교 방문 조사원 모집 및 교육 .....	47
3) 실사 진행 .....	48
4) 조사표 검증 및 자료 처리 .....	48
4. 조사 표본 수 및 응답자 특성 .....	49
5. 조사내용 .....	50
6. 주요 조사 결과 .....	52
1) 개인영역 .....	52
2) 가족영역 .....	72
3) 지역사회 영역 .....	77
4) 학교영역 .....	79

### 제 4 장 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황 ..... 81

1. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황 .....	83
1) 우리나라 아동·청소년 대상의 정신건강 증진 정책의 목표 .....	83
2) 아동·청소년 정신건강 검진 사업 및 정신건강 증진 관련 서비스 정책 현황 .....	88
2. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황 .....	95

1) 미국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책 .....	95
2) 캐나다의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책 .....	97
3) 영국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책 .....	99
4) 호주의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책 .....	101
5) 세부 정책 사례 .....	103
3. 아동·청소년 정신건강 정책의 개선방안 마련을 위한 FGI 및 델파이 조사 .....	111
1) 아동·청소년 정신건강 서비스 이용에 관한 FGI 조사결과 .....	111
2) 아동·청소년 정신건강 정책 개선을 위한 델파이 조사결과 .....	118
4. 소결 .....	126
<b>제 5 장 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 .....</b>	<b>127</b>
1. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 법·제도 현황 .....	129
1) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 연구의 필요성 .....	129
2) 국내 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 고찰 .....	130
2. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 법·제도 현황 .....	140
1) 독일의 아동·청소년 정신건강관련 법·제도 현황 .....	140
2) 미국의 아동·청소년 정신건강관련 법·제도 현황 .....	149
3) 호주의 아동·청소년 정신건강관련 법·제도 현황 .....	156
3. 아동·청소년 정신건강 법·제도 개선방안 마련을 위한 델파이 조사 .....	164
1) 전문가 의견조사 개요 .....	164
2) 전문가 의견조사 결과 및 시사점 .....	166
4. 소결 .....	170
<b>제 6 장 결론 및 정책제언 .....</b>	<b>173</b>
1. 결론 .....	175
1) 아동·청소년들의 정신건강 실태 파악을 위한 조사 연구 .....	175

2) 아동·청소년 정신건강 관련 정책 현황 및 개선방안 연구 .....	177
3) 아동·청소년 정신건강 관련법·제도 현황 및 개선방안 연구 .....	179
2. 정책제언 .....	181
1) 총괄부문 .....	181
2) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책 부문 .....	187
3) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 부문 .....	192
참고문헌 .....	199
부 록 .....	219

## 표 목 차

〈표 Ⅲ-1〉 지역×학교급×학년별 학생수 .....	43
〈표 Ⅲ-2〉 학교급×학년별 모집단크기, 목표 표본크기 .....	44
〈표 Ⅲ-3〉 단순비례배분에 의한 표본크기 할당 .....	45
〈표 Ⅲ-4〉 변형비례배분에 의한 표본크기 할당 .....	45
〈표 Ⅲ-5〉 조사 표본 수 .....	49
〈표 Ⅲ-6〉 응답자 특성 .....	50
〈표 Ⅲ-7〉 조사영역 및 조사내용 .....	51
〈표 Ⅲ-8〉 우울의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차 .....	52
〈표 Ⅲ-9〉 응답자의 특성에 따른 우울의 요인별 차이 분석 .....	53
〈표 Ⅲ-10〉 불안의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차 .....	54
〈표 Ⅲ-11〉 응답자의 특성에 따른 불안의 요인별 차이 분석 .....	55
〈표 Ⅲ-12〉 게임 중독의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차 .....	56
〈표 Ⅲ-13〉 응답자의 특성에 따른 게임 중독의 요인별 차이 분석 .....	57
〈표 Ⅲ-14〉 전체 응답자 대비 자살의 항목별 백분율 .....	58
〈표 Ⅲ-15〉 응답자의 특성에 따른 자살의 항목별 차이 분석 .....	59
〈표 Ⅲ-16〉 응답자의 특성에 따른 자살 항목별 세부 분석 .....	60
〈표 Ⅲ-17〉 스트레스의 항목별 평균 및 표준편차 .....	61
〈표 Ⅲ-18〉 응답자의 특성에 따른 스트레스의 항목별 차이 분석 .....	62
〈표 Ⅲ-19〉 비행영역의 항목별 평균 및 표준편차 .....	64
〈표 Ⅲ-20〉 응답자의 특성에 따른 비행영역의 항목별 차이 분석 .....	65
〈표 Ⅲ-21〉 생활만족도 영역의 항목별 평균 및 표준편차 .....	67
〈표 Ⅲ-22〉 응답자 특성에 따른 생활만족도 영역의 항목별 차이 분석 .....	68
〈표 Ⅲ-23〉 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차 .....	70
〈표 Ⅲ-24〉 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 차이 분석 .....	71
〈표 Ⅲ-25〉 부모의 지원의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차 .....	72
〈표 Ⅲ-26〉 부모의 지원의 요인별 차이 분석 .....	73

〈표 III-27〉 가족관계 질의 항목별 평균 및 표준편차 .....	74
〈표 III-28〉 가족관계 질의 항목별 차이 분석 .....	75
〈표 III-29〉 지역사회 영역의 요인별 및 항목별 평균 및 표준편차 .....	77
〈표 III-30〉 지역사회 영역의 요인별 차이 분석 .....	78
〈표 III-31〉 학교영역의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차 .....	79
〈표 III-32〉 학교영역의 요인별 차이 분석 .....	80
〈표 IV-1〉 국민건강증진종합계획의 아동·청소년 정신건강 관련 지표 .....	84
〈표 IV-2〉 부처별 아동·청소년 정신건강 서비스의 현황 .....	90
〈표 IV-3〉 미국 정부의 아동·청소년 대상 정신건강 정책 및 사업 .....	96
〈표 IV-4〉 학생 그룹 조사내용 .....	112
〈표 IV-5〉 학부모 그룹 조사내용 .....	113
〈표 IV-6〉 조사대상자의 개요 .....	114
〈표 IV-7〉 학생의 정신건강서비스 이용경험 종합 .....	115
〈표 IV-8〉 학교차원의 정책 또는 서비스 .....	122
〈표 IV-9〉 아동·청소년의 정신건강증진을 위한 시도 및 시군구 교육(지원)청 차원의 정책이나 서비스 .....	123
〈표 IV-10〉 아동·청소년의 정신건강증진을 위한 지방정부 차원의 정책이나 서비스 .....	124
〈표 IV-11〉 아동·청소년의 정신건강증진을 위한 중앙정부 차원의 정책이나 서비스 .....	125
〈표 IV-12〉 아동·청소년의 정신건강증진을 위한 민간의료기관 및 기타 민간기관 차원의 정책이나 서비스 .....	125
〈표 V-1〉 미국의 아동·청소년 정신건강 관련 연구사업 및 법률안 개정 시기와 내용 .....	150
〈표 V-2〉 호주의 아동·청소년 정신건강 관련 법률안 개정 시기와 내용 .....	157
〈표 VI-1〉 정신건강 위기도 판정 시 고려되어야 할 요소 .....	182
〈표 VI-2〉 정신건강 위기도에 따른 개입 프로그램의 구성 .....	184



# 그림 목 차

【그림 Ⅰ-1】 아동·청소년 정신건강 실태조사 설문도구 개발과정(안) .....	7
【그림 Ⅰ-2】 연도별 연구 추진 계획 .....	8
【그림 Ⅲ-1】 전체 응답자 대비 자살의 항목별 백분율 .....	58
【그림 Ⅲ-2】 스트레스의 항목별 평균 .....	61
【그림 Ⅲ-3】 비행영역의 항목별 평균 .....	64
【그림 Ⅲ-4】 생활만족도 영역의 항목별 평균 .....	67
【그림 Ⅲ-5】 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 및 항목별 평균 .....	70
【그림 Ⅲ-6】 부모의 지원의 요인별 및 항목별 평균 .....	72
【그림 Ⅲ-7】 가족관계 질의 항목별 평균 .....	74
【그림 Ⅲ-8】 지역사회 영역의 요인별 및 항목별 평균 .....	77
【그림 Ⅲ-9】 학교영역의 요인별 및 항목별 평균 .....	79
【그림 Ⅳ-1】 학생 정신건강관리 체계 .....	89
【그림 Ⅳ-2】 아동·청소년 대상 중앙정부 부처의 정신건강 관련 정책 및 서비스 개요 .....	94
【그림 Ⅳ-3】 캐나다 Fraser South 지역의 허브 모델 .....	99
【그림 Ⅳ-4】 영국 램베스 조기 개입(LEO) 서비스 체계도 .....	101
【그림 Ⅳ-5】 호주 오리겐지역 청소년 정신건강 서비스의 체계도 .....	103
【그림 Ⅵ-1】 프로그램 효과 연구 수행 .....	186



# 제 1 장

---

## 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적
2. 연구내용
3. 연구방법



# 제 1 장 서 론

## 1. 연구의 필요성 및 목적

과학기술의 발달과 지속적인 주거 및 여가 환경의 개선은 삶의 만족도를 높였고, 각종 질환을 감소시키는데 일조하였다. 그러나 청소년을 둘러싸고 있는 수많은 유해환경과 과도한 입시위주의 교육환경은 오늘을 살아가고 있는 청소년들의 건강한 성장과 발달을 위협하는 요인으로 작용하고 있다.

현재 우리나라 아동·청소년들의 정신건강은 매우 우려할 만한 수준이다. 2005년도에 서울시에서 실시한 소아청소년 유병률 조사결과를 보면 18세 이하의 아동·청소년 중 약 25%가 크고 작은 정신건강 문제가 있는 것으로 드러났다. 또한 2006년도 서울시 소아청소년정신보건센터에서 서울시내 19개 초·중·고교 학생들의 부모 2,672명을 대상으로 조사를 실시한 결과를 보면, 행동장애(주의력결핍 과잉행동장애, 적대적 반항장애, 품행장애) 학생이 조사대상자 학생의 25.71%를 차지하였고, 불안장애(특정 공포증, 사회공포증, 분리불안장애, 강박증 등) 학생은 23.02%, 기분장애(조증/경조증, 주요우울장애, 기분부전장애)학생은 1.95%인 것으로 나타났다. 그리고 2009년도에 서울시 소아청소년정신보건센터와 학교보건진흥원이 서울시내 39개교 중·고교생 1만 3091명을 대상으로 ‘우울증 학생선별조사’를 실시하였는데, 조사학생 중 2,180명(16.7%)이 1차 선별검사에서 초기 우울 증세를 나타냈고, 병원 치료를 권고 받은 청소년도 456명(3.5%)에 달하는 것으로 나타났다.

청소년건강행태온라인조사(보건복지부, 2010) 결과에서도 우리나라 청소년(13~18세)의 스트레스 인지율이 전체 응답자 중 43.2%(남학생 37.3%, 여학생 50.0%)로 나타났다. 이는 우리나라 성인(만 19세 이상)들의 스트레스 인지율인 28.9%보다 매우 높은 수준이다.

한편, 청소년들의 우울감 경험률의 경우는 응답자 중 37.5%(남학생 32.1%, 여학생 43.5%)로 나타나 청소년들의 우울감 경험률이 매우 심각한 수준임을 알 수 있다. 이와 같은 결과는 ‘우울증’ 진료 인원 현황에 대한 건강보험심사평가원의 자료에서도 잘 나타나 있다. 건강보험심사평가원(2010)에서

는 2005년부터 2009년까지 10~19세 청소년들의 우울증에 대한 심사결정 자료를 분석하였는데, 2005년도에는 우울증 진료인원이 19,518명이었으나 2009년도에는 26,201명으로 20~60대의 연평균 우울증 진료인원 증가율(5% 미만)을 훨씬 웃도는 8.2%를 보였다고 보고하였다. 청소년기 우울증은 성인에 비해 감정의 기복이 크고, 충동적인 행동으로 이어지기 쉽기 때문에 특히 청소년 자살과의 관련성이 높다고 많은 연구에서 지속적으로 보고(Brent, Kalas, & Edelbrock, 1986; Brent, Baugher, Bridge, Chen & Chiapetta, 1999; Greening & Stoppelbein, 2002; Masako, 2002; White, 1989)되고 있다.

미국의 실태조사결과(2002)에서도 조사아동 중 약 20%의 아동들에게서 정신건강상 문제가 있는 것으로 나타났으며, 10% 정도는 심각한 수준의 문제가 있는 것으로 보고되었다. 이러한 추세를 반영하듯 세계보건기구(WHO)는 2020년경 정신건강상에 문제가 있는 아동-청소년의 비율은 전 세계적으로 50%에 달 할 것으로 예측하고 있다.

WHO의 자료에 의하면 이러한 정신건강에 문제가 있는 아동들의 약 77%가 전혀 치료를 받지 못하고 있는 것으로 추정되고 있으며, 미국의 경우도 정신건강에 문제가 있는 아동들 중 약 20% 정도만 적절한 치료를 받았다고 보고되었다. 이러한 사실은 우리나라의 경우도 정신건강에 문제가 있는 대다수의 아동-청소년들에 대한 적절한 치료와 개입이 이루어지지 않고 방치되고 있음을 시사하며, 이에 대한 원인분석과 함께 적절한 사회적 대응방안과 정책마련이 요구된다.

최근 건강보험자료에 의하면 정신건강에 문제가 있는 아동-청소년의 규모는 점차적으로 증가되는 추세를 보이고 있지만 실제로 정신건강에 문제가 있는 많은 아동-청소년들은 제도권 내에서 적절한 도움을 받지 못하고 있는 실정이다. 이들을 조기에 발견할 수 있는 지원 체계의 부재 및 개입과 치료로부터의 방치는 문제 아동-청소년들에 대한 교육기회의 감소로 이어져 인지능력 저하 및 학업중단, 대인관계에서의 문제, 문제행동 및 사회적 부적응 등과 같은 다양한 문제를 발생시켜 발달로부터 박탈을 가져오며, 이러한 박탈은 성인기 이후 생활능력의 저하와 실업에 처할 수 있는 위협을 높일 수 있다. 특히 정신건강 영역 중 특정 문제행동이 여타 다른 문제행동과 함께 나타날 수 있다. 예컨대 비행청소년의 경우 비행 이외에도 음주 및 흡연, 약물복용 등이 함께 나타날 수 있으며 학업의 중퇴 또는 가출까지도 예상할 수 있다. 이러한 문제행동들이 아동-청소년의 내면화된 정신건강과 밀접한 연관성이 있다는 사실을 고려해 보면, 아동-청소년기에 방치된 정신건강의 문제는 성인기 이후에도 부정적으로 영향을 미칠 수 있다. 이는 추후 사회적 문제로 나타날 뿐만 아니라 많은 사회적 비용의 손실을 가져 올 수 있다는 측면에서 우리나라 아동-청소년들의 정신건강 증진을 위한 정책적 대안 마련이 매우 시급하고 중요하다고 할 수 있다.

이에 1년차 연구인 이 연구는 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하고 국내·외의 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 정책 및 법·제도 현황을 분석하여 개선 방안을 마련하는데 연구의 목적이 있다. 아울러 향후 2년 동안은 아동·청소년들의 정신건강 실태에 대한 시계열적 자료를 축적함과 동시에 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 프로그램 개발과 지원체제 구축 및 운영 모델을 개발함으로써 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 증진을 위해 보다 실질적인 도움을 제공할 수 있도록 할 계획이다.

이 연구는 관련 전문 연구기관들과 더불어 3개년에 걸쳐 협동연구과제로 진행되는 연구이다. 협동연구의 장점인 각 전문 연구 기관들의 연구역량을 결집하여 아동·청소년들의 정신건강 증진을 위한 보다 효과적인 지원방안 마련을 강구하고자 한다.

## 2. 연구내용

### 1) 아동·청소년 정신건강 설문도구 개발 및 실태조사

아동·청소년들의 정신건강 실태를 조사하기 위해 설문도구를 개발하여 전국단위 대규모 표집조사를 실시하였다. 설문도구는 크게 진단형 도구와 실태조사 성격의 비진단형 도구로 구분된다. 진단형 설문도구는 아동·청소년들의 정신건강과 관련이 깊은 영역을 중심으로 기존의 타당화된 도구를 활용하였으며, 실태조사성 비진단형 도구는 2010년 “한국 청소년 지표 조사 V” 연구에서 개발된 도구를 일부 활용하였다.

아동·청소년들의 정신건강 실태 조사를 위한 모집단은 전국의 초·중·고등학교에 재학 중인 학생들이며, 조사방법은 교육통계연보를 표집 틀로 하고 층화다단계집락표집 기법을 활용하여 전국단위 대규모 표집조사를 실시하였다.

### 2) 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황 및 개선방안

최근 심각해지는 아동·청소년들의 정신건강 증진을 위해 정부에서도 대책을 마련하고 있다. 예컨대 교육과학기술부에서는 학생 정신건강 관리 방안의 일환으로 2007년 처음 96개 학교에서 학생정신건강

실태를 조사한데 이어 향후 조사대상 학교를 점차 확대하여 실시할 계획에 있다. 특히 서울시의 경우 2008년도부터 시범사업으로 진행해오던 ‘정신건강 선별검사’를 2011년도부터는 모든 학교에서 전면 실시할 계획을 가지고 있다. 또한 검사 후 학부모가 동의하여 정밀검진과 상담치료를 받고자 하는 학생은 학교에서 관할 지역 내 전문기관인 Wee센터와 정신보건센터 중 학생과 학부모가 원하는 기관 담당자와 사전 협의를 하고 필요한 절차를 거쳐 도움을 받을 수 있도록 할 계획이다.

또한 여성가족부에서는 위기청소년에 대한 사회안전망인 CYS-Net(지역사회청소년통합지원체계)을 구축운영하고 있다. CYS-Net 사업은 위기청소년에 대한 상담, 구조, 보호, 치료, 자립, 학습 등 서비스 제공을 통해 위기청소년의 건강한 성장과 삶의 역량강화를 목적으로 한다. 정부에서는 2013년까지 전국 244개 지역(시·도 16개, 시·군·구 228개)에 확대 구축하는 것을 목표로 추진하고 있다. 이 외에 취약계층청소년의 성취 및 자립 동기를 증진하기 위해 두드림존 사업을 추진하고 있으며, 긴급구조, 인터넷 중독치료, 청소년 관련 문제에 대해 도움을 받을 수 있는 Help Call 청소년 전화 1388 등을 운영하고 있다.

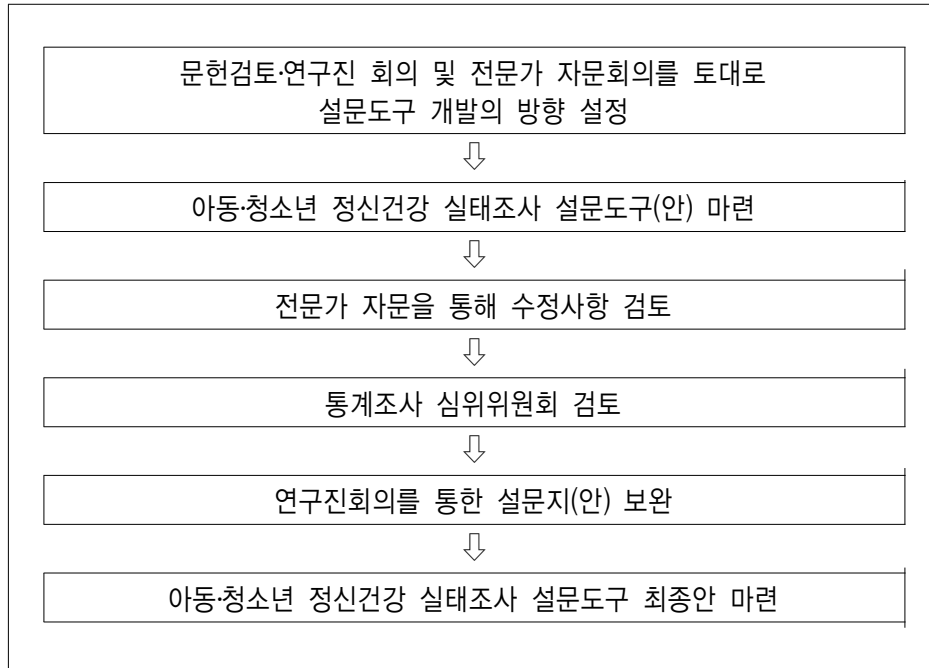
그러나 이와 같은 노력에도 불구하고 건강보험자료에 의하면 최근 정신건강에 문제가 있는 아동·청소년의 규모가 점차 증가되는 경향을 보이고 있다. 특히 가정불화, 인터넷 및 게임중독, 또래집단으로부터 왕따와 학업 스트레스 등으로 인한 청소년들의 자살률과 정신질환이 증가하고 있는 추세이다. 이와 같은 변화 추세는 우리나라 아동·청소년들이 정신건강문제로 인해 상당한 심리·정서적인 위협에 노출되어 있음을 시사한다.

따라서 본 연구에서는 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황과 기존의 서비스전달체계 및 현재 수행하고 있는 정책적 문제점을 고찰함으로써 앞으로의 개선과제 및 정책적 대안을 마련하였다. 아울러 국외의 아동·청소년의 정신건강정책, 서비스전달체계 및 최근 동향을 살펴봄으로써 우리나라 아동·청소년 정신건강 정책수립의 방향성 설정 및 질적 제고에 기여하고자 하였다.

### 3) 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 및 개선방안

본 연구에서는 ‘아동복지법’과 ‘정신보건법’을 비롯한 아동·청소년의 정신건강과 관련된 각종 법령을 체계적으로 분석해 쟁점사항을 도출하고 아동·청소년 정신건강 관련법에 의한 정책현황과 정책추진 상의 문제점을 분석하였다. 또한 선진 외국의 입법례 사례를 고찰하여 시사점을 도출하고 현장전문가의 의견을 반영하여 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 법체계의 정비 및 관련 법제도의 개선방안을 마련하였다.





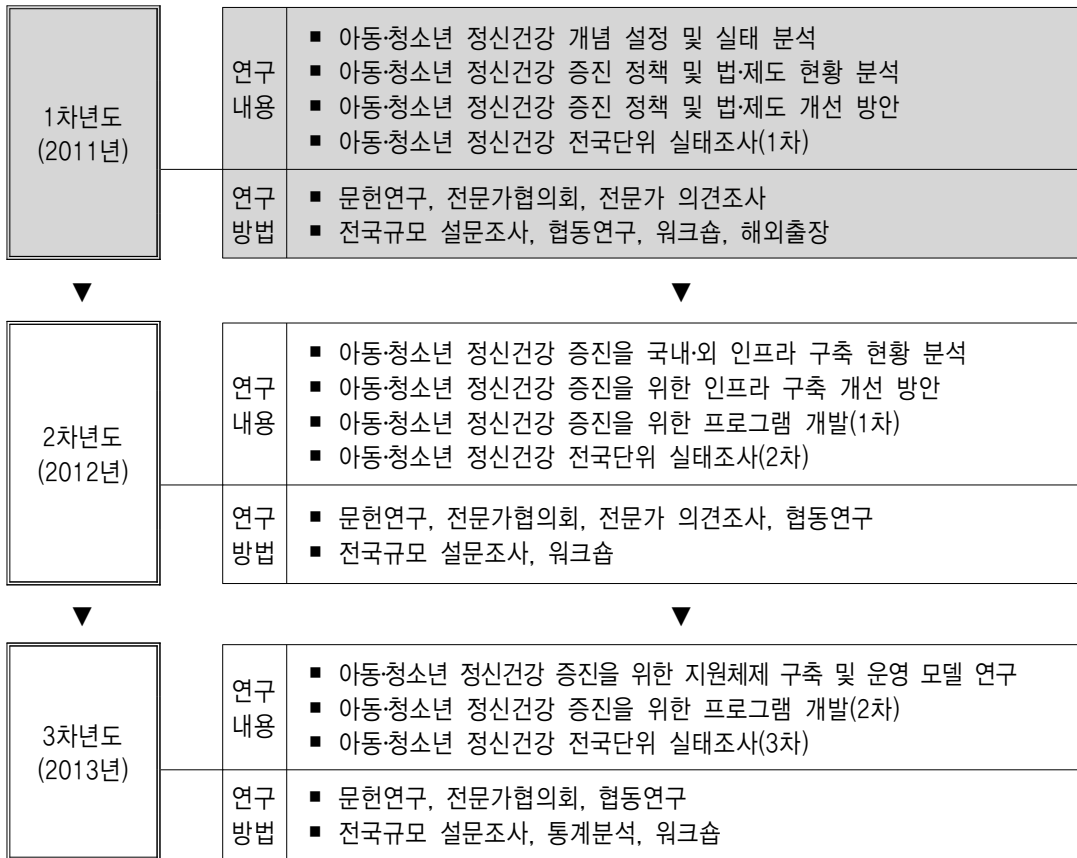
【그림 I-1】 아동·청소년 정신건강 실태조사 설문도구 개발과정(안)

#### 4) 연도별 추진계획

본 연구는 2011년부터 2013년까지 3년간 협동연구로 진행되는 과제이다. 앞서 제시된 연구 내용은 1차년도 연구 내용으로 향후 추진될 연도별 추진계획은 아래 [그림 I-2] 와 같다.

2012년도 2년차 연구에서는 아동·청소년 정신건강 실태에 대한 1년차 조사에 이어 2년차 반복 횡단조사를 실시할 계획이며, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 국내외 인프라 구축 현황과 개선 방안을 마련할 예정이다. 또한 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 프로그램을 개발하고 효과성을 검증하여 유관 기관에 배포할 예정이다.

마지막으로 2013년도 3년차 연구에서는 아동·청소년 정신건강 실태에 대한 3차년도 조사를 실시할 계획이며, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원체제 구축 및 운영 모델 연구를 진행할 계획이다. 또한 2년차 연구에서 다루지 못한 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 프로그램을 추가 개발하여 배포할 예정이다.



【그림 1-2】 연도별 연구 추진 계획

### 3. 연구방법

#### 1) 문헌연구

아동·청소년 정신건강 개념 및 실태와 국내·외 아동·청소년 정신건강 지원 정책 현황, 관련 법·제도 등에 대한 선행 연구를 관련 문헌을 통해 분석하였다. 또한 이를 근거로 현황에 대한 파악과 향후 개선방안 마련의 자료로 활용하였으며, 아동·청소년 정신건강 실태 조사를 위한 설문 구성의 자료로도 활용하였다.

## 2) 전문가 자문회의

전문가 자문회의를 통해 연구의 방향성을 설정하였으며, 아동·청소년 정신건강 관련 정책과 법제도의 문제점 및 개선 방안을 마련하였다. 또한 아동·청소년 정신건강 설문문항을 확정하고, 설문 내용에 대한 타당성을 확보하였다.

## 3) 양적연구

우리나라 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하기 위해 전국단위 대규모 조사를 통해 자료를 생산하였다. 모집단은 전국 12개 시·도의 초등학교(초4~6학년), 중학생(1~3학년) 그리고 일반계고와 전문계고를 포함한 고등학교에 재학 중인 남, 여 고등학생(1~3학년)이며, 최종 조사 표본 수는 9,435명이었다.

## 4) 국외출장

아동·청소년 정신건강 증진 정책과 기존의 서비스전달체계 현황 및 문제점 그리고 아동·청소년의 정신건강과 관련된 각종 법령의 쟁점사항에 대한 개선과제 및 정책적 대안을 마련하기 위해 독일 및 핀란드의 아동·청소년의 정신건강 정책, 서비스 전달체계 및 법제도 현황과 최근 동향을 살펴봄으로써 우리나라 아동·청소년 정신건강 증진 정책수립의 방향성과 법제도 개선의 질적 제고에 기여하고자 하였다.

또한 아동·청소년 정신건강 전문가와 아동·청소년 정신건강영역에서의 최근 연구주제 및 동향, 연구기법 및 조사방식, 설문도구 개발 등과 같은 실증적(empirical) 연구영역에서의 정보를 교환하고 정보를 수집하였다.

## 5) 협동연구 추진

이 연구는 관련 전문기관들과 함께 협동연구과제로 진행되는 연구로 추후 협동연구기관을 선정하여 연구를 추진하였다. 협동연구기관 1에서는 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 국내외 정책 현황을 종합 분석하여 개선방안을 마련하였으며, 협동연구기관 2에서는 국내·외의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 법·제도 현황을 분석하여 개선방안을 마련하였다.

#### 6) 기타 연구추진방법

아동·청소년 정신건강 정책 개선을 위한 전문가 워크숍을 통해 정책적 시사점을 도출하였으며 또한 정책추진 주무부처와의 정책협의회를 통해 제안된 정책방안의 효율성을 제고하였다.

## 제 2 장

# 이론적 배경

1. 정신건강의 개념
2. 정신건강 관련 주요 변인
3. 정신건강 관련 국내외 실태



## 제 2 장 이론적 배경

### 1. 정신건강의 개념

#### 1) 정신건강의 정의

세계보건기구(World Health Organization: WHO)가 채택한 세계보건기구 헌장에 의하면 건강이란 “단순히 질병이 없거나 허약하지 않는 것뿐만이 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 안녕한(well-being) 상태”를 의미한다. 즉 건강은 막연한 상태나 조건이 아니라 한 개인의 신체적, 정신적, 사회적 요소 각각이 안녕한 상태로, 생활 속의 일반적인 스트레스에 대처하여 다른 사람들과의 조화로운 삶을 영위할 수 있으며, 생산적으로 일하고 사회에 기여할 수 있는 상태를 말한다. 이처럼 현대의 정신건강에 관한 시각은 정신적으로 건강하지 못한 상태나 질병을 예방하고 치료를 목적으로 국한했던 과거와는 달리 적극적으로 정신적 건강을 유지하거나 향상시키는 것까지를 포함하는 포괄적 의미를 담고 있다(김형택, 1998; 조은숙, 1986).

미국정신위생위원회(National Committee for Mental Hygiene)에서는 “정신건강이란 정신적 질병에 걸려 있지 않은 상태만이 아니고 만족스러운 인간관계와 그것을 유지해 나갈 수 있는 능력을 의미한다”고 규정하고 있다. 이는 정신적 장애와 정서적 장애로 야기되는 여러 가지 장애를 예방하고 나아가서는 이를 치료하며 동시에 모든 종류의 개인적·사회적 적응을 포함하며, 어떠한 환경에도 대처해 나갈 수 있는 건전하고 균형적이며 통일된 성격의 발달을 의미하는 것으로 해석할 수 있다(조민영, 2005).

한편, 영국의 건강교육청에서는 정신건강을 정의함에 있어 심리적, 정서적, 지적으로 발달할 수 있는 능력과 타인을 인식할 수 있고, 공감할 수 있는 능력, 발달과정으로서의 심리적 고통을 활용하여 향후 발달을 방해하거나 손상시키지 않는 능력을 포함한다고 보았다(임규혁, 2001). 또한 국제정신위원회(International Committee for Mental Hygiene: ICMH)에서는 ‘충분한 만족감을

가지고 자기 자신이나 자기의 생활을 받아들이고 공동체의 일원으로서 타인에게 수용되며, 적당한 확신과 욕구를 가지고 자기 자신과 사회를 위하여 역할을 잘 수행할 수 있는 사람'을 건강한 정신의 소유자로 보았다.

이상의 내용을 요약하면, 정신건강이란 정신적으로 건강한 상태를 기초로 자기 능력을 최대한 발휘하고, 환경에 대한 적응력이 있으며, 자주적이고 건설적으로 자기생활을 할 수 있는 성숙한 상태를 지칭하는 의미를 담고 있다고 할 수 있다.

## 2) 아동·청소년의 정신건강

1990년대 들어 종단 연구방법론이 발전함에 따라 학령기에 시작된 정신건강 문제들이 청소년기를 지나 성인기까지 지속될 수 있음을 시사하는 연구결과들이 발표되고 있다(예: Moffit, 1993; Shaw, Winslow & Flanagan, 1999). 이들 아동·청소년의 정신건강이 위협받아 사회의 생산적인 구성원으로 서 필요한 다양한 능력의 발달이 저해된다면 장기적으로 심각한 문제가 되지 않을 수 없다. 이들의 잠재적 가치를 고려해 볼 때 미래의 성장 동력으로서 보다 적극적인 정책적 투자와 이를 증진하기 위한 효율적인 사업의 실행이 요구된다. 아동·청소년기의 정신건강문제에 조기에 적절하게 개입·치료하지 않으면 가정, 지역사회 및 국가보건체계에서 막대한 비용의 손실이 있을 뿐만 아니라, 심각한 사회적 문제까지도 초래할 수 있기 때문이다. 따라서 아동·청소년의 정신건강문제는 개인내적인 문제뿐만 아니라 사회적인 문제로 인식되어야 한다.

그런데 청소년기는 그 특성상 정신적으로 건강한 상태를 유지하기에 취약한 발달단계이다. Roesner와 Eccles(1998)는 청소년기를 신체적, 정서적, 행동적 변화를 동반하는 매우 혼란스러운 시기로 보고, 이러한 변화는 대인관계상의 문제는 물론 개인 내적인 스트레스로 인한 다양한 정서 및 행동문제를 불러일으키기 쉽다고 하였다.

아동·청소년의 유병률 조사 결과를 보면 이들의 정신건강은 심각하게 위협받고 있다는 것을 알 수 있다. 서울시에서 2005년도에 실시한 소아·청소년 유병률 조사결과를 보면 18세 이하의 아동·청소년 중 약 25%가 크고 작은 정신건강에 문제가 있는 것으로 드러났다. 같은 해 복지부에서 전국의 12~18세 학교 청소년 65,482명을 대상으로 건강행태온라인 조사를 실시한 결과에 따르면 우울증 경험률이 약 12%, 자살 생각이 약 13%로 나타났다(청소년위원회, 2005). 오경자·송동호·하은혜(2004)가 경기도 지역의 중고등학생을 대상으로 불안과 우울 등의 정서장애의 유병률을 조사한 결과 전체 표집 9,979명의 약 6%인 600명이 고위험 집단으로 분류되었다. 2006년 상반기 보건복지부가



94개 초등학교 7,700명을 대상으로 실시한 정신건강 선별검사에서도 정서·행동상의 문제가 있는 아동의 비율은 25.8%에 달하였다.

미국의 실태조사결과(2002)에서도 조사아동 중 약 20%의 아동들에게서 정신건강상 문제가 있는 것으로 나타났으며, 10% 정도는 심각한 수준의 문제가 있는 것으로 보고되었다. 이러한 추세를 반영하듯 세계보건기구(WHO)는 2020년경 정신건강상에 문제가 있는 아동·청소년의 비율은 전 세계적으로 50%에 달 할 것으로 예측하고 있다.

WHO의 자료에 의하면 이러한 정신건강에 문제가 있는 아동들의 약 77%가 전혀 치료를 받지 못하고 있는 것으로 추정되고 있으며, 미국의 경우도 정신건강에 문제가 있는 아동들 중 약 20% 정도만 적절한 치료를 받았다고 보고되었다. 이러한 사실은 우리나라의 경우도 정신건강에 문제가 있는 대다수의 아동·청소년들에 대해 적절한 치료와 개입이 이루어지지 않고 방치되고 있음을 시사하며, 이에 대한 원인분석과 함께 적절한 사회적 대응방안과 정책마련이 요구된다.

최근 건강보험자료에 의하면 정신건강에 문제가 있는 아동·청소년의 규모는 점차적으로 증가하는 추세를 보이고 있지만, 실제로 정신건강에 문제가 있는 많은 아동·청소년들은 제도권 내에서 적절한 도움을 받지 못하고 있는 실정이다. 이들을 조기에 발견할 수 있는 지원 체계의 부재 및 개입과 치료로부터의 방치는 문제 아동·청소년들에 대한 교육기회의 감소로 이어져 인지능력 저하 및 학업중단, 대인관계에서의 문제, 문제행동 및 사회적 부적응 등과 같은 다양한 문제를 발생시켜 발달로부터의 박탈을 가져오며 이러한 박탈은 성인기 이후 생활능력의 저하와 실업에 처할 수 있는 위험을 높일 수 있다. 특히 정신건강 영역 중 특정 문제행동이 여타 다른 문제행동과 함께 나타날 수 있다. 예컨대 비행청소년의 경우 비행 이외에도 음주 및 흡연, 약물복용 등이 함께 나타날 수 있으며 학업의 중퇴 또는 가출까지도 예상할 수 있다. 이러한 문제행동들이 아동·청소년의 내재화된 정신건강과 밀접한 연관성이 있다는 사실을 고려해 보면, 아동·청소년기에 방치된 정신건강의 문제는 성인기 이후에도 부정적으로 영향을 미칠 수 있다. 이는 추후 사회적 문제로 나타날 뿐만 아니라 많은 사회적 비용의 손실을 가져올 수 있다.

아동·청소년의 정신건강은 크게 두 가지 방향으로 측정될 수 있다. 하나는 문제행동과 부적응을 중심으로 그 발생 빈도, 발생에 영향을 미치는 위험요인 등을 연구하는 “질병 모델”이고, 다른 하나는 자신의 능력과 환경에 대한 적응력을 발휘하면서 행복감을 누리는 상태를 중심으로 그러한 상태에 영향을 주는 요인들, 즉 긍정적인 적응 측면에 대한 측정이다.

먼저, 문제행동과 부적응을 중심으로 청소년기의 정신건강을 논할 때 흔히 이러한 부적응을 분류하는 체계는 다시 범주적 접근과 차원적 접근으로 나뉜다. 개인이 특정 장애를 갖고 있는지, 아닌지에

따라 진단하고 분류하는 범주적 접근의 대표적인 예는 정신장애의 진단 및 통계편람(Diagnostic Statistical Manual: DSM) 체계이다. 이러한 분류 체계를 통해 특정 증상 유무에 따라 임상적으로 유의미한 진단을 내릴 수 있게 되기도 하지만 이러한 접근은 실무율적인 분류의 성질 때문에 관련 증상의 정도에 대해서는 정보를 얻기 힘들다는 단점을 갖고 있다. 차원적 접근에서는 정상과 병리 사이에 연속성을 가정하기 때문에 특정 장애와 일치하는 증상이나 문제행동을 보이는 정도에 따라 수준별로 개인을 평가하게 된다. 또 발달적 차원을 고려할 수 있기 때문에, 발달 단계에 진단 기준이 동일하지 않고, 나이에 따라 증상이 변화하는 것을 고려할 수 있다(강지현·오경자, 2011). 이러한 차원적 접근에 입각하여 Weisz, Suwanlert, Chaiyasit, Weiss, Walter와 Anderson(1988)이 정신 장애를 구분하는 두 개의 축으로서 내재화 문제행동과 외현화 문제행동의 차원을 제시하였다. 내재화 문제는 위축, 신체적 호소, 불안/우울 등 소극적이고 사회적으로 위축된 행동, 신체적 증상 등 정서적이고 지나치게 통제된 행동 등을 의미한다. 외현화 문제는 비행행동, 공격행동, 주의집중의 문제 등 타인에게 해를 끼치거나 공격적인 행동, 싸움, 비행 등 통제가 부족하고 부적응적 행동이 겹으로 드러나는 것을 의미한다(강지현, 2009).

다음으로 자신의 자원을 활용하여 환경에 적응하면서 삶에 만족감을 누리는 상태와 관련하여 정신건강을 측정하는 방식에 대하여 논하고자 한다. 정신건강의 구조를 부정적/긍정적 상태의 두 가지로 분류하였던 Veit와 Ware(1983)의 개념으로 파악하자면 긍정적인 상태인 심리적 안녕감을 언급할 필요가 있겠다. 이들에 따르면 긍정적인 정신건강 상태는 삶의 긍정적이고, 적극적인 측면을 반영한다. Seligman이 심리학이 나가야 할 새로운 방향과 입장을 제시한 이래 최근까지 긍정심리학은 학계와 일반인들에게 많은 관심을 받고 있다. 기존의 심리학이 발달시켜온 과학적 방법론을 기반으로 인간의 긍정적인 측면을 연구하고 향상시키는 분야가 크게 발전하고 있는 것이다. 긍정심리학의 목적은 인간의 삶에 있어서 문제나 결함, 약점 등을 다루고 극복하는 것뿐만 아니라 개인 및 기관이 가진 자원, 강점, 재능의 함양을 통해 최상의 기능을 발휘할 수 있도록 도와줌으로써 행복을 증진시키도록 노력하는 것이다(윤성민·신희천, 2010). 최근 국내에서도 행복, 희망, 자아탄력성, 감사, 용서, 희망 등 긍정적인 주제들에 초점을 맞춘 연구들, 그리고 이러한 요인들이 문제나 부적응의 상황에서 발휘하는 완충효과에 대한 연구들이 증가하고 있다(예: 김광수, 1999; 2007; 김기범·임효진, 2006; 이하나·정현주·이기학·이학주, 2006; 장정현·고재홍, 2010 등).

이와 같은 최근 연구 흐름을 고려할 때 아동·청소년의 정신건강 실태조사를 수행함에 있어서 문제행동 및 부적응의 측면이 강조되는 질병 모델과 아울러 긍정적인 적응의 측면을 함께 다루는 것이 타당할 것으로 여겨진다.

## 2. 정신건강 관련 주요 변인

이 절에서는 본 연구에서 아동·청소년 정신건강 실태를 파악하기 위해 구성된 설문영역을 중심으로 선행연구를 검토하였다. 설문 내용은 개인영역, 가족영역, 지역사회 영역 및 학교영역으로, 영역을 구분한 뒤 각 영역별 하위요인과 세부 문항들을 구성하였다. 영역별 하위요인에 대한 개념과 선행연구는 다음과 같다.

### 1) 개인영역

#### (1) 불안

불안은 부정적인 결과가 예상되거나 위협이 예측되는 상황에서 경험하게 되는 정서적 반응으로, 일반인들도 일상생활에서 흔히 경험하는 감정이다. 일정 정도의 불안은 수행과 성취에 도움이 되지만 지나친 불안은 적응에 방해가 된다. 현실적인 위협이 없는 상황이나 대상에게 불안을 느끼거나 현실적인 위협의 정도에 비해 과도하게 심한 불안을 느끼는 것, 불안을 느끼게 한 위협적 요인이 사라졌음에도 불구하고 강한 불안을 느끼는 것은 병적인 불안으로 간주될 수 있다(권석만, 2003). DSM-IV에서는 불안장애를 몇 개의 특징적인 하위 장애로 구분하고 있는데 실제로 불안장애가 아동기와 청소년기에 매우 흔한 일이라는 사실은 그 유형이나 내용은 연령에 따라 서로 상이하다(Zahn-Waxler, Klimes-Dougan, & Slattery, 2000). Costello와 Angold(1995)는 연령에 따라 불안 장애의 구체적인 양상이 달라진다는 것을 보여주었는데 분리불안장애는 아동기 초기와 중기에 최고조에 달하고 특정 공포증은 아동기 전반에 걸쳐 나타나지만 동물 관련 공포증이 초기 아동기에 증가하는 반면, 청소년기로 갈수록 사회적 자극과 관련된 공포증이 증가하게 된다는 결과를 발표하였다. 전반적이고 과도한 걱정이 특징인 범불안장애(Generalized Anxiety Disorder)의 경우 좀 더 나이 든 아동과 청소년에게 흔하다고 하였다. 사회 공포증은 중기 아동기와 청소년기에 좀 더 흔하고, 공황 장애는 아동기에는 드물지만 청소년기 특히 사춘기와 관련하여 좀 더 빈번해진다고 보고된 바 있다(Hayward, Killen, Hammer, Litt, & Wilson, 1992). 강박장애는 초기 및 중기 아동기에 시작되는 경우가 많다는 연구 결과들의 보고도 있다(예; Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, & Cheslow, 1989; Riddle, 1998). 이러한 청소년기의 불안장애는 여러 가지 적응의 문제를 일으키는 것으로 보고되고 있다. 불안장애 아동과 청소년들은 친구가 적고 학업 수행에 어려움이 많으며

결석이나 유급 등의 문제를 보일 가능성이 많다(Rapee & Melville, 1997). 또한 불안장애 청소년은 청소년기 대인관계에 심각한 부적응을 초래할 가능성이 시사되는 부정적 인지도식을 보이는 경우도 많았다(오경자·양윤란, 2003; Alfano, Beidel, & Turner, 2001).

## (2) 우울

주관적으로 경험되고 보고되는 전반적이고 지속적인 정서를 기분이라고 하는데 우울은 저조한 기분이 있는 상태를 지칭하는 것이다. 임상적인 우울감은 우울한 기분과 무쾌감증의 증상이 최소한 2주 이상 지속될 때 진단내리며 그 외에도 체중의 변화, 과다 및 과소수면, 정신운동성지체, 피로감, 무가치감과 부적절한 죄책감, 집중력의 감소, 죽음에 대한 생각이나 시도 등의 증상을 포함한다. 주요 우울증의 경우 4~18세 아동의 경우 2~8%의 유병률이 보고되었는데(Poznanski & Mokros, 1994), 미취학 아동에게서는 1% 미만의 발병률이었던 것이 취학 연령에서는 2%(Kashani & Orvaschel, 1988), 청소년기에 들어오면 2~8%로 증가되는 것으로 보고되고 있다. 특히 15~18세에 주요 우울증의 유병률이 급증하는 것으로 보고되고 있으며, 청소년기의 주요 우울장애 평생 유병률은 성인에 필적하는 15~20% 정도 되는 것으로 보고되기도 한다(예; Lewensohn, Clarke, Seely, & Rohde, 1994). 주요 우울장애보다 경미한 증상이 2년 이상 장기간 나타나는 기분부전장애의 경우 첫 에피소드를 보이는 시기가 주요 우울증에 비해 2년 정도 빠른 것으로 나타났다(Kovacs, Akiskal, Gatsonis, & Parrone, 1994). 아동기와 청소년기에 보이는 우울 증상은 우울 정서의 심각도의 유사성부터 불면증, 짜증, 자살 사고 등을 동반한다는 점에서 공통점이 많지만 연령에 따라 나타나는 우울 현상은 변화한다. 즉 사춘기에 다다른 아동들에게서는 신체증상에 대한 호소가 많아지는 반면 청소년들은 무쾌감증, 무망감이나 무기력감, 과다한 수면 등을 더 많이 호소하게 된다. 우울한 아동과 청소년은 성인과 같은 우울증상을 경험할 뿐 아니라 우울장애와 대인관계 및 역할 수행의 문제 간에 성인과 유사한 패턴의 연관성을 나타낸다. 예를 들며 지역사회 아동의 경우 학업수행과 성취도가 낮을수록 우울 증상이 높았으며(Cole, 1990; Nolen-Hoeksema, Girus, & Seligman, 1986), 학업성적이 낮은 아동일수록 더 많은 우울증상을 나타내었다(Blechman, McEnroe, Carella, & Audette, 1986). 청소년의 경우도 우울증상이 심각할수록 평균성적이 더 낮은 것으로 보고되어 있다(Forehand, Brody, Long, & Fauber, 1988).

우울장애로 진단된 아동은 학업수행과 학교적응에서 많은 어려움을 겪는 것으로 보고되어 있다(Puig-Antich, Luckens, Davis, Goets, Brennan-Quattrochio, & Todak, 1985). 우울증상이 심한 청소년은 비교집단에 비하여 학업을 중단할 확률이 높았으며 따라서 교육을 받는 기간이 상대적으

로 짧았다. 방법론적인 제약으로 학업수행이나 사회적 기능과 우울증상 간의 인과관계를 정확히 추론하기는 어려우나 학업수행의 좌절이 우울장애로 이어지는 경우가 많으며 반대로 우울증상이 학업수행과 사회적 적응을 어렵게 하는 한 요인으로 작용하는 등 상호 영향을 주는 것으로 이해될 수 있다. 이와 같은 상호작용적 관계에 따르면 초기 아동기의 학업수행상의 문제가 점차 더 심한 우울장애로 이어지게 될 수 있다.

아동이나 청소년기 우울증상은 가족관계나 또래, 기타 대인관계 등에서 사회적 기능 손상으로 이어질 수 있다. 청소년기 우울증상은 대인관계 의존성을 증가시키며 동시에 또래관계를 심각하게 제한하여 사회적으로 고립되는 결과를 가져온다(Hecht, Inderbitzen & Bukowski, 1998). 여기에 사회 기술의 결함과 사회적 유능감의 부족은 대인관계 문제와 상호작용하여 우울증상을 더욱 악화시키는 요인으로 작용하게 된다(Lewisohn, Rohde & Seeley, 1998). 아울러 우울한 아동, 청소년은 자신에 대한 부정적인 인지도식이 형성되어(Mcgrath & Reipetti, 2002) 자신의 성취에 대하여 스스로 낮게 평가하고 자존감이 매우 낮은 특성을 보인다.

### (3) 비행

거짓말이나 사기뿐만 아니라 절도나 방화와 같은 행동을 포함하는 비행관련 최근 연구에서는 남아들의 60~70%가 아동기에서 비행 행동을 전혀 보이지 않는다고 밝히고 있으며(Loeber, Wung, Keenan, Giroux, & Stouthamer-Loeber, Welmoet, 1993; Moffitt, Caspi, Dickson, Silva, Stanton, 1996; Nagin & Tremblay, 1999), 이러한 비율은 여아에게서는 더 높다고 한다(Moffitt & Caspi, 2001). 그럼에도 불구하고 아동기부터 시작해 청소년기에 걸쳐 꾸준히 비행 및 반사회적 행동이 유지되는 집단도 있는데 이러한 만성적인 비행집단은 남아의 경우 10%, 여아의 경우 1~3% 정도이며, 남아의 25%, 여아의 18% 정도는 청소년기에 이르러서 비행 및 반사회적 행동에 연루되는 것으로 보고되고 있다(Moffitt, 1993). 전체적으로 보면 비행에 가담하는 청소년의 비율이 그렇지 않은 청소년에 비해 소수이겠지만 우리나라 청소년의 비행 및 범죄에 대한 체감 온도는 매우 뜨겁다. 우리나라 소년범죄는 1997년(150,199명)까지 계속적으로 증가현상을 나타내다가 2005년(67,478명)을 기점으로 감소세를 나타내 보이고 다시 점차 증가되면서 2008년(134,992명)에는 큰 폭으로 증가하였다(김용수·김성진, 2010). 발생 건수의 비율 증가뿐만 아니라 비행의 심각성 또한 고려해야 하는데, 대검찰청(2009)의 보고에 의하면 우리나라 강력범죄의 절반 이상이 청소년에 의해서 발생된다고 한다. 보건복지가족부(2008)의 보고에 의하면, 2006년의 경우 전체 소년범죄(92,643명)의 63.1%(58,463명)가 학생신분에 있는 청소년에 의해 저질러졌고, 6개월~1년 6개월 기간에 재범을

저질러 소년원에 재수용된 비율도 50%를 웃도는 상황이다.

청소년의 비행에는 인구사회학적 특성을 비롯해 개인 심리적 요인, 가정과 학교관련 요인, 또래 요인 및 사회환경요인 등 다양한 요인이 영향을 미칠 것으로 예상할 수 있다. 보건복지가족부(2008)의 보고에 의하면 청소년 비행의 비율은 남자가 83.8%, 여자가 16.2%로 남자 청소년의 비행 발생비율이 더 높으며, 16세 소년의 범죄가 21.1%로 전체 비행 건수 중에서 가장 높은 비율을 나타내고 있다. 또 이철(2009)에 의하면 첫 비행의 연령이 어릴수록 재범률이 높고, 비행친구와의 연계가능성도 높았다.

자아존중감, 충동성, 자아정체감 등이 비행과 관련이 높은 심리적 요인으로 보고되어 왔는데(최선희·김희수, 2006; 엄명용, 2000 등), 이러한 요인에 취약한 청소년들은 교사나 또래 등 대인관계에서 부적응을 나타내며 학업에도 실패하여 그 결과 학교 중도탈락이나 청소년 비행과 범죄로 이어지기 쉬운 것으로 조사되었다(김성곤, 2004). 이 같은 결과는 Patterson과 Capaldi(1990)가 제시한 실패 모형(Failure Model)으로 설명될 수 있는데, 이들의 품행장애는 학교 상황에서의 실패-학업과 대인관계-를 초래하여 결과적으로 점진적인 우울과 불안을 가져오게 된다고 설명하였다.

그 외에도 비행에는 가족 유대감, 가족 분위기 등의 가정 요인(신혜섭, 2005; 정익중, 2006)과 학업성적(김준호, 1990; 이성신·전신현, 2009) 또한 청소년의 비행 발생에 영향을 미칠 수 있는 요인으로 거론되었다. 아울러 흡연이나 음주를 하는 친구의 수가 많고 그들에게 친밀함을 느끼는 정도가 클수록 문제행동을 많이 하며 나아가 비행을 저지를 위험에 노출되기 쉬운 것으로 보고되었다(김용수·성진, 2010).

#### (4) 자살

세계보건기구(WHO)는 “자살 행위로 인하여 죽음을 초래하는 것으로 죽음의 의도와 동기를 인식하면서 자신에게 손상을 입히는 행위”로 자살을 정의하였는데 이는 스스로 죽음을 경험하고자 하는 시도라고 할 수 있을 것이다. 최근 몇 년 사이 우리나라의 자살률은 급상승세를 보이고 있으며(통계청, 2010), 특히 10대 청소년의 자살은 매우 심각한 양상을 보이고 있다. 2008년 이전에 사망원인 중 사고에 뒤이어 2위였던 자살이 2009년에는 청소년 사망원인 1위로 증가하였고, 15~19세 청소년의 자살 사망비율은 2009년 10.7%로 보고되어 5.3%로 보고되었던 2001년과 비교할 때 거의 2배가 되었다. 즉, 전 연령층에 비취볼 때 10대 청소년의 자살 비율이 가장 높은 것이다. 청소년기 자살에 대하여 배주미·이승연·김은영(2010)은 다음과 같은 6가지 특징으로 설명한 바 있다. 이들에 따르면 첫째, 청소년의 자살은 충동적으로 일어나는 경우가 많다. 청소년기에 접어들면서 성취해야 할 과업이 많아지고 주변의 요구와 기대가 커지는데 반해 인지적으로 미성숙하고 심리적 불안정감을

충분히 다룰만큼 조절력이 뛰어나지도 못해 현실을 도피하는 방법으로 자살을 선택하게 되는 것으로 설명하였다. 충동성이 높다는 것은 유성경(2002)이 지적한대로 언제라도 행동화될 수 있는 가능성이 크다는 것을 의미한다고 하였다. 둘째로 청소년의 자살은 개인적 취약성보다는 스트레스에 따른 급성 스트레스 반응으로 파악해야 한다고 하였다. 평소에는 잘 기능하다가도 또래관계의 악화나 성적의 하락 등 갑작스런 변화에 의해 자살 행동을 선택할 수가 있다는 것이다. 셋째, 청소년의 자살은 죽겠다는 의지라기보다 자신의 심리적 고통을 극단적인 방법으로 표현하고자 하는 면이 강하다는 것이다. 충분한 대처 자원이 부족한 상태에서 주변에 도움을 요청하기 위해 취하는 부적응적 대처방법으로 파악할 수 있다는 것이다. 넷째, 청소년기는 자기중심성이 증가되면서 자살을 시도하여도 정말로 죽지는 않을 것이라는 믿음을 가지게 되는 것이 자살 시도를 증가시킨다고 하였다. 다섯째, 죽음을 비현실적으로 받아들이고, 자살을 보다 수용적으로 받아들이는 경향이 있어서 부활에 대한 환상을 가질 수 있다고 하였다. 여섯째, 평상시 유대관계를 깊게 갖고 있던 대상과 동반자살을 시도하는 특징이 있다고 보고하였다.

국내 자살 관련 연구들은 자살생각 관련 영향 요인이나 자살 원인을 탐구하는 방향으로 중점적으로 이뤄져왔다(예: 전영주, 2001; 최인재, 2010; 한기석·정영조, 1992 등). 최근에는 자살시도 후 살아난 사람을 대상으로 한 연구(예: 김현경, 2010; 박지영, 2007 등)가 이뤄지고 있으며, 학교 관련 자살 사후개입에 관하여 이승연(2007)과 배주미 등(2010)에 의해서 연구가 시작되고 있는 상황이다.

### (5) 게임중독

Goldberg(1996)가 ‘인터넷 중독장애(Internet Addiction Disorder: IAD)’를 언급한 이래 인터넷 및 게임은 다른 중독 증상과 다름없이 내성과 금단 및 심리·사회적 부적응을 초래할 수 있다는 시각이 점차 보편화되고 있다. 즉, 게임에 몰두하는 시간이 지나치게 많고 이로 인해 일상생활에 막대한 지장을 주는 상태이면 게임 중독이라고 말할 수 있는 것이다. 김청택·김동일·박중규·이수진(2002)은 여러 학자들의 정의를 종합하여 인터넷의 지나친 사용으로 인하여 일상생활장애, 내성, 금단, 일탈행동, 갈망, 인터넷에 대해 자동화된 중독적 사고, 가상적 대인관계 지향성, 현실구분 장애가 나타나는 상태로 인터넷 중독을 정의하였는데 게임중독에 대해서도 이러한 정의가 적용될 수 있을 것으로 파악된다.

게임중독의 폐해는 건강악화에서부터, 부정적 정서체험 및 행동문제에 이르기까지 다방면으로 나타날 수 있다. 건강악화는 안구건조증, 척추측만증, 터널 증후군, 거북이목 증후군 등의 질환에서

심하면 폐색전증과 같이 죽음을 초래할 수도 있는 증상들을 포함한다(한국정보문화진흥원, 2007). 게임 과다이용자와 중급이용자의 50% 이상이 '금단 증상으로 인해 게임을 못하면 초조하거나 불안한 느낌'을 경험하며, '게임을 못하거나 갑자기 줄이면 우울하고 무기력해진다'고 보고하였다(한국콘텐츠진흥원, 2009). 폭력적이고 공격적인 성향도 증가해 인터넷 게임에 빠진 초등학생이 동생을 흉기로 살해하거나(중앙일보, 2001. 6.16), 게임비를 마련하기 위해 10대 소년이 모친을 살해한 사건(중앙일보, 2010. 2)도 보고되었다. 이런 극단적인 행동문제까지 아니더라도 게임 중독은 일상적인 생활을 파괴해 잦은 지각, 거짓말, 결석, 가족과의 마찰, 학업성적 저하 등의 다양한 일상 부적응을 초래하게 된다.

국내에서 수행된 인터넷 및 게임중독 관련 연구 주제를 분류한 박승만·김창대·천명재(2005)에 의하면 관련 연구는 대략 6가지로 분류된다. 중독 실태, 중독과 관련된 변인들, 중독의 하위유형 분류, 중독의 과정, 중독 예방 및 개입방안이 그것이다. 그 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 인터넷 및 게임 중독자들의 심리적 특성이나 환경적 특성을 밝히고자 한 것인데(예: 이혜진, 2002; 윤숙진, 2005 등) 이들의 특성이 질적으로 동일하지 않으며, 게임을 하는 동기도 서로 이질적인 것으로 나타났다(권재환, 2010). 또한 박성길·김창대(2003)의 지적대로 중독자들의 심리사회적 변인은 중독의 원인인지 결과인지가 모호하다. 그러한 가운데 게임중독에 영향을 미치는 심리사회적 변인 중 설명력이 큰 변인은 충동성(오대연, 2002), 공격성(김유정, 2002; 박은리, 2001) 등으로 언급된다. 따라서 게임중독에 취약한 고위험군을 선별해내는 과정과 게임중독의 치료요소로 충동 조절이 활용될 수 있어 보인다.

#### (6) 스트레스

현대를 '스트레스의 시대'라고 하거나 '현대인의 바이러스는 스트레스'라고 말하기도 한다. 그만큼 스트레스가 일상생활 속에 만연해 있고 스트레스가 건강에 미치는 영향이 종전에 바이러스가 건강에 미치는 영향 정도에 필적하거나 그 이상이라는 의미다. 일반적으로 1차 의료기관을 찾는 환자의 75%에서 90%는 스트레스로 인한 문제로 고생하고 있다고 추산한다(김현택 외, 2003). 특히나 성장기의 전환점에 있는 청소년들은 급격한 신체 및 심리발달을 경험하면서, 아울러 부모와 사회의 기대 속에서 많은 스트레스를 경험하게 된다(장정현·고재홍, 2010). 이런 상황에서 다른 나라의 청소년에 비해 우리나라의 청소년들은 대학 입시로 인한 스트레스로 신체적, 심리적, 사회적 스트레스가 가중되는 상황이다(이희자, 2007). 김요셉·김성찬·유서구(2011)는 청소년기 스트레스의 유발 원인에 대해서 4가지로 분류하여 제시하였다. 첫째는 성별, 학년, 외모에 대한 인식 등을



포함하는 개인 요인으로 여학생이 남학생보다 스트레스 수준이 더 높고(황혜정, 2006), 학년이 높을수록, 외모만족도가 낮을수록 스트레스 수준이 높은 것으로 보고되었다(위휘, 2005). 두 번째 요인은 부모의 경제상태, 부모와의 동거여부, 부모와의 의사소통, 부모애착 등이 포함되는 가정요인으로 사회경제적으로 취약한 계층에 속한 청소년의 경우, 스트레스로 인해 부적응을 경험할 기회가 많고 발달에도 부정적 영향을 미칠 가능성이 시사되었다(윤혜미, 2005). 부모의 관심이 부족하거나 과보호나 기대, 강한 압력과 부모-자녀 간 의사소통의 부족은 청소년으로 하여금 스트레스를 경험하게 하고 나아가 문제행동을 야기하게 된다고 하였다(신현균, 2002). 셋째로 스트레스에 영향을 미치는 요인은 사회환경 요인으로 여기에는 학교생활, 친구관계, 학교성적, 학원수강 및 과외시간, 공부압력 및 학업곤란, 교사지원과 학교, 지역 풍토 등이 해당된다. 공부에 대한 부담과 친구와의 경쟁, 학업 성취에 대한 압박이 주요 스트레스원이 되고 있으며(문경숙, 2008), 학교 친구나 교사로부터 사회적 지지를 받고 있다고 지각할 때 스트레스를 덜 지각하는 것으로 나타났다(염행철·조성연, 2007). 넷째로 스트레스에 영향을 미치는 심리 및 행동특성 요인으로는 성격특성, 통제력, 자아존중감, 자기신뢰감, 정서조절감, 진로성숙도, 내적 통제력, 자기효능감, 성취동기, 포부수준 등이 포함되었다. 청소년이 경험하는 일상적인 스트레스는 자살률과 높은 상관이 있으며(박광배·신민섭, 1991), 우울에도 영향을 미치는데 남학생보다 여학생이 더 높은 것으로 나타났다(우채명·박아청·정현희, 2010). 중학교 2학년부터 고등학교 3학년까지 5년간 종단자료를 활용하여 청소년의 스트레스와 우울 수준의 변화 경향을 연구한 임은미·정성석(2009)의 연구결과에 의하면 스트레스는 중고등학생 시기에 유의하게 변화하며, 여학생이 남학생보다 학업 스트레스에 더 많은 영향을 받고, 학업 스트레스가 커질수록 우울 수준이 더 높았다.

최근에는 스트레스가 청소년의 정신건강에 미치는 부정적 영향을 완충할 수 있는 변인에 대한 연구결과들도 활발히 보고되고 있다. 고재홍·윤경란(2007)은 청소년들이 지닌 자아탄력성은 스트레스로 인한 청소년들의 자살 사고를 줄여줄 수 있음을 보고하였고, 문영주·좌현숙(2008)은 청소년의 학업 스트레스와 정신건강 간의 관계에서 정서적 조절능력의 조절효과를 검증한 바 있다.

#### (7) 정서조절

정서조절(emotion regulation)은 “개인이 경험하는 특정 정서와 정서 경험의 시기, 정서를 어떻게 경험하고 표현하는지를 그 목표에 따라 개인이 조절하는 과정”으로 정의된다(Gross, 1998). 사람들은 정서경험 그 자체를 위해서 그리고 목표달성을 위한 자기조절의 한 과정으로서 자신의 정서를 조절한다. 정서조절의 발달은 아동기와 청소년기에 가장 극적으로 일어난다(Tompson & Mayer, 2007).

학령전기 아동의 경우, 이 시기의 아동은 자신의 정서를 인식할 수 있게 되고, 처음으로 또래집단과 상호작용이 발생한다. 또한 청소년기는 발달과정 상의 전이로 인해 낮은 정서적 각성을 유발하는 급격한 신체적, 심리적, 사회적 변화를 수반한다. 따라서 이 두 시기에는 정서조절이 특히 중요해지는데, 실제로 아동기와 청소년기의 대표적인 적응 문제인 내재화 장애와 외현화 장애는 정서조절과 연관되어 있다. 나아가 DSM-IV의 1축 상의 진단 절반 이상과 2축 상의 진단은 모두 정서 조절의 실패와 관련되어 있다(APA, 1994; Gross & Levenson, 1997; Thoits, 1985; Gross, 1998에서 재인용), 구체적으로 성인기의 경우, 폭식, 알콜 남용, 불안과 정서 장애와 정서 조절 실패가 서로 관련이 있으며, 아동기의 경우에도 우울과 불안의 조절 실패가 내면화 장애와 연관이 있으며 분노의 조절 실패가 외현화 장애와 관련되어 있는 것으로 알려져 있다(Gross, 1998).

관련 연구를 보다 구체적으로 살펴보면 Garber, Braafladt와 Weiss(1995)는 청소년들에게 그들이 사용하는 정서조절전략을 보고하게 하는 일련의 연구를 실시하였다. 그들은 우울장애로 진단된 청소년들은 통제집단에 비해 문제에 초점을 두거나 적극적인 분산(distraction strategies)을 거의 사용하지 않고 보다 회피적이고 수동적이며 공격적인 전략을 사용한다고 보고하였다(Garber et al., 1995).

Silk와 그의 동료들(Silk, Steinberg, & Morris, 2003)은 중학교 1학년과 고등학교 1학년 152명의 청소년을 대상으로 정서조절과 적응 간의 관계를 살펴보았다. Experience Sampling Method(ESM)를 사용하여 청소년들이 1주일 동안 경험한 정서의 강도, 다양성, 부정적 정서에 대한 정서조절전략을 조사하였는데, 부정적 정서와 관련하여 더욱 강렬하고 불안정하며 덜 효과적인 정서조절을 보고한 청소년들이 더 우울한 증상과 문제행동을 보다 많이 보고하였다.

우울증과 품행장애의 정서특성에 대한 연구들은 이들 장애가 정서를 인식하고 조절하며 표현하는 양식과 밀접한 관련이 있음을 보여준다. 우울한 개인이 우울하지 않은 개인보다 특질 상위-기분 척도(Trait Meta-Mood Scale; TMMS)의 정서주의, 정서명료성 요인에서 유의미하게 낮은 점수를 보고하였으며(Rude & McCarthy, 2003), 정서의 표현과 억제에 대한 양가성이 높게 나타났다(King & Emmons, 1990). 한편, 품행문제가 있는 아동은 정서적 어휘를 인식하는 능력이 낮았고(Speltz, Deklyen, Calderon, Greenberg, & Fisher, 1999) 부정적인 정서자극에 대한 이해에서 보다 비효율적인 것으로 나타났다(이수정·고선영·이춘근, 2004). 그러나 자신의 내면화된 정서를 이해하고 표현하는 능력을 측정하는 연구들에서는 상기 연구와 불일치되는 결과가 보고되고 있으므로(이수정 등, 2004) 추가적인 연구가 필요할 것으로 보인다.

## (8) 자아존중감

자아존중감은 자신을 능력 있고 가치 있는 존재로 믿는 심리적 특성으로(Coopersmith, 1976), 자신에 대한 가치감과 유능감을 포함하는 내용으로 개념화되고 있다. Rosenberg(1965)는 자아존중감이 낮은 사람은 우울하고 불안한 정서를 보이고, 자아존중감이 높은 사람은 자신감과 인내력, 대인관계 능력이 높다고 설명하였다. 일반적으로 자아존중감이 높은 개인은 자기 자신과 타인을 수용할 줄 알고 자신의 능력을 인식하고 그 한계를 받아들임으로써 자신에 대해 긍정적인 태도를 보이며 사회적 관계에서 안정감과 자신감을 갖고 자신의 행동에 책임을 질 줄 안다고 할 수 있겠다(이은경·박성연, 2010). 자아존중감과 관련된 연구들은 크게 두 부류로 나뉘볼 수 있는데, 하나는 자아존중감을 독립변인으로 하여 개인의 적응이나 발달과의 관련성을 파악한 것이고, 다른 하나는 자아존중감을 종속변인으로 하여 이를 예측하는 변인들을 확인하고자 하는 연구들이다.

첫 번째 연구 흐름을 좀 더 자세히 살펴보면, Ulrich(2009)에 의하면 자신 스스로를 비호의적으로 지각하는 사람들은 그 반대의 경우에 비해 우울 성향이 높은 것으로 나타났다. 또 Macinnes(2006)는 자신에 대해 긍정적으로 지각하는 사람들과 부정적으로 지각하는 사람들을 비교한 결과 전자에 비해 후자는 일상생활에서 부정적 문제를 유발하여 우울과 같은 정신적 문제를 갖게 된다고 하였다. 뿐만 아니라 자신에 대한 부정적인 태도가 우울에 대한 취약성이라고 제안하고 낮은 자존감이 우울의 발병, 유지, 재발에 중요한 역할을 한다고 보고된 연구 결과도 있다(Brown & Harris, 1978). 국내 연구에서도 자아존중감이 우울에 미치는 직접적 혹은 간접적 영향에 대한 관련성이 지속적으로 보고되어 왔다(김정미, 2010; 김지현·최희철, 2007; 신민영·김호영·김지혜, 2005; 최미례·이인혜, 2003 등). 자아존중감이 높을수록 삶에 대한 만족이 높고 합리적이며 상호의존적 의사결정을 취할 뿐만 아니라 스트레스 대처방식을 많이 사용하고 정신병적인 증상도 낮다(강재희, 2006). 조춘범·김동기(2010)는 한국청소년정책연구원의 청소년패널 자료를 활용해 청소년의 우울과 자아존중감의 자귀회귀교차지연 효과를 검증하였다. 그 결과, 각각의 이전 시점의 우울과 자아존중감은 각각의 이후 시점의 우울과 자아존중감에 정적(+)으로 지속적인 영향을 미치며, 이전 시점의 우울이 이후 시점의 자아존중감에 미치는 교차지연효과가 정적이어서 우울이 증가할수록 자아존중감도 함께 증가한다는 것을 보고하였다. 아울러 전년도 동일시점에 대한 자아존중감과 우울의 상관을 통제한 후에도 자아존중감은 이후의 우울을 부적으로 유의하게 예측하여 이전 시점의 자아존중감이 증가하면 이후 시점의 우울은 지속적으로 감소하고 있음을 보고하였다. 이전의 연구결과들이 주로 횡단자료 분석을 바탕으로 한 것과는 달리 조춘범·김동기(2010)는 종단자료를 활용하여 우울과 자아존중감의 인과관계를 밝히고자 하였다는데 의의가 있다.

두 번째 연구흐름, 즉 자아존중감을 종속변인으로 이를 예측하는 변인을 찾고자 하는 연구들 중에는 부모의 양육행동이 거론되어 왔다. Coopersmith(1967)도 개인의 자아존중감은 타인의 반영된 평가에서 비롯된다고 보고 아동의 자아존중감 발달에 영향을 미치는 결정적 요인으로 부모의 양육행동을 강조하였다. 청소년의 자아존중감 역시 부모의 지지, 자율성 부여, 통제, 참여 등과 같은 요인과 관련이 있는 것으로 보고되었다(Demo, Small, & Savin-williams, 1987). 그 외에도 부모의 애정적이고 합리적인 양육행동은 청소년의 자아존중감에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다(예: 김연희·박경자, 2001; 김원경·권희경·전제아, 2001 등). 이은경·박성연(2010)은 부모의 심리적 통제가 청소년의 자아존중감에 미치는 영향에 있어 청소년의 우울성향과 우울이 매개역할을 하는지 구조방정식을 적용한 결과, 어머니와 아버지의 심리적 통제는 청소년의 우울한 성향에 정적인 영향을 미치고 우울성향이 우울을 거쳐 자아존중감에 부정적인 영향을 미쳤다고 보고하였다. 즉, 부모의 심리적 통제가 심할수록 청소년은 성격적으로 우울성향을 많이 갖게 되고 이를 통해 만성적으로 우울을 느끼면서 자아존중감에 손상을 준다는 것이다.

#### (9) 자기효능감

자기 효능감(self-efficacy)이란 구체적인 과제나 상황에서 자신이 그것을 잘 수행해낼 수 있다는 신념을 가리킨다(Bandura, 1977). Bandura에 의하면 자기효능감은 개인의 선택과 과제해결에 투자할 시간, 과제 관련 경험될 스트레스의 양 등에 지대한 영향을 미친다. 고등학생을 대상으로 한 연구에서 자기효능감은 학업성취에 긍정적 영향을 미친다는 결과가 지속적으로 보고되고 있으며(김의철·박영신, 1999; 류관열·엄우용·최성열, 2010; 박아청, 2003), 자기효능감이 낮으면 자신감이 결여되고 성취지향적인 행동이 위축되는 것으로 보고되었다(김의수, 2005; 정옥분·김경은·박연정, 2006).

또한 중학생과 고등학생 모두 학업적 자기효능감이 높을수록 타인기대가 높고 인지조절 능력이 높은 것으로 보고되었다(류관열 등, 2010). 자기효능감은 학업성취 뿐만 아니라 생활만족도에도 영향을 미치는 것으로 나타났는데 김의철·박영신·곽금주(1998)는 자기효능감이 전반적인 생활만족도를 24% 설명하는 가장 예언력 높은 변인임을 들어 자기효능감이 높을수록 생활에서의 만족도가 높다고 하였다. 한편 김의철·박영신(1999)의 연구에서는 사회성 효능감이 높은 청소년일수록 오히려 사소한 문제행동을 더 많이 한다는 결과를 발표하면서 자기효능감의 향상이 반드시 긍정적인 행동과 관련되는 것은 아니라는 것을 지적하였다. 이는 생활만족도와 학업 성취와 관련된 자기효능감의 연구가 보다 정교하게 분석될 필요가 시사된다고 하겠다.

### (10) 생활만족도

누구나 행복하고 만족스런 삶을 바란다. 따라서 생활만족도와 관련된 변인들 간의 관계를 파악하는 것은 인간의 심리와 행동을 이해하는데 많은 도움을 준다. 생활만족도는 개인이 특정 행동을 선택하는 과정, 지속하는 행동에 대한 설명을 해줄 수 있기 때문이다. 박영신·김의철·김영화·민병기(1999)는 도시와 농촌의 초등학생을 대상으로 사회적 지원, 자기효능감 및 생활만족도의 관계에 대해 공변량 구조모형을 통해 인과관계를 검증한 바 있다. 이들에 의하면 사회적 지원은 생활만족도에 높은 직접효과가 있었으며, 자기효능감을 통한 간접효과도 확인되었다. 또한 사회적 지원은 자기효능감에, 자기효능감은 생활만족도에 대한 직접효과가 검증되었다. 청소년을 대상으로 포함시켜 확장된 연구를 한 연구에서는 초·중·고등학교 집단 간에 생활만족에서 차이가 있음이 보고되었다(박영신·김의철·정갑순·이상미·권혁호·양계민, 2000). 즉, 초등학생이 중·고등학생에 비해 가장 생활만족도가 높으며, 고등학생은 세 집단 중에서도 가장 생활만족도가 낮은 것으로 나타났다.

박영신 등(2000)은 이에 대해 고등학생이 진로문제로 인한 심리적인 압박이 크기 때문인 것으로 해석하였다. 인문계 학생들은 대학입시를 목표로 하루 평균 14시간의 공부를 하는 상황이고, 실업계 고등학생들은 취업을 앞두고 스트레스가 가중되어서 만족한 생활을 기대하기가 어려운 것이다. 또한 생활만족도에 영향을 주는 사회적 지원 체계가 초·중·고등학교에서 차이를 나타냈다. 초등학생의 생활만족도는 교사지원에 의해 가장 영향을 받으며, 중학생은 교사지원 및 모 지원에 의해, 고등학생은 부지원에 의해 가장 잘 설명되었다. 이런 경향에 대해 연구자들은 청소년기동안 교사의 사회적 지원의 영향력이 감소하게 되는 것으로 파악하였다. 초등학생 시절에는 생활만족도라는 심리적 특성의 형성에 교사의 영향력이 높았다가 이후 중·고등학생으로 성장함에 따라 교사의 영향력이 약해지는 반면 부의 영향력은 커지는 것으로 보고되었다.

### (11) 낙관주의

미래 결과에 대한 긍정적 기대를 뜻하는 낙관주의는 신체적 건강이나 심리적 안녕과 유의한 관계를 맺는다(신현숙, 2006). Carver와 Scheier(2005)에 의하면 낙관주의자들은 비관주의자들보다 대처 전략을 보다 더 다양하게 사용하며, 역경 속에서도 포기하지 않고 지속적으로 노력을 기울이는 것과 같은 적응적 행동을 보인다. 또한 신현숙·류정희·이명자(2005)는 낙관적인 사람들이 비관적인 사람들에 비해 우울을 겪는 정도가 낮고, 자살에 대해 생각하거나 시도하는 빈도도 낮으며, 더 큰 행복감을 느끼고 목표에 도달하려는 의지도 강하다고 보고하였다. 대학입시를 앞둔 고등학교 3학년 남녀 학생 285명을 대상으로 입시 스트레스와 내재화 문제와의 관계를 낙관주의, 비관주의,

방어적 비관주의가 매개하는지를 알아본 신현숙(2006)의 연구에서는 낙관주의 수준이 높을수록 내재화 문제의 수준이 낮다고 보고하였다. 그러나 낙관주의가 입시 스트레스가 내재화 문제를 유발하는 부정적 영향력을 완화하지는 못하는 것으로 나타났다.

나이가 자기존중감과 낙관주의는 행복한 사람의 심리적 특성으로도 잘 알려져 있다. 이들은 이론적, 경험적 측면에서 모두 행복과 구분됨에도 불구하고, 여러 경험적 연구들에서 행복과 높은 관련이 있었다. 더욱이 생활만족과 자기존중감, 낙관주의는 4주 또는 2년 후에도 높은 정적 상관이 있었고 이러한 관련성은 서로 다른 유형의 자기보고식 척도를 사용했을 때 또는 자기보고와 타인의 평가 간의 상관을 검토했을 때에도 여전히 유의미했다(구재선, 2009, 재인용).

## 2) 가족영역

### (1) 부모의 지원

부모의 지원은 정서적 지원을 비롯하여, 정보를 제공하고 물리적인 환경을 지원하는 것 등을 모두 포함한다. 하영화·김경연(2003)은 가정의 사회경제적 지위가 낮은 청소년들은 그렇지 않은 청소년들에 비해 비행에 더 많이 가담하는 것으로 보고한 반면, 유안진이점숙서주현(2005)은 가족의 소득수준과 청소년 비행 간에 유의미한 관련이 없다고 보고하는 등 가정의 사회경제적 지위와 관련하여 연구결과들이 일관되지 않게 나타나고 있다.

물리적 가정환경과 부모의 지지가 직접적으로 비행에 영향을 미치기보다는 가정환경은 부모의 지지를 완전매개로 하여 자기통제 수준에 영향을 미치고, 부모의 지지는 자기통제수준을 완전매개로 비행에 영향을 미친다고 보고한 연구결과들도 있다(백혜정, 2009; Feldman & Weinberger, 1994). 부모의 지지를 포함하여 자신에게 주어지는 사회적 지지가 충분하다고 지각하는 청소년들은 약물 사용이나 비행의 가능성이 감소하지만(Hughes, Power, & Francis, 1992), 사회적 지지가 충분하지 못하다고 지각하는 청소년들은 알코올중독이나 다른 도덕적 금지 행동에 관여될 가능성이 많은 것으로 보고되었다(Morgan, Chang, & Pettit, 1994).

그런데 부모의 정서적 지지와 관련하여 남녀 청소년들 사이에 지각된 부모의 지지 수준에서 차이가 있는 것으로 보고되었다. 전국의 중고등학교 재학생 2,368명을 대상으로 비행여부에 대한 가정환경, 부모의 지지, 자기통제수준의 영향 구조를 남녀 집단 간 비교한 백혜정(2009)의 연구에서는 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 부모의 지지를 더 많이 받는다고 인식하는 것으로 나타났다. 이에 대해 연구자는 여자 청소년의 사회규범에 대한 순응적인 태도로 인해 상대적으로 비행 및 문제행동을

적게 보이는 여자 청소년들이 부모의 지지를 더 많이 얻어냈을 것으로 해석하였다. 이 같은 맥락에서 부모의 지지가 비행이나 우울 및 불안 등 청소년의 정신건강에 영향을 미칠 수 있음을 감안할 때 남자 청소년이 정신건강에 있어서 여자 청소년에 비해 보다 취약할 수 있음이 시사된다.

## (2) 가족관계의 질

양미진·이은경·이희우(2006)는 자기존중감, 낙관성과 더불어 가족관계의 질이 청소년의 우울, 불안, 적대감, 정신증 등 정신병리와 관련된 문제에 공통적으로 영향을 미친다고 하였다. 즉, 가족관계의 질이 좋을수록 우울 수준과 불안 수준, 정신증 및 적대감의 수준이 유의미하게 낮았다. 부수적으로 초등학교생이 중·고등학교생에 비해 가족관계의 질이 높다고 지각하였으며, 성별에 따라서는 가족관계의 질에 차이가 없었다.

656명의 중학교 학생들을 2회에 걸쳐 조사한 황혜원(2011)의 연구에서는 청소년의 삶의 질에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인의 영향력을 살펴보았는데, 자아존중감, 낙관성, 부모와의 긍정적 관계, 긍정적 학교 분위기가 청소년의 삶의 질에 긍정적 영향을 미친다고 보고하였다.

한편 부모와의 관계 질을 가늠해볼 수 있는 의사소통 수준이나 부모와의 애착 수준에서 남녀 청소년들 간에 유의미한 차이가 있는 것으로 보고되었는데, 권재환·이은희(2007)는 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 부모와의 의사소통 수준이 더 높다고 보고하였으며 황창순(2007)은 여자 청소년이 부모와의 애착이 남자 청소년에 비해 더 높다고 보고하였다. 그 외에도 부모의 양육행동은 그 자체로 직접적인 영향을 미칠 뿐만 아니라, 자기통제를 매개로 간접적인 영향도 미칠 수 있다는 연구결과(민수홍, 2006; 정소희, 2007)도 보고되었다.

아동·청소년기의 정신병리와 부모 양육행동간 관련성을 이론화한 가장 유명한 모델은 Patterson(1982)의 ‘강압 모형(coercive model)’을 들 수 있다. 강압 모형은 특히 외현화 및 품행문제를 잘 설명하는데 부모-자녀간 악순환의 고리(‘강화의 덫’)가 어떻게 상승작용을 일으키는지 잘 보여준다. 이 모델 안에서 부모는 부적 강화를 통해서 아동의 부정적 행동을 강화하게 되어 결국 아동의 부적절한 행동이 증가하게 된다는 것이다. 일반적으로 거부적, 적대적, 통제적, 처벌적 양육태도는 외현화 문제를 유발하고 지속시키는 위험 요인으로 보고되는 반면, 부모의 관심과 돌봄의 결여는 우울과 같은 내재화 문제에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(이주영, 2010). 부모의 심리적 통제는 우울과 관련되고, 행동적 통제의 결여는 비행이나 공격 행동과 연관된다는 연구 결과(Barber, Olsen, & Shagle, 1994)를 고려하면 문제유형에 따라 영향을 미치는 부모 양육태도가 서로 다른 것으로 예상할 수 있다. 그러나 Ge, Conger, Lorenz와 Simons(1994)에 의하면 부모의 비일관적인 양육,

엄한 훈육, 적대적 태도 등은 비행이나 공격적인 문제뿐만 아니라 우울과도 유의미한 상관이 있는 것으로 나타나 이러한 양육행동은 문제행동의 종류와 상관없이 정신건강에 위험요인으로 파악된다.

유아기나 아동기에 비해 부모의 영향력이 상대적으로 감소하기는 하나 청소년기는 다양한 발달과업이 가족과의 상호관계 속에서 이뤄져가므로 여전히 청소년들은 부모로부터 영향을 많이 받고, 가족이 이들의 정신건강에 중요한 영향을 미치는 것으로 파악된다(이경진, 2003). 게다가 대학에 진학하거나 성인이 되어 취업을 한 후, 나아가 결혼을 한 후에도 여전히 부모의 돌봄과 보호 아래 있는 세대(‘emerging adult’)와 이들의 주변을 맴돌면서 자녀의 개인생활까지 개입하는 ‘헬리콥터형’ 부모들이 증가하는 최근의 추세를 감안한다면 청소년의 정신건강을 돕는 건강한 부모-자녀 관계의 질을 도모할 수 있는 개입의 필요가 강력히 시사된다.

### 3) 지역사회 영역

#### (1) 지역사회 지원

김정주(2000)는 청소년의 문제행동에 대한 지역사회의 관련성을 청소년의 비행이나 범죄가 관련되거나 영향을 줄 수 있는 위험요인(risk factor)과 청소년의 비행이나 범죄를 예방하거나 억제할 수 있는 탄력성요인(resiliency factor) 또는 보호요인(protective factor)로 구분하였다. 이 구분에 의하면 지역사회의 위험요인에는 빈곤의 집중, 사회적 혼란, 지역사회의 높은 범죄율, 약물과 갱집단의 활동, 학교에서의 높은 중퇴율, 매스컴의 폭력에 대한 묘사, 지역사회의 이동성, 지역사회의 법규나 규범 등이 포함된다. 청소년의 비행은 지역사회 환경보다 일차적으로 인간관계의 역기능에서 발생하지만 범죄 행동 이전에 많은 환경적 유해가 청소년을 비행에 가담하도록 끌어당기는 역할을 한다는 홍봉선아영아(2009)의 연구결과는 꽤 설득력이 있다. TV, 인터넷 매체의 선정성 및 폭력성이 청소년의 태도변화, 비행 행위 등에 직·간접적으로 영향을 미침을 알 수 있다(유상미, 2010; 최충욱·조영제, 1997).

청소년의 범죄를 감소시킬 수 있는 지역사회가 갖고 있는 보호요인은 지역사회에서 청소년을 정서적으로 지원해줄 수 있거나 조언할 수 있는 비공식적 네트워크의 존재, 교사나 지도자, 상담자들로 부터의 조언, 정신건강이나 치료교실과 같은 서비스에 대한 접근성, 믿을만한 역할 모델의 존재, 어른들의 청소년들의 취약성에 대한 이해, 음악과 스포츠를 통한 청소년들과 어른들 간의 친밀한 관계 등이 포함된다고 하였다.

그런데 이러한 지역사회의 보호요인을 활용하기에 우리사회의 청소년들은 상당히 불리하다. 급격한



산업화와 도시화에 따라 공동체 의식이 아주 빠르게 해체되고 있으며, 그 과정에서 주변에 대한 무관심이 만연하고 동일시 감정이 부족한 상황이 되었기 때문이다. 또한 지나치게 경쟁 사회로 진입하면서 청소년들은 대학 입시를 중심으로 학업에 매여 있어 개인의 창의성이나 고유의 자원을 개발할 수 있는 기회를 비롯해 인성 함양을 위한 다양한 활동에 참여할 기회를 박탈당하고 있는 실정이다.

## (2) 지역사회 상호작용

김정주·김용대·성기원(2003)이 언급한대로 청소년 동아리 활동은 취미나 소질, 가치관이나 문제의식 등을 공유하는 청소년들에 의해 자생된 자치활동으로 자치적이며 지속적인 청소년활동을 의미한다. 이는 학교뿐만 아니라 지역사회의 청소년시설 또는 단체를 통해 조직되었거나, 청소년들 자생적으로 조직된 소규모 모임까지 포함하는 개념이다. 청소년 동아리활동은 활동 자체가 청소년들의 관심에서 출발하여 그 운영과 활동계획들이 청소년들에 의해서 이뤄지기 때문에 청소년들이 보다 다양하고 창조적인 활동을 만들어 나갈 수 있다는 점에서 그 의의를 발견할 수 있다(허철수·강옥련, 2010).

청소년들의 동아리 활동은 청소년들의 정의적 행동특성과 인성형성, 사회적 적응, 학교적응, 리더십 함양 등에 긍정적 효과를 미치는 것으로 보고되어 왔다(예: 김정주 외, 2003; 김예선, 2006 등). 또한 이순자(2006), 한경옥(2004)의 연구를 보면 다양한 자원 봉사활동, 예체능활동 및 집단 프로그램이 청소년의 자기효능감을 향상시키는 효과가 있음을 알 수 있다. 제주도 내 중고등학생 991명을 대상으로 동아리활동 관련 연구를 한 허철수·강옥련(2010)에 의하면 동아리 활동을 하는 청소년들이 하지 않는 청소년에 비해 자신의 가치와 능력에 대한 신념이 높은 것으로 나타났다.

## 4) 학교영역

### (1) 학업

청소년 시기는 초등학교에 비해 학교 학업이 차지하는 비중이 증가하는 시기임을 고려할 때 학업 성적은 청소년의 적응과 관련이 있을 것으로 예상할 수 있다. 김준호(1990)는 청소년 비행과 성적 간에 강한 부적 상관이 있음을 보고하였다. 학업 성적이 낮은 청소년들은 부모관계와 학교생활에서 일상적인 긴장과 부정적 감정을 경험하게 되고 비행친구와 사귀게 되고, 주위의 낙인 효과로 인해 비행이 가속화될 수 있다고 하였다. 또한 학업 실패의 누적과정에서 교사와 또래의 부정적 반응이 자아존중감 저하로 이어져 비행을 유발할 수 있다는 설명도 제기되었다(Walter, 2001).

자아존중감과 청소년의 비행 간 관계를 연구한 정익중(2006)은 학교에서의 유대관계가 취약할 때 학교중퇴의 위험이 증가하는데 이것이 비행발생과 관련이 높은 것으로 파악하였다. 청소년이 비행을 저지른 후에 징계나 퇴학 처분 등으로 인해 학교와 단절을 경험하게 되어 교사의 지지도 결여되어 재비행의 가능성이 증가할 수 있다고 하였다. 저조한 학업 성적이 일상적 스트레스를 넘어서서 학교 중단 및 청소년의 비행 및 범죄로 이어질 수 있음을 감안할 때 이러한 위험에 특히 취약한 대상을 선별하고 이들을 위한 적절한 개입방안을 모색하는 것이 시급해 보인다.

### (2) 교사관계

교사와의 긍정적인 관계를 맺는 것은 청소년들의 여러 적응지표와 관련이 있는데, 교사와의 관계가 원활하고 신뢰감이 높을수록 청소년들이 학교생활에 잘 적응하고, 지각하는 삶의 질에도 교사의 지지가 영향을 미치는 것으로 나타났다(이명순, 2006; 성미옥, 2003). 또한 교사의 지지가 많을수록 학생의 일상적 스트레스 수준은 낮아졌고(박성혜, 2003), 교사와의 지지가 청소년의 학업성적에도 영향을 미치는 것으로 나타났다(신애현, 1998).

위험요인이 5개 이상으로 다수의 위험요인을 가진 청소년 중 높은 삶의 질을 나타내는 탄력성 집단이 부적응 집단에 비해 자아존중감과 교사의 지지가 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타나(황혜원, 2011), 다수의 위험요인을 가지고 있는 청소년들이 보다 높은 삶의 질을 경험하기 위해서는 교사가 관심을 가지고 격려하며 지지해주는 것이 중요한 것으로 나타났다.

또한 양미진 등(2006)의 연구에 의하면 교사의 지지에 대해서 남녀 청소년 간 성차가 있었는데 남자 청소년이 교사의 지지를 더 높게 지각하였으며, 이는 적대감에도 영향을 미쳐 지각된 교사의 지지가 높을수록 청소년의 적대감 수준이 낮아짐을 알 수 있었다.

이렇게 교사의 지지가 청소년의 적응에 긍정적인 영향을 끼칠 수 있음을 감안할 때 다양한 업무와 학생 지도에 과부하되어 있는 교사들이 위기 학생들을 선별하고 이들을 적절히 지지할 수 있도록 교사를 지원하는 방안도 모색되어야 할 것으로 파악된다.

### (3) 친구관계

Corsano, Majorano,와 Champretavy(2006)는 이탈리아 청소년들을 대상으로 한 연구에서 친구와 긍정적인 관계를 맺는 것이 청소년들의 높은 심리적 안녕감 및 낮은 우울감과 관계가 있음을 밝혔다. 그런데 친구와의 관계가 갖는 의미는 청소년의 선호에 영향을 받는데 김혜원·홍미애(2007)는 자신이 혼자이기를 선택하고 외로움에 대한 선호도가 높은 경우에는 친구로부터의 고립이 청소년들의

심리발달적 측면에 긍정적인 영향을 미친다고 보고하였다.

같은 맥락으로 양미진 등(2006)의 연구에 의하면 중학생이 초등학교생이나 고등학교생에 비해 긍정적으로 지각하는 것으로 나타났다. 또한 청소년의 불안과 정신증에 친구의 지지가 연관이 있음이 나타났는데, 지각된 친구의 지지 수준이 높을수록 불안과 정신증의 수준이 낮아짐을 알 수 있었다.

또래 요인은 청소년 비행에 높은 영향력을 줄 수 있는데(정익중, 2006; 홍봉선·아영아, 2009), 청소년의 문제행동에는 또래 집단의 문제행동 성향과 관련이 많은 것으로 나타났다. 즉, 비행 친구의 수는 비행관련 변인 중 가장 큰 영향력을 보여 비행 친구가 청소년 비행의 가장 큰 위험 요인으로 작용하는 것을 알 수 있다. 청소년들이 친밀한 또래 관계를 통해 자신의 여러 가지 면을 인식할 수 있다는 것을 감안할 때, 또래 관계형성과 유지에 대한 보다 통합적인 지지 체계가 필요해 보인다.

### 3. 정신건강 관련 국내외 실태

#### 1) 국외

미국을 비롯한 서구에서는 일찍부터 아동·청소년들의 정신건강 증진을 위해 다양한 서비스를 개발하여 도움이 필요한 청소년들에게 이를 효과적으로 전달할 수 있는 전달체계를 갖추고 있다.

미국의 경우, 2차 세계대전 후 정신적인 문제를 가진 성인을 병원에서 격리 치료하기보다는 그 사람이 살고 있는 가정과 사회 안에서 치료해야 한다는, 소위 “지역사회 정신보건사업”의 필요성이 대두되었다. 1960년대 케네디 대통령 재임시기에 관련 법령이 제정되어 지역사회 정신보건센터가 법적인 근거를 가지고 출발하였다(최영, 2000, 재인용). 이후 지역사회 안에서 환자를 조기발견하고 치료한다는 “지역사회 정신보건사업”의 개념이 학교 안에서 정신건강의 위험성이 있는 학생들을 조기발견하고 조기 치료한다는 “학교 정신보건사업”으로 확장되었다. 점차 발전하여 현재는 소아 청소년기의 정서, 행동 문제를 예방하고 관리하기 위한 정신건강 프로그램이 개발되어 시행되고 있다.

최영(2000)에 따르면 미국에서 시행되는 학교정신보건사업 모델은 크게 세 가지로 나뉘는데 하나는 정신건강 자문(mental health consultation)모델이고, 두 번째는 행동 자문(behavior consultation) 모델이고 마지막 하나는 조직 자문(organization consultation) 모델이다. 정신건강 자문

모델에서는 자문을 하는 정신건강 전문가와 자문을 의뢰하는 교사가 서로 수평적으로 협조체계를 구축하며, 교사가 학생에 대해서 전적인 책임을 진다. 즉, 학교 안에서 발생하는 정신건강문제의 전반에 대해서 교사가 정신과 의사나 심리학자에게 의뢰하면 전반적인 도움을 주는 방식을 취한다는 것이다. 이때 제공되는 서비스는 개인이나 집단 학생을 대상으로 정신건강 전문가가 직접 상담과 조언을 시행하는 사례중심(client-oriented) 자문, 정신건강 전문가가 교사들을 대상으로 학생의 정신건강을 위한 전체적인 제도나 조직체계의 문제를 평가, 시정하거나, 새 프로그램 및 정책을 짜는 데 조언을 주는 프로그램 중심(program-centered) 자문, 문제가 되는 학생을 중심으로 문제해결의 주체인 교사가 어떻게 해결할 것인지에 대한 조언을 주는 의뢰인 중심(consultee-centered) 자문, 정신건강 증진과 문제해결을 위한 학교의 시스템 전체에 대한 행정적인 도움을 제공하는 의뢰인 중심 행정(consultee-centered administrative) 자문 등이 있다.

행동자문 모델은 정신건강전문가와 교사가 공동으로 학생의 문제행동을 교정하고 특정 목표 행동을 성취하기 위해서 고안된 문제해결과정을 실시하는데, 학생의 행동을 변화시키는데 초점을 두는 자문 방식이다. 이 경우 문제해결의 주체는 피자문인(교사)이며, 학생들의 문제해결 기술을 증진시키는 데 초점이 주어진다. 매우 구체적이고 실천적인 문제가 다루어진다. 그 과정은 문제를 식별(problem identification)하고, 분석(problem analysis)하며, 계획을 시행(plan implementation)하고, 시행 이후 문제의 호전과 관련하여 평가(problem evaluation)하는 과정을 거친다.

마지막 조직 자문 모델에서는 학교를 하나의 체계(system)로 간주하여, 행동과학(behavioral science)의 개념을 학교에 적용하여 학교의 정신건강 기능을 증진시키고자 한다. 이 모델이 가지고 있는 기본 개념은 정신건강이나 학습에서 문제가 발생하는 것은 건강하지 않은 “교육 제도”나 “체계” 때문이라는 것이다. 학교의 문화(school culture)가 많은 영향을 주므로, 끊임없는 학교 체제나 제도의 개선을 통해 급변하는 사회에 적응하는 것이 학생들의 정신건강 증진에 중요하다고 본다.

위의 세 가지 모델 중 심리학자와 교사들이 특히 선호하는 것은 행동 자문 모델로서 최근에는 청소년의 정신건강을 위하여 문제를 사전에 선별하거나 예방하고자 대인관계 문제해결능력, 스트레스 관리 능력, 자기주장 및 의사결정 능력을 함양하는 프로그램들이 실행되어 그 효과를 보고하고 있다(예: Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinshon, & Seely, 1995; Clarke, Hornbrook, Polen, & Lynch, 1998; Michael & Crowley, 2002; Weissberg, Caplan, & Harwood, 1991 등).

청소년기 정신건강 증진을 위한 예방프로그램은 학교를 기반으로 하는 것이 현실적이고 효율적인 방안이라고 할 수 있다. 학교는 예방적 성격의 정신건강 프로그램을 실시할 수 있는 이상적인 장이다. 우선 전 인구의 대다수가 아동기와 청소년기를 통한 긴 기간을 학교체제 내에서 지내게 되므로 학교는

이들에게 접근할 수 있는 가장 손쉬운 통로가 될 수 있다. 또한 학생들의 지적, 정서적 성숙과정을 돕는 것이 학교의 주요한 기능의 하나라고 한다면 조기개입과정을 통해 심리장애의 심화를 막고 심리장애의 발생을 예방하고자 하는 예방사업의 목표는 학교의 주요기능에 자연스럽게 통합될 수 있다. 그리고 교사들은 학생들을 가까이에서 관찰하고 실질적으로 이들의 생활에 직접적인 영향을 미칠 수 있는 학교 내의 전문인력으로서 정신건강 관련 전문인력과 협조하여 적응문제의 조기발견, 조기치료, 정신건강 교육 등 다양한 예방 프로그램의 수행에서 중요한 역할을 수행할 수 있다(오경자 외, 2004).

학교에 기반을 둔 정서장애 예방 프로그램의 대표적인 예는 펜실베이니아 예방 프로그램(Penn Prevention Program: PPP)을 들 수 있다. Beardslee와 Gladstone(2001)에 의하면 이 프로그램에서는 10~13세의 아동·청소년에 대해 자기가 보고한 우울증상, 지각된 부모와의 갈등을 바탕으로 우울장애 고위험군을 선정한 후, 일주일에 한 번 방과 후 한 시간 반 동안 인지훈련 프로그램과 사회문제 해결 프로그램, 그리고 이 두 내용이 결합된 프로그램 등 3가지 개입을 시도하였다. 그 결과 통제 집단과 비교하여 개입 집단이 사후 검사와 6개월의 추후 조사에서 우울증상과 부모와의 갈등에서 유의미한 향상을 보였다. 이 프로그램으로 인해 학교를 기반으로 한 우울장애 예방 프로그램의 유용성이 입증되기는 하였으나 실제 청소년을 참가시키고 유지하는데 많은 한계를 나타냈다. 즉, 이 프로그램은 특정 지역의 대상 학교 학생 전원이 프로그램에 참여하는 형태가 아니라 일부 학생들만 참여하는 형태로 운영되었기 때문에 Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett과 Osgarby(2001)가 지적한대로 ‘낙인’의 가능성에 대한 윤리적인 문제와 더불어, 낮은 참가율과 유지율이 해결되어야 할 문제로 대두되었던 것이다.

따라서 이러한 예방 프로그램이 학교 교과의 일부분으로 자리 잡는다면 그러한 문제점은 감소할 것이다. 즉, ‘전체 프로그램’적 접근을 통해 일반 인구에게 실시한다면 참가와 유지의 문제를 없애는 동시에 보다 많은 사람들이 프로그램의 혜택을 받도록 할 수 있을 것이다. 물론 이 경우에도 전체 학생에서 프로그램을 시행해야 하므로 비용 및 노력의 부담을 피하기는 어렵다. PPP의 문제점을 해결하고자 개발된 것이 The Resourceful Adolescent Program(RAP)이다(Shochet et al., 2001). 이 프로그램에서는 우리나라의 고 1에 해당하는 9학년 청소년들을 대상으로 11회기를 학교 교과 과정의 일부분으로 시행할 수 있도록 하였는데 그 내용에는 인지 행동적 개입과 대인 관계와 가족의 위험 및 보호 요인이 포함되었다. 이와 별도로 부모에게 심각한 가족 갈등의 위험 요인과 민감하고 따뜻한 부모-청소년 관계의 보호 요인을 교육하는 3회기의 프로그램도 구성하여 실시하였다. 부모 프로그램은 3주 간격으로 시행되었고 각 회기는 3시간 동안 밤에 실시되었다. 프로그램 실시 결과, 이와 같은 예방 프로그램이 건강한 정상 집단에도 매우 유용하였다. 특히 학생들의 참가율을 높이기 위해 학교 교과목의 일부로

실시된 이 프로그램에서는 참가자들이 이전의 청소년 우울 예방 프로그램에 비해 높은 참가율을 보였다. 그러나 부모회기에는 유지에 어려움이 많아 한 회기라도 참석한 경우가 36%였고, 모든 회기에 참석한 부모는 10%에 불과하였다. 따라서 일반 학생을 대상으로 하는 ‘전체 프로그램’에 있어서도 부모를 참가시키기 위해서는 많은 노력이 필요하다는 사실을 알 수 있다(오경자 외, 2004).

그 외 대만의 상황을 살펴보면, 초등학교 상담자는 25학급 이상일 경우 전담 전문 상담교사를 배정하고 생활지도 센터를 설치한다. 상담실 설치 기준도 시행령에 의해 자료실, 상담실, 특별교육실로 구성하도록 규정하였다. 1968년 공립중학교에서 공식적인 생활지도 프로그램을 시발로 하여 1976년 대학에서, 1978년 초등학교에, 1984년 고등학교까지 상담제도가 완료되었다(김진화·오익수·최동욱·권해수, 1996). 또한 1990년부터는 교육부에 의해 학교를 기반으로 한 정신건강 서비스가 시작되어 학교 내 클리닉(school-clinic)이 운영되고, 학교와 정신병원간의 협력체계가 구축되어 있고 점차 더 많은 지역으로 확대되고 있다(Soong Wei-Tsuen, 1997).

한편, 상위분석(meta analysis)을 통한 심리치료 효과 연구 결과가 보급되면서 보다 집중적인 검토를 통해 효과가 검증된 심리치료 지침을 제시하려는 시도가 증가하였다. 그 가운데 가장 널리 사용되는 기준은 미국 심리학회 내 임상심리분과 특별전문위원회(Task Force)가 개발한 것이다. 이들은 ‘효과가 있다’는 것에 대해 세 가지 기준 즉 치료 지침서가 있고, 표집대상이 구체화되었으며, 둘 이상의 연구자나 팀에 의해 효과가 지지되었을 것을 제시한다. 이 세 조건을 만족시키는 처치에 대해서는 ‘경험적으로 효과가 확립되었다(well established)’는 표현을, 둘 이상의 연구자나 팀에 의해 지지되었다는 조건을 만족시키지 못했을 경우에는 ‘아마도 효과가 확립된(probably efficacious)’이라는 표현을 사용하였다(오경자·정경미·문혜산·배주마·이상선, 2008). 이 같은 기준을 적용하여 아동 전문가로 구성된 특별전문위원회(Lonigan, Elbert, & Bennett-Johnson, 1998)에서는 두려움과 불안(Ollendic & King, 1998), 우울(Kaslow & Thompson, 1998), ADHD(Pelham, Greiner, & Gnagy, 1998) 및品行 문제와品行 장애(Brestan & Eyberg, 1998)에 대하여 ‘효과가 확립된’, ‘아마도 효과가 있는’ 치료들을 각각 제시하였다(오경자 외 2008). 즉, 공포와 불안에는 관찰학습, 체계적 둔감화 및 노출 등의 행동치료가 효과가 있다고 보고되었다. 우울문제에 대해서는 인지-행동치료가 효과적이고, ADHD에 대해서는 부모 및 아동 교육프로그램이 효과적인 것으로 보고되었다.品行장애는 부모교육과 스트레스 방지, 분노 통제에 대한 개입이 효과적인 것으로 보고되었다.

## 2) 국내

우리나라에서는 1980년도 중반 연세대학교가 강화지역에 시험적으로 정신보건센터를 개설하였고(민성길·김한중·오경자·이혜련, 1992), 1995년에 서울시 용역사업으로 강남구에 지역사회 정신보건센터가 설립되었다. 이후 정부는 아동·청소년 정신보건증진을 위해 1999년부터 16개 지자체에 거점 정신보건센터를 설치 운영하고 있으며, 2001년 48개 보건소에서 기본형 정신보건사업을 시작으로 하여 2003년 현재 전국 53개 보건소에서 정신보건사업을 운영하도록 예산을 지원하고 있다. 또한 2002년부터 전국적으로 정신보건센터를 설치하여 아동·청소년을 위한 정신보건 사업을 실시해오고 있다. 2010년 2월 현재 경기도의 35개소를 비롯하여 전국 지자체에 153개의 정신보건센터가 운영되고 있다.

지역사회 정신보건 사업의 일환으로 1995년도에는 연세대학교에서 주도한 서대문구의 학교정신보건 사업(민성길·김한중·오경자, 1995)이 있었으며, 1997년에는 아주대학교 정신과학교실과 오산시 보건소의 오산시 초등학교 정신보건 사업(오산시 초등학교 정신보건사업실행보고서, 1997)이 시행되었다. 두 사업 모두 초등학교 아동들을 대상으로 적응문제의 조기발견 및 조기치료를 위한 의뢰체계의 구축과 교사와 학부모 등 성인들에게 정신건강에 대한 교육과 홍보를 하는 것을 주요 목표로 삼아 추진되었다. 그러나 사업을 운영하는 방식이나 개입된 전문 인력에서는 상당한 차이가 있었다(오경자 외, 2004). 즉, 서대문구 사업에서는 사업을 주관한 대학이 정신과 전문의, 임상심리 전문가 등 전문인력과 다수의 자원봉사자를 동원하여 지역 내의 두 초등학교를 대상으로 참여 학교의 상황에 적합한 프로그램을 개발하여 집중적인 서비스를 제공하였다. 오산시 사업은 보건소를 중심으로 보건소장, 가족보건계장 및 담당직원의 지원을 받아 전담간호사 1인이 정신과 전문의 1인의 자문을 받아, 관내의 8개 초등학교를 대상으로 다양한 정신건강 서비스를 제공하였다. 지역사회의 관련기관 간 지원을 활용하는 형태로 운영된 오산시 사업에서는 인적 자원의 활용은 효율적으로 이뤄졌으나 집중적인 서비스 제공과 관련, 다수의 전문인력이 요구되는 프로그램은 시행되지 못하였다.

두 모델의 특성을 종합비교해보면 오경자 등(2004)이 지적한대로 대학 등 지역사회 내 정신건강 관련 기관과의 연계 가능 여부에 따라 학교중심 모델과 보건소 중심의 학교 정신보건 사업의 운영방안이 달라질 수 있음을 알 수 있다.

그 외, 도 내 1개 초등학교를 선정하여 1학년 전체 학생들을 대상으로 정신건강 문제의 고위험군 아동을 선별한 후, 정신보건센터 회원으로 등록하여 소아정신과 전문의 직접 면담과 심리평가 과정을

거쳐 정신건강 상담, 사례관리, 소아정신과 치료 및 연계기관에 의뢰하는 방식으로 학교 정신보건 사업을 진행한 경우도 보고되었다(곽영숙, 2002). 또한 서울 시내 1개 중학교를 선정해 3년 동안 교우관계 및 문제해결 능력 증진 프로그램(1차년도)과, 폭력 및 약물남용 예방과 성교육(2차년도), 진로와 도덕성 및 가치관 지도(3차년도) 등의 다양한 학교정신건강 서비스를 실시한 모델도 제시되었다(정현화·이시형·김은정·박현선·신현아·강신옥, 1997). 청소년기를 대상으로 불안과 우울 등 정서장애만을 중점적으로 다룬 학교정신건강 사업도 보고되었다. 오경자 등(2004)은 중고등학생을 대상으로 정서장애 기초자료를 조사하고, 고위험군을 선별하여, 전문의와의 진단 면접을 진행한 후 집단 프로그램을 진행하였다. 이를 토대로 정서장애 청소년을 위한 정신건강 서비스 운영 체계를 계획하여 제시한 바 있다.

한편, 보건복지부는 2006~2010년에 걸쳐 아동·청소년의 정신건강증진을 위한 37개 표준형센터 건립을 위한 정신보건 사업을 계획추진하였다. 보건복지부는 교육과학기술부의 협조를 얻어 2008년 현재 전국의 초·중·고등학교 245개교에 재학 중인 10만명 가량의 아동·청소년에 대한 정신건강 사전선별 검사를 실시, 고위험군으로 분류된 청소년을 대상으로 다양한 사례관리 프로그램을 실시하였다. 특히 최근 더욱 더 심해지는 인터넷 중독 청소년에 대한 선별 및 상담과 사후관리가 전국의 16개 시도·청소년 상담지원센터를 중심으로 실행되고 있다. 이렇듯 정신보건센터 및 유관기관을 중심으로 활발한 아동·청소년 정신건강사업을 진행하고 있다.

특히 정신보건센터에서의 아동·청소년정신보건사업은 각 지역 내 아동·청소년 보건서비스 제공체계를 구축함으로써 아동·청소년기 정신건강문제의 예방, 위험아동·청소년의 조기발견, 상담 치료를 통하여 건강한 사회구성원으로서의 성장을 도모하고자 지역사회현황 파악 및 연계체제구축, 지역사회 요구도 조사, 아동·청소년 정신보건 사업 대상자 발견 및 치료 등에 역점을 두고 있다. 이에 정신보건센터를 찾는 아동·청소년들 대상으로 진단용 선별검사 및 일반상담, 집단프로그램 등 다양한 교육 및 훈련이 실시되고 있으며, 등록 아동·청소년은 증가하는 추세에 있다. 아동·청소년 대상의 정신건강보건 사업은 정신질환 환자에 대한 등록관리보다는 정확한 선별을 통한 이상의 조기발견과 교사와 학부모, 지역주민 대상의 교육 그리고 지역사회의 활용 가능한 인적자원을 통한 협력체제구축에 초점을 맞추고 있다.

하지만 정신보건센터 등과 같은 아동·청소년 정신건강관련 기관을 통한 포괄적인 서비스혜택을 제공받은 아동·청소년의 수는 극히 제한적이라는 문제점이 있다. 2006년도에 정신보건센터를 통해 25,049명의 아동·청소년에 대한 정신건강평가가 실시되었고, 아동·청소년 정신보건사업에 등록된 아동·청소년 수는 3,249명에 불과했다. 이것은 아동·청소년 정신건강 사업을 선택적으로 실시하고



있는 정신보건센터가 2007년 12월 기준으로 31개소에 지나지 않으며, 필수사업으로 진행되는 센터는 단 2개소 뿐이라는 상황(윤명숙이선영, 2008)에 기인한 것으로 보인다. 물론 여기에는 정신건강에 대한 기존의 잘못된 인식과 태도 - 정신질환에 대한 낙인효과, 치료 필요성에 대한 인식부족, 정신건강 서비스에 대한 불만족과 반감 등 - 와 홍보부족 및 관련 정보 부족에서 기인될 수 있으며, 무엇보다 연령별 및 대상별로 세분화된 정신건강 증후에 대응할 수 있는 적절한 정책적 프로그램의 구축과 개발 그리고 이를 뒷받침할 수 있는 정책수립이 어렵기 때문이다.

그 외에도 보건복지가족부에서 취약지역에 거주하는 0~12세 아동과 그 가족들을 대상으로 보건, 복지, 교육의 맞춤형 통합서비스를 제공하는 ‘희망 스타트’ 사업을 2007년 전국 16개 지역에서 시범사업으로 실시한 바 있다. 그러나 ‘희망스타트’ 사업은 사업 대상을 13세 미만 아동으로 제한하고 있고, 사업 내용에 청소년 및 고위험 가족 대상의 정신건강증진과 예방 및 치료를 포함한 전문적인 정신건강서비스가 미흡한 상황이다. 전반적으로 대부분의 아동·청소년 정신건강서비스들은 우울, 불안, ADHD 등의 일차적 사정 및 위험집단 의뢰 등의 초기 작업에만 그치고 있는 실정이다. 또한 가정폭력, 학교폭력 등의 문제는 피해자 및 가해자들에 대한 다른 관련 기관들, 전문가들이 각각의 분리된 서비스를 제공하고 있어 관련 서비스의 효과적인 연계성이 거의 이뤄지지 못하고 있다(윤명숙이선영, 2008).

또한 정신건강문제를 가지고 있는 아동·청소년에 대한 서비스 환경들이 다양하여 각종 서비스가 분절적으로 제공되고 있는 현재의 서비스 전달체계도 문제가 될 수 있다. 이는 아동·청소년의 정신건강문제를 통합적으로 조율할 수 있는 종합적인 조정 시스템이 구축되지 않아, 통합적인 서비스의 전달이 어려워 각종 기관 및 제도 내에서 정책이 분산적으로 실행되고 있기 때문이다. 따라서 정신건강문제에 대한 관심과 함께 예방보호적 차원에서의 통합적인 서비스전달체계의 구축과 이를 뒷받침 해줄 수 있는 구체적 정책 수립과 실천이 요청된다. 아동·청소년들의 정신건강은 개인, 가정, 학교 및 지역사회의 통합적인 지원을 통해 이루어질 수 있기에 현재 아동·청소년 정신건강 증진을 위해 추진되고 있는 국내외 정책 현황과 실태를 파악분석하여 보다 실효성 있는 대응 방안 마련이 필요하다.



## 제 3 장

# 아동·청소년 정신건강 실태조사

1. 모집단 분석
2. 표본 설계
3. 실사 설계
4. 조사 표본 수 및 응답자 특성
5. 조사 내용
6. 주요 조사 결과



# 제 3 장

## 아동·청소년 정신건강 실태조사

### 1. 모집단 분석

본 조사의 모집단은 조사시점 기준 전국 초등학교 4~6학년, 중학교 1~3학년, 고등학교 1~3학년에 재학 중인 학생이다. 먼저 16개 광역 시도별, 학교급별, 학년별 학생 수를 <표 III-1>에 정리하였다. 전체 조사대상 학생수는 5,738,731명이며 각 학교급별 학생 수는 초등학교 1,821,490명(31.7%), 중학교 1,963,789명(34.2%), 고등학교 1,953,452명(34.1%)이다. 고등학교의 경우 일반계 고등학교 1,490,496명(26.0%), 전문계 고등학교 462,956명이다(8.1%).

표 III-1 지역×학교급×학년별 학생수

구분	합계	초등학교			중학교			일반계 고등학교			전문계 고등학교		
		4학년	5학년	6학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년
서울	1,016,117	103,690	101,828	105,684	111,511	113,841	118,508	100,703	99,789	101,788	19,843	19,174	19,758
부산	375,267	36,188	36,189	38,178	40,638	43,055	44,933	33,492	33,911	34,414	11,079	11,269	11,921
대구	310,395	30,708	31,256	31,969	34,687	35,530	37,371	28,651	28,750	28,810	7,619	7,356	7,688
인천	325,321	33,349	33,434	34,312	36,257	36,817	38,464	29,778	29,121	29,485	8,001	8,127	8,176
광주	202,266	21,444	21,134	22,184	23,188	22,995	23,859	18,022	17,386	17,102	5,004	5,015	4,933
대전	189,814	19,859	19,536	20,520	21,278	21,757	22,431	17,948	17,516	17,698	3,887	3,751	3,633
울산	150,316	15,003	15,205	15,915	16,799	17,217	17,942	13,816	13,768	13,849	3,786	3,574	3,442
경기	1,401,548	155,309	152,231	155,605	159,002	158,708	161,549	121,249	115,716	112,464	36,127	36,031	37,557
강원	169,832	18,157	18,170	18,922	19,279	19,203	19,586	11,331	10,854	10,714	7,958	7,784	7,874
충북	181,176	19,095	19,019	19,896	20,546	20,920	21,180	13,592	13,969	13,649	6,742	6,352	6,216
충남	230,244	25,463	24,809	25,706	25,859	25,870	26,212	19,689	19,035	18,744	6,556	6,289	6,012
전북	222,263	23,320	22,942	24,263	24,853	25,400	25,986	17,074	16,852	16,666	8,616	8,222	8,069
전남	215,295	22,917	22,944	23,609	24,151	24,505	25,065	16,605	16,314	16,212	7,836	7,568	7,569
경북	285,611	30,448	30,461	30,341	32,118	32,026	32,849	23,288	22,742	22,581	9,567	9,397	9,793
경남	390,559	41,778	41,616	42,923	43,837	45,088	45,860	33,627	33,255	32,740	10,295	9,815	9,725
제주	72,707	8,131	7,879	7,951	8,332	8,266	8,461	5,334	5,260	5,143	2,809	2,610	2,531
합계	5,738,731	604,859	598,653	617,978	642,335	651,198	670,256	504,199	494,238	492,059	155,725	152,334	154,897

## 2. 표본 설계<sup>1)</sup>

### 1) 표본크기 및 층화

본 조사의 전체 목표 표본크기는 조사의 비용 및 시간을 고려하여 <표 III-2>과 같이 8,500명으로 결정하였다. 이 때 모비율의 추정에 대하여 예상되는 표본오차는 단순임의추출을 가정하는 경우 95% 신뢰수준 하에서  $\pm 1.1\%P$ 이다.

층화의 경우 조사내용의 특성과 모집단의 대표성을 높이기 위해 조사모집단을 2010년 교육통계연보에 수록된 전국 초등학교, 중학교, 고등학교 현황을 기초로 지역구분(광역시·도, 16개)과 학교구분(초·중·일반계고·전문계고 등 4개)을 층화변수로 고려하였다.

표 III-2 학교급×학년별 모집단크기, 목표 표본크기

학교급		학년	모집단크기		단순비례배분 목표 표본크기		변형비례배분 예상 표본크기	
초등학교	초등학교	4	604,859	1,821,490 (31.7%)	2,698 (31.7%)		2,326 (27.0%)	
		5	598,653					
		6	617,978					
중학교	중학교	1	642,335	1,963,789 (34.2%)	2,908 (34.2%)		2,657 (30.9%)	
		2	651,198					
		3	670,256					
고등학교	일반계고	1	504,199	1,490,496 (26.0%)	2,208 (26.0%)	2,893 (34.0%)	2,271 (26.4%)	3,629 (42.1%)
		2	494,238					
		3	492,059					
	전문계고	1	155,725	462,956 (8.1%)	686 (8.1%)		1,358 (15.8%)	
		2	152,334					
		3	154,897					
합계				5,738,731 (100.0%)	8,500 (100.0%)		8,612 (100.0%)	

1) 표본설계는 본원 2011년도 고유과제인 한국 아동·청소년 인권실태 연구 I의 공동연구원인 강현철 교수가 제안, 작성한 것으로 통합조사에 참여하고 있는 과제에 공통적으로 적용된 것임.

표 III-3 단순비례배분에 의한 표본크기 할당

구분	학생수					학교수				
	합계	초등학교	중학교	일반계고	전문계고	합계	초등학교	중학교	일반계고	전문계고
서울	1,505	462	509	448	86	47.2	16.8	14.9	12.4	3.1
부산	556	165	191	151	51	18.5	6.6	5.8	4.3	1.9
대구	460	138	159	128	33	14.2	5.1	4.4	3.5	1.1
인천	482	150	166	131	36	16.0	6.2	4.7	3.9	1.2
광주	300	96	103	78	21	9.1	3.6	2.8	2.1	0.6
대전	281	88	97	79	17	9.0	3.4	2.8	2.2	0.6
울산	223	69	77	61	16	7.1	2.7	2.3	1.6	0.5
경기	2,076	685	709	518	163	64.9	25.7	20.2	14.0	5.0
강원	252	82	86	49	36	12.0	5.2	3.5	1.8	1.5
충북	268	85	92	61	28	10.7	4.5	3.4	1.8	0.9
충남	341	113	115	85	28	14.1	6.3	4.1	2.7	1.1
전북	329	105	113	75	37	15.2	6.5	4.7	2.5	1.5
전남	319	103	109	73	34	15.1	6.5	4.5	2.5	1.6
경북	423	135	144	101	43	19.3	8.1	6.1	3.4	1.7
경남	578	188	200	148	44	23.0	9.5	7.2	4.6	1.6
제주	108	36	37	24	12	4.0	1.7	1.2	0.7	0.4
합계	8,500	2,698	2,908	2,208	687	299.4	118.5	92.6	64.1	24.2

표 III-4 변형비례배분에 의한 표본크기 할당

구분	학생수					학교수				
	합계	초등학교	중학교	일반계고	전문계고	합계	초등학교	중학교	일반계고	전문계고
서울	1,443	413	512	434	84	45	15(5)	15(5)	12(4)	3(1)
부산	536	149	198	107	82	18	6(2)	6(2)	3(1)	3(1)
대구	388	80	107	108	93	12	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)
인천	441	146	107	100	88	15	6(2)	3(1)	3(1)	3(1)
광주	406	80	111	114	101	12	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)
대전	376	79	103	107	87	12	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)
울산	383	76	102	112	93	12	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)
경기	1,732	559	631	444	98	54	21(7)	18(6)	12(4)	3(1)
강원	278	47	74	83	74	12	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)
충북	326	57	81	99	89	12	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)
충남	366	108	84	95	79	15	6(2)	3(1)	3(1)	3(1)
전북	333	97	72	90	74	15	6(2)	3(1)	3(1)	3(1)
전남	318	95	73	86	64	15	6(2)	3(1)	3(1)	3(1)
경북	409	100	141	90	78	18	6(2)	6(2)	3(1)	3(1)
경남	521	178	166	96	81	21	9(3)	6(2)	3(1)	3(1)
제주	356	62	95	106	93	12	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)
합계	8,612	2,326	2,657	2,271	1,358	300	102(34)	84(28)	66(22)	48(16)

\* 주: ( )안의 수치는 학년별 학교수임.

## 2) 표본 배분

학생 수에 단순비례하도록 지역구분(16개)×학교급(4개)=64개 각 층에 표본크기를 할당하면 <표 Ⅲ-3>과 같다. 표본으로 선정된 학교에서 한 학년, 한 학급을 선정하여 조사하되 선정된 학급에 속한 학생들을 모두 조사할 것이므로, 각 층에 할당된 표본크기를 각 층의 학급당 평균 학생 수로 나누면 <표 Ⅲ-3>과 같이 조사될 학교 수가 할당된다.

표본학교는 결론적으로 총 300여개 정도의 학교가 조사될 것으로 예상된다. 그런데 이와 같이 각 층에 단순비례배분으로 표본을 할당할 경우 특정한 층에 너무 작은 표본크기가 배당되는 등의 문제점이 발생한다. 예를 들어, 광주 지역의 전문계 고등학교에 21명(학년 당 7명)의 표본이 배당되는데, 이 경우 한 학교를 방문하여 이렇게 소수의 표본만 조사한다는 것은 매우 비효율적이다. 따라서 이러한 문제점들을 보완하기 위하여 다음과 같은 몇 가지 원칙하에 학교 수 및 표본크기를 결정하도록 한다.

- 각 학년별로 지역구분(16개)×학교급(4개)=64개 각 층에 최소 한 개 이상의 학교가 할당되도록 한다.
- 각 학년별로 층별 모집단크기에 비례하도록 학교 수를 할당하되 전체 학교 수가 300개가 되도록 한다.

전국 학급당 평균 학생 수는 대략 초등학교 22명, 중학교 30명, 인문계 고등학교 34명, 전문계 고등학교 28명이다. 따라서 지역구분×학교급별 모집단크기에 비례하도록 표본크기를 배분하되, 위의 원칙과 상황을 고려하여 보완함으로써 각 층별 조사될 학교 수를 결정하고 예상되는 조사 학생 수를 계산하면 <표 Ⅲ-4>와 같다.

## 3) 표본 추출

각 학교구분과 지역구분별로 할당된 표본학교의 추출은 <표 Ⅲ-4>에 주어진 표본배분 결과를 이용하여 확률비례추출법으로 선정한다. 즉, 각 학년별로 지역구분(16개)×학교급(6개)=64개 층 내에서 조사대상 학생 수를 기준으로 확률비례추출법으로 표본학교를 선정하되, 초등학교의 경우



각 학년별 학급수가 2개 이상, 중고등학교의 경우 각 학년별 학급수가 3개 이상인 학교가 추출되도록 조정한다. 또한 학급당 평균 학생수가 20명 이상인 학교가 추출되도록 한다. 그리고 선정된 표본학교 내에서 1개의 표본학급을 무작위로 선정하고, 그 학급의 모든 학생들을 조사한다.

추출된 학교 측의 조사협조 거절로 조사가 불가능할 경우, 동일한 층 내의 학교 리스트에서 무작위로 대체한다. 또한 사전 학교 섭외과정에서 우열반, 특수반 등 특별편성이 되어 있는 학급은 제외하며, 지역별 성별 구성비율도 고려하여 최종 조사될 학교 및 학급을 선정한다.

### 3. 실사 설계<sup>2)</sup>

#### 1) 리스트 정제 및 사전 접촉

이상의 과정을 통해 추출된 표본에 대한 실사를 진행하였다. 실사 진행을 위해 먼저 학교별 리스트의 정확성에 대한 확인을 위해 학교명, 연락처, 주소 등 기본정보의 누락 여부 및 휴교중인 학교 등 조사 대상학교의 적절성, 조사 대상 학교의 중복 여부에 대해 사전에 확인하였다. 이후 조사 협조도 제고를 위해 조사 협조 경험이 높은 면접원을 위주로 투입하여 면접원의 전문성을 높이고 조사 협조도를 제고하였다.

원표본 유지율을 높이고 대체율을 최소화하기 위해 원표본으로 선정된 학교들에 대해서만 1차적으로 조사 협조를 요청하고, 조사 협조를 거절하는 학교에 대해서는 대체 차수에 따라 순차적으로 컨택하여 조사 협조를 요청하였다. 그리고 조사 대상 학교의 교감 선생님 앞으로 협조 공문과 안내문을 사전에 발송한 후 사전 접촉을 실시하였다. 이를 통해 각 학교에서 조사에 대해 사전 인지하도록 하여 조사 협조도를 제고하였다.

#### 2) 학교 방문 조사원 모집 및 교육

조사에 대한 이해도가 높은 면접원을 선발하기 위해, 학생 및 교육, 학교 조사 경험자를 중심으로 면접원을 선발하였다. 또한 조사 진행의 통일성을 위하여 본 조사 담당 연구원이 각 지역별(서울,

2) 실사 설계 부문은 본원의 통합조사의 수행을 맡은 전문 리서치 업체에서 기술한 내용을 일부 인용하였음.

부산, 대구, 대전, 광주)로 집체교육을 직접 실시하였다.

또한 비표본 오차를 최소화하기 위해 사전 접촉 면접원, 학교 방문 면접원, 코딩 및 에디팅 담당자를 대상으로 조사의 목적, 조사내용, 학교 접촉방법 등에 대한 교육을 실시하였다.

### 3) 실사 진행

사전 접촉 시 지정된 담당교사에게 연락하여 방문 약속을 잡았으며, 방문 조사원은 약속된 시간에 방문하여 담당교사의 안내를 받아 직접 학생들을 통솔하여 면접조사를 진행하였다. 방문 조사원은 학교의 교급에 따라 2인 1조의 시스템과 1인 1조의 시스템을 구성하여 조사를 실시하였다.

- 초등학생의 경우, 집중도와 이해력이 낮아 학생들을 충분히 통제하기 위해 면접원 2인이 1조로 구성하여 조사를 진행함
- 중학교 및 고등학생의 경우, 설문에 대한 이해력이 상대적으로 높고 통제를 싫어하는 경향을 보여 면접원 1인이 1개 학급의 조사를 진행함

1개 학교에서 완료해야 하는 모든 과제를 완료한 학교에 대해서만 해당 샘플의 조사 완료로 보고, 일부 과제의 누락 또는 특정 사유로 인해 조사 대상 학급 학생들의 30% 이상이 조사를 진행할 수 없을 경우에는 해당 학교에서 진행한 모든 설문지를 폐기하고, 다른 학교로 대체하였다.

### 4) 조사표 검증 및 자료 처리

조사표 검증은 총 3차 검증을 실시하였다. 1차는 현장에서 설문지를 회수하기 전에 무응답 여부, 분기 문항 등을 확인하고, 2차 검증은 조사표를 회수한 뒤 학급을 떠나기 전에 검토하고, 3차 검증은 연관 문항을 중심으로 에디팅을 실시하였다.

연관 문항에서 오류가 발생할 경우 조사표를 재확인하여 처리하였다. 또한 설문지의 모든 문항에 대해 더블펀치를 실시하여 입력 에러율을 최소화하였으며, 자료 입력 시 설문 로직 등을 자료 입력 프로그램에 설정하여 자료 입력 과정에서 설문지 기입 오류를 확인 및 수정하는 절차를 거쳤다. 이후, 모든 문항에 대해 빈도표를 확인하고, 문항 간 논리적 오류를 확인하여 최종적으로 에디팅을 실시하였다.

#### 4. 조사 표본 수 및 응답자 특성

본 조사의 전체 목표 표본크기는 앞서 <표 III-2>와 같이 8,500명으로 결정하였으나, 목표 표본 크기에 따라 단순비례배분에 의해 표본 크기를 할당 할 경우 특정층에 너무 작은 표본 크기가 배당되기에 <표 III-4>와 같이 변형비례배분에 의해 표본 크기를 할당하였다. 이후 지역별로 할당된 학교 수에 따라 학교별 1개 학년 1개 학급의 학생 전원 조사를 원칙으로 하였기에 실제 목표로 삼은 크기보다 많은 표본이 조사되었다. 이 조사를 통해 조사된 최종 조사 표본 수는 <표 III-5>와 같이 9,435명이었다.

표 III-5 조사 표본 수

지역	총계	교급 및 학년별 학생 수											
		초등학교			중학교			일반계 고등학교			전문계 고등학교		
		4학년	5학년	6학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년	1학년	2학년	3학년
합계	9,435	972	1,002	969	933	937	974	781	766	755	474	415	457
서울	1,393	148	134	142	147	159	175	136	137	143	23	27	22
부산	536	56	53	51	62	67	65	39	33	29	28	24	29
대구	396	26	29	29	32	27	42	39	39	39	35	26	33
인천	470	49	54	58	39	35	39	36	37	37	27	28	31
광주	383	26	28	30	30	38	38	38	35	24	35	30	31
대전	362	33	31	31	35	33	23	35	36	27	31	21	26
울산	370	34	26	23	38	27	32	33	35	40	25	26	31
경기	1,822	199	216	210	223	223	217	143	154	149	34	24	30
강원	395	30	33	28	34	35	37	38	40	38	32	25	25
충북	348	24	31	20	23	33	36	39	25	39	22	32	24
충남	478	64	58	58	34	33	29	29	35	35	39	32	32
전북	468	51	89	60	32	33	36	30	35	31	31	18	22
전남	450	54	52	56	38	37	35	35	28	31	30	22	32
경북	523	53	57	59	63	67	62	41	36	24	20	23	18
경남	642	91	88	81	65	59	69	35	30	31	30	31	32
제주	399	34	23	33	38	31	39	35	31	38	32	26	39

한편 최종 조사 표본 수에 따른 응답자 특성을 분석한 결과가 <표 III-6>에 제시되어 있다. 응답자 특성에 대한 분석결과를 살펴보면, 총 조사 표본 수 중 남자가 4,874명(51.7%)이었고, 여자는 4,561명(48.3%)이었다. 또한 초등학생은 2,943명(31.2%), 중학생은 2,844명(30.1%), 고등학생은 3,648명(38.7%)이었다.

		사례수(명)	비율(%)
전체		9,435	100.0
성별	남자	4,874	51.7
	여자	4,561	48.3
학교급	초등학교	2,943	31.2
	중학교	2,844	30.1
	고등학교	3,648	38.7
학교소재지	서울	1,393	14.8
	광역시	2,432	25.8
	시군	5,610	59.5
가족구성	양부모가정	8,513	90.2
	한부모가정	743	7.9
	조손가정	82	0.9
	기타	91	1.0
	무응답	6	0.1
경제적 수준	상	1,834	19.4
	중	7,089	75.1
	하	466	4.9
	무응답	46	0.5

## 5. 조사내용

조사영역 및 조사내용 개발은 1차적으로 한국 청소년 지표 조사 V(한국청소년정책연구원, 2010)에서 개발한 심리건강 영역과 내용을 기준으로 하였으며, 이 연구의 목적에 맞게 기존 조사도구에서 조사영역 및 내용을 일부 수정·보완하였다. 이번 조사에서 수정되거나 보완된 사항<sup>3)</sup>은 개인내적 영역 중 부정적 요인에 대한 부분인데, 아동·청소년이 많이 경험하는 우울, 불안, 게임중독과 비행에 관한 세부영역이 포함되었으며, 최근 사회적 이슈가 되고 있는 자살에 관한 문항들을 추가하여 조사를 실시하였다.

기존의 조사도구에서 수정·보완된 사항에 대해서는 먼저 문헌검토를 통해 기초자료를 수집하여 분석하였고, 이후 3차에 걸친 전문가 자문회의를 통해 조사영역과 조사내용을 확정하였다. 그리고 통계조사 심의위원회의 심의 및 연구진회의 등 일련의 과정을 거쳐 최종 조사영역과 조사내용을

3) 우울, 불안의 경우 기존 조사에서도 실시되었으나, 이번 조사에서는 문항 수를 추가하여 조사하였음.

확정하였다.

조사영역은 개인영역, 가족영역, 지역사회 영역 및 학교영역 등 크게 4개의 대 영역으로 구분하였다. 대 영역 중 개인영역은 다시 우울, 불안, 게임중독, 자살, 스트레스, 비행 등의 변인들로 구성된 부정적 요인과 생활만족도, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 등의 변인들로 구성된 긍정적 요인으로 구성하였다. 가족영역의 경우는 부모의 지원, 가족관계 질 변인들로 구성하였고, 지역사회 영역은 지역사회 지원과 지역사회 상호작용 변인으로 구성하였다. 마지막으로 학교영역은 학교수업, 교사관계, 친구관계 및 학교생활 등의 변인들로 구성하였다. 조사 영역과 조사 내용 그리고 신뢰도 계수(Cronbach's  $\alpha$ )에 대한 사항은 <표 III-7>에 제시되어 있다.

표 III-7 조사영역 및 조사내용

조사영역			조사내용	문항수	$\alpha$
개인 영역	부정적 요인	우울	우울의 인지적, 정서적, 동기적, 신체적 증상의 정도	21	.898
		불안	인지적, 정서적, 신체적 영역에서의 불안의 정도	21	.883
		게임중독	게임지향적 생활, 내성과 통제력 상실, 금단과 정서경험 경향성	20	.927
		자살	자살생각, 자살계획, 자살시도의 경험	3	-
		스트레스	부모, 형제자매, 외모, 건강, 경제, 친구, 이성, 선·후배, 선생님 관계, 진로, 학업문제에서의 스트레스 정도	12	.903
		비행	흡연, 음주, 절도, 폭행, 강탈, 무단결석, 가출, 음란물, 도박, 공공기물 파손 경험	10	.797
	긍정적 요인	생활만족도	부모, 친구, 선생님과의 관계, 경제적인 생활수준, 여가 생활, 학교생활, 학업성적, 건강의 만족도 정도	8	.833
		자아존중감	자기 자신에 대한 긍정적 태도의 정도	5	.904
		자기효능감	자신이 효율적으로 기능할 수 있다는 신념의 정도	3	.862
		정서조절	부적 정서 체험 후에도 감정에 휩쓸리지 않고, 자신의 감정을 적절하게 조절할 수 있는 정도	3	.800
		낙관주의	자신의 인생과 세상을 긍정적이며, 희망적으로 보고, 또 통제 할 수 있을 것이라는 신념의 정도	3	.791
가족영역	부모의 지원		정서, 정보, 경제적 지원의 정도	14	.975
	가족관계 질		가족구성원간의 유대감이나 친밀의 정도	5	.925
지역사회 영역	지역사회 지원		가족, 친구, 선생님 이외에 지역사회의 돌봄과 지원의 정도	3	.836
	지역사회 상호작용		지역사회의 단체나 기관 등의 활동에 참여하는 정도	3	.759
학교영역	학교수업		학업에 대한 유능감을 갖고 있는 정도	3	.825
	교사관계		교사와의 긍정적인 태도와 친밀한 교류를 하는 정도	3	.892
	친구관계		친구와 긍정적인 교류를 하고 도움을 주고받는 정도	3	.848
	학교생활		학교시설과 물건을 아끼고 규칙을 잘 지키려고 하는 정도	3	.713

\* 주: 각 변인에 대한 세부 문항내용은 부록에 제시되어 있음.

## 6. 주요 조사 결과<sup>4)</sup>

### 1) 개인영역

#### (1) 부정적 요인

##### ① 우울 - 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

우울에 대한 요인별 평균에서는 ‘정서적인 표현/부정적 인지(M=0.48)’가 가장 높게 나타났고, ‘부정적 자기상/정신운동지연(M=0.42)’, ‘죄책감/자기혐오(M=0.40)’, ‘신체적 측면(M=0.37)’의 순으로 나타났음

표 III-8 우울의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

요인	문항		평균	표준 편차
죄책감 /자기혐오	1	지난 일주일 간의 상태 - 슬픔	0.31	0.57
	3	지난 일주일 간의 상태 - 실패	0.35	0.67
	5	지난 일주일 간의 상태 - 죄책감	0.31	0.55
	6	지난 일주일 간의 상태 - 벌	0.44	0.70
	7	지난 일주일 간의 상태 - 자신에 대한 실망	0.48	0.66
	8	지난 일주일 간의 상태 - 자책	0.47	0.65
	9	지난 일주일 간의 상태 - 자살	0.46	0.65
소계			0.40	0.44
부정적 자기상 /정신운동 지연	12	지난 일주일 간의 상태 - 타인에 대한 관심	0.38	0.60
	13	지난 일주일 간의 상태 - 결정	0.55	0.67
	14	지난 일주일 간의 상태 - 자신의 매력	0.51	0.79
	15	지난 일주일 간의 상태 - 일할 의욕	0.40	0.61
	21	지난 일주일 간의 상태 - 성욕	0.27	0.69
소계			0.42	0.44
신체적 측면	16	지난 일주일 간의 상태 - 잠	0.33	0.59
	17	지난 일주일 간의 상태 - 피곤함	0.74	0.67
	18	지난 일주일 간의 상태 - 식욕	0.32	0.65
	19	지난 일주일 간의 상태 - 체중변화	0.22	0.54
	20	지난 일주일 간의 상태 - 건강에 대한 염려	0.24	0.49
소계			0.37	0.36
정서적인 표현 /부정적 인지	2	지난 일주일 간의 상태 - 앞날에 대한 기대	0.42	0.63
	4	지난 일주일 간의 상태 - 일상생활 만족	0.55	0.75
	10	지난 일주일 간의 상태 - 울기	0.24	0.60
	11	지난 일주일 간의 상태 - 짜증	0.69	0.71
소계			0.48	0.48
우울 영역(전체)			0.41	0.36

4) 이 절에서는 응답자 특성에 따른 각 세부영역별 집단 간 차이에 대한 분석결과만을 제시하였고, 전체항목에 대한 세부 분석결과는 2권 “조사결과 자료집”에 수록하였음.

우울에 대한 요인별 차이를 분석한 결과가 <표 Ⅲ-9>에 제시되어 있다. 분석결과를 보면 우울의 세부요인을 구성하는 정서적인 표현/부정적 인지, 부정적자기상/정신운동지연, 죄책감/자기혐오 신체적 측면 모두에서 거주지 변인만 제외한 성별, 교급별, 그리고 가족구성별 변인의 각 수준 간에 통계적으로 유의한 차이가 관찰되었다. 즉 여자가 남자보다 모든 세부요인에서 더 높은 평균점수를 나타냈으며, 교급별로는 초·중·고등학생 순으로 연령이 증가할수록 모든 세부요인에서 평균점수가 높아지는 경향을 보였다. 또한 네 가지 우울요인 모두에서 한부모가정의 응답자가 양부모가정보다 평균점수가 더 높은 경향을 보였다. 우울별 세부요인을 합산한 전체에서도 거주지변인을 제외한 성별, 교급별, 가족구성에 따른 집단 수준 간 유의한 차이가 확인되었다. 각 세부 요인별 평균과 집단 간 차이 그리고 사후검증 결과는 다음 <표 Ⅲ-9>에 제시되어 있다.

표 III-9 응답자의 특성에 따른 우울의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		죄책감 /자기혐오		부정적 자기상 /정신운동지연		신체적 측면		정서적인 표현 /부정적인 인지		우울(전체)	
		<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (n=4874)	0.37 (0.43)	-8.430 ***	0.40 (0.43)	-5.161 ***	0.36 (0.37)	-3.202 ***	0.41 (0.45)	-13.753 ***	0.38 (0.35)	-9.220 ***
	여자 (n=4561)	0.44 (0.45)		0.44 (0.45)		0.38 (0.35)		0.55 (0.51)		0.45 (0.37)	
교육별	초등학교 (n=2943)	0.28 (0.38)	209.081 *** (ab,ac, bc)	0.31 (0.40)	151.176 *** (ab,ac, bc)	0.30 (0.35)	124.069 *** (ab,ac, bc)	0.35 (0.44)	192.560 *** (ab,ac, bc)	0.30 (0.33)	250.371 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2844)	0.42 (0.44)		0.43 (0.43)		0.36 (0.35)		0.48 (0.47)		0.42 (0.36)	
	고등학교 (n=3648)	0.49 (0.46)		0.50 (0.45)		0.44 (0.37)		0.58 (0.50)		0.50 (0.37)	
거주지	서울 (n=1393)	0.41 (0.43)	0.333	0.42 (0.43)	1.695	0.37 (0.35)	0.206	0.48 (0.48)	0.776	0.41 (0.35)	0.210
	광역시 (n=2432)	0.41 (0.44)		0.41 (0.44)		0.37 (0.36)		0.47 (0.48)		0.41 (0.36)	
	사군 (n=5610)	0.40 (0.44)		0.43 (0.44)		0.37 (0.37)		0.48 (0.48)		0.41 (0.37)	
가족 구성	양부모가정 (n=8513)	0.39 (0.43)	17.983 *** (gh)	0.41 (0.43)	9.380 *** (gh)	0.36 (0.36)	14.122 *** (gh)	0.46 (0.48)	14.129 *** (gh)	0.40 (0.36)	20.050 *** (gh)
	한부모가정 (n=743)	0.53 (0.50)		0.51 (0.48)		0.45 (0.40)		0.60 (0.52)		0.52 (0.40)	
	조손가정 (n=82)	0.42 (0.44)		0.44 (0.45)		0.45 (0.45)		0.47 (0.51)		0.45 (0.40)	
전체 <i>M</i> ( <i>SD</i> )		0.40(0.44)		0.42(0.44)		0.37(0.36)		0.48(0.48)		0.41(0.36)	

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

② 불안 - 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

불안에 대한 요인별 평균에서는 ‘자율신경계적 불안요인(M=0.52)’이 가장 높게 나타났으며 ‘주관적 불안요인(M=0.43)’, ‘신경생리학적 불안요인(M=0.41)’, ‘공황적 불안요인(M=0.25)’ 순으로 나타남

표 III-10      불안의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

요인	문항		평균	표준 편차
신경 생리학적 불안요인	1	나는 가끔씩 몸이 저리고 쓰시며 감각이 마비된 느낌을 받는다	0.45	0.62
	3	나는 가끔씩 다리가 떨리곤 한다	0.50	0.70
	6	나는 어지러움(현기증)을 느낀다	0.69	0.82
	8	나는 침착하지 못하다	0.60	0.75
	12	나는 자주 손이 떨린다	0.26	0.59
	13	나는 안절부절 못한다	0.27	0.57
	19	나는 가끔씩 기절할 것 같다	0.11	0.39
소계			0.41	0.40
주관적 불안요인	4	나는 편안하게 쉴 수가 없다	0.45	0.72
	5	매우 나쁜 일이 일어날 것 같은 두려움을 느낀다	0.53	0.76
	9	나는 자주 겁을 먹고 무서움을 느낀다	0.57	0.80
	10	나는 신경이 과민되어 있다	0.51	0.78
	14	나는 미칠 것 같은 두려움을 느낀다	0.17	0.49
	17	나는 불안한 상태에 있다	0.33	0.64
소계			0.43	0.51
자율 신경계적 불안요인	2	나는 흥분된 느낌을 받는다	0.39	0.60
	18	나는 자주 소화가 잘 안되고 배속이 불편하다	0.52	0.79
	20	나는 자주 얼굴이 붉어지곤 한다	0.33	0.68
	21	나는 땀을 많이 흘린다	0.85	0.95
소계			0.52	0.48
공황적 불안요인	7	나는 가끔씩 심장이 두근거리고 빨리 뛴다	0.51	0.73
	11	나는 가끔씩 숨이 막히고 질식 할 것 같다	0.16	0.48
	15	나는 가끔씩 숨쉬기가 곤란할 때가 있다	0.20	0.52
	16	나는 죽을 것 같은 두려움을 느낀다	0.13	0.44
소계			0.25	0.40
불안 영역(전체)			0.40	0.38



### ▣ 응답자의 특성에 따른 불안 영역의 요인별 차이 분석

불안 세부요인별 차이를 분석한 결과가 <표 III-11>에 제시되어 있다. 분석결과를 보면 불안의 하부요인인 자율신경계적 불안, 주관적 불안, 신경생리학적 불안, 공황적 불안 모두에서 성별, 교급별, 그리고 가족구성별 변인의 각 수준 간에 통계적으로 유의한 차이가 관찰되었다. 자율신경계적 불안의 경우만 거주지 변인에서 유의한 차이를 보였다. 여자가 남자보다 자율신경계적 불안을 제외한 세부요인에서 더 높은 평균점수를 나타냈으며, 교급별로는 초·중·고등학생 순으로 연령이 증가할수록 모든 세부요인에서 평균점수가 높아지는 경향을 보였다. 네 가지 불안요인 모두에서 한부모가정의 응답자가 양부모가정보다 평균점수가 더 높은 경향을 보였다. 불안별 세부요인을 합산한 전체에서도 거주지변인을 제외한 성별, 교급별, 가족구성에 따른 집단 수준 간 유의한 차이가 확인되었다. 각 세부 요인별 평균과 집단 간 차이 그리고 사후검증 결과는 다음 <표 III-11>에 제시되어 있다.

표 III-11 응답자의 특성에 따른 불안의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		신경생리학적 불안요인		주관적 불안요인		자율신경계적 불안요인		공황적 불안요인		불안(전체)	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4874)	0.39 (0.39)	-3.876 ***	0.38 (0.48)	-9.063 ***	0.53 (0.47)	2.843**	0.23 (0.39)	-4.523 ***	0.38 (0.35)	-5.492 ***
	여자 (n=4561)	0.43 (0.41)		0.47 (0.54)		0.51 (0.49)		0.27 (0.41)		0.42 (0.39)	
교급별	초등학교 (n=2943)	0.29 (0.35)	207.577 *** (ab,ac, bc)	0.31 (0.44)	156.565 *** (ab,ac, bc)	0.43 (0.44)	98.150 *** (ab,ac, bc)	0.18 (0.34)	75.791 *** (ab,ac, bc)	0.30 (0.33)	201.385 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2844)	0.43 (0.40)		0.42 (0.49)		0.51 (0.48)		0.25 (0.40)		0.41 (0.36)	
	고등학교 (n=3648)	0.49 (0.42)		0.52 (0.55)		0.60 (0.50)		0.30 (0.44)		0.48 (0.40)	
거주지	서울 (n=1393)	0.42 (0.42)	0.523	0.44 (0.51)	1.631	0.55 (0.49)	3.672* (df)	0.26 (0.40)	0.351	0.42 (0.38)	1.910
	광역시 (n=2432)	0.41 (0.40)		0.41 (0.50)		0.52 (0.49)		0.25 (0.39)		0.40 (0.37)	
	시군 (n=5610)	0.41 (0.40)		0.43 (0.51)		0.51 (0.47)		0.25 (0.40)		0.40 (0.38)	
가족 구성	양부모가정 (n=8513)	0.40 (0.40)	10.679 *** (gh)	0.41 (0.50)	10.246 *** (gh)	0.51 (0.48)	5.120 *** (gh)	0.24 (0.39)	7.300 *** (gh)	0.39 (0.37)	11.214 *** (gh)
	한부모가정 (n=743)	0.50 (0.44)		0.54 (0.58)		0.59 (0.50)		0.32 (0.47)		0.49 (0.42)	
	조손가정 (n=82)	0.49 (0.47)		0.43 (0.49)		0.56 (0.50)		0.25 (0.44)		0.44 (0.41)	
전체 M(SD)		0.41(0.40)		0.43(0.51)		0.52(0.48)		0.25(0.40)		0.40(0.38)	

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

③ 게임 중독 - 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

게임 중독에 대한 요인별 평균에서는 ‘게임 내성과 통제력 상실(M=1.31)’이 가장 높게 나타났으며 ‘게임 지향적 생활(M=1.25)’, ‘게임 금단과 정서 경험(M=1.17)’ 순으로 나타났음

표 III-12 게임 중독의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

요인	문항		평균	표준 편차
게임 지향적 생활	1	게임을 하는 것이 친한 친구들과 어울리는 것보다 더 좋다	1.42	0.72
	2	게임공간에서의 생활이 실제생활보다 더 좋다	1.25	0.60
	3	게임 속의 내가 실제의 나보다 더 좋다	1.18	0.51
	4	게임에서 사귀 친구들이 실제 친구들보다 나를 더 알아준다	1.16	0.49
	5	게임에서 사람을 사귀는 것이 더 편하고 자신 있다	1.20	0.53
	6	밤 늦게까지 게임을 하느라 시간 가는 줄 모른다	1.27	0.58
소계			1.25	0.41
게임 내성과 통제력 상실	7	게임을 하느라 해야 할 일을 못한다	1.38	0.63
	8	갈수록 게임을 하는 시간이 길어진다	1.31	0.61
	9	점점 더 오랜 시간 게임을 해야 만족하게 된다	1.23	0.56
	10	게임을 그만두어야 하는 경우에도 게임을 그만두는 것이 어렵다	1.34	0.64
	11	게임 하는 시간을 줄이려고 노력하지만 실패한다	1.28	0.61
	12	게임을 안 하겠다고 마음먹고도 다시 게임을 하게 된다	1.37	0.68
게임 금단과 정서경험	13	게임 생각 때문에 공부에 집중하기 어렵다	1.24	0.55
	소계		1.31	0.48
	14	게임을 못한다는 것은 건디기 힘든 일이다	1.19	0.52
	15	게임을 하지 않을 때에도 게임 생각을 하게 된다	1.26	0.55
	16	게임으로 인해 생활에 문제가 생기더라도 게임을 해야 한다	1.07	0.32
	17	게임을 하지 못하면 불안하고 초조하다	1.08	0.33
게임 금단과 정서경험	18	다른 일 때문에 게임을 못하게 될까봐 걱정된다	1.12	0.41
	19	누가 게임을 못하게 하면 신경질이 난다	1.28	0.59
	20	게임을 못하게 되면 화가 난다	1.18	0.50
소계			1.17	0.35
게임 중독 영역(전체)			1.24	0.36

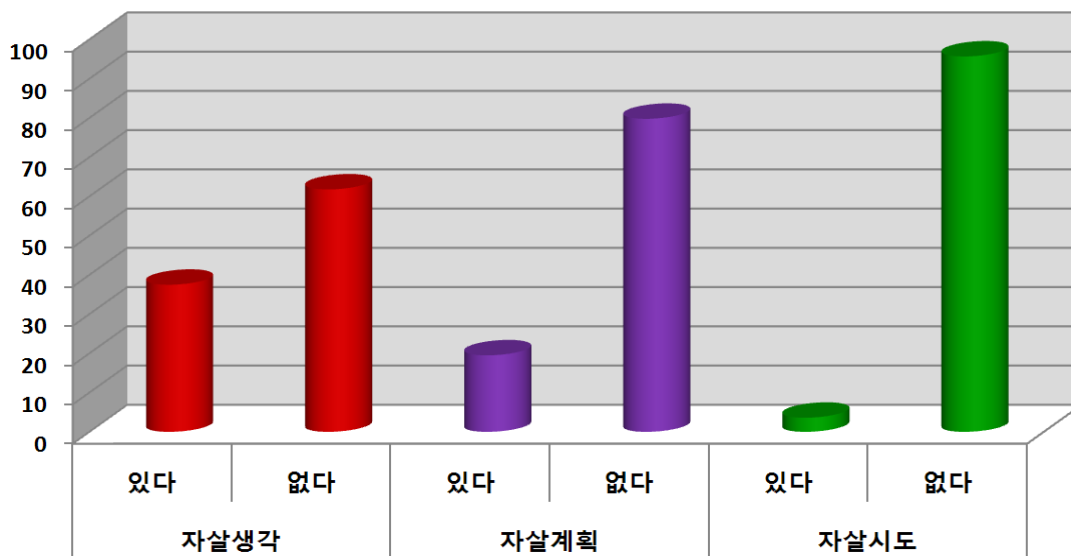
게임 중독에 대한 요인별 차이를 분석한 결과, 게임 중독의 하부요인인 게임 내성과 통제력  
실, 게임 지향적 생활, 게임 금단과 정서경험 모두에서 성별, 교급별, 거주지별 그리고 가족구성별  
인의 각 수준 간 통계적으로 유의한 차이가 관찰되었다. 남자가 여자보다 게임 중독 세부요인  
두에서 더 높은 평균점수를 보였으며, 교급별로는 중학생이 초등학교생과 고등학교생 보다 각 세부요인  
서 더 평균점수를 나타냈다. 거주지별로는 서울, 광역시, 시군 순서대로 각 세부 불안 요인에서  
은 평균점수를 보였다. 세 가지 게임 중독 요인 모두에서 조손가정, 한부모가정, 양부모가정의  
으로 평균점수가 더 높아지는 경향을 보였다. 게임 중독별 세부요인을 합산한 전체에서도 성별,  
급별, 거주지별 그리고 가족구성에 따른 집단 수준 간 유의한 차이가 확인되었다. 각 세부 요인별  
군과 집단 간 차이 그리고 사후검증 결과는 다음 <표 Ⅲ-13>에 제시되어 있다.

III-13

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$   
\*주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

#### ④ 자살 - 항목별 백분율

자살에 대한 항목별 분석결과 '자살생각이 있다'가 전체 응답자(N=9,435) 중 37.5%(N=3540)로 나타났으며, '자살을 계획한 적이 있다'가 19.5%(N=1839), '자살을 시도해 본 적이 있다'가 3.6%(N=341)로 나타남



【그림 III-1】 전체 응답자 대비 자살의 항목별 백분율

표 III-14 전체 응답자 대비 자살의 항목별 백분율

문항		전체(N)	있다	없다	무응답
1	자살에 대해 생각해본 적이 있다	9,435 (100.0%)	3,540 (37.5%)	5,829 (61.8%)	66 (0.7%)
2	자살에 대해 계획해본 적이 있다		1,839 (19.5%)	7,515 (79.7%)	81 (0.9%)
3	자살을 시도해본 적이 있다		341 (3.6%)	9,014 (95.5%)	80 (0.8%)

### ▣ 응답자의 특성에 따른 자살 영역의 항목별 차이 분석

자살에 대한 항목별 차이를 분석한 결과, 거주지 변인을 제외한 성별, 교급별, 가족구성별 변인에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 나타났다. 자살생각과 자살계획에 대한 성별 비교에서 여자가 남자보다 평균점수가 높았다. 교급별로는 자살생각의 경우 초등학생보다 중·고등학생에서 평균점수가 높았으며, 자살계획은 중학생이 초등학생과 고등학생보다 높은 평균점수를 보였다. 거주지별 분석에서 지역별 평균차이가 유의하게 나타나지 않았다. 가정유형별 분석에서 한부모가정이 양부모가정에 비해 자살생각과 자살계획영역에서 더 높은 평균점수를 보였다. 자살생각이 있는 청소년을 대상으로 자살을 시도한 적이 있는지에 대한 물음에 대해, 남자보다는 여자가, 교급별로는 중학생이 초·고등학생보다, 양부모가정보다는 한부모 및 조손가정에서 높은 비율로 나타났다. 각 세부 요인별 평균과 집단 간 차이 그리고 사후검증 결과는 다음 <표 III-15>에 제시되어 있다.

표 III-15      응답자의 특성에 따른 자살의 항목별 차이 분석

응답자의 특성 (전체청소년 N=9,435)		자살생각		응답자의 특성 (자살생각 청소년 N=3,540)		자살계획	
		M (SD)	t, F (Sheffé)			M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	1.48 (0.80)	-16.608***	성별	남자 (n=1,469)	1.73 (0.83)	-2.401*
	여자 (n=4,561)	1.78 (0.96)			여자 (n=2,071)	1.80 (0.87)	
교급별	초등학교 (n=2,943)	1.43 (0.79)	102.571*** (ab,ac)	교급별	초등학교 (n=776)	1.76 (0.85)	3.009* (-)
	중학교 (n=2,844)	1.71 (0.92)			중학교 (n=1,212)	1.81 (0.85)	
	고등학교 (n=3,648)	1.72 (0.93)			고등학교 (n=1,552)	1.73 (0.85)	
거주지	서울 (n=1,393)	1.65 (0.90)	1.015	거주지	서울 (n=556)	1.74 (0.84)	0.544
	광역시 (n=2,432)	1.62 (0.89)			광역시 (n=904)	1.79 (0.85)	
	시·군 (n=5,610)	1.62 (0.89)			시·군 (n=2,080)	1.77 (0.86)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	1.60 (0.88)	10.889*** (gh)	가족 구성	양부모가정 (n=3,127)	1.74 (0.84)	6.820*** (gh)
	한부모가정 (n=743)	1.82 (1.01)			한부모가정 (n=338)	1.99 (0.91)	
	조손가정 (n=82)	1.62 (0.92)			조손가정 (n=30)	1.83 (0.83)	
전체 M(SD)		1.62(0.89)		전체 M(SD)		1.77(0.85)	

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시·군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

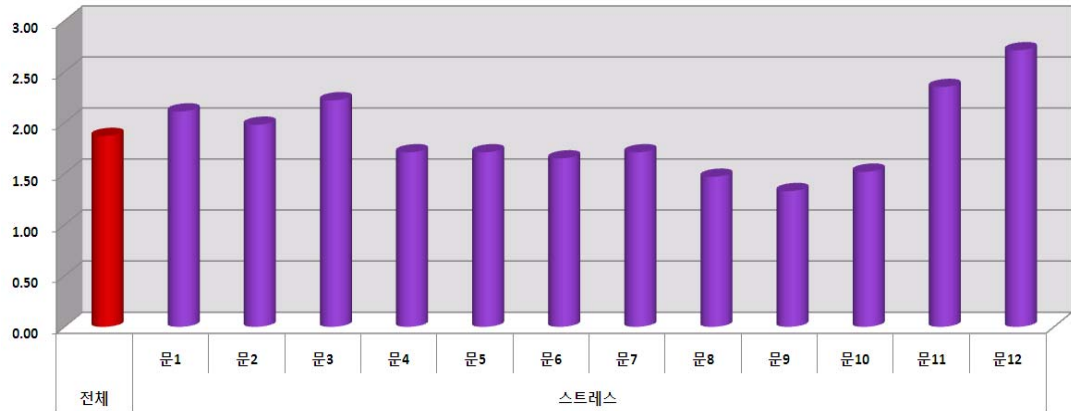
표 III-16 응답자의 특성에 따른 자살 항목별 세부 분석

전체 청소년(N=9,435) 대비 자살생각 청소년 비율			전체 청소년(N=9,435) 대비 자살계획 청소년 비율			전체 청소년(N=9,435) 대비 자살시도 청소년 비율					
응답자의 특성		있다	없다	응답자의 특성		있다	없다	응답자의 특성		있다	없다
전체(N=9,435)		3,540 (37.5%)	5,829 (61.8%)	전체(N=9,435)		1,839 (19.5%)	7,515 (79.7%)	전체(N=9,435)		341 (3.6%)	9,014 (95.5%)
성별	남자 (n=4,874)	1,469 (30.2%)	3,360 (68.9%)	남자 (n=4,874)		746 (15.3%)	4,078 (83.7%)	남자 (n=4,874)		97 (2.0%)	4,727 (97.0%)
	여자 (n=4,561)	2,071 (45.4%)	2,469 (54.1%)	여자 (n=4,561)		1,093 (24.0%)	3,437 (75.4%)	여자 (n=4,561)		244 (5.3%)	4,287 (94.0%)
교급별	초등학교 (n=2,943)	776 (26.4%)	2,145 (72.9%)	초등학교 (n=2,943)		404 (13.7%)	2,513 (85.4%)	초등학교 (n=2,943)		79 (2.7%)	2,838 (96.4%)
	중학교 (n=2,844)	1,212 (42.6%)	1,609 (56.6%)	중학교 (n=2,844)		667 (23.5%)	2,149 (75.6%)	중학교 (n=2,844)		134 (4.7%)	2,683 (94.3%)
	고등학교 (n=3,648)	1,552 (42.5%)	2,075 (56.9%)	고등학교 (n=3,648)		768 (21.1%)	2,853 (78.2%)	고등학교 (n=3,648)		128 (3.5%)	3,493 (95.8%)
거주지	서울 (n=1,393)	556 (39.9%)	829 (59.5%)	서울 (n=1,393)		282 (20.2%)	1,103 (79.2%)	서울 (n=1,393)		59 (4.2%)	1,325 (95.1%)
	광역시 (n=2,432)	904 (37.2%)	1,509 (62.0%)	광역시 (n=2,432)		484 (17.8%)	1,922 (79.0%)	광역시 (n=2,432)		87 (3.6%)	2,320 (95.4%)
	시군 (n=5,610)	2,080 (37.1%)	3,491 (62.2%)	시군 (n=5,610)		1,073 (19.1%)	4,490 (80.0%)	시군 (n=5,610)		195 (3.5%)	5,369 (95.7%)
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	3,127 (36.7%)	5,331 (62.6%)	양부모가정 (n=8,513)		1,584 (18.6%)	6,861 (80.6%)	양부모가정 (n=8,513)		295 (3.5%)	8,152 (95.8%)
	한부모가정 (n=743)	338 (45.5%)	398 (53.6%)	한부모가정 (n=743)		212 (28.5%)	522 (70.3%)	한부모가정 (n=743)		36 (4.9%)	697 (93.8%)
	조손가정 (n=82)	30 (36.6%)	49 (59.8%)	조손가정 (n=82)		18 (22.0%)	61 (74.4%)	조손가정 (n=82)		5 (6.1%)	74 (90.2%)

자살생각 청소년(N=3,540) 대비 자살계획 청소년 비율				자살생각 청소년(N=3,540) 대비 자살시도 청소년 비율					
응답자의 특성		있다	없다	무응답	응답자의 특성		있다	없다	무응답
전체(N=3,540)		1,839 (52.0%)	1,686 (47.6%)	15 (0.4%)	전체(N=3,540)		341 (9.6%)	3,185 (90.0%)	14 (0.4%)
성별	남자 (n=1,469)	746 (50.8%)	718 (48.9%)	5 (0.3%)	성별	남자 (n=1,469)	97 (6.6%)	1,367 (90.0%)	5 (0.3%)
	여자 (n=2,071)	1,093 (52.8%)	968 (46.7%)	10 (0.5%)		여자 (n=2,071)	244 (11.8%)	1,818 (87.8%)	9 (0.4%)
교급별	초등학교 (n=776)	404 (52.1%)	368 (47.4%)	4 (0.5%)	교급별	초등학교 (n=776)	79 (10.2%)	693 (89.3%)	4 (0.5%)
	중학교 (n=1,212)	667 (55.0%)	540 (44.6%)	5 (0.4%)		중학교 (n=1,212)	134 (11.1%)	1,074 (88.6%)	4 (0.3%)
	고등학교 (n=1,552)	768 (49.5%)	778 (50.1%)	6 (0.4%)		고등학교 (n=1,552)	128 (8.2%)	1,418 (91.4%)	6 (0.4%)
거주지	서울 (n=556)	282 (50.7%)	274 (49.3%)	0 (0.0%)	거주지	서울 (n=556)	59 (10.6%)	496 (89.2%)	1 (0.2%)
	광역시 (n=904)	484 (53.5%)	413 (45.7%)	7 (0.8%)		광역시 (n=904)	87 (9.6%)	811 (89.7%)	6 (0.7%)
	시군 (n=2,080)	1,073 (51.6%)	999 (48.0%)	8 (0.4%)		시군 (n=2,080)	195 (9.4%)	1,878 (90.3%)	7 (0.3%)
가족 구성	양부모가정 (n=3,127)	1,584 (50.7%)	1,530 (48.9%)	13 (0.4%)	가족 구성	양부모가정 (n=3,127)	295 (9.4%)	2,821 (90.2%)	11 (0.4%)
	한부모가정 (n=338)	212 (62.7%)	124 (36.7%)	2 (0.6%)		한부모가정 (n=338)	36 (10.7%)	299 (88.5%)	3 (0.9%)
	조손가정 (n=30)	18 (60.0%)	12 (40.0%)	0 (0.0%)		조손가정 (n=30)	5 (16.7%)	25 (83.3%)	0 (0.0%)

⑤ 스트레스 - 항목별 평균 및 표준편차

스트레스에 대한 항목별 평균에서는 ‘학업문제(시험, 성적문제 등)(M=2.71)’가 가장 높았고 ‘진로문제(M=2.35)’, ‘외모(M=2.22)’ 등의 순으로 나타났으며, ‘선후배 관계(M=1.33)’가 가장 낮았음



【그림 III-2】 스트레스의 항목별 평균

표 III-17 스트레스의 항목별 평균 및 표준편차

문항		평균	표준 편차
1	부모님과의 관계	2.11	0.97
2	형제·자매와의 관계	1.98	0.99
3	외모(키, 몸매, 생김새 등)	2.22	1.00
4	신체건강	1.71	0.89
5	심리건강	1.71	0.92
6	가정형편(경제적 문제)	1.65	0.88
7	친구와의 관계(친구갈등, 폭력 등)	1.71	0.89
8	이성과의 관계	1.47	0.79
9	선·후배 관계	1.33	0.67
10	선생님과의 관계	1.52	0.84
11	진로문제(장래 또는 미래)	2.35	1.16
12	학업문제(시험, 성적문제 등)	2.71	1.11
스트레스 영역(전체)		1.87	0.58

### □ 응답자의 특성에 따른 스트레스 영역의 항목별 차이 분석

청소년들의 개인 내(內) 스트레스 심리요인에 대한 12개 하부 요인별 차이를 분석한 결과, 성별, 교급별, 거주지별 그리고 가족구성별 변인에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 나타났다. 성별 비교에서는 모든 스트레스 영역에서 여자가 남자보다 평균점수가 높았으며, 선후배 관계를 제외한 11개 영역에서 그 차이가 유의하게 나타났다.

표 III-18 응답자의 특성에 따른 스트레스의 항목별 차이 분석

응답자의 특성		부모 관계		형제·자매관계		외모		신체건강		심리건강		가정형편	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	2.06 (0.97)	-4.892 ***	1.91 (0.99)	-7.201 ***	2.00 (0.97)	-22.767 ***	1.62 (0.86)	-10.275 ***	1.54 (0.82)	-18.331 ***	1.57 (0.84)	-8.449 ***
	여자 (n=4,561)	2.16 (0.97)		2.05 (0.99)		2.46 (0.98)		1.81 (0.90)		1.89 (0.98)		1.73 (0.91)	
교급별	초등학교 (n=2,943)	1.83 (0.95)	176.538 *** (ab,ac, bc)	2.04 (1.06)	41.675 *** (ac,bc)	1.80 (0.96)	492.830 *** (ab,ac, bc)	1.46 (0.79)	265.045 *** (ab,ac, bc)	1.36 (0.73)	428.483 *** (ab,ac, bc)	1.33 (0.69)	434.024 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,844)	2.19 (0.94)		2.06 (0.99)		2.26 (0.98)		1.69 (0.86)		1.70 (0.88)		1.59 (0.82)	
	고등학교 (n=3,648)	2.26 (0.96)		1.86 (0.92)		2.54 (0.93)		1.95 (0.92)		2.00 (0.98)		1.94 (0.96)	
거주지	서울 (n=1,393)	2.14 (0.98)	1.146	1.98 (1.01)	0.502	2.20 (1.01)	0.340	1.70 (0.91)	0.127	1.70 (0.92)	0.114	1.63 (0.89)	3.333 * (ef)
	광역시 (n=2,432)	2.09 (0.97)		1.96 (0.98)		2.22 (0.99)		1.72 (0.87)		1.71 (0.90)		1.69 (0.89)	
	시군 (n=5,610)	2.11 (0.97)		1.98 (0.99)		2.23 (1.00)		1.71 (0.89)		1.71 (0.93)		1.63 (0.87)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	2.09 (0.97)	10.087 ***	1.98 (0.99)	0.971	2.20 (1.00)	12.286 *** (gh)	1.69 (0.87)	13.462 *** (gh)	1.69 (0.91)	15.780 *** (gh)	1.60 (0.84)	90.068 *** (gh,hi)
	한부모가정 (n=743)	2.26 (1.00)		1.97 (1.00)		2.47 (1.02)		1.94 (0.98)		1.97 (1.00)		2.23 (1.06)	
	조손가정 (n=82)	-		2.14 (1.06)		2.22 (0.99)		1.80 (0.90)		1.73 (0.90)		1.69 (0.89)	
전체 M(SD)		2.11(0.97)		1.98(0.99)		2.22(1.00)		1.71(0.89)		1.71(0.92)		1.65(0.88)	

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정



응답자의 특성		친구관계		이성관계		선·후배관계		선생님관계		진로문제		학업문제		전체	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	1.60 (0.83)	-12870 ***	1.46 (0.78)	-2,263 *	1.33 (0.68)	-0.560	1.50 (0.84)	-2.64 3 **	2.23 (1.15)	-10.4 30 ***	2.56 (1.13)	-13.7 67 ***	1.78 (0.56)	-15. 882 ***
	여자 (n=4,561)	1.83 (0.93)		1.49 (0.80)		1.34 (0.66)		1.54 (0.83)		2.47 (1.16)		2.87 (1.06)		1.97 (0.59)	
교급 별	초등학교 (n=2,943)	1.57 (0.86)	54,461 *** (ab,ac)	1.27 (0.64)	182,951 *** (ab,ac ,bc)	1.33 (0.71)	10,871 *** (ab,bc)	1.38 (0.78)	65,59 2 *** (ab,ac ,bc)	1.46 (0.83)	2154. 778 *** (ab,ac ,bc)	2.03 (1.07)	1032. 445 *** (ab,ac ,bc)	1.57 (0.55)	741. 797 *** (ab,ac ,bc)
	중학교 (n=2,844)	1.75 (0.90)		1.48 (0.79)		1.38 (0.71)		1.55 (0.84)		2.41 (1.08)		2.89 (1.02)		1.91 (0.54)	
	고등학교 (n=3,648)	1.79 (0.88)		1.64 (0.87)		1.30 (0.61)		1.61 (0.87)		3.02 (0.95)		3.13 (0.93)		2.08 (0.53)	
거주 지	서울 (n=1,393)	1.70 (0.89)	0.799	1.53 (0.86)	6,871 ** (df)	1.31 (0.65)	1.317	1.52 (0.85)	0.999	2.31 (1.15)	3,375 *	2.73 (1.12)	0.291	1.87 (0.58)	0.025
	광역시 (n=2,432)	1.69 (0.88)		1.49 (0.79)		1.33 (0.66)		1.50 (0.81)		2.40 (1.15)		2.70 (1.09)		1.87 (0.57)	
	시군 (n=5,610)	1.72 (0.89)		1.45 (0.78)		1.34 (0.68)		1.53 (0.84)		2.33 (1.16)		2.71 (1.11)		1.87 (0.58)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	1.69 (0.88)	6,448 *** (gh)	1.46 (0.78)	6,512 *** (gh)	1.33 (0.67)	3,815 ** (gh)	1.51 (0.83)	1.581	2.32 (1.15)	17,067 *** (gh, hi)	2.70 (1.11)	5,990 *** (gh, hi)	1.85 (0.57)	46.43 6 ***
	한부모가정 (n=743)	1.86 (0.95)		1.61 (0.88)		1.42 (0.72)		1.58 (0.84)		2.68 (1.15)		2.87 (1.08)		2.07 (0.59)	
	조손가정 (n=82)	1.82 (1.03)		1.47 (0.82)		1.41 (0.79)		1.63 (0.86)		2.11 (1.13)		2.37 (1.12)		-	
전체 M(SD)		1.71(0.89)		1.47(0.79)		1.33(0.67)		1.52(0.84)		2.35(1.16)		2.71(1.11)		1.87(0.58)	

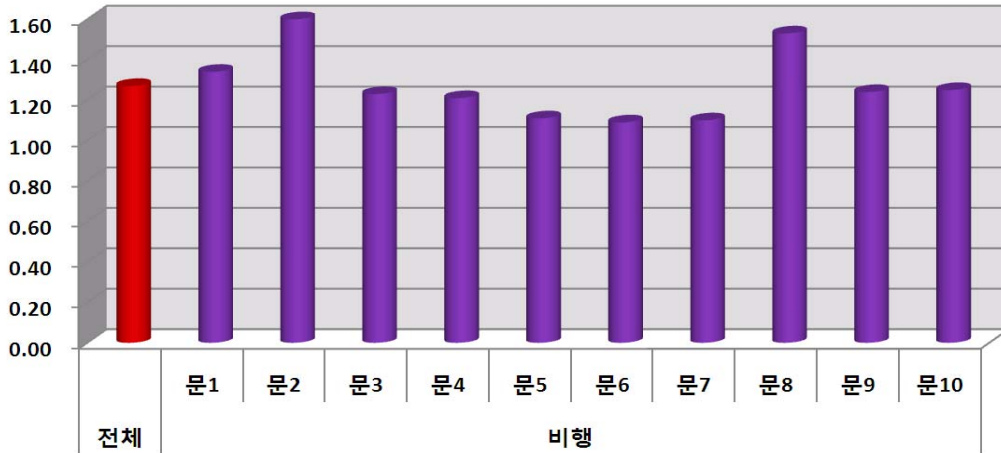
\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

교급별 분석에서 형제·자매 및 선·후배 관계 스트레스를 제외한 10개 영역에서 초등학생에서 중학생, 고등학생으로 올라갈수록 평균 점수가 더 높게 나타났고 이 차이는 통계적으로 유의하였다. 거주지별 분석에서 가정형편, 이성관계, 진로문제 스트레스를 제외한 지역별 평균차이가 유의하게 나타나지 않았다. 가정유형별 분석에서 형제·자매관계로 인한 스트레스를 제외한 모든 유형의 스트레스에서 한부모가정이 양부모가정에 비해 더 높은 평균점수를 보였으며, 통계적으로 유의하게 확인되었다. 각 세부 요인별 평균과 집단 간 차이 그리고 사후검증 결과는 <표 Ⅲ-18>에 제시되어 있다.

⑥ 비행 - 항목별 평균 및 표준편차

비행영역의 항목별 평균에서는 '술을 마신 적이 있다(M=1.60)'가 가장 높게 나타났고, '인터넷 성인사이트를 본 적이 있다(M=1.53)', '담배를 피운 적이 있다(M=1.34)' 순으로 나타남



【그림 III-3】 비행영역의 항목별 평균

표 III-19 비행영역의 항목별 평균 및 표준편차

문항		평균	표준 편차
1	담배를 피운 적이 있다	1.34	0.89
2	술을 마신 적이 있다	1.60	0.99
3	남의 돈이나 물건을 슬쩍 훔친 적이 있다	1.23	0.61
4	다른 사람을 심하게 때린 적이 있다	1.21	0.59
5	남의 돈이나 물건을 뺏은 적이 있다	1.11	0.46
6	학교를 이유 없이 맘대로 결석한 적이 있다	1.09	0.42
7	가출을 한 적이 있다	1.10	0.43
8	인터넷 성인사이트를 본 적이 있다	1.53	1.04
9	돈내기 도박을 해본 적이 있다	1.24	0.73
10	공공장소에 있는 기물이나 다른 사람의 물건을 파손시킨 적이 있다	1.25	0.62
비행영역(전체)		1.27	0.68

# □ 응답자의 특성에 따른 비행영역의 항목별 차이

응답자의 특성에 따른 비행영역의 항목별 차이를 분석한 결과가 <표 III-20>에 제시되어 있다. 항목별 차이를 세부적으로 살펴보면 다음과 같다. 먼저 성별 차이를 살펴보면, 비행영역의 모든 항목에서 성별 차이가 유의하였는데, 남자가 여자보다 평균점수가 더 높게 나타나 남학생들의 비행 경험이 여학생들보다 더 많음을 알 수 있다.

교급별 비교에서는 흡연과 음주, 무단결석, 가출, 인터넷 성인사이트, 도박 등의 항목은 연령이 증가할수록 평균점수가 높았고, 절도, 폭력, 갈취경험, 기물파손 항목은 중학생의 점수가 초등학교생이나 고등학생들에 비해 더 높게 나타났다.

표 III-20      응답자의 특성에 따른 비행영역의 항목별 차이 분석

응답자의 특성		흡연		음주		절도		폭력		갈취	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	1.49 (1.05)	17.925 ***	1.72 (1.08)	12.427 ***	1.29 (0.67)	10.158 ***	1.31 (0.72)	18.186 ***	1.15 (0.54)	8.978 ***
	여자 (n=4,561)	1.17 (.65)		1.48 (.86)		1.16 (.53)		1.09 (0.38)		1.06 (0.35)	
교급별	초등학교 (n=2,943)	1.04 (0.31)	313.907 *** (ab,ac, bc)	1.28 (0.64)	516.080 *** (ab,ac, bc)	1.14 (0.52)	48.295 *** (ab,ac, bc)	1.21 (0.59)	4.944 *** (bc)	1.05 (0.34)	36.923 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,844)	1.33 (0.86)		1.45 (0.84)		1.29 (0.65)		1.23 (0.65)		1.16 (0.50)	
	고등학교 (n=3,648)	1.58 (1.13)		1.98 (1.18)		1.24 (0.63)		1.18 (0.63)		1.11 (0.50)	
거주지	서울 (n=1,393)	1.34 (0.86)	4.517** (ef)	1.59 (0.98)	4.327** (ef)	1.28 (0.69)	10.326 *** (df,ef)	1.24 (0.46)	4.700** (df)	1.12 (0.46)	3.997*
	광역시 (n=2,432)	1.38 (0.93)		1.65 (1.01)		1.24 (0.57)		1.22 (0.51)		1.12 (0.46)	
	시군 (n=5,610)	1.32 (0.88)		1.59 (0.98)		1.20 (0.60)		1.19 (0.44)		1.10 (0.40)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	1.31 (0.87)	17.720 *** (gh)	1.58 (0.97)	12.916 *** (gh)	1.22 (0.59)	5.772 *** (gh)	1.20 (0.59)	4.231** (-)	1.10 (0.44)	4.717** (gh)
	한부모가정 (n=743)	1.59 (1.12)		1.83 (1.11)		1.29 (0.71)		1.24 (0.65)		1.16 (0.58)	
	조손가정 (n=82)	1.41 (0.94)		1.60 (1.00)		1.23 (0.55)		1.18 (0.42)		1.18 (0.96)	
전체 M(SD)		1.34(.89)		1.60(.99)		1.23(.61)		1.21(.59)		1.11(.46)	

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

응답자의 특성		무단결석		가출		인터넷 성인사이트		도박		기물파손		비행(전체)	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	1.10 (.46)	3,748 ***	1.14 (.51)	8,373 ***	1.91 (1.25)	40,015 ***	1.41 (.92)	23,628 ***	1.34 (.73)	16,024 ***	1.39 (0.50)	29,361 ***
	여자 (n=4,561)	1.07 (.38)		1.07 (.31)		1.13 (.50)		1.07 (.37)		1.14 (.44)		1.14 (0.27)	
교급 별	초등학교 (n=2,943)	1.02 (0.22)	86,342 *** (ab,ac ,bc)	1.08 (0.38)	7,968 *** (ab, ac)	1.04 (0.31)	585,222 *** (ab,ac ,bc)	1.06 (0.42)	165,072 *** (ab,ac ,bc)	1.12 (0.45)	92,818 *** (ab,ac ,bc)	1.10 (0.25)	408,390 *** (ab,ac ,bc)
	중학교 (n=2,844)	1.07 (0.38)		1.11 (0.44)		1.61 (1.06)		1.25 (0.71)		1.33 (0.67)		1.28 (0.41)	
	고등학교 (n=3,648)	1.15 (0.55)		1.12 (0.45)		1.87 (1.23)		1.39 (0.89)		1.29 (0.67)		1.39 (0.49)	
거주 지	서울 (n=1,393)	1.10 (0.44)	2,145	1.11 (0.46)	1,456	1.62 (1.10)	47,141 *** (df,ef)	1.25 (0.72)	14,731 *** (ef)	1.28 (0.62)	3,291* (df)	1.29 (0.44)	19,180 *** (de,ef)
	광역시 (n=2,432)	1.10 (0.46)		1.11 (0.45)		1.68 (1.13)		1.31 (0.83)		1.25 (0.61)		1.31 (0.43)	
	시군 (n=5,610)	1.08 (0.40)		1.10 (0.41)		1.45 (0.97)		1.21 (0.68)		1.24 (0.62)		1.25 (0.41)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	1.07 (0.39)	20,109 *** (gh)	1.10 (0.41)	7,406 *** (gh)	1.52 (1.02)	8,244 *** (gh)	1.24 (0.72)	2,455*	1.24 (0.61)	2,352	1.26 (0.41)	18,646 *** (gh)
	한부모가정 (n=743)	1.20 (0.62)		1.16 (0.58)		1.71 (1.16)		1.31 (0.81)		1.28 (0.66)		1.38 (0.51)	
	조손가정 (n=82)	1.11 (0.47)		1.10 (0.34)		1.38 (0.87)		1.29 (0.71)		1.30 (0.68)		1.28 (0.36)	
전체 M(SD)		1.09(.42)		1.10(.43)		1.53(1.04)		1.24(.73)		1.25(.62)		1.27(.68)	

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$ 

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

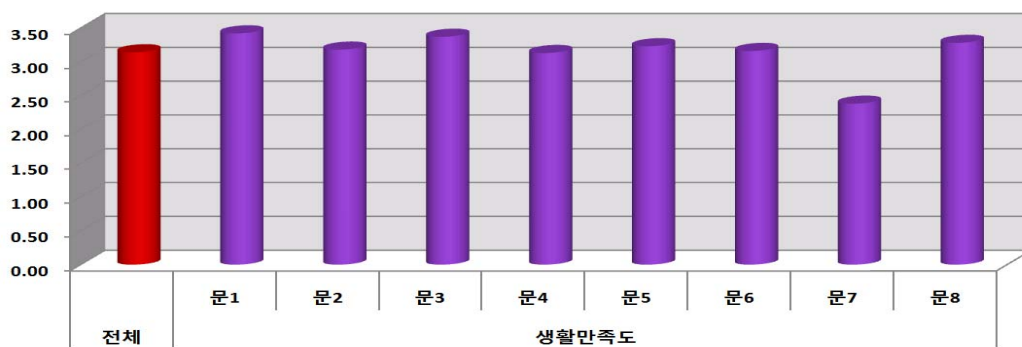
거주지별로는 흡연, 음주, 인터넷 성인사이트, 도박 항목은 광역시가 서울과 시군지역보다 평균점수가 높았고, 절도, 폭력, 기물파손 항목은 서울이, 갈취는 광역시와 시군 점수가 높게 나타났다. 가족구성별에서는 흡연, 음주, 절도, 폭력, 무단결석, 가출, 인터넷 성인사이트, 도박 등 비행 영역의 대부분의 항목에서 한부모가정의 평균점수가 다른 가정의 점수보다 높게 나타났고, 갈취경험 항목에서만 조손가정의 점수가 가장 높게 나타났다.

비행영역(전체)을 합산한 결과를 살펴보면, 남학생이 여학생보다 평균점수가 더 높았고( $t=29.361$ ,  $p<.001$ ), 교급이 높아질수록 비행경험이 증가하는 것으로 나타났다( $F=408.390$ ,  $p<.001$ ). 또한 거주지 별로는 광역시의 평균점수가 가장 높았고( $F=19.180$ ,  $p<.001$ ), 가족구성별( $F=18.646$ ,  $p<.001$ ) 변인에서 한부모가정의 경우 양부모가정이나 조손가정보다 더 높은 평균점수를 나타냈다. 각 세부 항목별 평균과 사후검증 결과는 <표 Ⅲ-20>에 제시되어 있다.

## (2) 긍정적 요인

### ① 생활만족도 - 항목별 평균 및 표준편차

생활만족도 영역의 항목별 평균에서는 '부모님과의 관계(M=3.42)'가 가장 높게 나타났고, 다음으로 '친구와의 관계(M=3.37)', '건강(M=3.28)'의 순으로 나타났음



【그림 III-4】 생활만족도 영역의 항목별 평균

표 III-21 생활만족도 영역의 항목별 평균 및 표준편차

문항		평균	표준 편차
1	부모님과의 관계	3.42	1.16
2	경제적인 생활수준	3.18	0.90
3	친구와의 관계	3.37	0.81
4	여가 생활	3.13	0.98
5	선생님과의 관계	3.23	0.91
6	학교생활	3.16	0.93
7	학업성적	2.38	1.08
8	건강	3.28	0.87
생활만족도(전체)		3.14	0.96

### ▣ 응답자의 특성에 따른 생활만족도 영역의 항목별 차이 분석

생활만족도 영역의 항목별 차이를 분석한 결과가 아래 <표 III-22>에 제시되어 있다. 먼저 성별 차이를 분석한 결과 부모와의 관계, 경제적인 생활수준, 친구와의 관계 및 여가생활에서 차이를 나타냈다. 4가지 항목 모두 남학생이 여학생보다 더 높았다. 교급별 비교에서도 아래 표에 제시된 4가지 항목 모두 집단간 차이가 유의하였는데, 교급이 올라갈수록 평균점수가 낮아지는 경향이 나타났다. 다음으로 거주지별 분석에서는 친구와의 관계를 제외한 3가지 항목에서 차이를 나타냈는데, 부모와의 관계의 경우는 광역시가 가장 높은 평균점수를 나타냈고, 경제적인 생활수준과 여가생활의 경우는 광역시보다 서울시와 시군의 응답자가 더 높은 만족도를 보였다. 다음으로, 가족 구성에서는 양부모가정이 다른 가족구성보다 만족도가 높은 것으로 나타났다. 즉 부모와의 관계, 경제적인 생활수준, 친구와의 관계 및 여가생활 등 아래 표에 제시된 4개 영역 모두 양부모가정이 가장 높은 평균점수를 나타냈다.

**표 III-22**      응답자 특성에 따른 생활만족도 영역의 항목별 차이 분석

응답자의 특성		부모와의 관계		경제적인 생활수준		친구와의 관계		여가 생활	
		<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	3.46 (1.15)	3.804***	3.22 (0.88)	4.847***	3.46 (0.78)	10.612***	3.22 (0.96)	9.643***
	여자 (n=4,561)	3.37 (1.17)		3.13 (0.91)		3.28 (0.84)		3.03 (0.99)	
교급별	초등학교 (n=2,943)	3.71 (1.06)	151.321*** (ab,ac, bc)	3.60 (0.73)	675.365*** (ab,ac, bc)	3.53 (0.83)	91.708*** (ab,ac, bc)	3.58 (0.83)	662.065*** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,844)	3.34 (1.16)		3.19 (0.86)		3.35 (0.82)		3.14 (0.93)	
	고등학교 (n=3,648)	3.24 (1.20)		2.84 (0.90)		3.27 (0.77)		2.75 (0.98)	
거주지	서울 (n=1,393)	3.34 (1.12)	3.646* (de)	3.19 (0.94)	10.076*** (de,ef)	3.40 (0.80)	1.251	3.16 (0.97)	3.212*
	광역시 (n=2,432)	3.45 (1.24)		3.11 (0.88)		3.36 (0.78)		3.09 (0.99)	
	시군 (n=5,610)	3.42 (1.14)		3.21 (0.89)		3.37 (0.82)		3.14 (0.98)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	3.33 (0.87)	6.608***	3.23 (0.87)	67.446*** (gh,hi)	3.39 (0.80)	8.299*** (gh)	3.15 (0.97)	8.813*** (gh)
	한부모가정 (n=743)	3.08 (1.00)		2.68 (1.00)		3.22 (0.87)		2.93 (1.06)	
	조손가정 (n=82)	—		3.00 (0.93)		3.26 (0.87)		3.05 (0.94)	
전체 <i>M</i> ( <i>SD</i> )		3.42(1.16)		3.18(0.90)		3.37(0.81)		3.13(0.98)	

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

응답자의 특성		선생님과의 관계		학교생활		학업성적		건강		생활만족도 (전체)	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	3.24 (0.92)	1.685	3.20 (0.93)	4.862 ***	2.46 (1.10)	7.105 ***	3.36 (0.85)	8.679 ***	3.20 (0.64)	9.223 ***
	여자 (n=4,561)	3.21 (0.89)		3.11 (0.94)		2.30 (1.05)		3.20 (0.89)		3.08 (0.66)	
교급 별	초등학교 (n=2,943)	3.58 (0.80)	401.163 *** (ab,ac, bc)	3.52 (0.81)	410.425 *** (ab,ac, bc)	3.14 (0.99)	1462.310 *** (ab,ac, bc)	3.64 (0.72)	542.740 *** (ab,ac, bc)	3.54 (0.59)	1115.802 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,844)	3.18 (0.92)		3.14 (0.94)		2.19 (0.97)		3.32 (0.84)		3.11 (0.61)	
	고등학교 (n=3,648)	2.97 (0.89)		2.89 (0.92)		1.92 (0.88)		2.97 (0.90)		2.85 (0.57)	
거주 지	서울 (n=1,393)	3.25 (0.93)	2.027	3.24 (0.89)	6.112* (de,df)	2.36 (1.09)	.337	3.33 (0.88)	4.465* (de)	3.16 (0.65)	2.192
	광역시 (n=2,432)	3.20 (0.89)		3.13 (0.94)		2.38 (1.07)		3.25 (0.87)		3.12 (0.64)	
	시군 (n=5,610)	3.23 (0.91)		3.15 (0.94)		2.39 (1.08)		3.29 (0.87)		3.15 (0.66)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	3.24 (0.90)	5.961 *** (gh)	3.18 (0.93)	12.448 *** (gh)	2.40 (1.08)	10.074 *** (gh)	3.31 (0.86)	16.498 *** (gh)	3.15 (0.64)	71.230 *** (gh,gi, hi)
	한부모가정 (n=743)	3.08 (0.91)		2.95 (0.96)		2.15 (1.06)		3.04 (0.94)		2.89 (0.66)	
	조손가정 (n=82)	3.06 (1.14)		2.87 (1.10)		2.29 (1.05)		3.18 (0.97)		3.71 (0.61)	
전체 M(SD)		3.23(0.91)		3.16(0.93)		2.38(1.08)		3.28(0.87)		3.14(0.96)	

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$ 

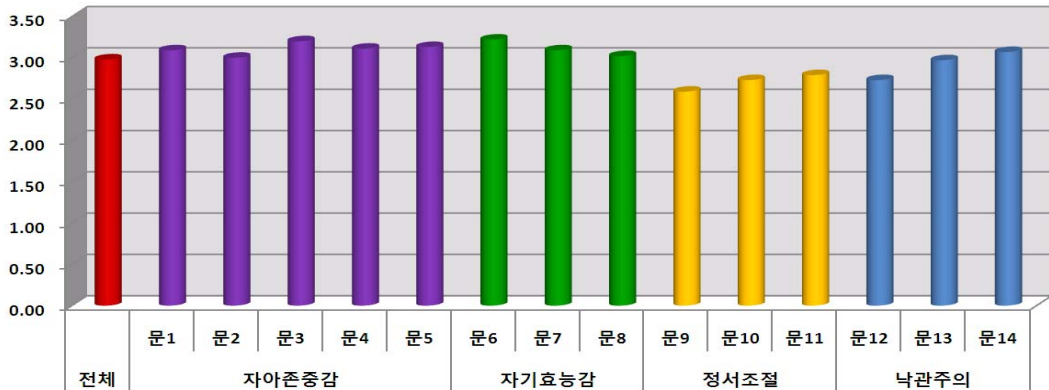
\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

생활만족도 영역의 또 다른 세부영역의 분석 결과를 보면, 선생님과의 관계의 경우 교급별, 가족구성별에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 나타냈다. 즉 교급이 높아질수록 선생님과의 관계 만족도에 대해 낮은 평균점수를 나타내었으며, 양부모가정의 응답자가 한부모가정에 비해 만족도가 높게 나타났다. 학교생활, 학업성적, 그리고 건강의 영역에서는 성별, 교급별, 그리고 가족구성에 있어 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 학교생활과 건강의 경우 거주지에 따른 만족도의 차이도 보였다. 구체적으로 살펴보면, 세 영역에서 모두 남자가 여자보다 높은 점수를 나타내었으며, 학년이 증가할수록 세 영역의 만족도가 낮아지는 경향을 보였다. 또한 4가지 항목 모두 양부모가정이 한부모가정이나 조손가정에 비해 만족도가 높은 것으로 응답하였다. 집단 간 차이가 나타나는 각 항목에 대한 평균과 사후검증결과가 <표 Ⅲ-22>에 제시되어 있다.

② 개인 내(內) 적응적 심리요인(②-1 자아존중감/②-2 자기효능감/②-3 정서조절/②-4 낙관주의)

－ 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

개인 내(內) 적응적 심리요인에 대한 요인별 평균에서는 ‘자아존중감(M=3.11)’, ‘자기효능감(M=3.11)’, ‘낙관주의(M=2.92)’, ‘정서조절(M=2.70)’순으로 나타났음



【그림 III-5】 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 및 항목별 평균

표 III-23 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

요인	문항	평균	표준 편차
자아 존중감	1 나는 내가 다른 사람들처럼 가치있는 사람이라고 생각한다	3.09	0.84
	2 나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다	3.00	0.85
	3 나는 대부분의 사람들과 같이 일을 잘할 수가 있다	3.20	0.79
	4 나는 내 자신에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있다	3.11	0.85
	5 나는 내 자신에 대하여 대체로 만족한다	3.13	0.85
소계		3.11	0.84
자기 효능감	1 나는 노력하면 대부분의 일들을 잘 할 수 있다	3.22	0.72
	2 내가 잘 할 수 있는 일들이 많다	3.09	0.78
	3 나는 어려운 일이 있어도 잘 극복할 수 있는 능력이 있다	3.02	0.79
소계		3.11	0.76
정서 조절	4 감정에 휩쓸리지 않고 일이나 공부에 집중할 수 있다	2.59	0.93
	5 슬프거나 힘들 때에도 좌절하지 않는다	2.73	0.92
	6 화가 나거나 기분이 상했을 때에도 나의 감정을 조절할 수 있다	2.79	0.90
소계		2.70	0.92
낙관 주의	7 어떤 일에 실패했을 때에도 크게 실망하지 않는다	2.73	0.89
	8 내가 원하는 대로 일이 이루어질 것이라고 생각한다	2.97	0.87
	9 목표를 이루는데 실패하더라도 기운을 내어 새로 시작할 수 있다	3.07	0.79
소계		2.92	0.85
개인 내(內) 적응적 심리요인(전체)		2.98	0.84



### ▣ 응답자의 특성에 따른 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 차이 분석

개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 차이를 분석한 결과가 <표 III-24>에 제시되어 있다. 세부 요인별 분석결과를 보면, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 모두 성별, 교급별, 거주지, 그리고 가족구성에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 즉 남자가 여자보다 모든 요인에서 평균점수가 더 높았고, 교급별에서는 연령이 증가할수록 낮아지는 경향이 나타났다. 거주지에 따른 차이 분석의 경우, 모든 영역에서 광역시와 시군의 응답자보다 서울의 응답자가 더 높은 평균점수를 갖는 것으로 나타났다. 또한, 네 가지 요인 모두 양부모가정의 응답자가 한부모가정보다는 평균점수가 더 높은 경향을 보였다.

개인 내(內) 적응적 심리요인을 합산한 전체에서도 성별, 교급별, 거주지별, 그리고 가족구성에 따른 집단 간 차이가 유의한 것으로 나타났다. 사후검증 결과는 아래 표에 제시되어 있다.

표 III-24 개인 내(內) 적응적 심리요인의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		자아 존중감		자기효능감		정서조절		낙관주의		개인내(内) 적응적 심리요인(전체)	
		<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	3.13 (0.72)	3.267**	3.15 (0.68)	4.969***	2.79 (0.77)	11.329***	2.96 (0.72)	5.423***	2.96 (0.64)	8.281***
	여자 (n=4,561)	3.08 (0.70)		3.08 (0.67)		2.61 (0.77)		2.88 (0.71)		2.86 (0.64)	
교급별	초등학교 (n=2,943)	3.24 (0.77)	79.822*** (ab,ac)	3.33 (0.69)	239.890*** (ab,ac,bc)	3.07 (0.78)	599.390*** (ab,ac,bc)	3.20 (0.75)	365.847*** (ab,ac,bc)	3.20 (0.67)	502.432*** (ab,ac,bc)
	중학교 (n=2,844)	3.07 (0.70)		3.05 (0.68)		2.65 (0.72)		2.85 (0.69)		2.85 (0.61)	
	고등학교 (n=3,648)	3.03 (0.65)		2.99 (0.63)		2.45 (0.70)		2.75 (0.64)		2.72 (0.57)	
거주지	서울 (n=1,393)	3.17 (0.69)	6.147** (de,df)	3.19 (0.66)	11.507*** (de,df)	2.77 (0.77)	6.981* (de,df)	2.97 (0.74)	3.983* (de,df)	2.98 (0.64)	8.653*** (de,df)
	광역시 (n=2,432)	3.10 (0.73)		3.10 (0.69)		2.70 (0.79)		2.90 (0.72)		2.90 (0.66)	
	시군 (n=5,610)	3.09 (0.71)		3.10 (0.67)		2.69 (0.77)		2.92 (0.71)		2.90 (0.64)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	3.12 (0.71)	12.045*** (gh)	3.13 (0.67)	11.301*** (gh)	2.72 (0.77)	16.600*** (gh)	2.94 (0.71)	10.454*** (gh)	2.93 (0.64)	15.689*** (gh)
	한부모가정 (n=743)	2.95 (0.71)		2.96 (0.69)		2.50 (0.78)		2.77 (0.72)		2.74 (0.65)	
	조손가정 (n=82)	2.91 (0.78)		2.95 (0.75)		2.57 (0.88)		2.79 (0.86)		2.77 (0.75)	
전체 <i>M</i> ( <i>SD</i> )		3.11(0.84)		3.11(0.68)		2.70(0.78)		2.92(0.72)		2.91(0.64)	

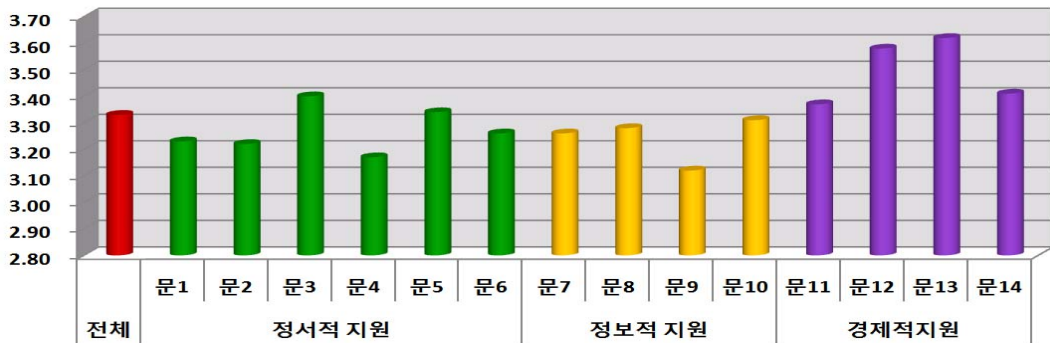
\* $\alpha$ .05, \*\* $\alpha$ .01, \*\*\* $\alpha$ .001

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

## 2) 가족영역

### ① 부모의 지원 - 항목별 평균 및 표준편차

부모의 지원에 대한 요인별 평균에서는 '경제적 지원(M=3.49)'이 가장 높은 응답률을 보였고, 다음으로 '정서적 지원(M=3.27)', '정보적 지원(M=3.24)' 순으로 나타났음



【그림 III-6】 부모의 지원의 요인별 및 항목별 평균

표 III-25 부모의 지원의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

요인	문항	평균	표준편차
정서적 지원	1 정신적으로 편안하게 해 주신다	3.23	1.15
	2 나를 잘 알고 이해해 주신다	3.22	1.17
	3 따뜻하게 대해 주신다	3.40	1.07
	4 고민을 들어 주신다	3.17	1.21
	5 힘들고 어려울 때 도와 주신다	3.34	1.13
	6 실망하거나 좌절할 때 위로해 주신다	3.26	1.17
소계		3.27	1.15
정보적 지원	7 진학이나 진로문제에 대해 조언해 주신다	3.26	1.17
	8 공부에 도움이 되는 말씀을 해 주신다	3.28	1.16
	9 좋은 책이나 필요한 정보를 알려 주신다	3.12	1.24
	10 올바른 공부 태도와 사는 방식에 대해 가르쳐 주신다	3.31	1.17
소계		3.24	1.18
경제적 지원	11 용돈을 주신다	3.37	1.17
	12 공부에 필요한 것들을 사 주신다	3.58	1.03
	13 준비물이 필요할 때 돈을 주신다	3.62	1.01
	14 경제적인 걱정 없이 생활하게 해 주신다	3.41	1.12
소계		3.49	1.08
부모의 지원 영역(전체)		3.33	1.14

### ▣ 응답자의 특성에 따른 부모의 지원 영역의 요인별 차이 분석

부모의 지원의 요인별 차이를 분석한 결과가 <표 III-26>에 제시되어 있다. 부모의 지원의 세부 요인별 분석결과를 보면, 정서적 지원의 경우 성별( $t=2.211$ ,  $p<.05$ ), 교급별( $F=198.249$ ,  $p<.001$ ) 그리고 가족구성별( $t=8.072$ ,  $p<.001$ ) 변인에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 나타냈다. 즉 남자가 여자보다 평균점수가 더 높았고, 교급별에서는 연령이 증가할수록 낮아지는 경향이 나타났다. 그리고 가족구성별에서는 양부모가정이 한부모가정보다 정서적 지원이 더 높게 나타났다.

정보적 지원과 경제적 지원의 경우 교급별 및 가족구성별에서 유의한 집단 간의 차이가 나타났다. 두 요인 모두 초등학교에서 고등학교로 갈수록 평균점수가 낮아졌으며, 가족구성별에서는 한부모가정이 양부모가정보다 평균점수가 더 낮게 나타났다.

부모의 지원 각 세부요인을 합산한 전체에서도 교급별( $F=181.235$ ,  $p<.001$ ) 및 가족구성별( $t=9.788$ ,  $p<.001$ )에서 집단 간 차이가 유의한 것으로 나타났다.

표 III-26 부모의 지원의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		정서적 지원		정보적 지원		경제적 지원		부모의 지원(전체)	
		<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	3.30 (1.08)	2,211*	3.26 (1.10)	1.606	3.48 (0.98)	- 1.330	3.34 (1.00)	1.167
	여자 (n=4,561)	3.25 (1.08)		3.22 (1.10)		3.51 (0.94)		3.31 (0.99)	
교급별	초등학교 (n=2,943)	3.58 (1.02)	198,249 *** (ab,ac, bc)	3.59 (1.02)	262,041 *** (ab,ac, bc)	3.62 (0.96)	44,721 *** (ab,ac, bc)	3.59 (0.96)	181,235 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,844)	3.21 (1.05)		3.22 (1.06)		3.48 (0.93)		3.29 (0.96)	
	고등학교 (n=3,648)	3.07 (1.08)		2.98 (1.11)		3.40 (0.97)		3.14 (1.00)	
거주지	서울 (n=1,393)	3.27 (1.01)	.394	3.28 (1.00)	1.168	3.46 (0.88)	1.011	3.33 (0.91)	.181
	광역시 (n=2,432)	3.29 (1.17)		3.24 (1.19)		3.50 (1.06)		3.34 (1.09)	
	시·군 (n=5,610)	3.27 (1.05)		3.23 (1.08)		3.50 (0.94)		3.32 (0.97)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	3.18 (0.73)	8.072***	3.16 (0.76)	10,274 ***	3.40 (0.59)	7.295***	3.24 (0.61)	9.788***
	한부모가정 (n=743)	2.95 (0.81)		2.86 (0.82)		3.24 (0.68)		3.01 (0.68)	
전체 <i>M</i> ( <i>SD</i> )		3.27(1.15)		3.24(1.18)		3.49(1.08)		3.33(1.14)	

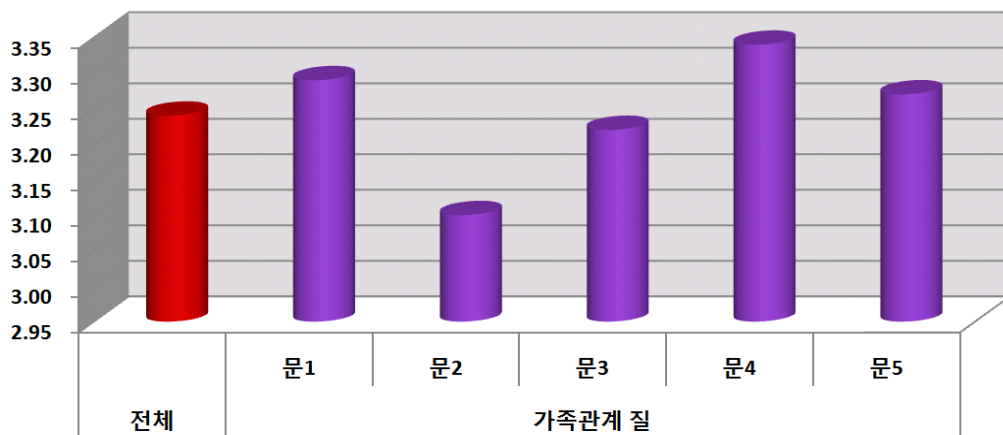
\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

\* 주: (1) a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시·군, g=양부모가정, h=한부모가정

주: (2) 가족구성의 조손가정은 무응답으로 처리

## ② 가족관계 질 - 항목별 평균 및 표준편차

가족관계 질에 대한 요인별 평균에서는 '우리가족은 친하다(M=3.34)'의 평균점수가 가장 높게 나타났고, '우리가족은 서로 아껴준다(M=3.29)', '우리가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다(M=3.27)' 순으로 나타났음



【그림 III-7】 가족관계 질의 항목별 평균

표 III-27 가족관계 질의 항목별 평균 및 표준편차

문항		평균	표준 편차
1	우리 가족은 서로 아껴준다	3.29	0.75
2	우리 가족은 함께 시간을 보내는 것을 즐긴다	3.10	0.89
3	우리 가족은 힘들 때 서로 의지하고 도와준다	3.22	0.81
4	우리 가족은 서로 친하다	3.34	0.78
5	우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다	3.27	0.81
가족관계 질 영역(전체)		3.24	0.81

## ▣ 응답자의 특성에 따른 가족관계 질의 항목별 차이 분석

가족관계 질의 항목별 차이를 분석한 결과 <표 III-28>를 자세히 살펴보면, 우리 가족은 서로 아껴준다, 우리가족은 함께 시간을 보내는 것을 즐긴다, 우리 가족은 힘들 때 서로 의지하고 도와준다는 항목에서 교급별, 가족구성별에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 나타냈다. 즉 교급별에서는 초등학교에서 중학교, 고등학교로 갈수록 평균점수가 낮아졌고, 가족구성별로는 한부모가정이나 조손가정에 비해 양부모가정의 평균점수가 더 높은 것으로 나타났다. 사후검증 결과는 교급별 간의 차이는 유의하게 나타났고, 가족구성별로는 양부모가정과 한부모가정 간의 차이가 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

표 III-28 가족관계 질의 항목별 차이 분석

응답자의 특성		서로 아껴줌		함께 시간을 보냄		서로 의지하고 도와줌	
		<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	3.31 (0.76)	1.571	3.11 (0.89)	.691	3.23 (0.81)	1.809
	여자 (n=4,561)	3.28 (0.74)		3.10 (0.89)		3.20 (0.81)	
교급별	초등학교 (n=2,943)	3.53 (0.68)	229.533*** (ab,ac,bc)	3.44 (0.80)	358.956*** (ab,ac,bc)	3.50 (0.72)	303.822*** (ab,ac,bc)
	중학교 (n=2,844)	3.22 (0.75)		3.05 (0.86)		3.17 (0.79)	
	고등학교 (n=3,648)	3.16 (0.77)		2.87 (0.90)		3.02 (0.82)	
거주지	서울 (n=1,393)	3.31 (0.73)	.834	3.13 (0.88)	1.028	3.24 (0.80)	.780
	광역시 (n=2,432)	3.28 (0.76)		3.09 (0.91)		3.21 (0.81)	
	시군 (n=5,610)	3.30 (0.76)		3.10 (0.88)		3.21 (0.81)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	3.32 (0.74)	22.832*** (gh)	3.13 (0.88)	26.299*** (gh)	3.24 (0.79)	22.317*** (gh)
	한부모가정 (n=743)	3.07 (0.80)		2.80 (0.95)		2.97 (0.88)	
	조손가정 (n=82)	3.20 (0.76)		2.89 (0.93)		3.00 (0.85)	
전체 <i>M</i> ( <i>SD</i> )		3.29(0.75)		3.10(0.89)		3.22(0.81)	

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

응답자의 특성		친밀함		서로에게 관심이 많음		가족관계 질 (전체)	
		<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	3.34 (0.79)	- .365	3.29 (0.81)	2.340*	3.25 (0.71)	1.372
	여자 (n=4,561)	3.34 (0.78)		3.25 (0.82)		3.23 (0.71)	
교급별	초등학교 (n=2,943)	3.56 (0.69)	192.495*** (ab,ac,bc)	3.51 (0.73)	210.779*** (ab,ac,bc)	3.51 (0.62)	338.078*** (ab,ac,bc)
	중학교 (n=2,844)	3.30 (0.77)		3.21 (0.80)		3.19 (0.69)	
	고등학교 (n=3,648)	3.19 (0.82)		3.12 (0.84)		3.07 (0.73)	
거주지	서울 (n=1,393)	3.35 (0.77)	.274	3.31 (0.81)	2.174	3.27 (0.70)	1.137
	광역시 (n=2,432)	3.33 (0.78)		3.26 (0.83)		3.23 (0.72)	
	시·군 (n=5,610)	3.34 (0.79)		3.26 (0.81)		3.24 (0.71)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	3.36 (0.77)	16.312*** (gh)	3.29 (0.80)	25.170*** (gh)	3.27 (0.70)	28.783*** (gh)
	한부모가정 (n=743)	3.14 (0.84)		3.00 (0.88)		3.00 (0.76)	
	조손가정 (n=82)	3.23 (0.81)		3.01 (0.90)		3.07 (0.76)	
전체 <i>M</i> ( <i>SD</i> )		3.34(0.78)		3.27(0.81)		3.24(0.71)	

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$ 

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시·군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

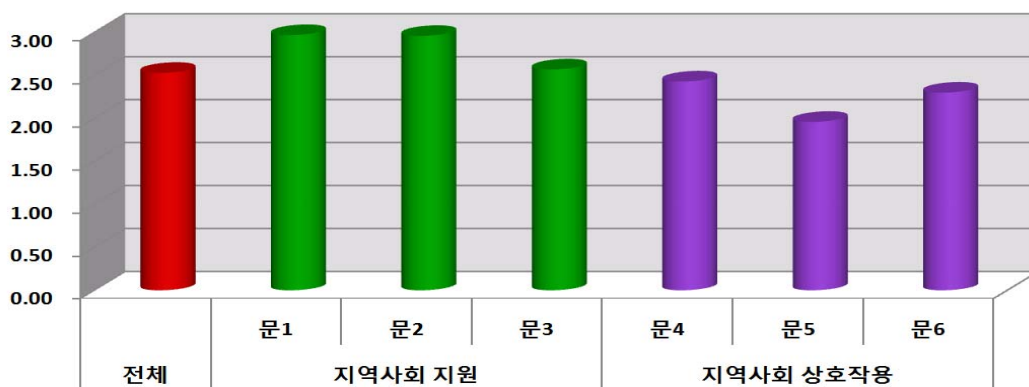
우리 가족은 친하다 항목에서는 교급별( $F=192.495$ ,  $p<.001$ ), 가족구성별( $F=16.312$ ,  $p<.001$ ) 변인에서 집단 간 유의한 차이를 보였다. 다시 말해, 교급별로는 연령이 증가할수록 평균점수는 감소하였고, 가족구성별에서는 양부모가정이 다른 가정에 비해 높은 평균점수를 보였다.

우리 가족은 서로에게 일어나는 일에 관심이 많다 항목은 성별( $t=2.340$ ,  $p<.05$ ), 교급별( $F=210.779$ ,  $p<.001$ ), 가족구성별( $F=25.170$ ,  $p<.001$ )에서 집단 간 유의한 차이를 보였다. 즉 남자가 여자보다 평균점수가 높았고, 초등학교에서 고등학교로 갈수록 평균점수가 낮아졌다. 가족구성별로는 양부모가정이 한부모가정과 조손가정보다 평균점수가 높게 나타났다.

가족관계 질(전체)의 경우 교급별( $F=338.078$ ,  $p<.001$ ) 및 가족구성별( $t=28.783$ ,  $p<.001$ ) 변인에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 나타냈다. 각 세부 항목별 평균의 차이와 사후검증 결과는 <표 III-28>에 제시되어 있다.

## 3) 지역사회 영역 - 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

지역사회에 대한 요인별 평균에서는 ‘지역사회 지원(M=2.83)’, ‘지역사회 상호작용(M=2.23)’ 순으로 나타났다



【그림 III-8】 지역사회 영역의 요인별 및 항목별 평균

표 III-29 지역사회 영역의 요인별 및 항목별 평균 및 표준편차

요인	문항	평균	표준편차
지역사회 지원	1 가족, 친구, 선생님 외에 주위에 내가 믿을 만한 사람이 있다	2.97	1.00
	2 가족, 친구, 선생님 외에 내가 힘들 때 도와줄 수 있는 사람이 있다	2.96	1.00
	3 주위에 내가 힘들거나 어려울 때 도움을 받을 수 있는 기관이나 시설이 있다	2.57	1.05
소계		2.83	1.02
지역사회 상호작용	4 나는 자원봉사나 후원 등 어려운 사람들을 돕는 일에 참여한다	2.43	0.97
	5 나는 지역사회 각종 단체에 가입하여 활동한다	1.96	0.94
	6 나는 복지관, 교회, 절 등에서 진행되는 활동에 참여한다	2.30	1.10
소계		2.23	1.00
지역사회 영역(전체)		2.53	1.01

### ▣ 응답자의 특성에 따른 지역사회 영역의 요인별 차이 분석

지역사회 영역에 대한 요인별 차이를 분석한 결과는 <표 III-30>과 같다. 지역사회 지원의 경우, 성별( $t=6.036$ ,  $p<.001$ ), 교급별( $F=520.790$ ,  $p<.001$ ), 가족구성별( $F=5.790$ ,  $p<.001$ ) 요인에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 나타냈다. 즉 남자( $M=2.89$ )의 평균점수가 여자( $M=2.78$ )보다 더 높았고, 교급별에서는 초등학교에서 중·고등학교로 갈수록 평균점수가 더 낮아졌다. 또한 가족구성별에서는 조손가정의 평균점수가 양부모가정과 한부모가정보다 더 높게 나타났다. 지역사회 상호작용의 경우, 교급별( $F=324.337$ ,  $p<.001$ ), 거주지별( $F=7.136$ ,  $p<.01$ ), 가족구성별( $F=9.972$ ,  $p<.001$ ) 변인에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 나타냈다. 교급별에서는 연령이 증가할수록 평균점수가 감소하였고, 거주지별로는 서울시( $M=2.20$ ), 시·군( $M=2.23$ ), 광역시( $M=2.20$ )순으로 평균점수가 낮게 나타났다. 각 세부 요인별 사후검증 결과는 다음 <표 III-30>에 제시되어 있다.

**표 III-30**      지역사회 영역의 요인별 차이 분석

응답자의 특성		지역사회 지원		지역사회 상호작용		지역사회 영역(전체)	
		<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t, F</i> (Sheffé)
성별	남자 ( <i>n</i> =4,874)	2.89 (0.87)	6.036***	2.24 (0.86)	1.516	2.56 (0.75)	4.495***
	여자 ( <i>n</i> =4,561)	2.78 (0.89)		2.22 (0.78)		2.50 (0.72)	
교급별	초등학교 ( <i>n</i> =2,943)	3.21 (0.80)	520.790*** (ab,ac,bc)	2.52 (0.85)	324.337*** (ab,ac,bc)	2.87 (0.70)	586.468*** (ab,ac,bc)
	중학교 ( <i>n</i> =2,844)	2.82 (0.85)		2.19 (0.80)		2.50 (0.70)	
	고등학교 ( <i>n</i> =3,648)	2.54 (0.86)		2.02 (0.75)		2.28 (0.68)	
거주지	서울 ( <i>n</i> =1,393)	2.86 (0.88)	.791	2.30 (0.84)	7.136** (de,df)	2.58 (0.74)	3.334*
	광역시 ( <i>n</i> =2,432)	2.84 (0.88)		2.20 (0.82)		2.52 (0.73)	
	시·군 ( <i>n</i> =5,610)	2.83 (0.88)		2.23 (0.82)		2.53 (0.73)	
가족 구성	양부모가정 ( <i>n</i> =8,513)	2.84 (0.88)	5.790*** (gh)	2.24 (0.83)	9.972*** (gh)	2.54 (0.73)	10.252*** (gh,hi)
	한부모가정 ( <i>n</i> =743)	2.70 (0.88)		2.08 (0.75)		2.39 (0.68)	
	조손가정 ( <i>n</i> =82)	2.96 (0.77)		2.35 (0.79)		2.66 (0.67)	
전체 <i>M</i> ( <i>SD</i> )		2.83(0.88)		2.23(0.82)		2.53(0.73)	

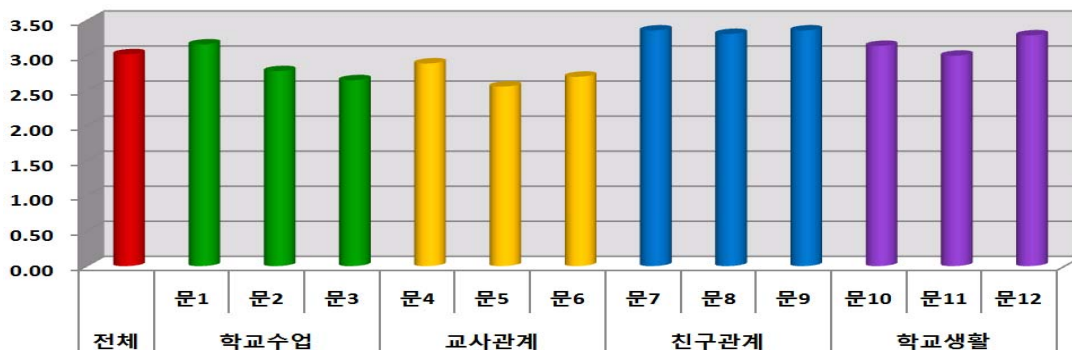
\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시·군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정



## 4) 학교영역 - 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

학교영역에 대한 요인별 평균에서는 ‘친구관계(M=3.34)’가 가장 높게 나타났고, ‘학교생활(M=3.14)’, ‘학교수업(M=2.87)’, ‘교사관계(M=2.71)’ 순으로 나타났음



【그림 III-9】 학교영역의 요인별 및 항목별 평균

표 III-31 학교영역의 요인별 및 항목별 평균과 표준편차

요인	문항	평균	표준 편차
학교 수업	1 나는 수업시간에 배운 내용을 이해하려고 노력 한다	3.16	0.72
	2 나는 수업시간에 배운 내용을 잘 정리 한다	2.78	0.83
	3 나는 학교 수업시간에 한눈팔지 않고, 집중하여 잘 듣는다	2.65	0.85
소계		2.87	0.80
교사 관계	4 학교에 나를 이해하고 인정해 주시는 선생님이 있다	2.89	0.90
	5 학교에 내가 마음을 터놓고 이야기 할 수 있는 선생님이 있다	2.56	1.00
	6 나는 어려운 일이 있어도 잘 극복할 수 있는 능력이 있다	2.70	0.98
소계		2.71	0.96
친구 관계	7 학교에 내가 믿고 이야기를 나눌 친구가 있다	3.36	0.75
	8 학교 친구들과 같이 있을 때 마음이 편하다	3.31	0.77
	9 나는 쉬는 시간에 혼자 있기보다 친구들과 함께 지낸다	3.36	0.77
소계		3.34	0.76
학교 생활	10 나는 학교규칙을 잘 지키고 있다	3.14	0.77
	11 나는 학교 물건이나 시설을 내 것처럼 아껴서 사용 한다	3.00	0.80
	12 나는 지각이나 결석을 하지 않는다	3.29	0.85
소계		3.14	0.81
학교영역 역량(전체)		3.02	0.81

## ▣ 응답자의 특성에 따른 학교영역의 요인별 차이 분석

학교영역에 대한 요인별 차이를 분석한 결과는 <표 III-32>와 같다. 학교수업과 학교생활의 경우 성별, 교급별, 거주지별, 가족구성별에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 즉 성별 비교에서는 남자의 평균점수가 여자보다 더 낮았고, 교급별로는 초등학교에서 고등학교로 갈수록 평균점수가 더 낮게 나타났다. 거주지별에서는 서울이 광역시와 시군보다 평균점수가 더 높았고, 가족구성별은 양부모가정의 평균점수가 한부모가정과 조손가정보다 높은 것으로 나타났다. 교사관계의 경우 성별, 교급별, 가족구성별에서 유의한 차이가 나타났다. 성별에서는 남자가 여자보다 평균점수가 더 높았고, 교급별로는 초등학교에서 고등학교로 갈수록 평균점수가 더 낮아졌다. 가족구성별에서는 양부모가정이 한부모가정과 조손가정보다 더 높게 나타났다. 친구관계는 성별, 교급별, 거주지별, 가족구성별 변인에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

그밖에 각 세부 요인별 평균과 사후검증 결과는 다음 <표 III-32>에 제시되어 있다.

**표 III-32 학교영역의 요인별 차이 분석**

응답자의 특성		학교수업		교사관계		친구관계		학교생활		학교영역(전체)	
		M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)	M (SD)	t, F (Sheffé)
성별	남자 (n=4,874)	2.84 (0.71)	-3.382 **	2.75 (0.87)	4.663 ***	3.32 (0.68)	-3.253 **	3.13 (0.66)	-2.581 *	3.01 (0.57)	-.940
	여자 (n=4,561)	2.89 (0.66)		2.67 (0.88)		3.37 (0.65)		3.16 (0.62)		3.02 (0.54)	
교급별	초등학교 (n=2,943)	3.16 (0.66)	449.314 *** (ab,ac, bc)	3.18 (0.80)	724.975 *** (ab,ac, bc)	3.50 (0.66)	157.741 *** (ab,ac, bc)	3.32 (0.62)	177.351 *** (ab,ac, bc)	3.29 (0.55)	629.507 *** (ab,ac, bc)
	중학교 (n=2,844)	2.79 (0.66)		2.59 (0.83)		3.34 (0.66)		3.09 (0.65)		2.95 (0.52)	
	고등학교 (n=3,648)	2.69 (0.66)		2.43 (0.81)		3.21 (0.66)		3.04 (0.63)		2.84 (0.50)	
거주지	서울 (n=1,393)	2.94 (0.69)	9.617 *** (de,df)	2.77 (0.86)	2.950	3.38 (0.67)	3.953* (de)	3.19 (0.64)	4.076* (df)	3.07 (0.55)	6.949** (de,df)
	광역시 (n=2,432)	2.86 (0.67)		2.70 (0.85)		3.32 (0.66)		3.14 (0.64)		3.01 (0.54)	
	시군 (n=5,610)	2.85 (0.69)		2.71 (0.89)		3.35 (0.67)		3.13 (0.65)		3.01 (0.56)	
가족 구성	양부모가정 (n=8,513)	2.89 (0.69)	25.214 *** (gh)	2.73 (0.87)	14.570 *** (gh)	3.35 (0.66)	12.574 *** (gh)	3.16 (0.64)	18.132 *** (gh)	3.03 (0.55)	28.026 *** (gh)
	한부모가정 (n=743)	2.65 (0.65)		2.50 (0.89)		3.21 (0.71)		2.98 (0.65)		2.84 (0.52)	
	조손가정 (n=82)	2.74 (0.68)		2.68 (0.82)		3.28 (0.68)		3.01 (0.68)		2.93 (0.56)	
전체 M(SD)		2.87(0.69)		2.71(0.87)		3.34(0.67)		3.14(0.64)		3.02(0.56)	

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

\* 주: a=초등학교, b=중학교, c=고등학교, d=서울, e=광역시, f=시군, g=양부모가정, h=한부모가정, i=조손가정

## 제 4 장

# 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황

1. 국내의 아동·청소년 정신건강  
증진 정책 현황
2. 외국의 아동·청소년 정신건강  
증진 정책 현황
3. 아동·청소년 정신건강 정책의  
개선방안 마련을 위한 FGI 및  
델파이 조사
4. 소결



## 제 4 장 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황

### 1. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황

#### 1) 우리나라 아동·청소년 대상의 정신건강 증진 정책의 목표

보건복지부의 2020년까지의 국민건강증진종합계획은 국민의 정신건강증진과 정신질환의 치료 및 관리강화를 통해 질환으로 인한 사회적 부담을 감소시키고, 삶의 질을 향상시키는 데 목적을 두고 있다. 정신건강증진정책의 주요 목표는 성인 및 아동·청소년의 정신질환 치료율 향상과 더불어 아동·청소년의 스트레스 인지율 감소 등을 포함하고 있다. 특히 19세 이하 인구집단의 10만명 당 자살사망률을 2007년 4.6명에서 2020년에는 3.5명으로 낮추는 것을 목표로 삼고 있다. 국민건강증진 종합계획의 학교보건서비스의 목표에도 학생의 정신건강증진에 관한 목표를 포함하고 있으며 자살 시도율, 스트레스 인지율 감소, 고위험 인터넷 사용자율 감소, 흡연 및 음주율 감소, 흡입제 등 약물사용 경험률 감소 등을 주요 목표로 하고 있다.

2010년 개발된 정신건강종합계획 5개년 보고서(김윤 등, 2010)에 의하면 아동·청소년의 자살예방 등을 위해서 정신건강관리체계의 마련이 필요한 것으로 분석되었다. 아동을 위한 정신건강목표는 생애주기별로 아동·청소년의 선별 검사 시행률을 증가시키는 것을 포함하였다. 영유아, 학령전기, 초등학교 1학년과 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년을 대상으로 하는 정신건강선별검사를 확대 실시하여 전체 대상자의 50%에 실시하는 것을 목표로 하였고, 자살률 감소를 위해서는 청소년의 자살률을 2015년까지 2010년 대비 50% 감소시키는 것을 목표로 하였다.

주요 전략으로는 교육, 보건복지, 의료 서비스들이 현장에서 협력적인 네트워크를 형성할 수 있도록 협력망을 강화해 나가고, 일차서비스 제공자인 학교 교사를 위한 상설 정신건강컨설팅 제공구조를 운영하며 교사대상 아동·청소년 정신건강증진교육 및 전문성 개발워크숍을 확대해 나가는 것을 계획하고 있다. Wee center와 Wee class의 연계활성화를 통해 정신건강 증진프로그램제공체계를

구축하고 부모대상 핫라인을 구축하고, 양육지원프로그램 등 근거가 있는 사업을 보급하는 것을 포함하고 있다.

청소년 자살예방을 위해서는 학교와 부모, 관계자들이 자살예방 문지기 교육 사업을 통해 역할을 할 수 있도록 하고 학교폭력과 집단따돌림에 대한 범학교적 접근을 계획하고 있다. 자살한 교우를 경험한 학급과 학교를 대상으로 하는 사후관리프로그램도 시범사업으로 계획하고 있다.

표 IV-1 국민건강증진종합계획의 아동·청소년 정신건강 관련 지표

목표 1-1	청소년 흡연율을 낮춘다.						
지표 현황 및 목표치		2005	2007	2008	2011	2015	2020
	중·고등학교 남학생 흡연율	14.3%	17.4%	16.8%	15.0%	14.0%	12.0%
	중·고등학교 여학생 흡연율	8.9%	8.8%	8.2%	7.5%	7.0%	6.0%
지표 정의	최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 비율						
목표치 설정근거	선진국의 청소년 흡연율 감소추세를 따라 현 수준의 3/4 이하로 감소						
자료출처	질병관리본부(2009), 제4차(2008년) 청소년건강행태온라인조사 통계.						
관련 세부사업	흡연예방, 흡연자 금연, 금연 환경 조성 관련 모든 사업						

목표 10-2	정신질환에 대한 조기개입을 통한 정신건강증진을 도모한다.						
지표 현황 및 목표치		2005	2007	2008 <sup>5)</sup>	2011	2015	2020
	정신질환 치료율						
	중증정신질환 치료율 향상	-	21.0% (06)	-	25.0%	33.0%	40.0%
	성인우울증 치료율 향상	-	23.0% (06)	-	25.0%	33.0%	40.0%
	노인우울증 치료율 향상(2011년 대비 30%)	-	-	-	자료생성	15%향상	30%향상
	아동청소년정신질환 치료율 향상 (2011년 대비 30%)	-	-	-	자료생성	15%향상	30%향상
	스트레스 인지율 감소						
	청소년 스트레스 인지율 감소(13세~18세)	45.6%	46.5%	43.7%	43.0%	40.0%	39.0%
	스트레스 인지율 감소(19세 이상 성인)	35.1%	27.1%	28.9%	28.0%	27.0%	25.0%
지표 정의	· 치료율: 역학조사 대상자 중 정신질환자(중증/우울/노인/아동·청소년)로 정신의료기관 이용경험을 한 사람의 비율 · 스트레스 인지율: 평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느끼는 백분율( '①대단히 많이 느낀다' 또는 '②많이 느끼는 편이다' 라고 응답한 대상자 수)						
목표치 설정근거	기존 조사결과 대비						
자료출처	1) 정신질환역학조사(5년 단위 실시: 2011년 실시 예정) 2) 청소년 건강행태조사통계(매년) 3) 국민건강영양조사(매년)						
관련 세부사업	가. 광역 및 지역 정신보건센터 기능 강화(조기 정신병에 대한 개입 강화/ 아동·청소년 정신건강 사업 확대/노인 정신건강사업 확대) 나. 지역사회 정신건강네트워크 구축(지역사회 조기정신질환 발견 네트워크 체계 구축/ 정신건강 관련 협의체 구성)						

목표 10-4	자살 위험 없는 안전한 사회를 구현한다.						
지표 현황 및 목표치		2008	2009	2010	2011	2015	2020
	자살이 예방 가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율 향상 (2010년 대비 50% 이상)	-	-	-	지표 생성	30.0% 향상	50.0% 향상
	10세~19세 이하 인구 10만명당 자살사망률 감소	4.6명	6.5명		6.0명	5.5명	4.0명
	노인인구(65세 이상) 10만명당 자살사망률 감소	72.1명 (06)	73.6명 (07)	-	70.0명	65.0명	60.0명
	인구 10만명당 자살사망률을 18명으로 감소	26.0명	31.0명	-	23명	20명 (13)	18.0명
지표 정의	· 노인자살사망률: 65세 이상 노인 인구 10만명 당 자살사망자 수 · 청소년 자살사망률 : 10세~19세 이하 인구 10만명 당 자살자 수						
목표치 설정근거	· 기존 조사 대비						
자료출처	1) 한국자살예방협회(매년). 자살인식도 조사 2) 통계청(매년). 사망원인 분석 결과						
관련 세부사업	가. 광역형 24시간 위기관리 서비스 강화 (광역정신보건센터 확충/ 자살상담전화 및 24시간 응급개입서비스 제공 및 체계 구축) 나. 자살시도자를 위한 공공의료서비스 체계 구축 (응급의료센터 기반의 자살시도자 사례관리팀 구축/ 지역사회 네트워크(응급개입) 구축) 다. 아동·청소년 정신보건서비스 강화 (지역 기반의 아동·청소년 정신보건서비스 팀 구축/ 정부 부처간 협력을 통한 정신건강관리 체계 구축 지원) 라. 지역정신보건센터 사례관리 강화 (중증정신질환자의 자살 예방을 위한 응급개입 서비스 강화/ 사업요원을 위한 자살관련 상담 및 교육 기회 확대)						

5) 목표3, 목표5 '09' 10 삭제 '05' 07 추가

목표 25-2	학생들의 불건강한 보건행태의 감소					
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020
	현재 음주율	24.5%	24.5%	23.0%	21.0%	20.0%
	비만도	11.6%	11.6%	11.6%	11.6%	11.6%
	격렬한 신체활동 실천율	31.8%	31.8%	32.0%	32.8%	33.8%
	신체능력 4,5급 비율	42.0%	42.0%	42.0%	42.0%	37.0%
	흡입제 등 약물 사용 경험률	0.7%	0.77%	0.657%	0.557%	0.407%
지표 정의	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 현재 흡연율 = (현재 흡연자/총학생수) * 100</li> <li>· 현재 음주율 = (현재 음주자/총학생수) * 100</li> <li>· 현재 음주자: 최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 비율</li> <li>· 분 자: 최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 수</li> <li>· 분 모: 조사대상자 전수</li> <li>· 비만도(%) = (측정체중-표준체중)/표준체중 * 100</li> <li>· 격렬한 신체활동 실천률=(주 3일 이상 격렬한 신체활동자수/총학생수) * 100</li> <li>· 신체능력 = 학생 건강 체력 평가 1~5등급 (초등학교: 2009년부터; 2010년부터 중학교; 2011년부터 고등학교 시행)</li> <li>· 평생 약물 경험률: 평생 동안 기분의 변화나 환각 등의 경험, 과도한 살 빠기 등을 목적으로 부탄가스, 본드를 비롯하여 각성제, 히로뽕, 암페타민, 마약, 많은 양의 기침 가래약, 신경안정제 등을 먹거나 마신 적이 있는 사람의 비율</li> </ul>					
목표치 설정근거	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 2006, 2007, 2008년 청소년건강행태온라인조사통계 자료</li> <li>· 2010년 교과부의 학생신체능력검사 결과(2000~2008) 내부통계자료 및</li> <li>· 2005년 서울시 소아청소년의 정신장애 유병률 조사결과를 근거로 하였음</li> </ul>					
자료출처	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2007, 2008, 2009). (2,3,4차) 청소년 건강행태 온라인조사통계.</li> <li>2. 교육과학기술부 내부자료(2010). 학생신체능력검사 결과(2000~2008).</li> <li>3. 조수철 등. 2005년도 역학사업보고서 - 서울시 소아청소년 정신 장애 유병률 조사 - 서울특별시, 학교보건진흥원, 서울대병원 소아정신과, 서울시 소아청소년광역정신보건센터.</li> <li>4. 이승욱, 장창국, 김광기등(2007). 학생건강검진결과분석. 서울대학교보건대학원.</li> </ol>					
관련 세부사업	나. 학생들의 불건강한 보건행태의 감소					



목표 25-4	학생들의 정신건강의 증가					
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020
	자살 시도율	4.7%	4.7%	4.5%	3.7%	3.2%
	스트레스 인지율	43.7%	43.7%	42.7%	38.7%	36.2%
지표 정의	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 자살 시도율 = (자살시도 학생 수/총학생수) * 100</li> <li>· 스트레스 인지율 = (평상 시 스트레스를 대단히 많이 또는 많이 느끼는 학생 수/총학생 수) * 100</li> </ul>					
목표치 설정근거	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 2006, 2007, 2008년 청소년건강행태온라인조사통계 자료를 근거로 하였으며</li> <li>· 조사결과 중·고등학생들의 자살 시도율이 3년 평균 0.2%씩 감소하고 있음 이러한 통계를 근거로 학생대상 새로운 자살예방 사업이 성공한다고 가정하면 자살 시도율 감소율을 향후 5년간 매년 0.2%씩, 이후 5년간 0.1%씩 계산</li> <li>· 조사결과 중·고등학생들의 스트레스 인지율이 3년 평균 0.9%씩 감소하고 있음 이러한 통계를 근거로 학생대상 새로운 스트레스 예방사업이 성공한다고 가정하면 스트레스 인지율의 감소율을 향후 5년간 매년 1.0%씩, 이후 5년간 매년 0.5%씩으로 계산</li> </ul>					
자료출처	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2007, 2008, 2009). (2,3,4차) 청소년 건강행태 온라인조사통계.</li> <li>2. 한양대학교 정신과 교실(2005~2008). 우리나라 청소년의 정신보건 실태, 청소년건강행태-온라인조사 결과를 중심으로.</li> </ol>					
관련 세부사업	라. 학생들의 정신건강 향상					

목표 25-7	학생들의 인터넷 중독 감소					
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020
	고위험 인터넷 사용자율	3.3%	3.3%	3.1%	2.8%	2.3%
지표 정의	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 고위험 인터넷 사용자율 = (인터넷 중독 자가진단 점수의 총합이 52점 초과, 1요인 16점 초과, 3요인 10점 초과, 6요인 12점 초과 모두/총학생수) * 100</li> </ul>					
목표치 설정근거	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 제4차(2008년) 청소년건강행태온라인조사에 처음으로 삽입된 항목으로 이전의 데이터가 없음</li> <li>· 이에 대비한 인터넷 중독예방 사업의 효과는 미미할 것으로 생각되어 고위험 인터넷 사용자의 감소율을 매년 0.1%로 계산</li> </ul>					
자료출처	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2009), 4차(2008년) 청소년건강행태 온라인 조사 통계.</li> <li>2. 교육과학기술부 내부자료(2010). 청소년 유해정보 필터링 S/W 보급실적.</li> </ol>					
관련 세부사업	사. 학생들의 인터넷 중독 감소사업					

## 2) 아동·청소년 정신건강 검진 사업 및 정신건강 증진 관련 서비스 정책 현황

### (1) 학생정신건강검진 사업 현황

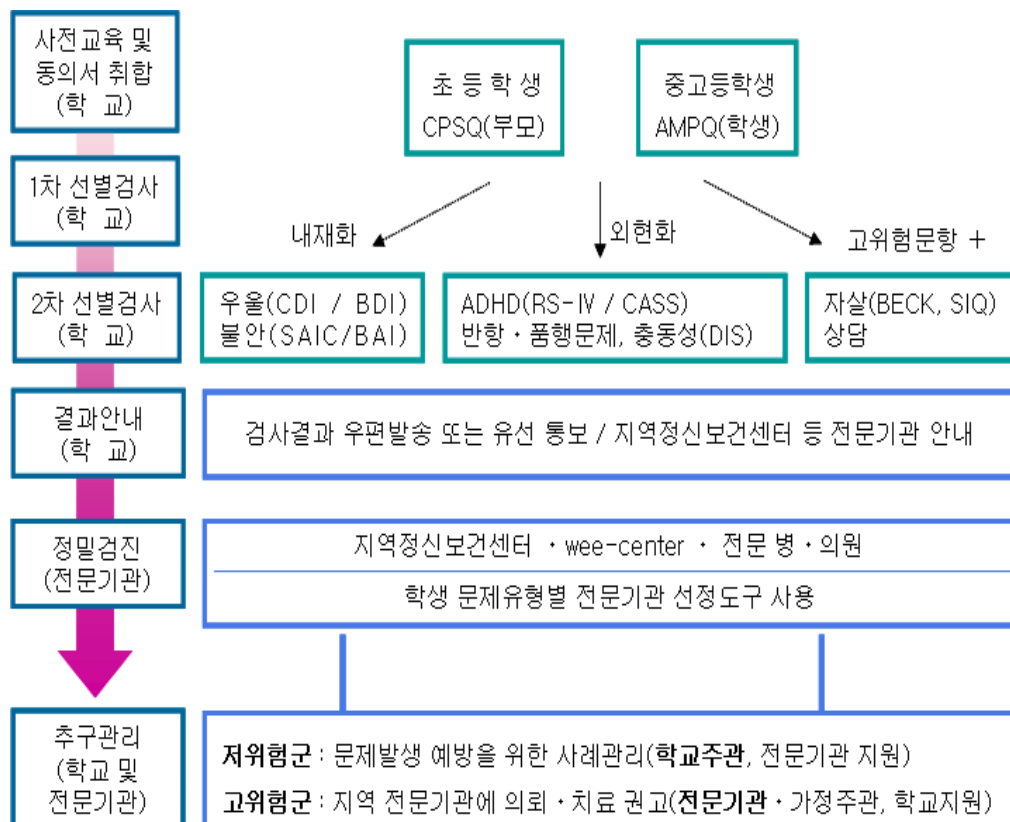
교육과학기술부 주관으로 학생정신건강검진사업이 2007년부터 추진되어 왔다. 2007년에는 전국 96개교 대상 시범사업을 실시하였고, 2008년에는 전국 초·중고 학교 중 2.2%에 해당하는 245개교의 초·중고 학생 76,465여명을 대상으로 실시되었다. 세부적으로는 시도 지정학교 초등학교 1,4학년 중1, 고1학년생을 대상으로 하였다.

조사방법은 전문적인 초·중고생용 선별 검사 도구를 사용하여 보건교사 및 담임교사 주도하에 정밀검사 대상자(학부모 동의하에 조사)를 선별하게 한 후 정밀검진을 받도록 가정е 통보하는 방식이었다. 조사결과 정밀검진이 필요한 학생이 12.9%로 나타났고(남자 13.0%, 여자 12.7%), 정밀검진이 필요한 학생의 비율은 고학년일수록 높게 나타났다(초 4학년 11.3%, 중 1학년 13.5%, 고 1학년 15.1%). 학생정신건강검진에 대한 학부모의 만족도는 86.4%로 높게 나타났으나, 교사와 보건교사의 경우는 50%를 넘지 않는 것으로 나타났다. 교사들이 필요하다고 지정한 과제들은 학생정신건강검진사업에 대한 홍보와 교육, 정신보건센터와의 협조체제구축 및 업무분담, 학생에 대한 지속가능한 사후관리, 학교 내 전담부서 및 전문 인력배치, 부모 동의 없이 치료받을 수 있는 지원체계 등이었다(박효정·안동현, 2008).

2009년도에 중학교 284개교, 고등학교 196개교의 학생 102,837명을 대상으로 한 우울증 검사결과에서 약 40%의 학생이 우울증상이 있는 것으로 나타났고, 경도 23%, 중등도 12%, 심도 5%였다. 초등학생의 과잉행동증후군의 유병률은 약11%인 것으로 분석되었다. 심층사정평가가 필요한 것으로 나타난 학생은 초등학교 15.6%, 중학교 17.8%, 고등학교 17.6% 등이었다.

2010년의 조사결과 심층사정평가가 필요한 학생은 초등학교 10.7%, 중학교 15.0%, 고등학교 12.6% 등으로 상이한 결과를 보였다. 심층사정평가는 정신보건센터, 위(Wee)센터, 병원 등에 의뢰되어 실시되었다. 2/3 정도는 정신보건센터에서 심층사정평가가 이루어졌고 주된 정신건강문제는 우울 등 정서문제 43.6%, 문제 미발견 15.9%, 기타문제 13.9%, 인터넷 중독 3.5%이었으며, 발달문제나 정신병적 문제나 물질남용의 문제는 1% 이내인 것으로 보고되었다. 인터넷 중독은 중학교 1학년 남자(8.3%)에서 가장 높은 것으로 평가되었다. 심층사정평가와 더불어 학교의 의뢰에 의해 정신보건센터에서 제공하는 서비스는 치료서비스 연계, 사례관리 서비스(개별상담, 집단치료 및 상담, 가족개입 및 교육), 지역사회 서비스 연계(복지서비스 주택지원, 푸드뱅크 등), 문제해결집단

운영 등의 서비스들이 연계되고 있다. 다음 [그림 IV-1]은 교육과학기술부에서 추진하는 학생정신건강 서비스지원 사업의 추진체계이다.



\* 출처: 교육과학기술부(2009).

【그림 IV-1】 학생 정신건강관리 체계

## (2) 아동·청소년 정신건강 관련 서비스 제공의 현황

보건복지부 산하의 기관 중에 아동·청소년 정신건강을 일차의료차원에서 관리할 수 있는 기관은 정신보건센터이다. 정신보건센터에서는 정신건강문제를 조기 발견하고, 심층사정평가, 사례관리, 치료연계 및 진료비 지원 등의 사업을 실시하고 있으며, 전국적으로 아동·청소년 대상으로 특화된 센터는 42개소 정도 있다. 그 외에 국공립병원에서도 서비스가 있으나 소아청소년의 정신건강서비스에 대하여 전문화된 서비스를 제공하는 기관dms 거의 없다고 할 수 있다. 그 외에 복지서비스를 제공하는 지역아동센터, 드림스타트센터 등이 있다.

한편, 교육과학기술부에서는 학교에서 상담 및 연계를 할 수 있는 위(Wee) 프로젝트를 실시해 오고 있다. 위프로젝트는 위클래스, 위센터, 위스쿨로 나뉜다. 위클래스는 자기표현감수성 훈련프로그램, 진로탐색·소질개발 프로그램, 학습전략과 방법을 지원하는 학습 클리닉 등의 다양한 개별 및 집단 프로그램과 학생의 특기와 흥미에 맞는 체험프로그램 등을 제공한다. 위센터는 상담서비스와 학생의 잠재력, 학교 및 사회적응력, 글로벌 리더십 등을 향상시키는 다양하고 전문화된 맞춤형 프로그램 제공(임상심리사에 의한 심리검사 및 사례 진단, 전문상담사에 의한 가정문제, 학교폭력, ADHD 등의 위기 유형별 상담, 사회복지사에 의한 지역사회연계 장학금 지원과 같은 복지 혜택, 학습지도사에 의한 학습컨설팅 실시 등)을 제공하며, 위스쿨은 학년·학급이 구분되지 않은 통합교육과정으로 운영되며 학교 교육 이외에도 심성 교육, 직업교육, 사회적응력 프로그램 등을 함께 지원하고 있다.

아동·청소년의 정신건강 서비스와 관련한 부처별 정책 현황은 <표 IV-2>에 제시되어 있으며, 아동·청소년의 정신건강 문제와 관련된 행동의 수준에 따라서 접근할 수 있는 정책이나 서비스를 제공하는 정부부처를 도식화한 것이 [그림 IV-2]에 제시되어 있다.

표 IV-2 부처별 아동·청소년 정신건강 서비스의 현황

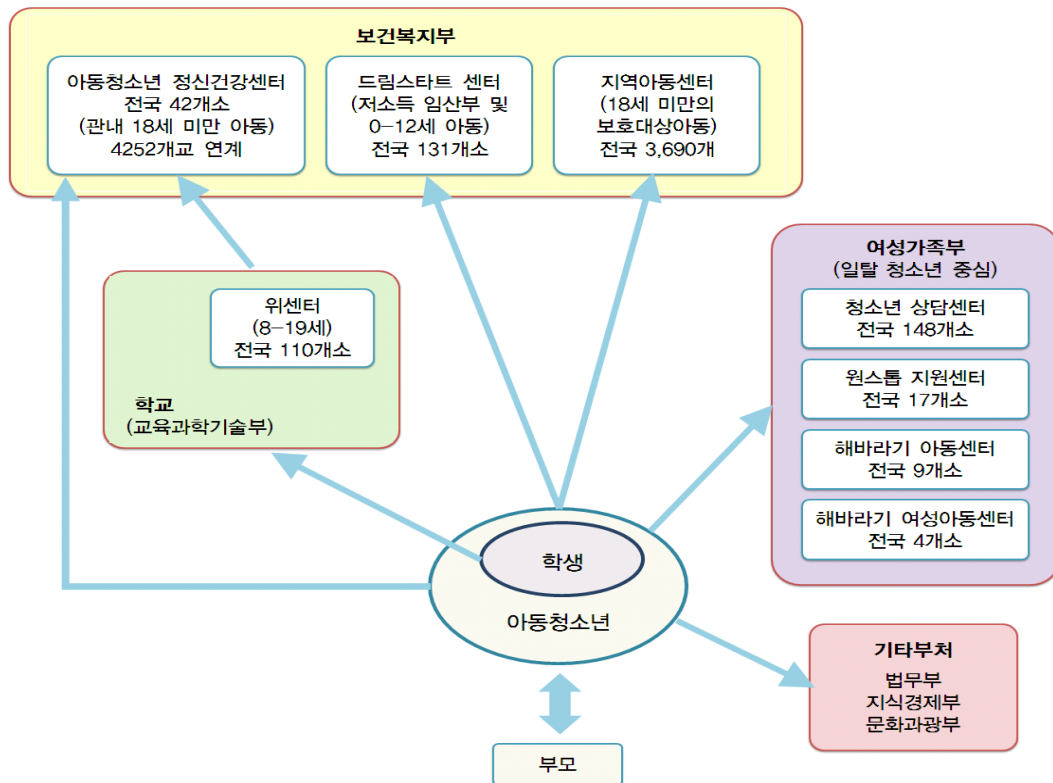
소속 부처	구분			설치 현황 (전국)	주요 지원내용	기관별 인력유형	비고 및 자료출처
보건 복지부	소아청소년 정신건강센터 (정신보건센터 중 아동·청소년사업 수행기관)			42 개소	1.정신건강문제 조기발견 · 대상: 지역사회 취약계층, 지역사회 유관기관, 교과부 지정 초·중·고등학교, 지역주민 의뢰 2.심층사정평가 3.사례관리(개인상담, 집단프로그램) · 자살예방 및 우울·섭식장애, 온라인 게임중독, 학교폭력 중재 프로그램, 생활기술훈련 프로그램 외 4.치료연계 및 진료(검사 및 치료)비 지원 *출처: 보건복지부(2011). 정신보건 사업 안내, pp.102-111.	·정신과전문의 ·정신과전공의 ·정신보건간호사 ·정신보건사회복지사 ·정신보건임상심리사 ·간호사 ·사회복지사 ·임상심리사 ·간호조무사 ·언어치료사 ·학습치료사 ·음악치료사 ·특수교사 ·미술치료사 ·감각통합치료사 ·놀이치료사	· 2009년 설치현황 기준 · 중앙정신보 건사업지원단 외(2009). 중 앙정신보건사업 지원단 사업보 고서, p.89.
보건 복지부	보건 의료 기관	국공립 병원	국립	6	1.ADHD 클리닉	·정신과전문의 ·정신과전공의 ·정신보건간호사 ·정신보건사회 복지사	· 2009년 설치현황 기준 · 중앙정신보건 사 업 지 원 단
			공립	11	2.학습장애 및 집중력 클리닉		
			소계	17	3.자폐증 클리닉 4.발달장애 및 아스퍼거 클리닉		

소속 부처	구분			설치 현황 (전국)	주요 지원내용	기관별 인력유형	비고 및 자료출처
		민간의 원 (정신 과)	정신 병원	149	5.사회성 증진 프로그램 6.부모교육 프로그램 7.언어치료 및 평가프로그램 8.작업치료 및 평가프로그램 9.감각통합치료 및 평가프로그램 10.인지행동치료 프로그램 11.음악치료 프로그램 * 출처: 국립서울병원 홈페이지 ( <a href="http://www.snmh.go.kr">http://www.snmh.go.kr</a> )	·정신보건임상 심리사 ·간호사 ·사회복지사 ·임상심리사 ·간호조무사 ·언어치료사 ·학습치료사 ·음악치료사 ·특수교사 ·미술치료사 ·감각통합치료사 ·놀이치료사	외(2009). 중 양정신보건사업 지원단 사업보 고서, p.89.  · 민간의원의 경우 아동 청소년 사업 수행여부를 파악하기 어려워 전체 설치 현황을 기입
			종합 병원	156			
			병원	96			
			의원	814			
			소계	1,215			
	지역아동센터			3,690	1.보호 · 급식제공, 영양결핍지원, 주거환경개선 및 위생지도, 건강의료지원 및 정기건강검진 2.교육 · 학습지도, 학습장애지원, 학습부적응지원, 숙제지도, 인성교육, 미술교육, 안전교육, 경제교육 3.문화 · 캠프, 공동체프로그램, 문화체험, 놀이, 특별활동, 체육활동 4.아동정서지원 · 가정방문, 가족부모상담, 가족기능강화, 아동상담, 사례관리, 심리/정서/지지/상처치유, 아동의사결정 및 참여를 통한 활동 5.지역사회연계 · 결연후원, 지역사회연계, 후원자관리, 자원봉사자운영관리 * 출처: 전국 지역아동센터 실태조사 보고서(2010), p.61	·생활복지사 ·아동복지교사	· 2010년 설치현황 기준 · 전국 지역아동센터 실태조사보고 서(2010), p.iii.
보건 복지부	드림스타트센터			131	1.신체/건강서비스 · 취약계층 아동의 건강한 마음과 신체발달 증진, 취약계층 임산부의 건강한 출산 및 양육지원, 건강한 생활을 위한 사전 예방적 건강검진 및	·관할시군구 전담공무원 (사회복지, 간호, 보건, 행정)	· 2011년 설치현황 기준 · 드림스타트

소속 부처	구분	설치 현황 (전국)	주요 지원내용	기관별 인력유형	비고 및 자료출처
			치료적 개입 및 부모교육 2.인지/언어서비스 · 취약계층 아동의 의사소통 및 기초학습 능력 강화, 맞춤형 학습지원을 통한 개별아동의 강점 개발, 부모자녀 상호작용 및 적합한 교육환경을 위한 부모역량 강화 3.정서/행동서비스 · 자아존중감 및 긍정적 성격형성을 위한 정서발달 서비스 제공, 올바른 사회인식 및 이해를 도와 성숙한 사회시민으로의 성장을 도모, 취약계층 아동과 가족의 생활안정, 삶의 질 개선, 가족유대감 증진 4.가족 및 통합지원서비스 · 맞춤형 아동 및 가족방문으로 전문사례 관리자 1:1 가정방문 지원, 부모의 자긍심 강화 및 양육기술 지원 * 출처: 드림스타트 홈페이지 (http://www.dreamstart.kr)	·사회복지사	홈페이지 참조 (http://www.dreamstart.kr)
교육 과학 기술부	WEE 프로젝트	110	1.WEE 클래스 · 자기표현,감수성 훈련프로그램, 진로 탐색, 소질개발 프로그램, 학습전략과 방법을 지원하는 학습 클리닉 등의 다양한 개별 및 집단 프로그램과 학생의 특기와 흥미에 맞는 체험프로그램 등 2.WEE 센터 · 상담서비스와 학생의 잠재력, 학교 및 사회적응력, 글로벌 리더십 등 을 향상 시키는 다양하고 전문화된 맞춤형 프로그램 제공(임상심리사에 의한 심리검사 및 사례 진단, 전문상담사에 의한 가정문제, 학교폭력, ADHD등의 위기 유형별 상담, 사회복지사에 의한 지역사회연계 장학금 지원과 같은 복지 혜택, 학습지도사에 의한 학습컨설팅 실시 등) 3.WEE 스쿨 · 학년·학급이 구분되지 않은 통합교육과정으로 운영되며 학교 교육이외에도 심성 교육, 직업교육, 사회적응력 프로그램 등을 함께 지원 * 출처: WEE 홈페이지 (http://www.wee.go.kr)	·전문상담교사 ·전문상담사 ·임상치료사 ·임상심리사 ·사회복지사 ·상담원	· 2010년 설치현황 기준 · 교육과학기술 부(2011). 학생 정서· 행동발달 선별 검사 및 추구 관리 매뉴얼, p.65.
여성 가족부	청소년상담센터	148	1.개인상담                      2.집단상담 3.전화상담                      4.심리검사 5.사이버상담                      6.주요상담영역	·청소년지도사 (1-3급) ·청소년상담사	· 2010년 설치현황 기준

소속 부처	구분		설치 현황 (전국)	주요 지원내용	기관별 인력유형	비고 및 자료출처
여성 가족부				· 가족, 일탈 및 비행, 학업/ 진로, 성, 성격, 대인관계, 정신건강, 생활습관/ 외모, 컴퓨터/ 인터넷사용, 정보제공, 법률정보, 활동, 기타 * 출처: 여성가족부(2010). 청소년백서, pp.147-151.	(1-3급) · 청소년보호지도자 · 청소년자원지도자 *3,4의 경우 그외 시설종사자 통칭	· 여성가족부 (2010). 청소년백서, p.148.
	여성·아동폭력 피해 관련기관	원스톱 지원센터	17	1. 상담지원 · 심리안정 · 임상심리상담 · 유형별 전문적 상담 2. 의료지원 · 응급진료 및 증거채취 · 신체적·정신적 피해 처방 · 진단서 발급 3. 법률지원 · 민·형사상 소송 지원 · 범죄피해자 구조금 · 수령지원 4. 수사지원 · 피해조사 · 진술녹화 · 원격지 화상 대질조사 * 출처: 여성·아동폭력피해 중앙지원단 홈페이지( <a href="http://www.womannchild.or.kr">http://www.womannchild.or.kr</a> )	· 정신보건임상심리사 · 사회복지사 · 경찰병원의료진 · 경찰관 · 무료법률자문변호사	· 2010년 설치현황 기준 · 여성가족부 홈페이지 ( <a href="http://www.mogef.go.kr">http://www.mogef.go.kr</a> )
	여성·아동폭력 피해 관련기관	해바라기 아동센터	9	1. 의료·심리지원 · 정신과, 산부인과, 외과 등의 진료 · 약물, 입원치료 · 심리평가 및 치료 2. 상담지원 · 개인, 부모, 가족, 집단상담 프로그램 3. 수사법률지원 · 수사소송지원 · 증거물 채취 · 법률자문 상담 · 진술녹화 4. 사회적지원 · 성폭력 예방교육 · 부모 교육 및 자조모임 · 지역사회 관련기관 연계 * 출처: 여성·아동폭력피해 중앙지원단 홈페이지 참조 ( <a href="http://www.womannchild.or.kr">http://www.womannchild.or.kr</a> )	· 정신과전문의 · 산부인과전문의 · 임상심리전문가 · 임상심리사 · 간호사 · 사회복지사 · 무료법률자문변호사	
		해바라기 여성아동센터	4	원스톱지원센터, 해바라기아동센터의 통합기능 수행 * 출처: 여성·아동폭력피해 중앙지원단	· 소아청소년/소아정신과/산부인과전문의	

소속 부처	구분	설치 현황 (전국)	주요 지원내용	기관별 인력유형	비고 및 자료출처
			홈페이지 참조 ( <a href="http://www.womannchild.or.kr">http://www.womannchild.or.kr</a> )	·정신보건임상심 리사 ·정신보건간호사 ·정신보건사회 복지사 ·간호사 ·사회복지사 ·심리치료사	
총계		5,383			



【그림 IV-2】 아동·청소년 대상 중앙정부 부처의 정신건강 관련 정책 및 서비스 개요



## 2. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황

### 1) 미국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책

#### (1) 아동·청소년 정신건강의 목표와 정신건강 증진 정책

미국의 아동·청소년의 우울증 경험률은 8.3%(2008년)이었고, 2020년까지 7.4%로 감소시키는 것을 목표로 하고 있다. 또한 정신건강 문제를 가진 아동의 약 68.9%(2008년)가 정신건강 서비스를 이용한 경험이 있는데, 2020년까지 10% 증가시키는 것을 목표로 하고 있다. 김봉년(2009)의 보고에 의하면 미국의 아동 중 정신장애 유병률은 약 15~19%로, 이 중 약 3~8%의 아동이 자살, 물질남용, 아동학대, 10대 임신, 청소년 범죄 등의 정신장애 및 정서장애에 해당되고 있다고 한다.

미국의 학교보건사업은 집단건강검진, 신체검사, 의뢰, 예방접종, 건강기록, 응급처치, 상담, 교육 등을 포함한다. 학교 내 진료소나 인근 진료소를 연계하여 운영하지만 주에 따라 차이가 크다.

#### (2) 학교 및 지역사회의 아동·청소년 대상 정신건강 정책

미국 정부의 보건 및 인간서비스 부서 산하의 정신건강관련 기관인 국립정신건강연구소(National Institute of Mental Health, NIMH), 물질남용 및 정신건강 서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA), 국립알코올남용 및 중독연구소(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA), 국립약물남용연구소(National Institute on Drug Abuse, NIDA) 등은 지역사회 및 학교중심의 아동·청소년 정신건강프로그램을 추진하고 있다.

미국에서는 정신건강문제가 있는 청소년에게 개별화된 서비스를 제공하는데 중점을 두고 학교기반 또는 지역사회중심의 서비스를 주로 제공하고 있다. 1980년대 후반부터 학교기반 보건센터(School Based Health Center)를 활용하여 학교중심의 정신건강서비스를 제공해 왔고, Expanded School Mental Health Program 사업은 모든 학생들에게 정신건강평가와 치료서비스를 제공하였다. 또한 지역사회와 연계하여 사회복지사, 심리학자, 정신과의사, 간호사, 학부모, 학생, 교사 등이 참여하는 서비스를 제공하였다.

한편, 의료보험회사와 사업체와 연계하여 직업프로그램, 멘토링 등을 지원받게 해 왔는데, Wraparound 프로그램은 지역사회 중심서비스로서 아동과 부모가 개별화된 서비스를 받도록 지원하

는 프로그램이다. 학교, 성직자, 사업가, 부모, 이해관계자 등으로 위원회를 구성하여 자원 코디네이터가 수요를 분석하고, 계획서를 만들어 승인을 받고 추진하는 방식으로 운영된다(김수진, 2007).

표 IV-3 미국 정부의 아동·청소년 대상 정신건강 정책 및 사업

기관명 및 담당 부서	소아청소년정신건강 관련부서	내용 및 사업명
National Institute of Mental Health, NIMH 미국국립정신건강연구소 <a href="http://www.nimh.nih.gov">http://www.nimh.nih.gov</a>	Division of Developmental Translational Research, DDTR 발달중개연구부	아동 및 청소년기에서부터 유래하는 정신장애를 예방하고 치유하는 것을 궁극적인 목적으로 하는 연구 및 연구 관련 사업을 지원. 관련된 장애에는 기분 장애, 불안, 정신분열증, 자폐증, ADHD, 품행장애, 식이 장애, 강박신경장애, 뚜렛 증후군 포함.
	Division of Services and Intervention Research, DSIR 서비스 및 개입연구부/ 아동 및 청소년치료와 예방적개입연구분과	아동 및 청소년을 위한 정신건강 예방, 치료, 재활 개입의 효과성을 평가하는 연구, 훈련, 연구 기반구조를 개발하는 사업들을 계획, 지원, 시행. 또한 알려진 효능이 있는 개입들의 장기적 효과성을 다루는 연구도 지원
Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA  미국 물질남용 및 정신건강서비스국  <a href="http://www.samhsa.gov">http://www.samhsa.gov</a>	Center for Mental Health Services, CMHS 정신건강 서비스센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 아동 및 그 가족을 위한 포괄적 지역사회 정신건강 서비스사업</li> <li>· 국가 아동 외상후 스트레스 사업</li> <li>· 안전한 학교 / 건강한 학생 보조금</li> <li>· '돌봄의 원' : 아메리카 원주민 아동서비스 보조금</li> <li>· 주별 가족 연결망</li> <li>· 아동정신건강을 위한 국기기술지원센터</li> <li>· 아동 및 청소년의 정신건강과 물질남용에 대한 주 기반구조 보조금(공동)</li> <li>· 지역사회 정신건강 서비스 포괄보조금</li> <li>· 포괄적인 정신건강계획</li> <li>· 정신질환자들의 보호 및 옹호</li> <li>· 자살위험청소년(15세~24세)</li> <li>· 캠퍼스 자살 예방</li> <li>· 국가 자살예방 생명의 전화</li> <li>· 자살예방지원센터</li> <li>· 주/ 부족 청소년 자살예방</li> <li>· 원주민의 열망(Native Aspirations)</li> </ul>
	Center for Substance Abuse Prevention, CSAP 물질남용 예방센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 알코올과 청소년 사업</li> <li>· 약물 없는 지역사회</li> <li>· 감옥 우회 사업</li> </ul>
	Center for Substance Abuse Treatment, CSAT 물질남용 치료센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 공격적인 청소년과 가족 중심의 치료</li> <li>· 아동 및 청소년의 정신건강과 물질남용에 대한 주 기반구조 보조금(공동)</li> <li>· 성인, 청소년, 가족치료 약물 법정</li> <li>· 청년 범법자 복귀 사업</li> </ul>

기관명 및 담당 부서	소아청소년정신건강 관련부서	내용 및 사업명
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA 미국 국립알코올남용 및 중독연구소 <a href="http://www.niaaa.nih.gov">http://www.niaaa.nih.gov</a>	· 대내 임상&생물 연구국 · 역학 및 예방 연구국 · 대사 및 건강영향 연구국 · 신경과학 및 행동 연구국 · 치료 및 회복 연구국	· 미성년자음주 · 5개의 국이 공동연구사업을 진행하는 방식
National Institute on Drug Abuse, NIDA 미국 국립약물남용연구소 <a href="http://www.nida.nih.gov">http://www.nida.nih.gov</a>		· 10대청소년을 위한 약물남용 예방홈페이지 운영 · 온라인 교육자료 제공

미국의 교육부에서 추진하는 학교중심 보건사업으로는 보건과 건강, 환경보건, 체육프로그램(Health, Mental Health, Environmental Health, and Physical Education Program)이 있다. 정신보건의료체계와 학교를 통합적으로 운영하는 정책을 펴고 있다. 약물남용 및 폭력과 같은 정신건강 관련 문제중심의 프로그램은 협력하여 추진할 수 있도록 지원하고 있다.<sup>6)</sup>

## 2) 캐나다의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책

### (1) 아동·청소년 정신건강 목표와 정신건강 증진 정책

캐나다의 아동·청소년의 정신질환 유병률은 약15%로 보고된 바 있다(Leithch, 2007). 십대 청소년의 자살 생각률은 여자 31.3%, 남자 17.7% 등인 것으로 보고되었고<sup>7)</sup>, 여자청소년의 2/3 이상이 많은 스트레스를 경험하는 것으로 나타났다.

### (2) 학교 및 지역사회의 정신건강 증진 정책

캐나다 정부의 공중보건부서<sup>8)</sup>에서는 학생의 건강증진을 위한 건강증진학교 정책을 지원한다.

6) 자료원: <http://www2.ed.gov/about/offices/list/osdfs/>

7) [http://www.youthnet.on.ca/main\\_english.php?section=viewarticle&article=7](http://www.youthnet.on.ca/main_english.php?section=viewarticle&article=7)

8) <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/index-eng.php>

온타리오주의 교육부처에서는 건강증진학교를 통하여 학생의 건강증진과 정신건강증진을 도모하도록 추진하고 있다. 노바 스코티아(Nova Scotia)지역<sup>9)</sup>에서는 건강증진학교 정책을 통하여 학생의 건강증진을 도모하여 의료비절감의 결과를 가져온 것으로 평가받았다. 2003년부터 2006년 동안 진행된 목소리와 선택(Voices and Choices)이라는 건강증진사업은 정신건강 및 중독센터와 협력된 프로그램으로 학교 교사, 보건교사, 부모, 학생 등이 연계된 프로그램으로 학생들이 건강에 대한 자신의 느낌이나 의견을 제시하게 하고 학교환경은 개선하는 프로그램을 개발, 진행했다. 이 프로그램은 9학년 이상의 학생에게 제공되어 왔고, 그 효과는 긍정적인 것으로 보고된 바 있다.

청소년대상의 무브(Mauve)사업<sup>10)</sup>은 청소년의 우울감, 자살, 약물남용, 자퇴, 비행 등의 주제를 중심으로 반항적인 청소년들이 커뮤니케이션과 도움받기를 통해 그들의 문제를 개선하도록 하는 교육적인 사업이다.

교육부의 뉴파운드리랜드 랩라도(Newfoundland Labrador)<sup>11)</sup>사업은 정신적 장애, 정서장애 등을 가진 아동·청소년을 위한 서비스이다. 주요 정신건강장애로는 주의력결핍장애(ADHD),品行장애(Conduct Disorder), 불안장애(Anxiety Disorder), 우울장애(Depressive Disorders), 반항장애(Oppositional Defiant Disorder), 외상 후 스트레스 장애(Post Traumatic Stress Disorder), 약물남용 등을 포함하고 있다. 전문적인 진단을 거쳐 정신장애 또는 정서장애가 있는 것으로 판정된 학생은 그 정신건강상태의 수준에 따라 적절한 서비스를 받도록 하게 한다.

지역사회차원의 청소년 정신건강증진사업은 청소년들이 직접 참여하고 운영하는 정신건강서비스를 제공하고 있다. 1993년부터 시작된 이 사업은 청소년의 정신건강 서비스이용에 대한 편견을 해소하고, 스트레스 극복방법을 교육하는 등 효과적인 정신건강증진사업을 포괄적으로 제공한다.<sup>12)</sup>

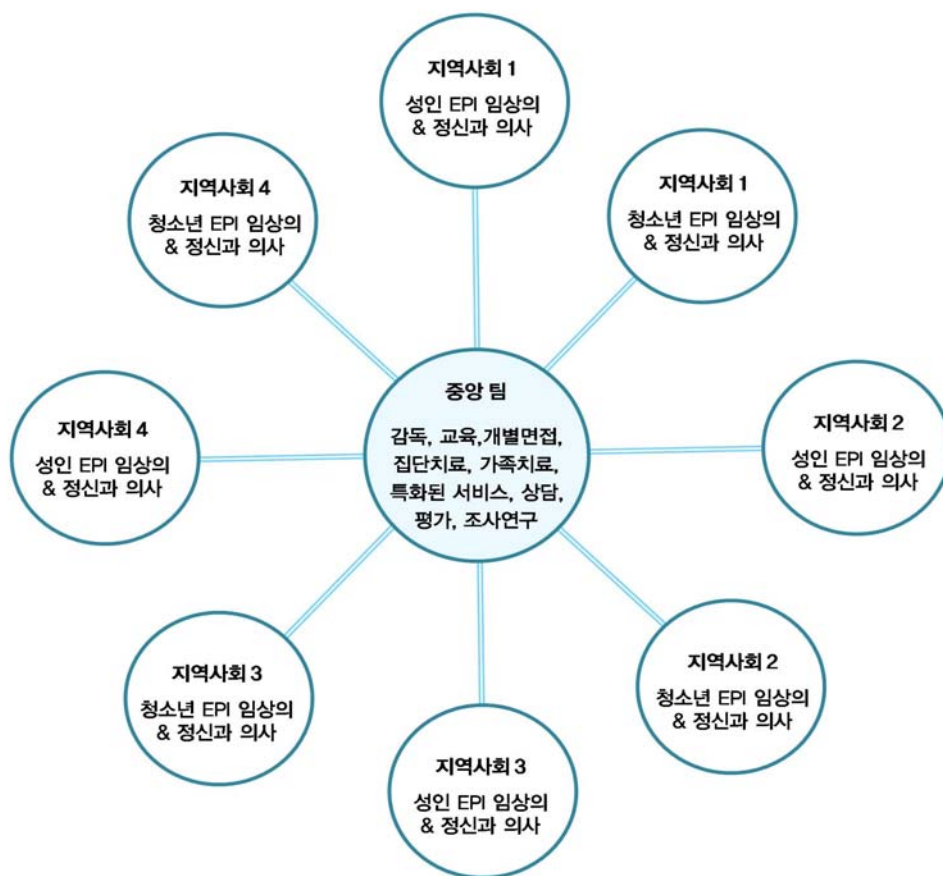
9) 자료원: [http://www.ednet.ns.ca/index.php?t=sub\\_pages&cat=1160](http://www.ednet.ns.ca/index.php?t=sub_pages&cat=1160)

10) 자료원: <http://www.youthnet.on.ca>

11) 자료원: <http://www.ed.gov.nl.ca/edu/index.html>

<http://www.ed.gov.nl.ca/edu/k12/studentssupportservices/exceptionalities.html>

12) [http://www.youthnet.on.ca/main\\_english.php?section=viewarticle&article=7](http://www.youthnet.on.ca/main_english.php?section=viewarticle&article=7)



\* 자료원: 김윤 등(2009). 정신건강 선별검사 및 사례관리 연계체계 개발, 서울대학교, 건강증진사업지원단, p39에서 재인용.

【그림 IV-3】 캐나다 Fraser South 지역의 허브 모델

### 3) 영국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책

#### (1) 아동·청소년 정신건강목표와 정신건강 증진 정책

영국의 5~16세 아동의 정신질환 유병률은 2004년에 약 10%정도였지만, 2009년에는 5~10세 아동 중 약 6%가 심각한 행동장애문제를 보였고, 경미한 행동장애를 가진 경우는 19%나 되는 것으로 보고되었다. 또한 2009년 청소년의 심각한 행동장애문제는 9%, 경미한 행동장애는 29%로 나타나 2004년과 비교하여 높은 유병률을 보이고 있다.

## (2) 학교 및 지역사회의 정신건강 증진 정책

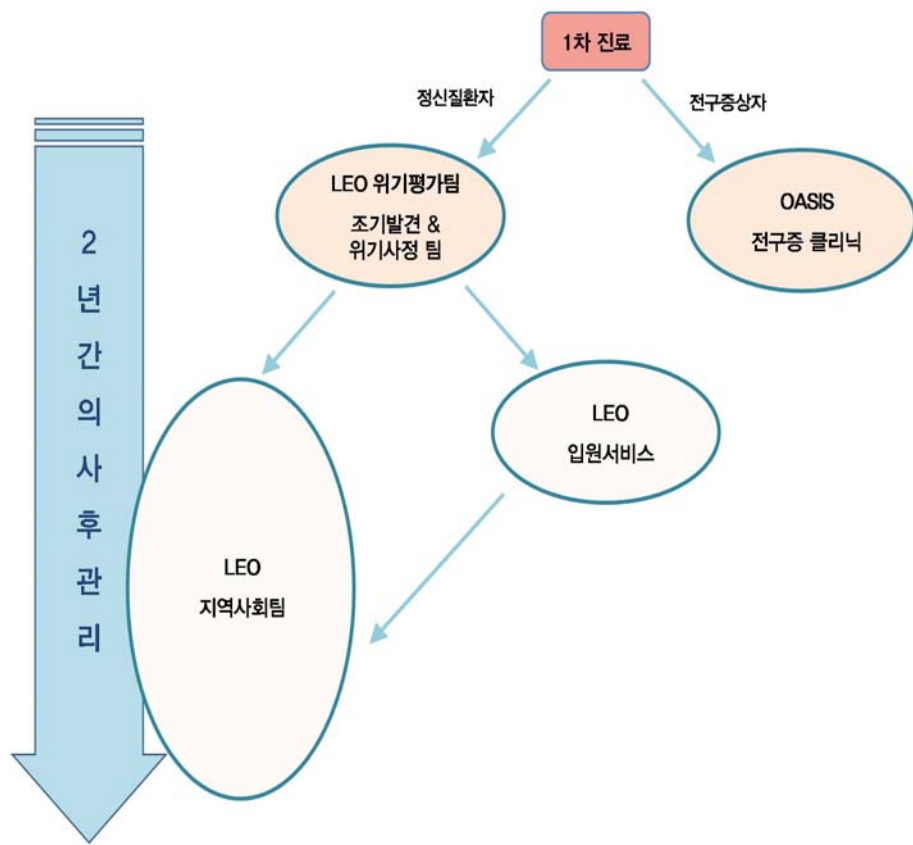
### 가) 학교기반의 정신건강 증진 정책

학교기반의 정신건강증진정책은 행동장애예방, 학교의 괴롭힘 예방, 정신질환의 조기발견을 위한 전문적인 검진서비스 등으로 구분된다. 행동장애예방을 위한 학교기반의 교육 사업을 10세 연령의 아동에게 투입했을 때 아동 1인당 132파운드(2009년 기준, 교육자료, 교사교육 포함)가 소요되며, 이 교육의 결과로 청소년기에 정신건강수준의 향상은 9%정도일 것으로 추계하였고, 비용효과적인 것으로 평가되었다. 정신건강교육을 전혀 받지 않는 경우 54%의 아동이 생애동안 행동장애를 겪을 가능성이 있는 것으로 분석되었다. 학교에서의 괴롭힘을 예방하기 위한 프로그램도 비용효과적인 사업으로 평가되고 있다. 또한 정신과전문의가 개입된 조기검진프로그램도 전반적인 정신질환치료비용을 감소시키는 것으로 평가되었다.

### 나) 지역사회차원의 정신건강 증진 정책

영국의 정신건강증진정책은 조기에 정신건강문제에 개입하여 예방함으로써 생애의 정신건강관련 비용을 절감하는 데 목표를 두고 있다. 만 5세 아동의 정신건강문제를 조기개입하는 부모대상 개입사업은 행동문제를 보이는 아동의 부모에게 양육태도를 바꾸어 문제행동을 감소시킬 수 있게 하는 프로그램이며 비용효과적인 사업으로 평가되었다.

보건부 산하의 아동·청소년 정신건강서비스(Children and Adolescent Mental Health Services, CAMHS)에서 일반적인 사업과 취약계층대상 사업, 특성화된 사업을 제공하고 있다. 일반적인 정신건강사업은 전체 아동·청소년을 대상으로 하고 있고, 특성화된 사업은 지속적인 관리가 필요한 청소년을 대상으로 보건과 사회적 서비스를 제공하는 사업이다.



\* 자료원: 김윤 등(2009). 정신건강 선별검사 및 사례관리 연계체계 개발, 서울대학교, 건강증진사업지원단, p.39에서 재인용.

【그림 IV-4】 영국 램베스 조기 개입(LEO) 서비스 체계도

#### 4) 호주의 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책

##### (1) 학교 정신건강 증진 사업인 마음의 문제(Mindmatters)프로그램

마음의 문제(Mindmatters) 프로그램은 학교중심의 포괄적인 정신건강 증진 프로그램으로 세계보건기구의 건강증진학교 모델을 기초로 한 종합적인 건강증진모델에 그 기반을 두고 있는 사업이다. 마음의 문제 프로그램은 아동·청소년의 사회심리적 정신건강을 목표로 하고 있으며 호주의 중·고등학교 학교모델과 교과과정, 전문성개발 프로그램을 개발시켜서 학생에게 알맞게 적용할 수 있는 정신건강

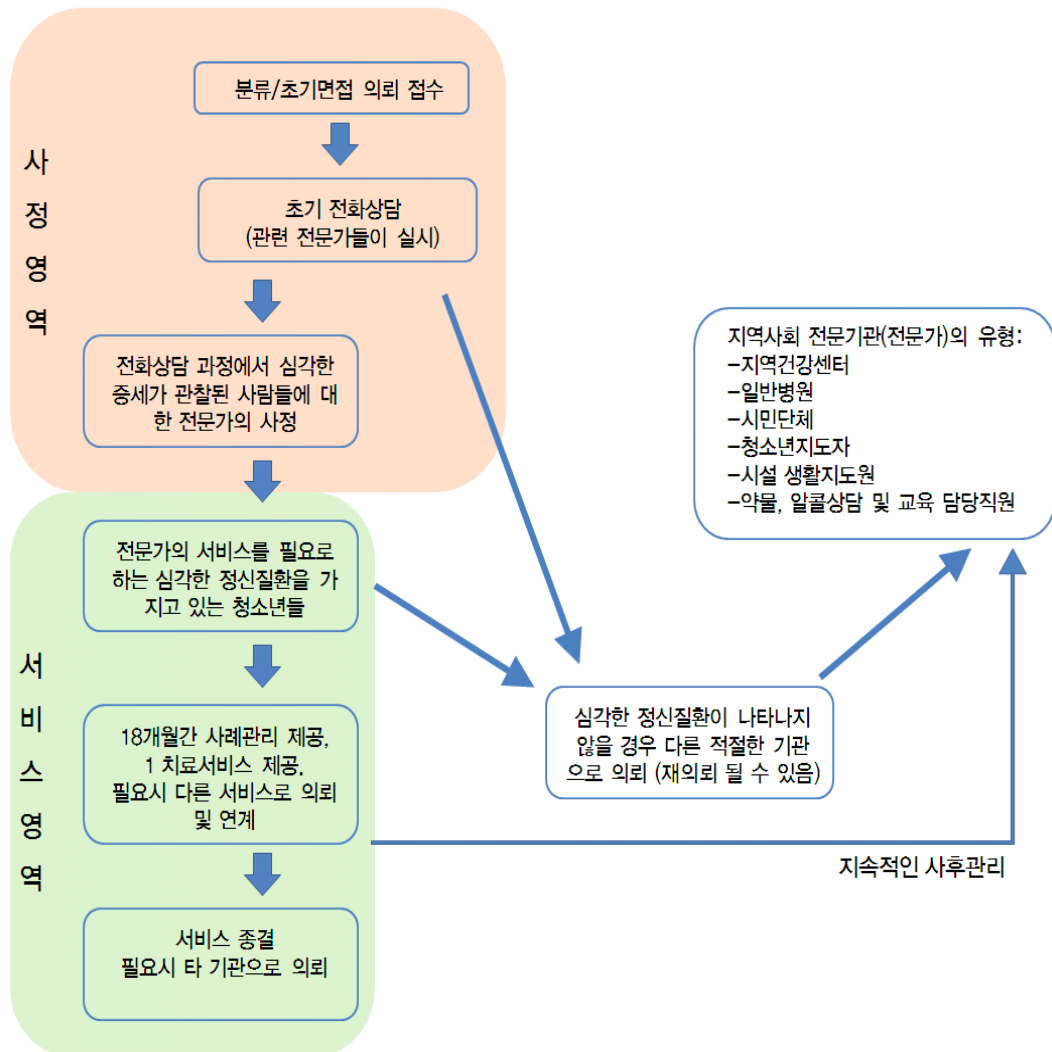
증진 프로그램을 제공하도록 추진되고 있다. 전체학교 공동체와 모든 학생 및 교직원, 20~30%의 학교에서의 도움이 필요한 학생, 3~12%의 정신건강개입이 필요한 학생 등으로 구분된다.

이 프로그램은 교사와 학생의 참여와 상호작용을 중요시하기 때문에 학교의 모든 교사가 학생 정신건강 증진 사업에 참여하게 되며 이를 통해 안전하고 지지적인 분위기와 학습 환경을 제공한다. 이 프로그램의 네 가지 수준은 전체학교 공동체 영역과 학부모와 학생의 관계의 질, 학교의 정신, 학교정책 등이 해당되는데, 전체학교 공동체 영역에는 지역사회기관, 학부모, 학생 등이 포함된다. 이 프로그램의 목적은 학생들의 의사소통기술, 도움요청기술, 문제해결기술의 향상이며, 이러한 정신건강 교육과정은 정규적인 교육과정에 포함되어 수행되고 있다.

## (2) 지역사회의 정신건강증진프로그램

지역사회에서는 전문가의 평가를 통해 치료가 필요하다고 의뢰된 학생을 대상으로 의뢰된 학생의 치료를 지원하고 그들이 정상적인 학교생활을 할 수 있도록 지원한다. 호주 멜버른, 빅토리아 지역에서는 15~24세 청소년을 대상으로 하여 정신질환, 알코올 의존, 약물남용에 대한 조기발견, 조기개입, 담당자 교육을 하는 중재 기관을 두고 운영한다. 정신질환 문제를 가지고 있는 사람들에게 전화 상담을 통해 평가와 조속한 개입이 이루어 질 수 있도록 지원한다. 프로그램운영과 인력교육, 환자의 평가와 연계 등을 담당하고, 상담과 치료는 지역사회의 자원을 활용한다(김윤 등, 2009).





\* 자료원: 김윤 등(2009). 정신건강 선별검사 및 사례관리 연계체계 개발, 서울대학교, 건강증진사업지원단, p.38에서 재인용.

【그림 IV-5】 호주 오리겐지역 청소년 정신건강 서비스의 체계도

#### 5) 세부 정책 사례

우리나라 아동·청소년 정신건강 정책의 시사점을 찾고자 관련 문헌 고찰과 미국의 Substance Abuse and Mental Health Services Administration(SAMHSA) 홈페이지에서 제공하는 정보를 통해 미국의 아동·청소년 정신건강 사업을 살펴보았다.

#### (1) SAMHSA 정신건강 서비스센터의 아동·청소년 정신건강 사업(2007년)

먼저 SAMHSA의 정신건강 서비스센터의 2007년 예산 가운데 학교폭력예방 사업 예산이 \$75.71백만으로 가장 많았고, 청소년 자살 예방을 위한 주 정부와 캠퍼스 지원 사업 예산이 총 \$22.77백만으로 그 다음을 이었으며 기타 아동 특별사업 및 일반사업에 \$9.43백만이 사용되고 있었다. 이것은 우리나라의 아동·청소년 정신건강사업이 선별사업의 확대에 치중하고 있는 것과는 대조적으로 구체적인 정신문제에 대한 적극적인 치료적 개입에 많은 예산이 사용되고 있음을 보여준다. 다음은 SAMHSA의 아동·청소년을 위한 정신건강사업들을 소개한 것이다.

##### 가) 청소년과 가족 중심의 치료 (Assertive Adolescent- and Family- Centered Treatment)

National Survey on Drug Use and Health에 따르면 150만명의 청소년들(12~17세 청소년의 6.1%)이 2006년에 알코올 치료가 필요한 것으로 분류되었으나 111,000명(알코올 치료가 필요한 청소년의 7.2%)만이 알코올 전문치료를 받았다. 또한 약 140만명(5.4%)의 청소년들이 불법 약물 사용 치료가 필요하였으나 124,000명(9.1%)만이 관련된 치료를 받았다.

이 사업은 약물 남용 치료의 미충족 욕구를 대상으로 하는 SAMHSA 사업의 일환이므로, 약물 남용 장애 기준을 충족하는 12세에서 21세까지의 청소년을 위한 것이다. 이 사업은 Assertive Community Reinforcement Approach(ACRA)와 Assertive Continuing Care(ACC) 접근법을 함께 채택함으로써 청소년을 위한 알코올 및 약물 남용 치료의 공급과 효과성을 늘리기 위하여 고안되었다.

전국적으로 모든 지점들은 치료와 관련된 의정서(protocol)을 수용하였고, 그 결과 360명의 청소년이 이에 근거한 치료 서비스를 받게 되었다. 2007년 7월 현재 알코올과 약물 사용 중단은 치료의 도입 이후 6개월만에 233.3%로 증가하였다.

##### 나) 아동 및 그 가족을 위한 포괄적 지역사회 정신건강 서비스 사업(Comprehensive Community Mental Health Services for Children and Their Families Program)

많은 지역사회에서는 심각한 정서 장애(Serious Emotional Disturbance: SED)를 갖고 있는 아동 및 청소년들을 위한 서비스가 존재하지 않거나, 혹 서비스는 제공되더라도 비용이 높거나 부적절하다. 때문에 미국에서 정신건강서비스를 필요로 하는 아동 및 청소년의 약 2/3가 이러한 서비스를 받지 못하고 있다. 그 결과 정신건강 문제를 가진 많은 아동 및 청소년들이 학교 성적이 저조하고 범죄에 가담하게 된다. 때로는 서비스를 얻기 위해서는 부모들이 그들의 자녀에 대한

양육권을 포기해야만 하기도 한다. 또한 서비스 대기자가 많을 수 있고, 서비스를 받을 때는 서로 다른 공급자 및 치료 계획들이 개입될 수도 있다.

Comprehensive Community Mental Health Services for Children and Their Families Program은 1993년부터 실시되어 450만명에서 630만명 정도로 추정되는 SED를 가진 아동과 그의 가족의 욕구를 충족시킬 수 있는 돌봄의 체계들을 개선하고 확대하고자 하였다. 이 사업의 목표는 SED를 가진 청소년의 문제 또는 장애를 감소시키고 교육 및 사회적 기능과 장단기적 정신건강을 향상시킬 수 있는 지역사회에 기반을 둔 돌봄의 체계들을 개발, 실행, 지원하는 것이다. 이 사업은 아동의 정신건강사업들을 하나의 통합적인 돌봄체계 속에 포함시킴으로써 서비스들을 조직, 조정, 전달하는 보다 효과적인 방법들을 장려하여 정신건강서비스를 아동, 청소년, 가족에게 잘 전달하도록 하였다. 1993년 이래로 이 사업은 전국에 있는 126개 수혜자에게 지원되었다.

#### 다) 아동 외상후스트레스 사업(National Child Traumatic Stress Initiative: NCTSI)

전국의 12세에서 17세까지의 청소년 중 8%가 성폭력을 당한 경험이 있고, 17%는 신체적 폭력을 당하였으며, 39%는 폭력을 목격한 적이 있다고 조사되었다. 이처럼 많은 아동 및 청소년이 여러 가지의 반복적인 정신적 외상을 경험한다. NCTSI는 2001년에 개발되어 2006년 9월까지 세 가지의 외상 센터에 45개의 협동적 협약(cooperative agreement)을 지원하였다. National Child Traumatic Stress network는 2006년에 33,910명의 어린이에게 서비스를 제공하였고, 그 해 임상 치료를 받았던 어린이 가운데 34.8%가 임상적으로 의미 있는 개선을 보였다. 또한 지금까지 거의 60만명의 정신건강 전문가, 일차의료 공급자, 아동 서비스 분야의 기타 전문가들, 소비자, 공공기관의 구성원들에게 아동의 정신적 외상 스트레스에 관한 치료, 평가, 교육에 관한 훈련을 제공하였다. 네트워크 간의 협동으로 네트워크 집단들은 아동의 의학적 외상, 난민 외상, 아동 복지, 가정 폭력 등에서의 돌봄의 표준에 대한 이해를 높일 수 있는 것들에 대하여 연구하고 있다.

#### 라) 약물 없는 지역사회(Drug-Free Communities)

2006년에 불법 약물을 처음 사용한 사람의 57.8%가 18세 미만이었고 89.2%의 음주 시작인들이 21세 미만이었다. 그리하여 의회는 Drug-Free Communities Act를 1997년 6월에 제정하였다. 이 법은 청소년의 물질 남용을 감소시키고자 하는 사명을 수행하는 지역사회 연합에 재정적 지원을 한다. SAMHSA는 Office of National Drug Control Policy(ONDCP)의 부처간 협약에 포함되어 2004년부터 DFC 지원 프로그램을 담당하고 있다.

DFC는 ONDCP의 후원을 받는 협동 사업으로서 두 가지 주요한 목표를 달성하고자 하는 지역사회 기반의 연합을 지원한다. 첫 번째 목표는 물질 남용의 위험을 높이는 지역사회 요인을 다루고 물질 남용의 위험을 최소화하는 요인을 장려함으로써, 우선 청소년 집단의 물질 남용을 줄이고 점차 성인집단에게까지 확대해 나가는 것이다. 두 번째 목표는 지역사회, 민간 비영리 기관, 그리고 연방, 주, 지방, 부족 정부 사이의 협력을 강화하는 것이다.

마) 안전한 학교/건강한 학생 보조금(Safe Schools/Healthy Students Grants: SS/HS)  
1997년과 1999년 사이의 학교에서의 총기사고들이 청소년 폭력 문제에 대한 국가 대책을 마련하는 계기가 되었다. 연구에서는 학교 폭력은 일반적으로 보다 큰 지역사회 문제의 증상으로 여겨진다. 따라서 학교만으로는 효과적으로 이러한 문제들을 해결할 수 없고 부모, 경찰, 법률 기관, 정신건강 조직, 지역사회 단체, 공무원들이 함께 모여 포괄적인 실행 계획을 개발하고 실행해야 한다.

1999년에 교육부, 보건복지부, 법무부가 함께 늘어나는 청소년 폭력 문제와 학교 안전에 대한 대책으로 SS/HS를 시작하였다. SS/HS는 교육, 법, 사회서비스, 정신건강에서의 최선의 실행과 최근의 생각들을 바탕으로 광범위한 접근방법을 취하며, 현재까지 총 249개 학교를 지원해 오고 있다. 수혜자는 ① 안전한 학교 환경과 폭력 예방 활동, ② 술, 담배, 기타 약물 예방 활동, ③ 학생의 행동적, 사회적, 정서적 지원, ④ 정신건강 서비스, ⑤ 초기 아동에 대한 사회적 정서적 학습 프로그램 등을 포함하는 포괄적인 프로그램을 제공받는다.

1999~2001년의 코호트 자료는 SS/HS가 효과적인 개입임을 보여준다. Poway(CA)에서는 학교가 안전하지 않다고 느끼는 학생이 중학생에서는 70%, 고등학생에서는 81%정도가 감소하였다. 전국적으로는 SS/HS 프로그램 개입 이후, 학교가 안전하지 않다고 느끼는 학생이 5.66% 감소하였고 학교에서 칼이나 총에 의해 다쳤다고 보고한 학생 수가 10.19% 감소한 것으로 나타났다.

바) 돌봄의 동심원-아메리카 원주민 아동 서비스 보조금(Circles of Care Grants: Native American Children's Services)

약 10년 전 Office of Technology Assessment는 아메리칸 인디언과 알래스카 원주민 (AI/AN) 청소년들이 일반적인 미국 인구보다 더 많이 심각한 정신건강 문제들을 가지고 있음에도 불구하고, 지역사회에서의 정신건강 서비스에 대한 접근성은 떨어진다고 보고되었다. SAMHSA에 의해 이루어진 보다 최근의 연구에 따르면 AI/AN 청소년들은 다른 미국 청소년보다 자살률이 2.4배 더 높았다. 약 60%의 AI/AN 인구가 주류사회의 사회서비스 프로그램보다는 도시의 인디언 프로그램을 선호하는

것을 생각해 볼 때, 부족과 주 정부 사이의 통치적, 문화적, 언어적 차이로 인해 치료 자원과 효과성에서의 차이가 발생하는 데서 그 원인을 찾을 수 있을 것이다.

1999년 회계연도에 정신보건서비스센터, Indian Health Service, 국립정신보건연구원, 법무부의 청소년 범죄 및 비행 예방 사무실의 협력으로 “Circles of Care” 프로그램이 만들어졌다. 이 사업은 3년 동안 부족 및 도시의 인디언 프로그램을 지원하여 AI/AN 아동, 청소년, 그리고 그들의 가족을 위해 문화적으로 적절한 정신건강 체계를 계획하고 평가하도록 하였다. 이 사업은 부족 지도자들과 공급자들로 구성된 팀에서 설계되었고 기술적 지원은 National Indian Child Welfare Association에 의해 지속적으로 제공되었다. National Center on American Indian and Alaska Native Research는 각 지역 센터의 평가를 위한 기술적 지원을 제공하였다.

이 사업은 아동들의 정서적, 행동적, 교육적, 직업적, 영성적 결과를 성취하기 위해 AI/AN 지역사회 구성원들에 의해 고안된 돌봄 체계들의 모형을 개발, 실행, 그리고 평가하였으며, SED를 가진 아동을 위한 문화적으로 인정받을 수 있는 치료 방법에 관한 지식을 개발하였다.

#### 사) 주별 가족 연결망(Statewide Family Networks)

많은 지역사회에서는 정신건강 서비스가 분산되어 있고, 가족 중심 혹은 가족 친화적이지 않으며 가족 구성원들로부터 충분한 의견을 듣는 것을 허용하지 않는다. 따라서 가족들과 아동들이 이러한 서비스를 이용하기는 쉽지 않으며 이용가능한 서비스나 자원들에 대한 정보와 접근성조차도 얻기가 어려운 실정이다.

Statewide Family Network 사업은 가족들과 정책결정자 및 서비스 공급자들의 연계를 강화시키도록 만들어졌고, 2007년에 42개의 사업이 지원되었다. 이것은 SED를 가진 아동 및 청소년의 가족들에게 효과적인 주단위의 가족 네트워크를 개발하도록 하였다.

#### 아) 아동정신건강을 위한 국가기술지원센터(National Technical Assistance Center for Children's Mental Health)

국가 자료에 의하면 미국에서 450만명에서 630만명의 아동 및 청소년이 SED로 고통 받고 있는데 이 중 65~80%는 전문적인 정신건강 서비스와 필요한 지원을 받지 못하고 있다. 대통령의 New Freedom Commission on Mental Health의 최종 보고서는 아동, 청소년 및 그들의 가족을 위해 보다 접근성이 높고 적절한 가정 및 지역사회 중심의 정신건강 서비스 전달 체계를 개발할 것을 요구하였다. 그에 따라 지금까지 많은 연구와 실행을 통해 효과적인 서비스와 지원을 위한 네트워크에

무엇이 필요한지를 이해하게 되었고, 그 결과 여러 개의 주에서는 일종의 “돌봄의 체계”를 의무화하는 법규를 채택하였다.

조지타운 대학교에 있는 National Training and Technical Assistance Center(NTTAC)는 약 25년 전에 설립되어 SED를 갖고 있거나 위험에 있는 아동·청소년과 그들의 가족을 위해 아동 및 가족 중심적이고 문화적, 언어적으로 유능하며 기관들을 아우르는 돌봄의 체계들을 계획하고 개발하도록 하는 국가적 자원과 훈련 센터로서의 역할을 해왔다. NTTAC는 아동, 청소년, 가족들을 위한 통합적이고 반응적인 정신건강 전달체계를 지원하도록 주 및 지역의 아동 서비스 기관, 인디언 부족 및 부족 조직들, 태평양 섬 지역에 기술적으로 지원을 한다.

NTTAC의 역할에는 국가 훈련 기관, 변화 촉진자, 국가 정책 연구소, Systems of Care 훈련 센터, 기술적 지원, 국가 학술대회 개최, 유아기 systems of care의 구축이 포함된다.

#### 자) 아동·청소년의 정신건강과 물질남용에 대한 주 기반구조 보조금(Child and Adolescent Mental Health and Substance Abuse State Infrastructure Grants)

지난 10여년 동안 SAMHSA는 지방에 많은 시범사업을 지원하였다. 이들 시범사업에서 얻은 중요한 교훈은 주 단위의 주요 이해관계자들의 투자 없이는 지방의 역량을 확대하고 유지하는 것이 어려우며 주와 지방 이해관계자들의 협력이 조기 개입과 치료서비스의 개발, 유지, 성장에 필수적이라는 것이다.

2004년 회계연도에 7개의 5개년 사업비가 처음으로 지급되었다. 이 예산은 정신건강과 물질 남용 서비스 체계들의 역량을 늘리는데 사용되었다. 이 사업의 우선순위는 기존의 SAMHSA로부터 주어진 지역 사업들이 있는 주, 영토, 아메리카 원주민 부족에서 이 사업들의 지속성과 성장을 보장할 수 있는 기반 구조를 강화하는 것이다.

이 사업을 통해 주, 영토, 아메리카 인디언 부족 정부들은 ① 그들의 정신건강체계를 SED와 동반하는 물질 남용과 정신건강 장애들을 가진 아동 및 청소년의 복잡한 욕구를 충족하도록 변환할 수 있는 능력을 강화하고, ② 서비스전달체계를 통해 대상 인구집단을 위한 지방의 서비스 및 치료 개입을 후원, 지원, 유지하는데 필요한 기반 구조를 구축하였다.

#### 차) 자살 위험 청소년(Adolescent at Risk for Suicide)

자살은 비의도적 손상 및 살인에 이어 청소년(15~24세)에게서 나타나는 세 번째 사망원인이다. 1999년에 청소년은 암, 심장질환, AIDS, 출산결함, 뇌졸중, 만성폐질환을 모두 합친 것보다 더

많은 수가 자살로 인해 사망하였다. 많은 자발적인 학교 기반의 자살 예방 프로그램들이 개발되고 실행되었지만 대부분은 현실에서 효과적인지 적절하게 평가되지 않았다. 특히 이 사업들이 적절한 치료나 도움의 손길로 연계되었는지 혹은 가족들이 얼마나 그것을 받아들이고 참여하였는지에 대한 조사가 특히 부족하다.

‘자살위험 청소년과 정신건강서비스의 연결(The Linking Adolescents at Risk for Suicide to Mental Health Services)’ 보조금 사업은 기존에 고등학교에서 실행되고 있는 학교 기반의 자발적인 자살 예방 사업들을 평가하고 문서화하는 데 예산을 지원한다. 지원 자격으로는 지역 교육기관이나 비영리기관들과 연합한 지역 교육기관이다.

#### 카) 캠퍼스 자살 예방(Campus Suicide Prevention): 가렛 리 스미스 기념 자살예방법 (Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Act)

미국대학건강협회에 의하면 61%의 대학생들이 무력감, 45%가 우울로 인한 기능 장애, 9%가 자살에 대한 충동을 느낀다고 한다. 또한 매년 1,088명의 대학생이 자살을 한다. 캠퍼스에서의 자살 문제는 복잡하기 때문에 다양한 접근과 협동, 조정이 필요하다. 즉, 캠퍼스 상담사나 지역사회 정신건강센터에만 의존할 수 없다. 캠퍼스 내의 자원만으로는 예방, 개입, 치료 서비스가 불충분하기 때문에 지역사회 기관의 도움이 필요하다.

2005년에 의회는 가렛 리 스미스 자살예방법을 통과시켰다. 캠퍼스자살예방보조금 사업은 우울, 약물남용, 자살 시도와 같은 정신 및 행동 문제를 가진 학생들에 대한 서비스를 제공하는 대학을 지원한다. 다른 시도로는 ‘주/부족 청소년 자살 예방 사업’과 ‘국가 자살예방 자원센터’가 있다. 2005년 이래 SAMHSA는 55개 대학교에 자살예방 보조금을 지급하였다.

#### 타) 주/부족 청소년 자살예방: 가렛 리 스미스 기념 자살예방법

앞서 언급하였듯 AI/AN 청소년은 US 전체 인구에 비해 자살률이 2.4배 높고, 알래스카 원주민의 자살률은 전체 인종보다 4.6배 높다. 주/부족 청소년 자살예방은 부족 청소년의 자살 예방 및 조기 개입 전략의 개발과 실행을 위한 주/부족의 자체적인 노력을 넘어선 자살예방책이다. 주/부족 청소년의 자살예방은 공공/민간 협력, 특히 학교, 교육 기관, 청소년 교정 제도, 위탁보호제도, 물질남용 및 정신건강 프로그램, 기타 아동 및 청소년 지원 조직 등을 모두 포함한다. 보조금을 받은 조직이 해야 할 일은 다음과 같다.

- 학교, 교육 기관, 청소년 교정 제도, 위탁보호제도, 물질남용 및 정신건강 프로그램, 기타 아동 및 청소년 지원 조직에서 주 혹은 부속 청소년 자살의 조기 개입 및 예방 전략의 개발 및 실행
- 청소년 자살 조기개입 및 예방 전략의 개발과 지속적 실행에 적극적으로 관여하는 공공 및 민간 비영리 조직 지원
- 자살 혹은 자살 시도의 위험이 있는 정신 혹은 정서적 장애의 위험이 있는 청소년에게 조기 개입 및 사정 서비스 제공
- 자살 혹은 자살 시도의 위험이 있는 청소년에게 적절한 지역사회 정신건강 서비스와 치료를 위해 적기에 후송
- 자살 위험이 있는 청소년을 둔 가족들에게 즉각적인 지원과 정보 자원 제공
- 가족, 친구, 학교, 교육 기관, 청소년 교정 제도, 위탁보호제도, 물질남용 및 정신건강 프로그램, 기타 아동 및 청소년 지원 조직에게 적절한 자살 이후의 개입 서비스, 돌봄, 정보 제공
- 자료 수집 및 분석 활동 참여와 평가 보고서 준비

#### 파) 청년 범법자 사회복귀 사업

지난 10년간 교도소 감금에서 풀려나 지역사회로 돌아오는 청소년 및 청년의 수가 늘어남에 따라 그들을 지속적으로 관리할 수 있는 체계가 필요하다는 인식이 생겼다. 지역사회 복귀와 가족으로의 재결합은 범법자들과 그들의 가족 모두에게 위협할 수 있는 시기이기 때문이다.

사업비를 받은 기관은 대상 인구집단에게 지역사회 중심의 물질남용 치료와 관련된 복귀 서비스를 계획·개발하고, 제공하는 이해관계자 간의 협력관계를 형성해야 한다. 복귀로의 전환은 범법자가 풀려나기 전 교도소에서부터 시작되어야 하기 때문에 지역사회 서비스뿐만 아니라 교도소에서의 스크리닝, 사정, 출감 계획 활동까지도 고려하여 예산을 계획하여야 한다.

#### (2) SAMHSA의 아동·청소년 정신건강사업이 주는 시사점

SAMHSA의 아동·청소년 정신건강사업을 통해 얻을 수 있는 교훈은 다음과 같다. 첫째, 자살, 알코올 중독, SED와 같이 아동·청소년에서 흔히 발견되는 문제들을 다루고자 하였다. 우리나라의 경우도 청소년의 제1사망원인이 자살로서 그 문제가 심각하지만 청소년 자살예방을 위한 특화된 프로그램은 부족하다. 국내 정신보건센터 등록 아동·청소년의 67.6%가 정서행동문제를 가지고 있고 6.0%가 인터넷 중독을 가지고 있으며, 5.3%는 발달문제를 가지고 있었다(중앙정신보건사업지원단,



2009). 따라서 이러한 주요 문제들에 대한 전문적인 서비스가 이루어질 수 있도록 더 많은 예산지원이 있어야 할 것이다. 둘째, SAMHSA에는 아메리칸 인디언 등과 같은 소수 인종의 정신건강증진을 위한 사업들이 포함되어 있다. 우리나라에도 결혼이민자나 외국인 노동자를 부모로 둔 아동·청소년이 늘어나는 추세이다. 이들은 일반 아동·청소년에 비해 더 많은 정신적 문제를 가지고 있다(금명자 등, 2006). 따라서 현재의 학교, 지역사회, 정신보건센터의 연계체계에서 이들을 대상으로 한 특화된 프로그램의 개발이 필요할 것으로 보인다. 셋째, ‘안전한 학교/건강한 학생’ 사업과 같은 아동·청소년의 생활터인 학교를 중심으로 포괄적인 안전 및 정신건강사업을 추진할 필요가 있다. 예를 들어, 현재의 학생정신건강지원서비스에 학교폭력예방이라는 부분을 추가하여 조기에 문제를 발견하고 적극적으로 문제를 치료하는 방안으로의 발전을 생각해 볼 수 있다. 넷째, 아동·청소년 정신건강 문제의 해결에는 가족의 참여가 중요하고 따라서 이를 보다 강화할 수 있는 사업이 필요하다. 비슷한 고민을 나눌 수 있는 가족들의 자조조직을 만들고 운영하는데 정부의 도움이 필요할 것이라고 생각된다.

### 3. 아동·청소년 정신건강 정책의 개선방안 마련을 위한 FGI 및 델파이 조사

#### 1) 아동·청소년 정신건강 서비스 이용에 관한 FGI 조사결과

##### (1) 조사의 개요

FGI 조사를 위해서 정신건강서비스 이용경험이 있는 초등학교, 중학교, 고등학교와 학부모를 모집하여 인터뷰 회의를 실시하였다. 지역 정신보건센터<sup>13)</sup>를 통하여 모집된 대상자 부모들에게는 사전설문지에 응답하게 한 후 인터뷰 회의를 실시하였고, 회의는 학생과 학부모의 일정이 모두 가능한 날로 하기 위하여 공휴일(6월 6일)에 실시하였다. 본 조사에 참여한 학생과 학부모는 서울 및 수도권 지역에 거주하는 사람들로 구성되었다. 주요 조사내용은 학교에서의 정신건강 상담서비스 경험, 지역사회에서의 정신건강 상담서비스경험에 대한 것으로 구성되어 있고, 전반적인 서비스만족도와 요구도에 관하여도 조사하였다.

조사대상은 초등학교 5명, 중학교 5명, 고등학교 2명과 그들의 학부모였다. 참여하고자 하는

13) 협조기관 : 서울시 강남구 정신보건센터, 은평구 정신보건센터, 노원구 정신보건센터, 수원시 정신보건센터, 부천시 정신보건센터.

대상은 초등학생의 학부모가 가장 열의가 높았다. 고등학생의 모집이 어려웠던 이유는 학부모와 함께 참여하려는 사람이 거의 없었기 때문이었다. 고등학생의 정신건강서비스경험 및 요구도에 대해서는 추가적인 학부모 면담 회의를 통하여 정보를 수집하였다.

표 IV-4 학생 그룹 조사내용

구분	질문 내용
학교에서의 정신건강 상담서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 학교에서의 정신건강검사 경험</li> <li>· 담임선생님의 정신건강 상담서비스 추천 경험</li> <li>· 담임선생님의 협조</li> <li>· 보건선생님의 협조</li> <li>· 학교에서 상담서비스를 처음 받아본 시기</li> <li>· 경험해본 학교 상담서비스 종류(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심)</li> <li>· 학교에서 상담서비스를 받기 어려운 이유</li> <li>· 학교 상담서비스의 효과 및 그 이유</li> <li>· 인터넷 상담 경험 여부, 세부사항 등</li> <li>· 정신건강검진 경험 여부, 효과</li> <li>· 학교 상담서비스의 발전방향</li> </ul>
가정, 지역사회에서의 정신건강 상담서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 고민상담 조력자(친구, 부모, 기타 친척, 선생님, 정신건강(보건)센터 선생님, 의사선생님, 기타)</li> <li>· 정신건강(보건)센터를 알게 된 시기 및 계기</li> <li>· 정신건강(보건)센터에서 받아본 서비스(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 다른 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심) 및 불편한 점</li> <li>· 지역사회 정신건강센터에서 받아본 서비스 및 불편한 점</li> <li>· 정신건강서비스 본인부담비용</li> <li>· 지역사회의 일반 병원 이용 경험 및 불편한 점</li> <li>· 계속 서비스를 받는 데 필요한 보완점</li> </ul>

표 IV-5 학부모 그룹 조사내용

구분	질문 내용
학교에서의 정신건강 상담서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 학교에서의 정신건강검사 경험</li> <li>· 담임선생님의 정신건강 상담서비스 추천 경험</li> <li>· 담임선생님의 협조, 상담경험</li> <li>· 학생정신건강증진에 관한 학교의 정보 제공, 제공된 경우 정보의 내용</li> <li>· 학교에서 상담서비스를 처음 받아본 시기</li> <li>· 경험해본 학교 상담서비스 종류(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심)</li> <li>· 학교에서 상담서비스를 받기 어려운 이유</li> <li>· 학교 상담서비스의 효과 및 그 이유</li> <li>· 인터넷 상담 경험 여부, 세부사항 등</li> <li>· 정신건강검진 경험 여부, 효과</li> <li>· 학교 상담서비스의 발전방향</li> </ul>
가정, 지역사회에서의 정신건강 상담서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정신건강(보건)센터를 알게 된 시기 및 계기</li> <li>· 정신건강(보건)센터에서 받아본 서비스(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 다른 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심) 및 불편한 점</li> <li>· 정신건강서비스 본인부담비용</li> <li>· 지역사회의 일반 병원 이용 경험 및 불편한 점</li> <li>· 계속 서비스를 받는 데 필요한 보완점</li> </ul>

표 IV-6 조사대상자의 개요

No	이름	연령	성별	교급/학년	거주지	보호자
1	송○○	13세	M	초등학교/6학년	서울	모
2	김○○	12세	M	초등학교/5학년	서울	모
3	최○○	12세	M	초등학교/5학년	수원	모
4	김○○	11세	F	초등학교/5학년	수원	부
5	한○○	11세	F	초등학교/6학년	서울	모
6	최○○	15세	F	중학교/2학년	부천	모
7	김○○	15세	M	중학교/2학년	수원	모
8	한○○	14세	M	중학교/1학년	서울	모
9	강○○	14세	M	중학교/3학년	서울	모
10	이○○	14세	F	중학교/2학년	서울	모
11	이○○	17세	F	고등학교/1학년	서울	모
12	정○○	17세	F	고등학교/2학년	서울	부

## (2) 조사결과

### 가) 아동·청소년 FGI 조사 결과

학교에서 실시하는 정신건강 관련 검사나 상담서비스는 받아 본 아동·청소년보다 받아보지 못한 아동·청소년들이 더 많았다. 아동·청소년들이 학교에서 받아본 서비스는 주로 교내 상담센터나 상담교사를 통한 대화나 설문조사를 통한 상담 등이었다.

한편, 여기서 눈여겨 볼 점은 학부모 사전 설문조사 결과에서는 학교 상담 서비스를 이용해 본 경험이 있는 아동·청소년들이 그것을 검사, 상담이라고 인지하지 못하는 경우도 있었다는 것이다. 학교에서 실시되는 서비스의 내용이 체계적이고 전문적이지 못해서 생긴 결과였는지, 아니면 대상 아동·청소년들이 학교를 정신건강의 검사 및 상담 장소로 인지하지 못해서 발생한 결과인지 알아보기 위한 심층적인 조사가 필요할 것이다.

지역의 “정신건강(보건)센터는 어떻게 알게 되었나요? 언제, 누가 알려주었나요?”라는 질문으로 아동·청소년들이 현재 학교 외에서 받고 있는 다른 서비스들을 이용하게 된 계기에 대해 물어 보았다. 그 결과 아동·청소년에게 직접적으로 정신건강 상담서비스를 권유한 것은 부모인 경우가 많았다. 부모들 그룹에서 조사된 결과로는 대부분이 학교 선생님이나 주변 사람들이 아동·청소년들의 정신건강에 대해 조언을 하여 서비스를 이용하게 되었다고 응답하였으나, 아동·청소년들의 특성상 이러한

응답 경향이 나타난 것으로 보인다.

다음으로 정신건강관련 서비스를 이용하면서 어떤 점이 좋았고, 어떤 점이 불편했는지에 대해 묻자, 초등학교에 재학 중인 아동들은 주로 미술치료나 놀이치료를 통해 재미를 느끼고 있었고 대부분의 경우 치료라는 개념보다도 놀이라는 개념으로 서비스를 인식하고 있는 경우가 많았다.

한편 초등학교 아동들은 걸어서 이동 가능한 비교적 가까운 곳에서 서비스를 받고 있었다. 그러나 중고등학교 청소년들의 경우 서비스를 받는 곳이 주거지에서 조금 먼 경향이 있었으며, 초등학교 아동들에 비해 상담이나 치료에 대한 집중도와 흥미가 떨어지는 것으로 나타났다. 이는 외부적으로는 서비스를 제공하는 선생님의 성향에 따라, 그리고 선생님이 얼마나 자주 바뀌느냐에 따라 영향을 많이 받는 것으로 나타났으며, 개인 내부적으로는 심리적 방황이 나타나는 청소년기의 특성에 따른 것처럼 보였다. 특히 남과 달리 이러한 종류의 서비스를 이용하는 것 자체에서 스트레스를 받고 있는 청소년들이 있었다. 하지만 서비스를 이용한 결과 그 효과를 스스로 느낀 청소년의 경우, 앞으로도 지속적으로 서비스를 이용하고 싶다는 의사를 밝혔다.

표 IV-7 학생의 정신건강서비스 이용경험 종합

	처음 알게 된 경로				이용해본 서비스					
	담임 교사	상담 교사	학교 친구	부모	학교			지역사회		
					검사	상담	연계	검사	상담	치료
초등학생										
중학생										
고등학생										

## 나) 학부모 FGI 조사 결과

### ① 아동·청소년의 정신건강상태

학부모들을 대상으로 한 FGI 조사에서는 본격적인 조사에 앞서 우선 아동·청소년들의 정신건강상태를 보다 정확하고 객관적으로 파악하기 위해 부모들에게 그들이 생각하는 아동·청소년의 정신건강상태에 대해 질문하였다. 대부분의 부모들은 아동·청소년들이 처음으로 정신건강에 문제가 있다고 깨닫게 된 계기 및 정신건강 문제에 영향을 미친 사건들, 그리고 그에 대한 부모의 물리적, 심리적 반응을 비교적 자세히 설명하였다.

부모들이 느끼는 아동·청소년들의 문제는 주로 외로움, 고립감, 우울함, 무기력함 등의 감정적 문제와 이로 인해 또래 친구들이나 부모, 교사와의 관계에서 적응을 못하고, 표현을 안 하게 되는 사회적 적응의 문제였다. 또한 많은 아동·청소년들이 또래들 사이에서 심하게 왕따를 당한 적이 있었으며, 강력한 자살 생각을 표현하기도 하였다.

한편 이와 같은 정신건강 상의 문제에 대해 아동·청소년의 주위 사람들, 심지어는 부모 자신도 정확히 알고 받아들이거나 대응하지 못하여, 정신건강 상의 문제를 청소년기의 비행으로 치부하는 경우가 있었다.

### ② 정신건강증진을 위한 상담서비스 이용경험

#### (a) 서비스 이용계기

아동·청소년들이 정신건강 상담서비스를 이용하게 된 계기는 주로 학교 교사, 정신보건센터나 민간 병원의 전문가들을 통해서였다. 이는 아동·청소년들을 대상으로 한 FGI에서 부모를 통해 서비스를 이용하게 되었다고 한 응답이 가장 많았던 것과는 다른 양상이지만, 아동·청소년의 특성 상 그들의 문제를 보호자가 먼저 발견하기가 쉽고, 타인이 발견한 경우에도 보호자에게 먼저 알린 후에 그 다음 대응방안을 상의하였기 때문으로 생각된다.

학교에서의 상담을 통해 정신건강 상담서비스를 이용하게 된 아동·청소년들은 대부분 학교생활에 문제가 있어 이에 대한 상담을 하다가 정신건강상의 문제를 발견하게 된 경우가 많았으며, 이상 징후 발견 이후에는 교내가 아닌 교외의 센터나 병원으로 연계되었다.

#### (b) 서비스의 내용 및 효과

상당수의 부모들은 학교에서 아동·청소년의 상태에 대해 관심이 없거나 아예 정신건강 쪽으로는 무지한 경우가 많아 전혀 도움이 되지 않는다고도 응답하여 각 학교마다, 또 교사마다 차이가 큰 것으로 나타났다. 그 결과 학교에서 비행아동 내지는 비행청소년으로 인식된 대상자들이 학교 내에서 검사나 상담을 받지 못하고 바로 정신보건센터로 가게 되는 경우가 가장 많은 것으로 나타났다.

한편 수도권이지만 비교적 외진 지역에 거주하는 한 아동·청소년의 사례를 통해 정신건강에 대한 일반적인 인지도 및 이해도, 그리고 이를 위한 서비스 자원 및 인력에 있어 지역 간 편차가 매우 크다는 사실을 알 수 있었다.

또한 대부분의 아동·청소년들이 2곳 이상의 기관에서 서비스를 이용한 것으로 나타났으며, 기본적인 상담을 비롯하여 놀이치료, 미술치료, 언어치료, 그리고 약물치료까지 다양한 서비스를 받고 있었다. 그리고 한 두 사례를 빼놓고는 지원을 받는 아동·청소년의 경우에도 본인부담 비용을 따로 지불하고 있었다. 서비스의 효과에 대해서는 대부분의 부모들이 만족하는 편이었다.

#### (c) 정신건강 상담서비스 이용 시 불편한 점

정신보건센터 이용 시에는 긴 대기시간, 기관 간 연계의 복잡함, 저위험군 아동·청소년에 대한 서비스 부족, 직장인의 이용시간 부족, 그리고 서비스 간 연계 부족 등이 불편한 점으로 나타났다. 그 밖에 병원 및 기타 기관에서 서비스를 받는 경우에는 높은 본인부담비용이 가장 큰 문제로 제기되었으며, 또 지역 간 서비스 이용의 격차 문제, 사회적 낙인 등이 문제로 제기되었다. 한편 지역아동센터의 경우 아동·청소년 여러 명이 함께 모이는 경우가 많아 아동·청소년 간 폭력 및 비행 전이의 문제 등이 있었다.

#### 다) 고등학교 학부모 대상의 간담회의 결과

본 연구에서 실시한 FGI 면담에 고등학생의 참여가 저조했는데, 이는 연령증가와 더불어 학부모와 학생이 함께 참여하기가 어려웠기 때문이다. 따라서 일반 고등학생 자녀를 둔 학부모를 대상으로 간담회의를 실시하였다. 결과는 아래와 같다.

##### ① 학교에서의 상담서비스

- 담임선생님이 정신건강서비스에 대해 거의 언급하지 않는다.
- 자율형 사립고와 일반 고등학교의 차이가 있다. 자율형 사립고에서는 상담서비스 등에 대해

비교적 자세히 알려주는 경향이 있는 것 같다.

- 전반적으로 고등학교는 학생의 성적위주로만 학부모와 의사소통하고 있다.
- 정신건강과 관련된 검사를 받는 경우는 거의 없으나 적성검사는 정기적으로 학교에서 실시하고 있는 것으로 안다.
- 학교에서 상담서비스가 있다고 해도 신뢰가 가지 않고 정신질환에 대한 편견 때문에 자녀들이 학교 안의 서비스를 이용할 가능성은 거의 없다.
- 특히 상담서비스를 자원봉사 학부모가 할 경우 더욱 신뢰성이 없다. 학교 안에 소문이 나기 때문에 더욱 그렇다.

## ② 가정, 지역사회에서의 정신건강상담 서비스

- 주변 이웃에게 정보를 듣고 찾아가거나, 복지관 같은데 광고된 것을 보고 이용하게 된다.
- 정신보건센터의 검사나 상담은 매우 형식적이어서 만족도가 낮다.
- 가까운 곳 보다는 먼 곳의 서비스를 이용하는 경우도 있다(주변에 알려지는 것을 꺼리기 때문임)
- 서비스 만족도와 관련해서는 담당의사, 상담인력의 호의적인 태도가 중요하다. 듣는등 마는등 하는 태도는 내담자를 다시 오지 않게 한다.
- 부모-학생간의 건강한 관계가 학생의 정신건강증진에 도움이 될 것으로 인식하고 있다. 건강한 관계를 위해 부모들이 자신의 스트레스를 조절하고 편안한 태도로 자녀를 대하는 것이 자녀에게도 도움이 된다고 인식하고 있다.
- 자녀들이 고등학교생활을 하면서 많은 스트레스를 어떻게 해결할 수 있는지 좋은 방법을 알고 싶어 하며, 상담서비스에 대한 정보부족, 편견 등으로 이용을 못하고 있다. 자녀들에게 상담역할을 하는 사람은 가까운 친인척 정도이다. 그 외에 스트레스 해소를 위해 운동을 하거나, 동급생들과 노래방에 가는 것 정도가 고등학생 자녀의 스트레스 해소 방법이다.

## 2) 아동·청소년 정신건강 정책 개선을 위한 델파이 조사결과

아동·청소년의 정신건강정책개선을 위한 델파이조사는 2011년 8월20일~9월 15일까지 총 2회에 걸쳐 진행되었다. 조사대상은 소아청소년학회의 전문가 추천을 통하여 학계전문가를 선정하였고, 관련부처 공무원, 학교위(Wee)센터 교사, 아동·청소년 정신건강 관련 정신보건센터 사업담당자 등이 포함되었다.



## (1) 1차 델파이조사 결과

### 가) 1차 델파이조사 개요

- 1차 조사 응답자 : 초·중고 교사, 공무원, 청소년상담원, 정신보건센터 담당자 등 11명
- 조사내용 : 아동·청소년 정신건강 관련 문제 중 시급한 개입이 필요한 문제, 정신건강문제의 영역별 보호요인, 학교 및 지역사회의 수준별 정책개선방안 (학교, 교육지원청, 중앙정부, 지방정부, 민간 등)

### 나) 1차 델파이조사의 주요 결과

#### ① 아동·청소년 정신건강의 문제와 원인, 보호요인

- 1차 델파이 조사결과 응답된 아동·청소년의 정신건강관련 문제의 원인은 학교폭력, 교우관계, 학교환경 및 가정환경 등이 지적되었다. 개인의 정신건강 문제로는 자기문제해결능력부족, 학업스트레스, 휴대폰·인터넷(게임)중독, 우울증, ADHD 등의 문제가 있었다.
- 아동·청소년 정신건강과 관련된 보호요인으로는 개인수준에서는 긍정적 사고와 기질, 문제해결능력, 사회적 역량, 신체적요인(신체만족도) 등이 있었다. 개인 간 요인으로는 부모자녀관계가 가장 많이 지적되었고, 부모와의 동거, 종교 활동 참여 등이 있었다. 학교차원에서의 보호요인으로는 학교의 환경조성과 학교생활만족도를 높이기 위한 학교의 노력, 교사와 학생의 긍정적인 상호관계, 전문화된 학교상담서비스 등이 있었다. 지역사회차원의 보호요인으로는 청소년보호의 환경조성, 정신보건서비스에의 접근성, 정신보건서비스가 필요한 학생을 발굴하고 지원하기 위하여 지역사회 기관 간 협력체계를 구축하는 것 등이 있었다.

#### ② 아동·청소년 정신건강증진정책

##### - 학교차원의 정신건강증진정책

학교차원의 아동·청소년 정신건강증진정책은 학생의 역량 강화, 담임교사의 역량 강화, 정신건강검진사업의 실시, 부모교육, 학교에서의 전문화된 상담제공, 교외 또는 관내 의료기관과의 연계 활성화 등이 필요한 것으로 나타났다. 아동·청소년 정신건강문제의 보호요인으로 부모 및 가정환경의 중요성이 많이 지적된 반면 학교에서의 정신건강증진과 관련된 정책에 부모 및 가정환경부분은 상대적으로 적게 지적되었다. 부모교육이 가장 중요한 대안으로 건의되었고,

가정환경을 지원할 수 있는 대안은 제안된 것이 없었다. 아동·청소년의 정신건강역량을 지원하는 방안으로는 의무화된 정신건강증진 보건교육, 정신건강검진사업실시, 연1회의 전담교사에 의한 개별상담 등이 제안되었다. 담임교사의 정신건강역량강화에 대한 제안도 있었는데, 담임교사는 학생의 정신건강문제를 조기에 발견하고, 서비스와의 연계 등에서 중요한 역할을 할 수 있기 때문이다.

#### - 시도 및 시군구의 교육(지원청)차원의 정신건강증진 정책

시도 및 시군구의 교육(지원청) 차원의 정신건강증진정책으로는 학교현장에서 정신건강증진 사업에 대한 이해도 향상이 가장 중요한 과제로 지적되었고, 관내 학교에서 정신건강증진사업 확대를 위한 예산을 확보하는 방안도 제안되었다. 학교 내의 위(Wee)센터와 정신보건센터의 연계, 교사의 연수프로그램 운영, 학부모 교육 등이 필요한 것으로 제안되었다.

#### - 지방정부차원에서 필요한 노력이나 서비스

교육청과 지방자치단체간의 협력관계를 유지하여 정신건강증진정책을 강화할 수 있어야 하는 과제가 있고, 저소득층 아동·청소년 정신건강증진을 위한 개입 및 치료비 지원 등이 필요한 것으로 제안되었다. 또한 아동·청소년의 정신건강증진정책을 홍보하는 것이 중요한데, 정신건강 서비스를 이용하는 데 대한 편견을 해소하는 데 중점을 두고, 도움이 필요할 때 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위함이다.

#### - 중앙정부차원에서 필요한 노력이나 서비스

아동·청소년의 정신건강문제를 정책적 측면에서 모니터링하고 평가하여 중장기 대책을 마련할 수 있는 체계구축 및 기반이 조성되어야 한다. 부처 간 연계체계 강화도 가장 많은 요구도가 있는 과제이다. 기존의 정신건강 정책을 평가하고 근거기반의 정책개선이 필요하다는 지적도 있었다. 중앙과 지방자치단체의 사업 중복성 문제를 개선해야 한다는 지적도 있었으나, 사업의 중복성 보다는 증가하는 정신건강 수요에 대하여 중앙과 지방이 협조연계체계를 통하여 효율적으로 대응하고, 개인이 받는 서비스의 지속가능성을 확보하는 것이 중요하다는 제안도 있었다. 중앙정부차원에서도 국가적인 차원에서 아동·청소년 정신보건사업에 대한 예산증대의 요구도가 높았다. 정신건강증진사업의 전문성강화도 중요한 과제로 제기되었는데, 정신건강전문요원에 대한 처우개선 및 교육훈련을 통한 역량강화도 제안되었다.

#### － 민간과의 역할

지역사회에서 민간의료기관 및 민간단체의 역할에 대해서는 정부정책에 대한 전문적인 조언을 할 수 있는 통로의 마련이 가장 중요한 역할로 제안되었다. 민간의료기관의 진료현장에서 진단되는 아동·청소년 정신건강문제의 심각성이 조기에 공론화되어 정보 및 위기대응체계의 마련이 필요하다. 민간의료기관이 공공사업에 적극적으로 참여하도록 네트워크 형성과 사회에 기여할 수 있는 사업과 활동의 개발이 필요한 과제로 제안되었다. 민간의료기관의 정신건강 검사비 및 진료비가 표준화되어야 한다는 것도 과제로 제안되었다. 민간의료기관이나 민간기관에서 제공하는 상담의 질관리도 표준화되어야 하는 과제로 지적되었다.

#### (2) 2차 델파이조사 결과

초·중고 교사 3인, 정신보건센터 7일, 학술전문가 3인 등 총 13인이 응답하였다. 중요한 정책에 대하여 1점에서 5점의 점수를 주게 하는 조사를 실시하였다. 종사하는 영역에 따라 각 차원의 시급한 정책 과제와 실효성 있는 과제에 대한 평균점수가 달랐다. 학술전문가 입장에서는 학교차원에서 학생과 교사의 역량강화를 가장 중요하게 보았고, 학교 교사는 전문상담교사 확보, 부모교육, 담임교사, 학부모, 학생의 연계 사례관리 등을 시급한 과제로 보았다. 지역사회차원에서는 중장기적인 정책적 로드맵을 가지고 지속가능한 서비스를 개발하는 것이 가장 시급한 과제인 것으로 평가할 수 있었다.

표 IV-8 학교차원의 정책 또는 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	각급 학교에서 학생대상 정신건강증진 교육 의무실시	3.17	3.86	4.33	3.81
	2	학교 정신건강 전문상담교사 확보	5.00	3.43	2.00	3.46
	3	부모교육(역량강화) 실시	4.00	4.00	3.67	3.92
	4	담임교사-학생-학부모와의 연계 사례관리	4.00	4.29	3.67	4.08
	5	모든 교사의 아동·청소년 정신건강증진역량강화	3.67	4.43	4.33	4.23
	6	학교Wee센터와 지역정신보건센터의 연계	3.33	3.43	4.00	3.54
	7	학교별 정신건강 전담 주치의사 지정	3.33	2.86	3.67	3.15
	8	정신건강문제조기발견을 위한 정신건강검진 사업의 실시	3.00	3.14	3.67	3.23
	9	저위험군 학생을 위한 학교내 프로그램 실시	3.00	2.86	4.00	3.15
	10	학교별 지역사회 유관기관과 공식업무협약을 통한 연계	3.33	3.86	3.67	3.69
실 효 성	1	각급 학교에서 학생대상 정신건강증진 교육 의무실시	3.00	3.57	3.67	3.46
	2	학교 정신건강 전문상담교사 확보	5.00	3.14	2.00	3.31
	3	부모교육(역량강화) 실시	4.00	3.43	3.67	3.62
	4	담임교사-학생-학부모와의 연계 사례관리	4.33	3.29	3.67	3.62
	5	모든 교사의 아동·청소년 정신건강증진역량강화	3.67	3.71	4.33	3.85
	6	학교Wee센터와 지역정신보건센터의 연계	3.00	3.29	4.33	3.46
	7	학교별 정신건강 전담 주치의사 지정	3.33	1.43	2.33	2.08
	8	정신건강문제조기발견을 위한 정신건강검진 사업의 실시	3.00	3.00	3.67	3.15
	9	저위험군 학생을 위한 학교내 프로그램 실시	3.67	2.57	3.67	3.08
	10	학교별 지역사회 유관기관과 공식업무 협약을 통한 연계	3.67	3.71	3.67	3.69

표 IV-9

아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 시도 및 시군구 교육(지원)청 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	아동·청소년 정신건강증진정책에 학교장의 적극적 참여를 의무화/지원	4.33	4.57	4.33	4.46
	2	관심 및 주의아동에 대한 검사 및 상담기능 확대 (Wee센터의 기능확대)	4.33	3.57	4.00	3.85
	3	학교정신건강증진사업을 위한 예산 확보	4.33	4.43	4.00	4.31
	4	학교와 지역사회 인프라(정신보건센터 등)간의 연계강화	3.00	4.43	4.00	4.00
	5	교사 및 학부모 대상 정신건강사업에 대한 의무적인 교육연수프로그램 실시	3.67	4.00	4.67	4.08
	6	모든 학교의 아동·청소년정신건강증진 역량강화 지원	4.00	3.43	4.33	3.77
	7	저위험 학생대상의 학교 내 체육 및 예술(음악미술) 수업에 대한 예산지원	3.00	2.29	3.67	2.77
	8	대안교육학교의 확대지원	3.33	2.86	4.00	3.23
	9	지역사회 전문기관의 참여 지원	3.67	3.57	4.00	3.69
실 효 성	1	아동·청소년 정신건강증진정책에 학교장의 적극적 참여를 의무화/지원	4.67	4.29	3.33	4.15
	2	관심 및 주의아동에 대한 검사 및 상담기능확대 (Wee센터의 기능확대)	4.00	3.43	2.33	3.31
	3	학교정신건강증진사업을 위한 예산 확보	4.67	3.57	3.33	3.77
	4	학교와 지역사회 인프라(정신보건센터 등)간의 연계강화	3.33	3.71	4.33	3.77
	5	교사 및 학부모 대상 정신건강사업에 대한 의무적인 교육연수프로그램 실시	3.33	3.57	4.33	3.69
	6	모든 학교의 아동·청소년정신건강증진 역량강화 지원	4.00	3.29	4.00	3.62
	7	저위험 학생대상의 학교 내 체육 및 예술(음악미술) 수업에 대한 예산지원	3.33	2.00	2.67	2.46
	8	대안교육 학교의 확대지원	3.67	2.57	3.67	3.08
	9	지역사회 전문기관의 참여 지원	4.00	3.00	3.67	3.38

표 IV-10

아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 지방정부 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	교육청-지자체의 협력관계유지	4.00	4.43	4.33	4.31
	2	지역정신보건센터에 대한 지원 확대	3.67	4.57	4.33	4.31
	3	아동·청소년 정신건강증진사업지원예산증대	4.67	4.43	4.33	4.46
	4	아동·청소년 정신건강증진정책홍보(편견해소)	4.33	4.43	4.00	4.31
	5	지역사회정신건강 모니터링 및 평가체계 확립 및 강화	4.33	3.71	4.00	3.92
	6	저소득가정 아동·청소년 정신건강 치료비 지원 확대	4.33	4.71	3.33	4.31
	7	현행 정신건강 바우처 제도의 확대(대상확대, 기간연장 등)	3.67	4.14	2.33	3.62
	8	지역사회 중장기 아동·청소년 정신건강증진사업계획 수립	4.33	4.43	4.00	4.31
실 효 성	1	교육청-지자체의 협력관계유지	4.00	3.86	3.33	3.77
	2	지역정신보건센터에 대한 지원 확대	3.33	4.00	4.00	3.85
	3	아동·청소년 정신건강증진사업지원예산증대	4.67	4.00	4.33	4.23
	4	아동·청소년 정신건강증진정책홍보(편견해소)	4.67	3.71	3.67	3.92
	5	지역사회정신건강 모니터링 및 평가체계 확립 및 강화	4.67	3.14	3.67	3.62
	6	저소득가정 아동·청소년 정신건강 치료비 지원 확대	4.67	4.14	3.00	4.00
	7	현행 정신건강 바우처 제도의 확대(대상확대, 기간연장 등)	3.67	3.57	2.67	3.38
	8	지역사회 중장기 아동·청소년 정신건강증진사업계획 수립	5.00	3.29	4.00	3.85

표 IV-11

## 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 중앙정부 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시급 성	1	아동·청소년정신건강증진을 위한 중장기 로드맵 마련(복지부)	4.33	4.71	4.33	4.54
	2	부처별 정책과 사업의 연계 강화	5.00	4.57	4.00	4.54
	3	아동·청소년정신건강정책을 위한 예산증대	4.67	4.71	4.33	4.62
	4	아동·청소년대상 전국 정신건강검진사업 실시	3.33	3.29	3.67	3.38
	5	아동·청소년정신건강영양강화 교사연수 의무화	4.00	4.14	4.33	4.15
	6	부모자녀관계 조기개입정책	4.67	4.14	3.67	4.15
	7	아동·청소년 정신건강정책 홍보(편견해소 포함)	4.33	4.29	3.67	4.15
	8	법제도 정비(학력인정의 다양화)	3.33	3.57	3.67	3.54
	9	학교 정신건강증진 교육의 의무화	3.33	4.29	4.00	4.00
실효 성	1	아동·청소년정신건강증진을 위한 중장기 로드맵 마련(복지부)	4.67	4.14	4.00	4.23
	2	부처별 정책과 사업의 연계 강화	4.67	4.00	4.00	4.15
	3	아동·청소년정신건강정책을 위한 예산증대	4.67	3.71	4.00	4.00
	4	아동·청소년대상 전국 정신건강검진사업 실시	3.00	3.14	3.67	3.23
	5	아동·청소년정신건강영양강화 교사연수 의무화	4.33	4.00	4.00	4.08
	6	부모자녀관계 조기개입정책	4.33	3.00	3.67	3.46
	7	아동·청소년 정신건강정책 홍보(편견해소 포함)	4.33	3.14	3.67	3.54
	8	법제도 정비(학력인정의 다양화)	3.67	2.57	3.00	2.92
	9	학교 정신건강증진 교육의 의무화	3.33	4.14	3.67	3.85

표 IV-12

## 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 민간의료기관 및 기타 민간기관 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시급 성	1	부모교육, 교사교육, 담당자 교육연수	4.33	4.29	3.67	4.15
	2	아동·청소년정신건강문제의 조기발견 사업참여	4.33	3.43	3.67	3.69
	3	민간의료기관의 공공사업참여(치료상담의 지속 등) 지원	3.67	3.71	3.67	3.69
	4	학교, 부모, 학생의 연계 지원(사례관리)	4.00	4.43	4.00	4.23
	5	아동·청소년정신건강의 모니터링 및 평가	4.00	3.29	3.67	3.54
	6	아동·청소년 정신건강증진 홍보(편견해소 포함)	4.67	3.43	3.67	3.77
	7	전문화된 학교상담서비스 지원	5.00	3.43	3.00	3.69
실효 성	1	부모교육, 교사교육, 담당자 교육연수	5.00	4.00	3.67	4.15
	2	아동·청소년정신건강문제의 조기발견 사업참여	4.67	3.71	2.67	3.69
	3	민간의료기관의 공공사업참여(치료상담의 지속 등) 지원	4.33	3.43	3.33	3.62
	4	학교, 부모, 학생의 연계 지원(사례관리)	4.67	3.86	3.33	3.92
	5	아동·청소년정신건강의 모니터링 및 평가	4.00	3.57	3.67	3.69
	6	아동·청소년 정신건강증진 홍보(편견해소 포함)	4.67	3.57	2.67	3.62
	7	전문화된 학교상담서비스 지원	5.00	3.29	2.33	3.46

## 4. 소결

지난 1년간 정신건강 서비스를 이용해 본 학생과 부모의 포커스 그룹인터뷰 결과에 의하면 교급별로 주요 정신건강 문제와 대처방법이 다르게 나타났다. 초등학교일수록 부모의 정신건강서비스 요구도가 높은 것으로 파악되었고, 조기발견 및 조기개입에 대한 요구도가 높았다. 특히 FGI에 모집된 정신보건 센터 이용경험이 있는 대상자들은 의료급여대상자가 다수 있어서 더욱 취약계층에 대한 정신보건서비스의 공급이 확대되어야 함을 알 수 있다.

또한 본 연구에서는 아동·청소년기 이전단계에서 추진할 수 있는 정책과 프로그램의 접근성도 매우 중요한 것으로 분석되었다. 서비스를 받는 아동·청소년이 지속적인 관리를 받을 수 있도록 하는 것도 중요한 과제로 파악되었다. 한편 본 조사의 대상들 중에 지역아동센터의 서비스 수급대상인 사람이 다수 있어서 더욱 정신건강문제에 대해 참여적인 태도를 보인 것으로 해석된다. 중상위층이나 저위험군의 아동·청소년 및 부모는 정신건강문제에 대해 알려지는 것을 원하지 않아서 오히려 문제를 크게 할 가능성이 높다는 지적도 있었다.

한편 델파이조사 결과에 의하면 정신건강문제의 발생과 관련된 요인은 부모자녀관계가 가장 중요하였고 다음으로 학교에서의 적절한 적응상태 등으로 나타났다. 또한 주요 정신건강문제는 주의력결핍, 학교에서 따돌림과 폭력, 게임중독, 학업스트레스 등으로 나타났다. 정신건강 문제의 예방을 위해서는 문제해결능력, 스트레스 대처방법의 습득과 같이 개인의 대처능력 향상이 중요한데 이를 위해서는 정신건강향상을 위해 도움을 받을 수 있도록 하는 환경조성이 가장 중요하다. 또한 학교에서의 환경조성, 지역사회 환경조성이 적절히 연계되어야 할 것으로 분석되었다. 학교에서는 부모-교사의 연계강화를 통해 발견과 서비스접근이 조기에 이루어질 수 있도록 하는 노력이 필요하다.

결론적으로 현재 우리나라 아동·청소년의 정신건강 정책과 사업은 부처별로 다양하게 분포되어 있으나 현행 아동·청소년 정신건강 증진과 관련한 정책에서는 아직 아동·청소년의 정신건강문제를 사전예방적인 차원에서 선별하고 고위험군과 질환군을 조기에 발견하고, 관리할 수 있는 체계적 시스템이 부족한 실정이어서 이에 대한 대책 마련이 요구된다.



## 제 5 장

# 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황

1. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 법·제도 현황
2. 외국의 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황
3. 아동·청소년 정신건강 법·제도 개선 방안을 위한  
    텔파이 조사
4. 소결



## 제 5 장 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황

### 1. 국내의 아동·청소년 정신건강 증진 법·제도 현황

#### 1) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 연구의 필요성

복잡한 현대사회에서 정신 건강이 차지하는 의미가 매우 중요함을 상기할 때 이러한 우리나라 아동·청소년의 정신건강 상태는 매우 주목되는 현상이라 할 수 있다. 오늘날 가정의 변화, 부모 역할의 변화, 학교 환경의 변화, 미디어 혹은 여러 사회문화의 변화 등은 이러한 아동·청소년의 정신건강 문제를 더욱 심화시키고 있으며, 아동·청소년의 정신장애 증가는 이혼률 증가, 어린나이의 음주, 경쟁사회의 압박 등 변화하는 사회상을 반영하고 있다. 특히 가정불화, 인터넷 및 게임중독, 또래집단으로 부터의 왕따와 학업 스트레스 등으로 인한 청소년들의 자살률과 정신질환이 증가하고 있는 추세를 감안하면 많은 아동·청소년들이 정신건강문제로 인해 상당한 심리·정서적인 위협에 잠재적으로 노출되어 있음을 시사한다.

현재 이러한 아동·청소년을 보호하고 치료 및 개입을 규정하는 관련 법 체계는 주로 일반 국민을 대상으로 하는 정신건강지원 체계에 포함되어 있거나 요보호 아동·청소년에 대한 지원 및 시설관련 지원과 감독을 주 내용으로 제정하고 있다. 상기 법령의 문제점은 아동복지법의 경우 요보호 아동·청소년을 우선적으로 정책의 대상으로 삼고 있다는 점과 정신보건법은 아동·청소년의 정신건강증진에 초점을 맞추기보다는 일반 국민을 대상으로 정신질환의 예방과 치료에 목적이 있기에, 일반 아동·청소년의 정신건강증진 및 보호조치는 사실상 개인과 가족의 영역으로 한정된다는 사실이다. 앞에서 서술했듯이 가족의 구조적 변화에 따른 기능의 축소와 아동·청소년을 둘러싼 대·내외적 환경의 부정적 영향으로 인해 많은 일반 아동·청소년들이 정신건강 문제에 취약한 것을 감안하면, 요보호 아동·청소년 뿐만 아니라 일반 아동·청소년들까지 포괄할 수 있는 종합적인 아동·청소년 정신건강과 관련된 법제도적 대응과 정비가 요청된다.

이외에도 아동·청소년 정신건강과 관련된 법으로는 청소년기본법, 청소년보호법, 교육기본법,

아동·청소년의 성보호에 관한 법률, 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률 등이 있지만 각각의 분절적으로 파편화된 법령체계로 인하여 아동·청소년의 정신건강에 대한 통합적인 목표를 제시하고 일관성 있는 정책을 추진하기에는 어려운 실정이다. 이에 상기 법률들의 정비 및 개선이 병행적으로 이루어질 필요가 있는데, 아동·청소년의 정신건강을 위한 체계적이며 통합적인 목표설정과 달성은 일관성 있는 아동·청소년 정신건강 정책의 법적 구속력을 바탕으로 이루어 질 수 있기 때문이다.

본 연구는 이상과 같은 문제에 대한 인식으로부터 ‘아동복지법’과 ‘정신보건법’을 비롯한 아동·청소년의 정신건강과 관련된 각종 법령을 체계적으로 분석해 쟁점사항을 도출하고, 아동·청소년 정신건강 관련법에 의한 정책현황과 정책추진 상의 문제점을 도출하여 개선방안을 모색하고자 한다. 본 연구에서는 위와 같은 배경 하에 우리나라 아동·청소년의 정신건강 증진을 위해서 위에서 언급한 법·제도의 현황과 문제점들을 분석하고자 한다. 특히 법·제도의 사각지대 문제를 해소하고 이어 주요 정책 및 전달체계 등 서비스체계의 정합성 및 연관성을 체계적·종합적으로 분석하여 효율성을 제고할 수 있는 개선방안을 제시하고자 한다.

특히 본 연구에서는 아동·청소년의 정신건강 관련 국내의 주요 법령과 주요 외국(독일, 미국, 호주 등)에서의 법·제도 현황과 쟁점들을 비교 조사하여 시사점을 도출하는 한편, 관련 주요 정책과 법·제도의 연계성의 제고 및 궁극적으로 실질 수요자중심의 아동·청소년 정신건강 증진 체계의 구축을 위한 법·제도 개선방안 마련에 기여코자 한다.

## 2) 국내 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 고찰

우리나라 아동·청소년 정신건강 관련법에는 아동과 청소년복지 관련법, 정신건강 관련법, 학교보건법, 교육관련법 등이 있으며 그 범위나 종류는 매우 다양하다. 그리고 중앙단위의 법 이외에도 여러 지자체 단위에서의 조례나 지침 등 다수의 규정들이 병렬적으로 제정되고 있거나 진행 중이다. 본 연구에서는 우리나라 핵심 관련부문의 10여개 중심법률에 나타나고 있는 아동·청소년 정신건강 관련 규정을 우선 분석하고 그 현황을 파악하고자 한다. 이에 아동·청소년 정신건강증진을 위한 정신보건법과 보건관련 법안, 아동과 청소년복지 관련법(아동복지법, 청소년기본법, 청소년보호법, 청소년복지지원법 등)과 교육관련 기본법(교육기본법, 학교보건법, 초·중등학교법, 고등학교법 등) 등 부문별로 국내외 관련 주요 법·제도 현황을 분석하여, 효과적인 법·제도적 정신보건 증진방안과 실질 수요자중심의 법·제도 개선을 위한 시사점을 모색하고자 한다.

### (1) 정신보건 및 건강관련 법률 현황: 정신보건법

1995년 12월 정신보건법이 제정된 이래 현행 정신보건법상 아동·청소년에만 특화된 별도의 정신건강 증진을 위한 법 규정은 부재한 실정이라 할 수 있다. 정신건강관련 포괄적인 규정은 다음과 같이 존재하는데, 우선 법 제 3조 정의에 정신질환관련 사항이 다음과 같이 포괄적으로 정의되어 있다.

#### 제3조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “정신질환자”라 함은 정신병(기질적 정신병을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적정신장애를 가진 자를 말한다.
2. “정신보건시설”이라 함은 이 법에 의한 정신의료기관·정신질환자사회복귀시설 및 정신요양시설을 말한다.
3. “정신의료기관”이라 함은 의료법에 의한 의료기관중 주로 정신질환자의 진료를 행할 목적으로 제12조제1항의 시설기준 등에 적합하게 설치된 병원(이하 “정신병원”이라 한다)과 의원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과를 말한다.
4. “정신질환자사회복귀시설”(이하 “사회복귀시설”이라 한다)이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.
5. “정신요양시설”이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.

이러한 정신보건법상 정의는 아동·청소년 정신건강 문제를 포괄하기에 다음과 같은 한계를 안고 있다. 첫째, 이 법이 1차적인 대상으로 하고 있는 적용그룹은 요양시설에 입소하거나 중증정신질환자의 치료, 요양, 그리고 사회복귀촉진 등을 주목적으로 하는 것으로 여타의 정신건강 관련 규정이 미흡하다는 점이다. 둘째, 이 법은 아동·청소년에 특화된 별도의 규정을 두고 있지 않다는 점이다. 또한 현행 규정상 아동·청소년 정신건강 중 극히 일부의 중증질환만이 이 법에 의해 적용될 수 있다는 점이 그 한계라 할 수 있다.

특히 이 정신보건법 제4조의 3항에 정신건강 촉진 관련 조항이 들어있는데, 즉, 여기에는 제1항에

다른 국가정신보건사업계획 및 지역정신보건사업계획에는 다음 각 호의 사항이 포함토록 하고 있다.

① 생애주기별 정신건강증진사업, ② 지역사회 정신보건사업, ③ 정신질환의 치료 및 정신질환자의 재활사업, ④ 정신질환에 대한 인식개선사업, ⑤ 정신질환자의 권익증진사업, ⑥ 정신질환에 대한 지역사회조사 및 사업평가, ⑦ 그 밖에 정신건강의 증진을 위한 사업으로서 대통령령으로 정하는 사업을 규정하고 지역정신보건사업계획의 수립절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정하도록 하고 있는데, 이 규정 등을 통해 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 방안을 보다 명시적으로 강조하는 것이 가능할 수 있을 것이다.

또한 국가 및 지방자치단체의 보건소를 통하여 정신보건 시설 간 연계체계 구축, 정신질환의 예방, 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례관리 등 지역사회정신보건사업을 기획·조정 및 수행토록 하는 지역사회정신보건사업규정(제13조), 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 국가 및 지방자치단체는 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하는 노력의무 규정과 함께 재원 마련에 대한 근거규정을 두고 있다(제13조 2항).

특히, 아동·청소년의 정신건강을 위한 핵심 인프라의 하나로 정신보건센터가 중요함에도 불구하고, 예산제약과 지자체의 노력의무규정 이행의 불충분 등이 한계로 지적되고 있다. 이에 반하여 소아·청소년 정신과 전문의들은 정신보건센터내 공중의 및 청소년 상담원 배치 의무화 등을 통하여 큰 비용부담 없이도 아동·청소년의 정신건강을 제도적으로 개선할 수 있다는 제안은 현실성이 떨어진다는 일부의 주장과 달리 상당히 주목되는 의견이라고 평가된다.

정신보건법은 보호 및 치료와 관련하여 보호의무자규정(제21조)과 그 의무규정(제22조), 자의입원(제23조), 1차 6개월 내 입원을 규정하고 있는 보호의무자에 의한 입원규정(제24조), 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 자에 대한 시장·군수·구청장에 의한 입원 규정(제25조, 제 26조) 등이 주요 규정이라 할 수 있다. 이상에서 살펴 본 것처럼 정신보건법상 그 자체의 법규정에 의해서 현재 문제가 되고 있는 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 상담 등 전문인력 배치, 입소, 요양 및 치료, 그리고 재활 및 사회복귀 지원 등을 포괄적으로 적용하기에는 많은 제한점이 있다.

## (2) 아동 정신건강 관련 법률 현황: 아동복지법

현행 아동의 정신건강과 관련된 아동복지법 역시 아동·청소년에만 특화된 별도의 정신건강 증진을 위한 법 규정은 명시적으로 존재하지 않는 실정이다. 아동복지법상 포괄적인 주요 관련 내용으로 다음과 같은 규정이 존재한다.

이 법은 첫째, 아동이 건강하게 출생하여 행복하고 안전하게 자랄 수 있도록 아동의 복지를 보장하는 것을 목적으로 하고 있으며(제1조), 아동이 완전하고 조화로운 인격발달을 위하여 안정된 가정환경에서 행복하게 자라나야 함을 기본 이념으로 하고 있다(제2조).

특히 법 제3조 정의에서는 아동복지법의 적용대상과 그 범위를 규정하고 있다. 이어 아동의 안전건강 및 복지 증진을 위하여 아동과 그 보호자 및 가정을 지원하기 위한 정책을 수립·시행하고, 보호대상 아동 및 지원대상 아동의 권익을 증진하기 위한 정책을 수립·시행하며, 「아동의 권리에 관한 협약」에서 규정한 아동의 권리 및 복지 증진 등을 위하여 필요한 시책을 수립·시행 및 이에 필요한 교육과 홍보하여야 할 국가와 지방자치단체의 책무에 대한 규정(제4조), 아동을 가정에서 그의 성장 시기에 맞추어 건강하고 안전하게 양육하고 아동의 권익과 안전을 존중하고 건강하게 양육하여야 할 보호자 등의 책무(제5조)를 규정하고 있다.

또한 아동학대의 예방과 방지를 위하여 ① 아동학대의 예방과 방지를 위한 각종 정책의 수립 및 시행, ② 아동학대의 예방과 방지를 위한 연구·교육·홍보 및 아동학대 실태조사, ③ 아동학대에 관한 신고체제의 구축·운영, ④ 피해아동의 보호와 치료 및 피해아동의 가정에 대한 지원, ⑤ 그 밖에 대통령령으로 정하는 아동학대의 예방과 방지를 위한 사항과 아동학대를 예방하고 수시로 신고를 받을 수 있도록 긴급전화 설치와 아동보호전문기관의 장이 피해아동의 보호, 치료 등의 업무를 수행함에 있어서 피해아동, 그 보호자 또는 아동학대 행위자에 대한 신분조회 등 필요한 조치의 협조를 요청할 경우 정당한 사유가 없는 한 이에 적극 따라야 할 의무를 내용으로 하는 아동학대의 예방과 방지의 의무(제22조) 등의 규정을 두고 있다. 아동학대 신고 의무와 절차 규정(제25조) 및 아동학대 신고의무자에 대한 교육과 아동의 안전 확보와 재학대 방지, 건전한 가정기능의 유지 등을 위하여 피해아동 및 보호자를 포함한 피해아동의 가족에게 상담, 교육 및 의료적·심리적 치료 등의 필요한 지원을 제공하여야 할 의무 등 피해아동과 그 가족 등에 대한 지원규정(제29조) 등이 관련 규정이라 할 수 있다. 특히 아동복지법상 아동·청소년 정신건강과 관련된 가장 직접적인 규정은 법 제35조 건강한 심신의 보존 조항이라 할 수 있다.

또한 동 규정 2항의 국가와 지방자치단체는 아동의 신체적·정신적 문제를 미리 발견하여 아동이 제때에 상담과 치료를 받을 수 있는 기반을 마련하여야 한다는 규정은 아동·청소년 정신건강을 위한 가장 직접적인 명문의 규정이라 할 수 있다. 동법은 이를 위하여 아동보호전문기관의 설치를 규정하고 있다. 그러나 앞서 정신보건법상 규정에서 살펴보았듯이 아동복지법에서도 이러한 아동보호 전문기관의 설치가 지자체의 경우 조례 등에 의한 노력의무 규정으로 되어 있다는 점이 그 한계라 할 수 있다. 즉 이 규정은 시설의 설치 운영에 대한 강제성이 없는데다, 현재와 같이 지역아동센터가

전국적으로 설치되어 운영 중이나 이것은 아동학대예방사업 등 아동 정신건강 문제 중 주로 환경적 요인과 관련된 사업을 중점사업으로 하고 있어 아동·청소년 정신건강에 대한 포괄적이며 전문성 있는 상담과 치료, 요양 및 재활과 사회활동 복귀를 지원할 근거 규정으로서는 한계를 갖고 있다.

따라서 향후 법 개정시 법 제45조5항의 아동보호전문기관의 설치기준과 운영, 상담원 등 직원의 자격과 배치기준, 제4항에 따른 지정의 요건 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다는 규정 등을 적극적으로 활용하여 아동·청소년 정신건강에 특화된 규정으로 보완, 확충하여 정신건강 관련 전문인력 확보 등을 해나가는 것도 단기적으로는 한 대안이 될 수 있다고 판단된다.

### (3) 청소년 정신건강 관련 법률 현황

#### 가) 청소년기본법

현행 청소년보호법상 아동·청소년에만 특화된 별도의 정신건강 증진을 위한 법 규정역시 명시적으로 존재하지 않는 실정이라 할 수 있다. 그러나 청소년 관련 주요 법령에는 청소년기본법을 비롯하여 청소년복지법 그리고 청소년보호법 등이 핵심적인 법령이며 청소년 정신건강관련 규정으로는 다음과 같은 내용이 존재한다.

먼저 청소년기본법은 청소년의 권리 및 책임과 가정·사회·국가 및 지방자치단체의 청소년에 대한 책임을 정하고 청소년육성정책에 관한 기본적인 사항을 규정함을 목적으로 하고 있다(제1조). 이 법은 그 정의에서 포괄적으로 청소년의 정신건강 증진을 간접적으로 포괄하고 있는데, 청소년이 직면하고 있는 학업문제, 가정문제, 이성문제, 미래불안문제 및 다양한 청소년기 정서적 불안에 대한 상담 및 전문기구 등을 통해 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 예방과 교육 및 홍보 등 특히 전문적인 치료가 이루어지기 전 단계에서의 관련 인프라와 전문인력 육성등의 내용을 제시하고 있어 의미 있는 법이라 할 수 있다.

청소년의 올바른 인격형성과 조화로운 성장이라는 목적 달성 속에 청소년기의 정신건강을 위해 사전에 예방교육하고 요양과 치료 등이 원활히 이루어질 수 있도록 하는 것도 중요한 문제이다. 앞서 살펴본 정신보건법과 아동복지법의 특성 및 한계와 마찬가지로 청소년 기본법 역시 아동·청소년의 정신건강에 특화된 법이 아니고 간접적으로 광의의 의미에서 예방적 교육과 상담업무에 치중하고 있다는 점에서 역시 전문적인 맞춤형 정신건강 서비스 면에서는 한계가 있다고 하겠다. 그러나 동법 역시 단기적으로 전문 상담인력의 양성, 교육과 배치, 관련 인프라 구축이라는 측면에서 청소년의 정신건강 영역을 특별히 명문화하고 관련 법적 근거를 명확히 하는 것은 단기적인 대안이 될 수



있을 것이다.

또한 청소년활동과 학교교육·평생교육을 연계하여 교육적 효과를 높일 수 있도록 하는 시책을 수립·시행하는 규정(제48조), 학교의 정규교육으로 보호할 수 없는 시간 동안 청소년의 전인적 성장발달을 지원하기 위하여 다양한 교육 및 활동 프로그램 등을 제공하는 종합적인 지원 방안을 마련 등 청소년 방과 후 활동의 지원(제48조2항) 규정과 기초생활의 보장, 직업재활훈련, 청소년활동지원 등의 시책을 추진함에 있어서 정신적·신체적·경제적·사회적으로 특별한 지원을 필요로 하는 청소년에 대하여 우선적 배려와 청소년 복지향상 등 간접적인 정신건강 증진규정을 두고 있다(제49조). 이어 청소년의 가출 및 비행을 예방하고 이들의 건전한 사회복귀를 돕기 위하여 필요한 복지적 지원 제공과 청소년의 가출 및 비행을 예방하기 위한 노력과 가출비행청소년의 건전한 사회복귀를 위한 국가 및 지방자치단체 등의 노력에 적극 협력하여야 할 가정의 의무를 규정하고 있다(제50조). 마지막으로 동법은 청소년에게 유익한 매체물의 제작·보급 등을 장려하여야 하며 매체물의 제작·보급 등을 하는 자에 대하여 그 제작·보급 등에 관한 경비 등을 지원하도록 청소년 유익환경조성에 관하여 규정하고 있고(제51조), 청소년에게 유해한 매체물과 약물 등이 유통되지 않게 하며 청소년이 유해한 업소에 출입하거나 고용되지 않도록 하고, 청소년을 폭력·학대·성매매 등 유해한 행위로부터 보호·구제 하고, 청소년에게 유해한 매체물·약물·업소·행위 등의 규제하는 법령을 제정하는 것 등으로 청소년 유해환경 규제를 규정하고 있다(제52조).

이러한 청소년기본법은 청소년 정신건강과 관련 주로 환경적 요인의 관리와 대처에 치중하는 관련 규정을 갖고 있으며 상담기능 등 예방적 성격이 강한 특성을 갖고 있다고 하겠다.

#### 나) 청소년복지지원법

청소년기본법 제49조4항의 규정에 따라 청소년복지 증진에 관한 사항을 정함을 목적(제1조)으로 하는 청소년복지지원법이 있다. 동 청소년복지지원법은 청소년의 건강증진과 체력향상을 위하여 최선의 노력을 할 국가, 지방자치단체 및 청소년 보호자의 의무 규정과 함께 청소년의 건강증진 및 체력향상을 위한 예방·교육 등의 필요한 시책을 강구하여야 하고, 관련기관과 협의하여 청소년의 건강·체력기준을 설정하여 청소년이 건강한 심신을 보존할 수 있도록 규정하고 있다(제8조). 청소년의 체력검사와 건강진단을 실시하고, 체력검사 및 건강진단 결과를 청소년 본인에게 통보하며, 이러한 검사의 실시와 통보를 전문기관이나 단체에 위탁할 수 있다. 또한 체력검사와 건강진단의 기준 및 결과통보 등 체력검사와 건강검진을 규정하고 있으며, 건강진단결과 분석 및 필요한 대책 수립·시행과 분석을 전문기관에 의뢰할 수 있도록 규정(제10조)하며, 건강진단을 한 자 또는 건강진단기관에

근무하는 자는 청소년의 건강증진사업의 수행과 관련하여 불가피한 경우를 제외하고는 진단결과를 공개하여서는 아니된다는 진단결과 공개금지 규정을 두고 있다(제11조).

이와 같은 청소년복지지원법은 앞서 청소년기본법이 청소년의 올바른 인격형성과 조화로운 성장을 위한 상담과 예방적 성격을 가졌던데 비하여 아동·청소년 정신건강 촉진을 위해 주로 체력검사 및 건강검진 등에 치중하고 있으나 구체적인 정신건강관련 내용에 대한 국가와 지방자치단체 그리고 위탁기관 등 전문교육기관 등과 연계된 정신건강 증진 규정을 담고 있다는 점에서 주목할 만하다.

#### 다) 청소년보호법

청소년보호법은 유해한 매체물과 약물 등이 청소년에게 유통되는 것과 청소년이 유해한 업소에 출입하는 것 등을 규제하고, 청소년을 폭력학대 등 청소년 유해행위를 포함한 각종 유해한 환경으로부터 보호·구제함으로써 청소년이 건전한 인격체로 성장할 수 있도록 함을 목적으로 하고 있다(제1조). 이 법은 아동·청소년 정신건강과 관련 직접적인 정신건강의 내용에 대한 규정이나 그 증진방안이라기보다는 정신건강의 사회적 인자에 관한 규율과 규제에 관한 포괄적인 보호법이라 할 수 있다. 법의 범위가 매우 광범위하여 그 정의에서 규정하고 있는 관련 사항만도 다양한 규제대상을 포함하고 있다. 오늘날 아동·청소년 정신건강의 상당부분이 이러한 청소년 등이 처한 사회적 유해환경과 위험인자 등에 기인한다는 점을 볼 때 이 법이 지니는 의의는 매우 중요한 것이라 할 수 있다. 문제는 이 법에서 보호하고 규제하려는 주요 대상 중, 어떤 요인들을 중심으로 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 개선방안을 모색할 수 있을 것인가이다.

본 연구의 주요 대상인 아동·청소년 정신건강의 증진을 위한 법·제도 개선사항으로 눈에 띄는 것은 청소년 유해매체물로서 제7조5호에 해당하는 것과 제7조7호에 해당하는 광고선전물은 대통령령이 정하는 방송시간에는 이를 방송하여서는 아니된다는 방송시간의 제한규정(제19조)과 청소년출입·고용금지업소외의 업소, 공중이 통행하는 장소, 청소년의 접근을 제한하는 기능이 없는 컴퓨터통신 등 청소년유해매체물의 간판, 입간판, 벽보, 전단의 공공연한 설치부착배포의 제한 등 광고선전제한 규정 등이 주목된다(제20조). 동 법은 아동·청소년의 정신건강과 관련 인터넷과 게임중독에 대한 특별한 장을 두고 있는데 「게임산업진흥에 관한 법률」에 따른 게임물 중 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조 1항 1호에 따른 정보통신망을 통하여 실시간으로 제공되는 게임물(이하 “인터넷게임”이라 한다)의 제공자(「전기통신사업법」 제22조에 따라 부가통신사업자로 신고한 자를 말하며, 같은 조 제1항 후단 및 제4항에 따라 신고한 것으로 보는 경우를 포함한다. 이하 같다)는 16세 미만의 청소년에게 오전 0시부터 오전 6시까지 인터넷게임을 제공하여서는

아니 된다고 심야시간대의 인터넷게임 제공시간을 제한하고 있다(제23조2항).

또한 인터넷게임 중독(인터넷게임의 지나친 이용으로 인하여 인터넷게임 이용자가 일상생활에서 쉽게 회복할 수 없는 신체적·정신적·사회적 기능 손상을 입은 것을 말한다) 등 매체물의 오용·남용으로 신체적·정신적·사회적 피해를 입은 청소년에 대하여 예방·상담 및 치료·재활 등의 서비스를 지원하도록 하는 여성가족부 등 중앙행정기관의 인터넷 게임중독 등의 청소년의 피해 지원을 규정하고 있다.(제23조의4) 아울러, 청소년보호를 위하여 필요하다고 인정할 경우 청소년에게 정신적·신체적 건강을 해칠 우려가 있는 구역을 청소년 통행금지구역 또는 청소년 통행제한구역으로 지정하여야 하는 지방자치단체의 청소년 통행금지 및 제한구역의 지정의무(제25조)와 누구든지 청소년을 대상으로 하여 청소년 유해약물등을 판매·대여·배포의 금지(제26조) 규정 등이 있다.

또한 청소년을 대상으로 하는 다양한 유해행위를 금지하고 있다. 동법은 청소년폭력학대 등 유해환경으로부터 청소년을 임시로 보호하기 위하여 여성가족부에 청소년보호센터 설치규정을 두고 있으며(제33조2항), 청소년보호위원회의 청소년보호 또는 매체물이나 약물 등과 관련된 비영리법인 또는 단체에 위탁규정(제46조)과 특별시장·광역시장·도지사(이하 “시·도지사”라 한다)의 지방청소년사무소 설치(제47조) 등에 관한 규정을 주요 규정으로 두고 있다.

이처럼 우리나라의 청소년보호법은 독일이나 미국 기타 외국에서 확인할 수 있는 유사한 방식의 포괄적인 보호와 제재규정을 담고 있다. 문제는 이러한 광범위한 법적 제한이나 규제의 실효성은 그 법적 제한 규정 자체보다는 가정, 사회, 국가와 지방자치단체 및 교육기관 간의 유기적인 협조체제의 구축과 운영에 달려있다는 점이다. 특히, 교육기관과의 유기적인 연계와 협력체제의 구축은 법체제상 매우 중요한 문제라 하겠다. 다음으로 교육관련 기본법을 살펴보고자 한다.

#### (4) 교육 및 학교 관련 정신건강 법률 현황

##### 가) 학교보건법

우리나라 학교보건법은 학교의 보건관리와 환경위생 정화에 필요한 사항을 규정하여 학생과 교직원의 건강을 보호·증진함을 목적으로 하고 있다(제1조). 특히, 주목되는 것은 아동·청소년의 정신건강 증진과 관련하여 동 법이 “건강검사” 즉, 신체의 발달상황 및 능력, 생활습관, 질병의 유무 등에 대하여 조사하거나 검사토록 하는 내용을 규정하고 있다는 점이다(제1항). 동법은 이어 기본적인 수준에서 학생과 교직원의 건강을 보호·증진하기 위한 기본계획을 수립·시행하고, 이에 필요한 시책을 마련하여야 할 국가와 지방자치단체의 의무를 규정하고 있다(제2조2항). 학생과 교직원에 대하여

건강검사 및 건강검사의 시기, 방법, 검사항목 및 절차 등에 관하여 필요한 사항의 교육과학기술부령 규정(제7조)에 따른 건강검사의 결과를 평가하여, 이를 바탕으로 학생건강증진계획을 수립하여야 할 건강증진계획 수립에 관한 학교장의 의무(제7조2항), 학생의 신체발달 및 체력증진, 질병의 치료와 예방, 음주흡연과 약물 오용(오용)·남용(남용)의 예방, 성교육 등을 위하여 보건교육을 실시하고 필요한 조치를 하여야 할 학교장의 학생의 보건관리 의무(제9조), 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교에서 모든 학생들을 대상으로 보건교육을 체계적으로 실시하여야 할 교육과학기술부장관의 보건교육의무(제9조 2항) 등을 명시하고 있다. 또한, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제27조에 따른 예방접종증명서를 발급받아 같은 법 제24조 및 제25조에 따른 예방접종을 모두 받았는지를 검사한 후 이를 교육정보시스템에 기록토록 하는 예방접종 완료 여부 검사의 규정(제10조), 건강검사의 결과 질병에 감염되었거나 감염될 우려가 있는 학생에 대하여 질병의 치료 및 예방에 필요한 조치를 하여야 할 학교장의 치료 및 예방조치의 의무(제11조)를 제시하고 있다. 동법에서 「교육감 및 교육장 소속으로 대통령령으로 정하는 바에 따라 학교의 보건 관리에 필요한 기구와 공무원을 둘 수 있도록 하는 보건기구의 설치」 등이 학교보건법상 아동·청소년 정신건강관련 주요 규정이라 할 수 있다. 이상에서 살펴보았듯이 학교보건법은 아동·청소년의 정신건강증진과 관련하여 교육기관의 책임 하에 이루어져야 할 기본적인 건강관련 사항을 규율하고 있는 법이라 할 수 있다. 그럼에도, 오늘날 그 원인과 경과 그리고 형태가 다양하고 매우 복잡한 구조를 갖고 있는 아동·청소년의 정신건강의 문제를 체계적이고 심층적으로 다루기보다는 이 법은 통상적이며, 전통적인 건강검사나 치료 그리고 관련 조치에 국한되고 있다는 점이 제한점이다. 따라서, 상담, 예방, 치료 및 요양 그리고 사회활동 복귀 지원을 유기적이며 총체적으로 관할하기에는 미흡한 실정에 있으며, 그 인적 및 재정지원에 대한 규정 없이 개별 학교장의 의무 및 조치사항을 열거하고 있는데 머물고 있는 한계를 갖고 있다.

#### 나) 학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률

교육관련 기본법 중 아동·청소년 정신건강관련 중요한 또 다른 법은 학교폭력의 예방과 대책에 필요한 사항을 규정함으로써 피해학생의 보호, 가해학생의 선도·교육 및 피해학생과 가해학생 간의 분쟁조정을 통하여 학생의 인권을 보호하고 학생을 건전한 사회구성원으로 육성함을 목적(제1조)으로 하고 있는 학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률을 들 수 있다. 즉, 이 법은 학령기의 아동·청소년이 주로 학교에서 학교폭력을 통해 정신건강의 피해를 보는 사례에 대한 보호와 예방 및 규제조치를 담고 있다. 이 법 역시 이러한 점에서 사회적 환경 요인에 관한 규제법적 성격을 띠고 있다고 하겠다. 이 법은 우선, 학교폭력을 예방하고 근절하기 위하여 조사연구·교육·제도 등 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고, 청소년 관련 단체 등 민간의 자율적인 학교폭력예방활동과 피해학생의 보호 및

가해학생의 선도교육활동을 장려, 청소년 관련 단체 등 민간이 건의한 사항에 대하여는 관련 시책에 반영하도록 국가와 지방자치단체의 책무와 관련 예산지원에 관하여 규정하고 있다(제4조). 또한, 동 법은 학교폭력의 예방 및 대책에 관한 정책 목표·방향을 설정하고, 이에 따른 학교폭력의 예방 및 대책에 관한 기본계획(이하 “기본계획”이라 한다)을 제7조에 따른 학교폭력 대책 기획위원회의 심의를 거쳐 수립·시행 등의 의무를 규정하고 있다(제6조).

또한 동법은 학교폭력의 예방 및 대책에 관련된 사항을 심의하기 위하여 학교에 학교폭력 대책 자치위원회(이하 “자치위원회”라 한다)를 설치하여 ① 학교폭력의 예방 및 대책을 위한 학교의 체제 구축, ② 피해학생의 보호, ③ 가해학생에 대한 선도 및 징계, ④ 피해학생과 가해학생 간의 분쟁조정 등에 대하여 규정하고 있다(제12조). 이어, 학교에 대통령령으로 정하는 바에 따라 상담실을 설치하고, 「초·중등교육법」 제19조 2항에 따라 전문 상담교사를 두도록 하고 이들이 학교폭력에 관련된 피해학생 및 가해학생과의 상담결과를 보고, 전문상담교사, 보건교사 및 책임교사(학교폭력문제를 담당하는 교사) 등으로 학교폭력 예방 프로그램을 구성·실시와 학교장의 전담기구에 행정적·재정적 지원 등에 대한 관련 규정을 들 수 있다(제14조). 또, 학생의 육체적·정신적 보호와 학교폭력의 예방을 위한 교육을 학기별로 1회 이상 실시하거나 또는 전문가에게 위탁하는 등의 방법으로 학교폭력 예방교육이 이루어지도록 하는 규정을 두고 있다(제15조). 이어 동 법은 피해학생의 보호를 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 피해학생에 대하여 ① 심리상담 및 조언, ② 일시보호, ③ 치료를 위한 요양, ④ 학급교체, ⑤ 전학권고, ⑥ 그 밖에 피해학생의 보호를 위하여 필요한 조치를 할 수 있는 자치위원회의 피해학생 보호조치 규정을 두고 있다(제16조).

#### 다) 교육기본법

교육에 관한 국민의 권리·의무 및 국가지방자치단체의 책임을 정하고 교육제도와 그 운영에 관한 기본적 사항을 규정함을 목적으로 하는 「교육기본법」은 아동·청소년의 정신건강 증진과 간접적이고 포괄적인 차원에서 관련된다. 포괄적이며 기본적인 교육기본법은 학령기의 교육을 받는 모든 아동·청소년의 정신건강을 증진할 기본 근거 규정으로서 그 의의가 있다고 하겠다. 그러나, 이 조항에서 규정하고 있는 건강과 복지의 증진은 ‘정신건강’이라는 차원을 특별히 지칭하지 아니하고 학령기의 아동·청소년의 포괄적인 차원에서 건강증진을 위해 필요한 시책의 수립과 실시 의무를 규정하고 있는 것이라는 점에 역설적으로 그 한계가 있다. 즉 관련 법·제도 개선사항의 검토 시 점차 사회적 의미가 중요해져가고 있는 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 국가와 지방자치단체의 의무 등이 기본규정을 좀 더 구체적으로 명문화하는 방안을 검토할 수 있을 것이다.

#### 라) 초중등교육법

기타 교육관련 기본법으로는 초중등교육법을 들 수 있는데 이 법에는 목적에 매우 광범위하게 학교의 설립자경영자와 학교의 장은 「헌법」과 국제인권조약에 명시된 학생의 인권을 보장하는 학생의 인권보장(제18조 4항)에 관한 규정을 두고 있음이 주목된다. 이와 관련 최근에 경기도가 학생인권선언을 제정하고 마찬가지로 서울시가 학생인권선언제정 등에 관하여 협의하고 있는 것은 간접적으로 아동·청소년 정신건강 증진과 관련된 법적 조치라 할 수 있다. 또한 이 법에는 학교에 전문상담교사를 두거나 시도 교육행정기관에 교육공무원법 제22조 2항의 규정에 의하여 전문상담 순회교사와 순회교사의 정원배치기준 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정하도록 하고 있는 전문상담교사의 배치 등의 규정(제19조 2항) 역시 아동·청소년 건강 증진을 위한 관련 규정이라 할 수 있다. 그럼에도 이러한 교육기본법은 아동·청소년의 학교생활과 관련된 사항만을 주로 규율하고 있어 아동·청소년 정신건강의 환경적 요인 및 사회적 인자, 가정에서의 문제 등을 유기적이며 체계적으로 연계할 수 있도록 하는 데에는 한계를 안고 있다.

그 외에도 건강검진법, 지역보건법, 공공 보건의료에 관한 법률 등의 관련법이 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 직간접적인 법률에 해당한다고 하겠다.

## 2. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 법·제도 현황

우리나라 아동·청소년의 정신건강 증진을 위하여 우선적으로 사각지대 문제를 해소하고, 주요 정책 및 전달체계 등 서비스체계와 관련 법·제도의 정합성 및 연관성을 체계적·종합적으로 분석하여 그 개선방안을 제시할 필요가 있다. 이를 위해서는 선진국의 법·제도와 비교연구가 필요할 것이다. 앞에서 언급한 우리나라에서의 현행 아동과 청소년 정신건강 증진 법·제도의 개선관점 목록을 기준으로 우리나라의 법·제도 개선을 위하여 독일, 미국과 호주의 아동·청소년 관련 법과 제도를 비교·고찰하고자 한다.

### 1) 독일의 아동·청소년 정신건강관련 법·제도 현황

#### (1) 독일 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 법률제도 개관

독일의 아동과 청소년의 (정신)건강 증진을 위한 근본개념은 예방, 건강증진, 지원, 치료, 재활

및 사회복지 내지 참여이다. 이 중에서 무엇보다 강조되는 것은 예방과 건강증진이다. 그러나 아동과 청소년의 정신건강 증진을 규율하는 법체계는 일단 통일적인 법률로 존재하지 않는다.

독일의 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 법률의 개관은 다음과 같다. 먼저 정신건강 법제도의 제1중심축은 우리나라의 건강보험법에 해당하는 사회법전 제5권(gesetzliche Krankenversicherung)에 따른 건강증진과 예방, 치료 및 지원, 재활과 사회복귀에 의한 사회보장급여이다. 보건청(Gesundheitsamt, Gesundheitswesen)에 의해 주도되는 건강증진사업의 일환으로 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강의 증진을 위한 여러 가지 정책과 보호가 시행된다. 따라서 이 건강보험법상의 건강증진과 예방 차원에서 아동과 청소년의 정신건강이 추진되는 것이지, 별도의 단행입법에 의해서 아동과 청소년의 정신건강 증진이 이루어지는 것은 아니다. 말하자면 아동과 청소년의 정신질환이나 정신건강 증진은 일반인의 건강 증진의 한 구성요소 내지 한 분야에 지나지 않는다.

두 번째의 축은 청소년보호법(Jugendschutzgesetz)이다. 이 법률은 우리나라의 청소년기본법과 청소년보호법과 유사하다. 아동과 청소년이 만날 수 있는 유해한 위험원과 유해한 환경을 규율하는 법률이다. 주로 흡연과 알코올, 유해접객업소, 매체 등에 관청과 기관, 업소들을 규제하고 아동과 청소년을 직접적으로 규율하지 않는 것을 원칙으로 한다. 라디오 매체 등의 규제기준이 주마다 다를 수 있기 때문에 주간(州間) 라디오매체협약으로 유해한 매체를 규제한다.

세 번째 축은 아동과 청소년복지지원법(Kinder- und Jugendhilfegesetz)이다. 아동과 청소년이 성폭력, 학대, 방치와 같은 복지의 위협을 받을 때 지원책을 통해 그들을 포괄적으로 보호한다. 이를 위하여 지원책은 부모들의 양육권을 강화하고, 아동의 성장을 촉진하기 위하여 광범위한 스펙트럼의 정책을 유지하고 있다. 청소년 아르바이트, 일일 시설에서의 후원, 부모교육과정, 양육문제가정 내 폭력·부모의 흡사 시에 자문과 개별적으로 지원하는 것이 이에 속한다. 지원은 외래 통원치료나 입원치료의 방법으로도 제공되고 있다. 이러한 지원의 법적 토대를 이루고 있는 것이 사회법전 제8권의 내용이다.

네 번째의 축은 재활, 사회복지 및 참여를 위한 지원제도이다. 주로 사회법전 제9권과 제12권에 규정되어 있다. 여기서도 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 특별한 장치를 마련하고 있지 않고, 아동과 청소년의 건강증진의 일환으로서 재활, 사회복지 및 참여가 일반인을 위한 사회보장 급여로서 규정되고 있다.

다섯 번째의 축은 학교법이다. 6세 이후부터 아동과 청소년의 활동이 주로 학교에서 이루어지므로 학교 관련 법률들 역시 아동과 청소년의 정신건강을 위하여 중요한 법률들이다. 그러나 독일은 우리나라의 학교보건법과 같은 단행법률을 제정하여 학생의 신분에 있는 청소년들의 건강과 정신건강

을 증진하는 것이 아니라, 학교법(Schulgesetz)내에 학생들을 위한 학교건강돌봄(Schulgesundheitspflege)제도를 두어 학생들의 질병을 예방하고 조기발견하여 치료할 수 있도록 한다. 이 제도는 보건청의 주도 하에 학교와 학부모가 협력하여 임무를 수행하게 되며, 특히 정신건강상의 발달상황에 대해 검진과 사회심리적인 특이행동 관찰을 수행한다. 학교법상으로 부모의 협력의무가 법제화되어 있어 이를 위반할 때에는 500유로의 질서금을 내도록 되어있으며, 그와 동시에 학부모가 자녀들의 건강에 대하여 자문과 정보 및 상담을 받을 수 있도록 제도화되어 있기도 하다. 또한 학교법에는 학교가 사회법전 제8권에 따라 공공 청소년복지지원과 민간청소년복지지원기관과 학교 이외의 시설, 영업체, 단체, 교회, 예술학교, 재교육기관 등과의 협력을 하도록 법제화하고 있다.

여섯 번째의 축은 정신질환자법(Psychisch-Kranken-Gesetz)인데, 이는 우리나라의 정신보건법에 비교할 수 있는 법률이다. 이 법은 정신병에 걸린 자들이 공동체에서 자기책임적이고 자기결정적인 삶을 영위할 권리를 보장하고 정신병자가 자기위해나 타인위협을 할 경우 환자의 의사에 반하여 정신과적 치료시설에 구금할 수 있는 법률이다. 관할권은 지방자치 단체의 보건청이다. 물론 이 법률에서도 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강을 위한 독자적인 규정은 존재하지 않고, 정신병에 걸린 아동과 청소년도 일반 정신병에 이환된 환자처럼 취급되어 동법의 보호를 받게 된다.

일곱 번째 축은 지원과 전달체계에 관한 법률이다. 무엇보다 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강의 핵심기관은 복지지원에서는 청소년청이고, 정신건강 증진을 포함한 건강증진에서는 보건청이지만, 각 주별로 공중보건위생복무법(Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst: GDG)을 제정하여 법률에 따라 공중보건지원실무가 행하여지도록 하고 있다. 동법률에 따라 공중보건위생복무지원은 무엇보다 아동과 청소년의 건강보호와 건강복지지원, 건강증진, 예방사업을 하도록 규정하고 있다. 특히 건강복지지원 차원에서 정신적 장애를 포함하여 건강상의 발달과 관련하여 탁아소 증진법, 학교법의 범위에서 아동과 청소년을 위한 사회법전 제8권 제35a조 에 따른 정신지체 아동과 청소년의 사회편입 지원을 하도록 규정하고 있다. 이와 같은 점에서 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 핵심전달체계는 각 주별로 제정된 공중보건위생법에 의해서 규제되며, GDG법상의 공중보건위생복무기관이 핵심적인 기관이라고 할 수 있다. 보건청 존립의 법적 근거는 GDG로 보건청 산하의 각 분과에 소아전문의, 정신과의사 등도 한 팀을 이루며, 이들이 현장에서 아동과 청소년의 정신건강에 대해서 1차적인 진료와 상담, 예방과 정신건강의 증진을 위해 움직이게 된다.

여덟 번째의 축은 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강 증진을 위한 전문인력의 양성과 활동이다. 물론 정신건강에 관련된 전문인력은 다양하다. 그러나 의사나 전문치료사는 연방법에 의해서, 그 나머지 보조인력이나 치료사(Heilpraktiker)들은 공중보건 위생복무법의 시행령에 의해서 자격과



교육 및 심사가 규정된다.

이상과 같이 독일법상 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강 증진을 위한 법률은 독자적이고 단행적인 통일법률을 가지고 있는 것이 아니라, 일반인의 건강증진을 위한 체계의 일환으로서 수행되고 있다. 또한 위험인자의 경우도 구체적으로 예시적인 규정을 만드는 것이 아니라, 정신질환이나 정신건강에 대한 일반화된 지도이념이나 추상적인 정신건강 개념을 사용할 뿐이다. 입법기술적인 이유도 있지만, 독일법 내에서는 아동과 청소년의 정신건강의 중요도에도 불구하고 일반인의 그것과 동등하게 처리하고 예외적인 경우에만 아동과 청소년의 정신건강에 대한 배려를 한다는 관념이 지배하고 있는 것으로 보인다. 그러나 독일 법률에서는 그러한 추상적이고 일반적인, 그리고 일반인에 준하는 취급을 하더라도 규범체계상 실무에서는 시행령과 지침, 고시, 행정명령, 회람 등에 의해서 아동과 청소년의 정신건강이 처리되고 있고 실무상으로는 매우 정형화되고 패턴화된 위험인자들이 조사와 검진과 진료 및 치료의 대상이 되고 있어, 법제화가 되어 있지 않았을 뿐 통일적인 형상이 존재한다고 볼 수 있는데, 이는 아마도 아동과 청소년의 정신질환이나 정신병적 요인이 사회의 변화와 부모의 역할 등에서 진화하는 것이기 때문에 그에 상응하는 정신건강 증진 법률도 이를 수렴하는데는 한계가 있기 때문인 것으로 보인다. 따라서 법률 이외의 규제수단에 의해서 이를 수용하며, 탄력적으로 그러한 정형화된 패턴으로 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 법·제도를 발전시키는 것으로 보인다.

## (2) 비교관점에 기초한 독일 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도의 특징

독일의 아동과 청소년의 (정신)건강 증진을 위한 법률과 정책의 근본개념은 예방, 건강증진, 지원, 치료, 재활 및 복귀 내지 참여이다. 이 중에서 무엇보다 강조되는 것은 예방과 건강증진이다. 각 법률은 정신건강의 예방과 증진→치료와 지원→재활과 사회복귀 및 참여의 구조 속에서 그에 상응하는 개별 법률들을 가지고 있으며, 아동과 청소년만의 정신질환과 정신건강 증진만을 위한 단독의 입법은 존재하지 않는다. 따라서 입법적으로는 건강보험법상의 성인을 포함한 일반인의 정신질환과 정신건강에 대한 예방과 건강증진 급부와 배려의 일환으로서 아동과 청소년의 건강증진에 관한 법·제도가 마련된다는 것이다.

살펴보았듯이 독일의 경우 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강 증진에 관한 단일의 통합법은 존재하지 않는다. 그렇기 때문에 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강 증진을 위해서는 보건청, 학교, 사회법전 제8권의 아동과 청소년지원체계의 공조와 협조가 항상 강조된다. 또한 입법적으로 아동과 청소년에 유해한 위험인자를 포괄적으로 입법한 사례는 없으며, 정신질환이나 정신건강의

대상도 추상적으로 개념정의하고 있다. 입법기술적으로는 예시나 열거적으로 정신질환이나 정신건강 증진을 위한 위험인자를 규정하는 것도 고려할 수 있으나, 정신질환이나 정신건강 증진 대상에 대한 정확한 개념포착이 어렵고 또한 사회발전과 주변 환경의 변화에 따라 진화 - 인터넷 등의 게임중독이나 주의력결핍과 과잉장애처럼 - 하는 것이기 때문에 위험인자를 개별적이고 구체적으로 규정하는 것은 입법적으로 바람직하지 않다는 정책적 판단이 있었다. 그러나 실제 정신질환이나 정신건강 증진의 대상에 대한 규제는 입법기술상 법률 이외에 시행령과 행정명령, 지침과 고시 및 회람의 규제형태로 규율되기 때문에 하위의 입법규제장치에 의해서 정형화되고 패턴화되어 가는 형식을 취하고 있다. 비교적 관점에서 독일 법을 통해 우리에게 줄 수 있는 시사점과 개선과제는 다음과 같다.

#### 가) 정신건강 증진과 정신질환과 정신장애 등의 개념정의 관련 법제 개선

아동과 청소년의 정신건강 증진과 관련하여 요청되는 주요한 논점 중의 하나는 기존의 정신보건법의 ‘정신질환’ 이외에 정신건강적 요소를 예시 또는 열거적 방법으로 추가보완하거나 또는 별도로 분류하여 법률로 규정할 것인가 하는 점이었다. 또한 동시에 정신보건관련법상 정신질환 및 정신건강과 관련하여 위험인자에 대한 명확한 정의가 없어 정신질환별로 정신보건법 시행령 등에 ‘주변환경 요인’과 ‘유전관련요인’ 등을 구분하여 합당한 대응방안을 마련하도록 법규정을 정비할 필요가 있는지의 여부이다. 이에 독일법은 정신건강이나 정신질환, 정신장애들에 대해서 개념정의를 하지 않으며, 개념정의를 하는 경우에도 일반적이고 추상적으로 정신건강 등을 다른 세분화된 언어로 재구성할 뿐이다. 따라서 새로 등장하는 위험인자나 위험요소에 대해 법률은 규정하지 않는다. 다만 법률규정과 다른, 예를 들면 지침, 시행령, 고시, 회람 등에 의해 실무상 WHO의 국제분류기준과 미국 정신과의사협회의 분류기준을 보편적으로 받아들여 이를 표준화하고 정형화하는 방식을 취하고 있다.

#### 나) 통합법의 필요성

우리나라의 아동·청소년 정신건강 증진 관련법은 다양하다. 이러한 개별법은 각각의 입법목적과 중점규율대상이 다르기 때문에 단기간 내 아동과 청소년의 정신건강만을 대상으로 하는 법률의 통합 필요성보다는 각각의 개별법률을 중심으로 이를 보강하는 방식이 타당할 수 있다. 그러나 중장기적으로 아동과 청소년의 정신건강 관련법의 통합이 필요한 이유는 ‘아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법률’을 통해 소관부서별, 중앙과 지방자치단체별, 공공과 민간의 협력체제의 시너지

효과를 높일 수 있기 때문이다.

독일법은 각각의 개별법에서 각 기관과 담당관청, 주요 시설의 관련 운영자들이 개별적으로 협조·공조하도록 규정하고 있다. 각 기관과 부처 간의 공조와 협조를 위한, 그리고 아동과 청소년만의 정신건강만을 위한 통합법의 필요성과 이를 위한 입법은 존재하지 않는 것이 독일법의 특징이다. 중앙과 지방자치단체 간의 아동과 청소년의 정신건강을 위한 협조와 공조체계에 대해서도 독일법적 특성이 엿보인다. 독일법의 경우 기관과 주체간의 공조와 협조를 위한 통합법보다는 각 개별법에 각 기관과 주체의 협력을 법제화하고 있다. 중앙과 지방 자치단체의 공조와 협조에 있어서도 법적 규율의 대상이 중앙이 아닌, 건강증진과 예방 및 치료의 최일선에 있는 지역 하위 보건청이고, 이들의 임무와 과제 및 심지어 비용처리부분도 이들을 중심으로 되어 있기 때문에 중앙과 지방간 공조와 협력의 체계도 폴뿌리 민주주의에 기초하고 있는 것으로 보인다. 독일이 연방국가의 특성상 건강과 학교 등에 대해서는 연방법보다는 주법에 의해서 규율되도록 하고 있기 때문에 지방자치 원리가 아동의 정신건강 증진과 예방 및 치료에도 자리잡고 있다고 볼 수 있겠다.

#### 다) 정신건강 증진 핵심 지원체계 관련

독일의 경우는 구조적으로 아동과 청소년의 정신건강 증진과 예방을 일반인의 건강증진과 예방의 한 분야로 인식하고, 일차적으로 공중보건위생복무법(GDG)에 따라 지역보건청이 담당하고, 정신질환자를 위한 편입복지지원 등은 청소년지원법(Kinder- und Jugendhilfegesetz: KJHG)에 따라 청소년청이, 아동과 청소년이 정신질환에 이환된 경우 수용시설로의 수용을 회피하기 위한 상담과 자문 및 돌봄 내지 의학적 치료의 지원을 위해서는 정신질환자법(PsychKG)에 따라 지역 하위 보건청이 관할한다.

첫째, 지역 공중보건위생청은 아동과 청소년의 정신건강을 위한 제1차적 지원기관이다. 대개의 경우 이 기관의 활동과 임무에 대해서는 공중보건위생복무법(GDG)이 규율한다. 무엇보다도 학교를 중심으로 학교의사가 활동의 핵심을 이루는데, 이 학교의사는 학교에 상주하는 것이 아니라 보건청에서 학교를 위하여 임무를 수행한다. 이러한 학교건강돌봄의 직무는 학교와 학부모의 협력 하에 지역 보건청이 수행한다. 이 학교의사의 직무는 학교입학과 졸업을 위한 의학적 검진과 치과검진, 지속적인 관심과 통제를 필요로 하는 학생들에 대한 특별한 감시, 부모와 학생, 교사를 위한 면담, 학생을 위한 건강배려조치 등으로 규정하고 있지만, 학생들의 정신건강과 정신질환에 대해서는 특별한 규정을 두지 않고 의학적 검진 등의 일반적 기준에 포함하여 처리하고 있다.

둘째, 청소년청은 구 단위 지역에서 공법상의 청소년 복지지원의 주체로서, 본질적으로 지역의

지원기관으로 집중되어 있는 청소년 복지지원을 시민에 근접하고 동시에 성과능력이 있는 기초 자치단체 차원에 정착시키려고 한 것이 주된 이유이다. 우리나라가 중앙단위에서 국가의 청소년 복지지원 체계를 만들고, 지방자치단체에서 이를 위임받아 시행하는 것과 완전히 정반대의 모습이다. 청소년청이 어느 정도 아동과 청소년의 정신건강을 위하여 역할과 임무를 수행해야 하는지에 대해서는 사회법전 제8권2조의 공법상 청소년복지지원 기관의 임무 규정은 언급하고 있지 않지만, 사회법전 제8권의 각각의 개별규정으로부터 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 청소년청의 임무를 유추할 수 있다. 아동과 청소년의 정신건강 및 정신질환과 관련하여 청소년청의 중요한 임무 중의 하나는 정신적으로 장애가 있는 아동과 청소년을 위한 편입지원이다. 정신적으로 장애가 있는 아동과 청소년에게 법적 청구권으로서 주어지는 사회와 공동체로의 편입지원은 장애가 있는 아동과 청소년이 재활과 사회참여, 학교교육 과정에 있는 경우에도 지원된다. 이 아동과 청소년의 편입지원을 위한 비용은 공법상의 청소년복지지원 주체로서 청소년청이 부담한다. 물론 공법상의 청소년복지지원 기관은 그 활동이 청소년과 그의 가족의 생활상황에 영향을 미치는 다른 기관 및 시설과 협력하여야 하는데, 협력해야 하는 기관으로는 학교와 학교행정, 직업교육기관과 시설, 공중보건위생청과 시설, 연방노동공단, 다른 사회보장급부 주체, 영업감독청, 경찰청, 사법집달관 등에게 총체적으로 유관기관의 협력을 의무지우고 있다(사회법전 제8권 81조). 독일에는 현재 약 590개의 지자체 청소년청이 있고, 이들 청소년청의 상부기관으로는 주 단위로 17개의 주 청소년청이 있다.

#### 라) 예방과 재활 관련규정

우리나라의 아동과 청소년 정신건강관련법 규정은 주로 사후적인 조치나 치료 중심인 반면 예방과 재활 등의 조치에 대해서는 미흡하다는 지적이 있다. 이에 독일의 제도를 살펴보기로 한다.

첫째, 예방에 중점을 둔다. 독일의 건강정책이나 건강지원정책의 핵심 슬로건은 아동과 청소년의 건강지원에 있어서 예방과 건강증진에 있다. 예를 들면 베를린 주 공중보건위생법 제1조 3항은 공중보건위생청의 핵심과제로서 ‘예방, 건강증진, 건강지원, 건강보호’를 천명하고 있는 바, 예방이 가장 앞선 순위에 들어가 있는 것을 볼 수 있다. 그리하여 동 규정은 핵심과제로서 예방과 건강증진을 위해서 건강증진 조치의 제안과 시행, 건강주체에 관한 계도와 자문, 치료과정관찰과 질적 보장이 있는 치료급부뿐만 아니라 예방적이고 사후적인 건강지원의 확보와 아동과 청소년에 대한 정신과적 위기에 대한 개입을 포함하여 아동과 청소년과 의사에 의한, 그리고 아동과 청소년의 정신과적 진단과 자문 및 돌봄과 지원제공, 문명성 질병의 예방, 특히 학교영역에서 장애와 중증장애의 아동과 청소년에 대한 임상치료적 서비스 등을 제공하고 있다.

둘째, 재활과 사회복귀 참여이다. 재활에 대해 의무규정이나 관련규정이 부족한 우리나라와 달리 독일은 일정장애가 있는 아동과 청소년들의 재활과 사회복귀 참여에 대해 사회법전 제9권과 제12권에 비교적 상세한 규정을 두고 있다. 따라서 정신적으로 장애가 있는 아동과 청소년은 동법상의 일반 장애가 있는 성인과 마찬가지로 동법상의 재활급여와 사회복귀 참여 급여를 받을 수 있다. 그러나 특히 편입지원은 재활과 사회복귀 참여 부분에서도 독자적인 의미와 기능을 담당하고 있다. 재활과 사회복귀 참여에 대해서는 사회법전 제9권과 제12권의 단일법률을 가지고 있을 정도로 구체적이고 현장 중심의 법·제도를 갖고 있다. 물론 아동과 청소년만의 정신질환의 예방을 위한 법률규정이나 법·제도는 없지만, 개념상 일반 건강질환 예방과 건강증진에 관한 법률규정에 정신건강질환의 예방과 정신건강 증진이 자동적으로 포함됨으로써 예방이 공중보건 위생청의 핵심과제가 되고 있다. 그렇기 때문에 예방목적의 학생정서행동 선별검사 실시나 학생건강검진은 공중보건위생청의 학교담당의사의 제1임무로서 매우 구체적이고 현장 중심적이며 실천가능성에 무게를 두고 시행되고 있다. 따라서 학업중단 청소년의 심리치료도 공중보건 위생청 학교담당의사의 직무가 되며, 치료 수단으로서 다양한 거주형 치료(예를 들어 Pflegefamilie, Jugendwohnheime)도 제공된다. 이러한 (정신)건강 검진을 위해서는 학교법에 학부모와 학생들의 권리를 인정함과 동시에 협력의무를 법적으로 강제하고 있다. 특히 학부모들은 학교회의(Schulkonferenz)나 학부모회의(Elternrat) 등의 조직에 의해서 이익을 대변받음과 동시에 학생들의 (정신)건강 검진을 위한 협조의 책무를 부담하고 있다.

마) 아동과 청소년의 정신건강과 관련하여 위험도가 높은 가정에 대해 교육 및 지원체계 아동이 신체적, 사회심리적, 인식적 영역에서 잘 발달하고 독립심을 배우기 위해서는 그들의 부모나 관계인과의 확실한 연계가 필요하다. 이에 아동의 발달과정에서 적극적으로 지원할 수 있기 위해서는 부모들은 충분히 인격적이고 사회적으로 지원하는 물질적 자원을 필요로 한다. 아동과 청소년 지원체계와 건강체계는 부모와 아동의 전망을 결속하고 가정의 생활상황과 스타일을 고려하지 않으면 안 되기에, 이와 관련하여 독일의 제도를 살펴본다.

먼저 아동과 청소년의 복지지원을 위해서는 사회법전 제8권이 부모 등의 지원을 규정한다. 청소년 복지 지원법상 과거의 청소년 복지지원법이 국가의 주도로 청소년 복지지원에 대한 개입을 가능하게 하였던 반면에 현행법은 이러한 개입을 포기하고 청소년과 양육권자에게 청소년의 발달을 촉진하고 가정 내에서의 양육을 위하여 필요한 급부를 보장하는 청구권의 형태로 전환되었다. 가정 내 양육촉진을 위한 급여의 중심은 가정교육의 제공, 청소년의 양육과 발달의 일반적인 문제에 대한 자문지원을 포함한다. 2013년부터는 1세에서 3세까지의 유아를 시설에서 돌보게 하지 않은 부모는 일종의

유치원 자리에 대한 법적 청구권의 포기에 대한 보상으로서 월 일정액의 급여(Betreuungsgeld)를 받는다. 아동과 청소년의 양육에서 아동과 청소년의 안위에 상응하는 양육이 보장되지 않는 경우 그리고 아동의 발달을 위해서 지원이 필요한 경우 양육권자는 양육지원 청구권을 갖는다.

### (3) 독일 법·제도의 정책적 시사점

아동과 청소년의 정신건강의 증진과 정신질환에 대하여 비교관점 목록에 따라서 독일법을 비교한 결과 다음과 같은 시사점을 얻게 되었다.

첫째, 독일법은 학교 중심의 정신보건 증진으로 집약되고 있다고 보아야 할 것이다. 따라서 학교와 유치원 중심의 비교적 단일화된 정신보건 증진 제도를 취하고 있다고 볼 수 있다.

둘째, 독일법은 아동과 청소년의 정신건강이나 정신질환, 정신장애들에 대해서 개념정의를 하지 않으며, 개념정의를 하는 경우에도 일반적이고 추상적으로 정신건강 등을 다른 세분화된 언어로 재구성할 뿐이다. 따라서 구체적이고 새로 등장하는 위험인자나 위험요소에 대해 법률은 규정하지 않는다.

셋째, 독일은 아동과 청소년의 정신건강 증진에 참여하는 기관과 단체의 협조와 공조 체계를 위해서 단일의 통합법을 만들기보다는 협조와 공조가 중요하다는 인식 하에 정신건강과 관련한 각각의 법률규정들이 협조와 공조를 강조하고 때로는 의무를 지우고 있다. 이는 우리나라의 법제 개선에도 고려할만 한 점이라고 본다.

넷째, 독일법상 아동과 청소년의 정신건강을 위한 최전방에는 지역 보건청의 학교담당의사가 배치되어 예방과 건강증진, 치료와 재활의 주체가 되고 있다. 아동과 청소년의 정신건강을 위한 청소년 복지지원의 핵심전달체계와 관리 기구의 중심은 지역 청소년청이라고 할 수 있다. 독일의 연방국가적 특성으로부터 오는 지역 하위 단위의 지역청이 아동과 청소년 정신건강의 핵심업무를 수행한다는 것은 부가적으로 중앙단위에서 국가의 업무만 규정하고 지방자치단체의 업무에 대해서는 주의적 규정만을 두는 우리나라와는 큰 대조를 이룬다.

다섯째, 독일의 청소년복지지원법의 핵심적인 특징은 아동과 청소년들에게 국가가 배려적인 차원에서 지원을 하는 것이 아니라, 국가적 배려가 아동과 청소년의 법적 청구권의 형태로 구성되어 있다는 것이다.

여섯째, 독일법은 치료보다는 예방과 정신건강 증진을 핵심적인 과제로 삼는다. 각각의 개별법은 예방과 정신건강의 증진을 우선적으로 규정하며, 앞의 핵심전달체계의 직무 중에서도 예방과 정신건강 증진을 강조하는 규정을 두고 있다. 재활과 사회복지 참여는 사회법전 제9권과 제12권에 독자적인

규율을 할 정도로 입법적 대응을 하고 있다. 이와 같은 관계에서는 정신적으로 장애가 있는 아동과 청소년을 위해서는 사회로의 편입지원을 하는 것도 눈여겨 보아야 할 입법대상이라고 본다.

일곱째, 입법자는 부모를 위한 양육조치로서 i) 가정내에서의 양육의 촉진, ii) 탁아소와 어린이 돌봄시설에서의 아동의 증진, iii) 양육을 위한 지원의 3가지 조치를 사회법전 제8권 제16조에서 제21조까지, 제22조에서 제26조까지, 그리고 제27조와 제41조 사이에 각각 규정하고 있다. 가정의 양육지원은 양육권이 있는 부모에게 주어지기 때문에 부모의 영향을 받기 쉬운 아동과 청소년의 정신건강증진을 위한 효과적인 수단이라고 본다.

## 2) 미국의 아동·청소년 정신건강관련 법·제도 현황

### (1) 미국의 아동·청소년 정신보건 관련 법률 개관과 관련 사건

아래에는 1961년부터 2008년까지 미국에서 아동·청소년의 정신보건에 관련된 법률과 관련 사항을 개괄하였다. 1961년 군 내 아동건강연구소의 설립으로 시작된 아동·청소년의 정신건강에 대한 연구사업은 1965년 국립정신보건원(National Institutes of Mental Health: NIMH)에서 보다 본격적으로 다루기 시작하였고, 1965년 사회 보장법 개정안(Social Security Amendments)에서 아동정신건강에 대한 공동위원회(Joint Commission on the Mental Health of Children)의 체계를 규정하고, 지역사회 정신건강센터 법률 개정안(Community Mental Health Center: CMHC Act Amendments)에서 아동의 (정신건강)서비스를 더욱 개발할 수 있는 새로운 지원금 프로그램을 마련하였다. 또한 1975년 지역사회 정신건강센터(CMHC) 법률 개정안에서는 ‘지역사회 정신건강센터’의 질 향상과 경제적 수준에 구애되지 않는 포괄적 접근을 모색하였고, 아동·청소년의 정신건강서비스를 확대하였다. 1997년에는 주 아동건강 프로그램(State Children’s Health Insurance Program, SCHIP)을 확대하여 정신건강에 관련된 예방 및 치료서비스에 대한 접근성이 크게 강화되었다. 2000년 10월에는 클린턴 대통령이 아동건강법(Children’s Health Act of 2000, 공법 106-310)을 법으로 제정할 것에 서명하였다. 이후 이 법에서 규정된 다양한 사업들이 진행되었다. 본고에서는 주로 아동건강법을 중심으로 정신건강관련 법적 고찰을 할 예정이며, 지금까지의 미국의 아동·청소년 정신건강 관련 사건 및 이와 연계된 법·제도 현황은 다음의 표를 통해 정리되어 있다.

표 V-1

미국의 아동·청소년 정신건강 관련 연구사업 및 법률안 개정 시기와 내용

연도	분류	설명
1961	사건	2월 17일, 미군 의무관(Surgeon General)이 군 내 종합의학부서(Division of General Medical Sciences)에 아동건강 연구소(Center for Research in Child Health)를 설립.
1962	법률	10월 17일, 아동건강 및 인간발달 국립연구소(National Institute of Child Health and Human Development: NICHD)와 종합 의학 국립연구소(National Institute of General Medical Sciences: NIGMS)를 승인하는 공법 87-838(Public Law 87-838)이 통과됨.
1963	사건	1월 30일, NICHD와 NIGMS 설립. 1956년에 설립된 아동건강 연구소(The Center for Research in Child Health)와 노화연구소(Center for Research in Aging)가 NIGMS에서 NICHD로 이동.
1965	사건	1960년 중반, 국립정신보건원(National Institute of Mental Health: NIMH)은 특별한 정신건강 문제에 대해 광범위한 사업을 하기 시작함. 이는 존슨 대통령의 사회적인 문제에도 과학적인 연구 방법을 적용하자는 일부 주장에 대한 화답이었음. 연구소는 정신분열증, 아동과 가족 정신 건강, 자살 뿐 아니라 범죄 및 비행, 소수자 정신 건강, 도시 문제 등에 대한 연구센터를 설립하고, 후에 공간, 노화, 자연 재해로 인한 피해자를 전문적으로 지원하는 센터도 추가로 설립함.
1965	법률	1965년, 사회 보장법 개정안(Social Security Amendments)의 한 조항(공법 89-97)에서 아동정신건강과 관련한 국가적인 행동 방침을 정하기 위해, 이에 필요한 자금과 새로이 출범하는 아동 정신건강에 대한 공동 위원회(Joint Commission on the Mental Health of Children)의 체계를 규정함.
1965	법률	지역사회 정신건강센터 법률 개정안 제정 (CMHC(Community Mental Health Center) Act Amendments, 공법 91-211). 이 개정안은 다음의 주요 조항을 포함함; 이들 센터에 제공되던 건물 및 인력 제공에 대한 지원금이 확대되고 알코올 및 약물 남용으로 인한 정신 장애자들을 위한 시설에서도 이 자금을 사용할 수 있도록 함. 가난한 지역에서 정신건강서비스 개발을 시작할 수 있는 자금이 지원됨. 또한 아동 (정신 건강)서비스를 더욱 개발할 수 있는 새로운 지원금 프로그램이 마련.
1975	법률	민간건강보험의 외래정신과서비스 보장을 규정한 1975년 지역사회 정신건강센터(CMHC) 법률 개정안(공법 94-63)은 '지역사회 정신건강 센터'에 대해 더 명확한 정의를 요구. 새로운 정의는 지역사회 내에 센터 관리 위원회(community governing board)를 만들고 서비스의 질을 유지함으로써 지불 능력에 관계없이 모든 사람이 포괄적으로 접근할 수 있게 함. 필수 핵심 서비스는 1963년의 5가지에서 12가지로 확장되었는데, 이는 아동과 노인을 대상으로 하는 스크리닝, 치료 후 추적(follow-up), 과도기 서비스(transitional services), 알코올 남용, 약물 남용에 대한 서비스를 포함함.



연도	분류	설명
1996	사건	NIMH는 국가정신건강자문위원회(National Advisory Mental Health Council)와 함께 NIMH에서 진행되는 연구의 포트폴리오를 체계적으로 검토함. 검토된 분야에는 유전적 정신 장애, 아동과 청소년 건강에 대한 역학과 서비스, 예방 연구, 임상 치료, 서비스 연구 등이 있음. NIMH 원장의 요청으로 위원회는 각각의 분야에 그룹을 배치하고 그룹이 보고하는 내용, 조언 사항을 계속적으로 수행함. NIMH는 아동기 정신 장애에 대한 연구와 임상 신경과학 연구의 우선순위를 높였으며 이 분야에 대한 연구를 점점 확대함.
1997	법률	국회에서 균형 예산법(Balanced Budget Act) 통과. 이 법안은 5년 동안 구조 조정을 통해 Medicaid, Medicare에 할당되는 자금을 총 1300억을 줄이고 최종적으로는 연방지출을 그만큼 줄이기 위한 법안임. 연방 정부는 주 아동건강 보험 프로그램(State Children's Health Insurance Program: SCHIP)의 보급을 확대하여 보험에 들지 않은 미성년자에게 보건의료 서비스를 제공함. SCHIP는 정신 건강 서비스가 연방정부에 의해 강제되고 주에 의해 실행되는 첫 번째 사례임.
2000	법률	국립보건원(NIH) 원장은 국립정신보건원(NIMH)의 원장과 그가 생각하기에 적절한 다른 관련기관들과 함께 자폐증에 대한 아동 건강 법률안 (The Children's Health Act of 2000, Title I Autism, 공법 106-310)을 실제로 수행하도록 함. 이 법률안은 자폐증에 대한 연구와 관련하여 NIH의 활동 영역을 확대, 강화, 조정하였으며, 여기에는 자폐증에 대한 기초 및 임상 연구를 수행하는 5개 이상의 center of excellence의 설립이 포함됨. 또한 이 법률안은 또한 보건복지부 장관이 보건복지부 내에서 자폐증 연구와 관련 활동을 조정하기 위한 기관내 자폐증 조정위원회(Intragency Autism Committee: IACC)를 설립하도록 하였음. IACC를 결성할 권한은 NIH로 위임됐으며, NIH는 NIMH가 이 활동을 이끌도록 하였음.
2000	법률	10월, 클린턴 대통령은 아동건강법(공법 106-310)을 법으로 제정할 것에 서명함. 이 법은 연방 기금을 받는 모든 정신과병원과 아동 및 청소년을 위한 비의료적 지역사회 시설에서 격리와 결박을 제한하는 국가적 기준을 마련. 또한 이 법안은 병발성 장애들에 대해서 국회에 보고서를 제출하도록 지시함.
2000	사건	3월, 당시 영부인이었던 힐러리 로드햄 클린턴이 아동 치료에 시작하는 의약품의 안전한 사용에 대한 회의의 진행을 NIMH가 지원함.
2001	사건	2001년, 미군 의무감이 아동의 정신건강에 대한 보고서를 발표-미국이 아동과 청소년의 정신건강이라는 국가적인 위기를 직면하고 있다는 내용의 보고서임. 국가 행동 지침(National Action Agenda)은 아동 및 청소년의 정신, 감정적인 장애를 치료하기 위한 서비스를 향상시키는 데에 목표를 두고 그에 대한 전략을 제시함. NIMH는 다른 연방 기관들과 이 보고서의 작성에 협력.
2002	사건	2000년 아동건강법(공법 106-310)에 명시된 병발성 장애에 대한 심층연구 결과가 국회에 제출됨. 지역사회 행동 보건의료를 위한 국가 위원회(National

연도	분류	설명
		Council for Community Behavioral Healthcare)는 다른 파트너 기관들과 함께 보고서 작성을 적극적으로 주도함. 부시대통령은 지역사회보건의료센터 예산을 늘려 센터 수도 늘리고 행동 보건 의료 등 서비스도 확장. 또한 정신건강에 대한 신자유위원회(New Freedom Commission on Mental Health)을 설립, 민간과 공공 모두를 포함하는 미국 내 정신건강 보건의료서비스 전달체계에 대해 종합적으로 연구하기 시작. 위원회는 민간 및 공공기관의 현재 질적 수준과 효과성을 검토, 혁신적인 서비스, 치료방법, 기술을 모색하고 관련 권고안을 포함하는 연구 보고서를 제출.
2004	사건	11월 9~10일, 제20회 정신건강 정책에 대한 Rosalynn Carter 심포지움에 모인 각 분야의 대표자들은 대통령 직속 신자유위원회에 기반한 아동과 가족의 정신건강 변화 (Transforming Mental Health for Children and Families in Light of the President's New Freedom Commission)에 대해 논의.
2004	사건	2004년, NIMH의 4대 주요 임상 실험 중 하나인 청소년 우울증 치료 연구 (Treatment of Adolescent Depression Study: TADS)는 중요한 결과를 발표함: 우울증을 앓고 있는 439명의 청소년을 대상으로 한 12주의 실험을 통해 약물치료와 심리치료를 병행하는 것이 가장 효과적인 치료방법이라는 결과를 얻음. 이 연구는 아동과 청소년 우울증의 치료제로 유일하게 FDA에 의해 승인된 플루옥세틴(fluxetin) 복용과 인지행동 치료법(cognitive-behavioral therapy)을 비교.
2008	사건	11월 20일과 21일 이틀에 걸친 24회 정신건강 정책에 대한 Rosalynn Carter 심포지움에서 국가적 수준의 아동 정신 건강 의료전달체계에 대한 새로운 사실이 밝혀짐. 콜럼비아 대학의 빈곤아동센터(National Center for Children in Poverty)에서 이루어진 연구에 의하면, 연방 정부 수준에서 아동 정신건강에 대한 의료전달 체계 수립을 강력히 주장한 지 25년이 지났음에도 각 주별 정책은 오히려 이를 방해하고 있음.

## (2) 미국의 소아청소년 정신건강관련 법률: 아동건강법 2000

미국은 우리나라나 독일과 같은 독자적인 청소년보호법 등을 가지고 있지 못하다. 이와 유사한 것은 지난 1998년 제정된 The Children's Online Privacy Protection Act of 1998 (COPPA)<sup>14)</sup>이 연방법으로서는 유일하며, 최근 논란이 되고 있는 Youth Protection Act는 미성년자의 징집을 막자는 것이다. 청소년보호의 관점보다는 건강증진의 관점에서 보았을 때, 미국에도 아동/청소년 정신건강에 관한 다양한 법률이 존재하고 있지만, 그 근간을 이루는 것은 2000년 10월 17일 빌 클린턴 대통령이 인준한 “아동건강법(Children's Health Act of 2000)” (공법 106-310)이다.

14) A United States federal law, located at 15 U.S.C. § § 6501-6506 (Pub.L. 105-277, 112 Stat. 2581-728, enacted October 21, 1998).

이 법은 그 자체로 독립된 법안이 아니라 1944년 최초로 제정되어 이후 여러 번 개정된 공중보건 서비스법(Public Health Services Act)을 아동 및 청소년의 건강을 다루는 내용으로 개정해왔다. 이 법에서는 아동·청소년 건강의 모든 차원을 다루고 있지만, 본 글에서는 정신건강에 관련된 B부분 – 청소년 약물 및 정신보건서비스(Division B – Youth drug and mental health services)만 검토할 예정이다. 이 법은 청소년보호법에 관련된 소아/청소년의 정신건강에 대한 유해인자를 직접적으로 다루지는 않고 있으며, 주로 정신건강 증진을 위한 연구 지원, 의료전달체계, 소년원 등에 구금 시 인권적 고려내용, 특히 마약 및 항정신성 의약품의 취급 등을 다루고 있다.

#### 가) 법 제정의 배경과 주요 내용

미국에서는 이 법 제정 이전에 8년간에 걸친 아동건강 관리의 질을 높이하고자 하는 노력이 있었다. 2000년 10월 17일에 인준된 이 법의 핵심은 다양한 아동건강 문제에 대한 연구와 서비스를 확장하고, 약물남용 정신건강 서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA)가 담당하는 프로그램을 재인준(reauthorize)하며, 청소년의 유해물질 오남용과 이에 관련된 폭력에 대한 규율을 만들고 보육시설(child care)에 있는 아동의 건강과 안전을 증진하기 위함이다.

이 초당적 법률안은 현재 발생하는 다양한 아동 건강문제를 해결하기 위한 서비스 및 연구에 정당성을 부여하고 SAMHSA의 중요성을 재차 확인하는 계기가 되었다. 또한 아동의 약물남용과 이로 인한 폭력 문제를 해결하며 동시에 이들의 건강과 안전을 향상시킬 수 있을 것으로 기대된다. 이 법률안의 목적은 첫째, 정신 건강 치료의 질과 안전성 보장, 둘째, SAMHSA의 재인준, 셋째, 청소년 및 성인의 약물 사용 퇴치, 넷째, 학교 안전과 아동 폭력에 대응할 수 있는 광범위한 대책 지원 등이다.

#### 나) 아동건강법에서 다루고 있는 정신질환의 범위

이 법은 크게 A 부분(Division A)인 아동 건강(Children's Health)과 B 부분(Division B)인 청소년 약물 및 정신건강 서비스(Youth Drug and Mental Health Services)로 나누어지며 B 부분에서 청소년 정신건강을 다루고 있다. 법안의 주요 내용은 이 법안에서 특정한 정신질환적 서비스를 제공하려는 주 정부나 민간단체가 있다면 예산을 배분하겠다는 것이며, 이에 대한 조건 등을 명기한 것이다. 이 법에서 다루고 있는 정신질환의 범위는 다음과 같다.

- 폭력 및 관련 스트레스 (Violence & violence related stress)

- 약물 남용, 치료 및 조기 개입 (Substance abuse, treatment and early intervention)
  - 메스암페타민과 흡입제 중독
  - 미성년자 음주
  - 태아 알코올 증후군 & 알코올 관련 선천성 결손증
- 심각한 정서 장애 및 청소년 범죄자(Serious emotional disturbance & youth offenders)
- 자살 예방 (Suicide prevention)

다) 아동건강법에서 다루고 있는 서비스 개요

이 법에서는 위와 같은 질환들에 대해서 특별한 정의를 제공하고 있진 않으며 위 질환에 대해 어떤 서비스를 제공할 것인가를 주로 다루고 있다.

첫째, 아동폭력에 관한 프로그램을, 보건복지부와 교육부, 그리고 법무부장관의 자문을 받아 공적인 단체에게 그랜트를 주거나 계약을 맺거나 협력적 협정을 맺는 방식으로 지역사회에서 폭력에 노출되어 있는 아동들을 지원할 수 있는 방법을 찾는다.

둘째, 폭력과 관련된 스트레스로 야기된 정신질환에 대한 서비스를 제공하기 위해 보건복지부장관이 전문한 단체 및 사적 단체들과 함께 심리적 외상 반응의 행태적 및 생물학적 측면에 초점을 맞추거나 외상상 사건을 목격하거나 경험함으로써 야기된 아동과 청소년의 정신 질환을 치료하기 위한 증거기반의 치료법에 대한 지식 개발을 위한 그랜트나 계약, 또는 협력적 협정을 제공한다. 특히 심리적 외상에 관련된 질환을 치료하기 위한 증거기반의 의학에 대한 지식 개발에 관련해서 우선순위는 외상에 관련된 정신 질환 영역에서 임상적 및 기초연구의 경험을 축적해 온 정신건강 에이전시나 프로그램에 있다. 이러한 프로그램의 분포 또한 지리적으로, 도서 간에 공평하게 이루어져야 한다. 특히 이 프로그램은 다른 프로그램들에 비해 평가를 더욱 엄격하게 진행하도록 하고 있다.

셋째, 심각한 정서장애가 있는 아동을 위한 종합적인 지역사회 서비스(Comprehensive Community Services for Children with Serious Emotional Disturbance)와 약물남용아동에 대한 서비스에 대해서도 규정하고 있다. 이러한 활동은 청소년 서비스 기관, 가족 복지서비스, 아동 보육사, 조기교육, 학교, 방과후 프로그램, 아동 조기 개발 프로그램, 지역사회기반 가족 지원센터, 사법제도, 건강, 규칙적인 검진을 통한 약물남용 및 정신건강 검진, 약물남용 치료 등 여러 서비스 제공자간의 협력을 통해 이루어지며, 건강 교육과 훈련을 제공하기 위해 약물 및 정신건강 전문가와도 협력하여 서비스를 제공한다.

넷째, 청소년 범죄자를 위한 서비스(Services for Youth Offenders)를 다루는 부분에서는 주나

지역사회 소년원 등에게 경쟁 방식의 입찰을 통해 소년원에서 나온 청소년 중 심각한 정서장애를 가지고 있거나 그러한 장애가 발생할 가능성이 높은 이들에게 서비스를 제공하도록 규정하고 있다.

다섯째, 가족을 강화하기 위한 서비스(Grants for Strengthening Families)는 보건복지부장관이 예방센터장(Director of the Prevention Center)의 권한으로 공적/사적인 단위에 고위험 가족들과 그러한 가족들이 거주하고 있는 지역사회에 조기개입을 목적으로 하<sup>au</sup>, 모델이 될 만한 약물 남용 예방 프로그램을 개발하고 실행하는 것을 지원하는 것을 말한다. 이 사업은 독특하게 5년 동안 매해마다 어떤 사업을 중점적으로 진행해야 하는지를 제시하고 있는데 첫 해에는 모델의 개발, 그 이후로는 그 모델의 실행을 주문하고 있다. 이러한 사업의 주요 내용으로는 (A) 약물 남용하는 아이들의 가족 및 주변환경을 중점적으로 강화, (B) 보호적 요인을 강화 – 예를 들면, 성인의 긍정적인 롤모델 역할, 약물 남용을 반대하는 메시지 전달, 불법 약물의 사용 및 접근 가능성을 감소시키는 지역사회의 행동, 약물남용을 할 경우 치료를 하고자 하는 가족 구성원의 의지, (C) 가족폭력, 알코올중독, 또는 아이들의 성장 발달에 악영향을 끼치거나 약물중독을 유발할 수 있는 위험요소를 제거, (D) 질적으로 높은 수준의 서비스(조기 교육, 건강관리, 가족 지원 프로그램, 학부모 교육 프로그램, 유아 방문 프로그램)를 제공할 수 있도록 지역사회 기관과의 파트너십 구축 등이 있다. 이 사업에서 말하는 고위험가족(high risk families)의 정의는 “가족 구성원이 알코올 또는 약물을 사용할 위험 가능성이 큰 가족”을 의미한다.

여섯째, 미성년자 음주(underage drinking)에 대한 항목에서는 이를 규제하기 위한 학교(대학 포함) 및 지역사회 수준에서의 프로그램 개발에 대해 규정하고 있다. 이 규정에서는 해마다 예방프로그램의 효과성을 보고하도록 하고 있고, 과학에 기반하며 연령에 적절한 접근법을 사용, 그리고 공중보건 공무원들과 지역사회 예방 프로그램을 담당하는 스태프들이 이러한 프로그램의 계획과 실행에 참여하도록 요구하고 있다.

일곱째, 태아 알코올 증후군(Fetal Alcohol Syndrom)에 관련된 항목에서는 태아 알코올 증후군이나 알코올에 관련된 태내 기형이 있는 사람에 대한 서비스를 제공하도록 하고 있다.

여덟째, 아동과 청소년의 자살 예방에 관한 규정을 다루고 있다. 이 사업에 있어서 중요한 점은, 이 규정에 따라 수행되는 모든 활동은 SAMHSA와 국립보건원(NIH)의 관련 단위, 그리고 질병관리본부(CDC), 건강자원서비스국(Health Resources and Services Administration: HRSA), 가족아동국(Administration for Family and Children: AFC)과의 협의를 통해 이루어져야 한다고 규정하고 있다는 점이다.

### (3) 소결

아동건강법은 정신보건에 관한 매우 다양한 내용을 담고 있으며, 그 범위 또한 우리가 보통 생각하는 수준을 넘어선다. 특히 약물남용에 관한 내용은 우리나라보다 훨씬 더 강조되어 있으며, 이는 미국에서 청소년 약물남용이 우리나라보다 심각하기 때문일 것이다.

미국에서는 연방수준의 종합적인 정신보건 프로그램이 시행된 적이 없고, 이 법의 용도는 주 정부나 기타 공공/민간단체의 서비스를 특정 방향으로 채널링 하기 위한 것이다. 따라서 구체적인 정신보건정책이 어떻게 시행되는지는 각 주 정부 수준에서 다를 것이지만, 전국 수준의 법/제도화를 고민하는 우리의 입장에서는 다루어 볼 만 하다. 몇 가지 특징을 지적하자면 다음과 같다.

첫째, 범부처적인 협력관계가 강조된다. 보건복지부 산하의 SAMHSA를 포함한 다양한 기관들 뿐 아니라 특히 법무부와 교육부가 함께 협력해야 하는 사항들이 많다. 둘째, 이미 구축되어 있는 일차의료를 포함하여 지역사회정신보건서비스에 통합하여 제공하는 것을 권고하고 있다. 셋째, 통합적 정신보건서비스 또한 다양한 부처와 협력하여 제공하도록 권고하고 있다. 넷째, 특정 인구집단이나 특정 질환에 대한 개입을 위해서는 범부처 위원회나 전문성을 가진 국책연구기관에 맡기고 있다.

### 3) 호주의 아동·청소년 정신건강관련 법·제도 현황

#### (1) 호주의 정신건강 전략 개발의 핵심적 이정표(1991~2008)

호주의 아동과 청소년에 관련된 정신보건법을 요약하자면, 미국과 유사하게 호주의 정신보건법도 주 별로 다르다. 물론 국가정책이 국가 차원의 조정을 반영하고 있긴 하지만 여전히 주와 지역 차원 모두에서 일관성 있는 정책을 실행할 때에야 국가수준의 정책이 제대로 반영된다. 여기에서 언급한 정책은 모두 국가 차원의 정책이다.

국가 정신보건 계획은 호주 정부가 정신 건강 질환을 앓고 있는 사람들의 생활을 개선해주기 위해 만든 계획으로서 1992년 4월 호주 보건부 장관 위원회가 공식적으로 인정, 정신 보건 개선의 체계를 제공해주었다. 이 계획은 보건부 장관이 계속적으로 승인하였으며 1998년 제2차 정신보건계획을 개발, 2003년에는 국가정신보건계획 2003~2008이 공식적으로 인준되었다. 가장 최근에는 1992년에 발표된 국가정신건강정책이 2008년에 개정되고 2009년 1월에는 제4차 국가정신건강계획이 발표되었다. 1991년부터 2008년까지 법률이 개정된 방식과 그 이유 및 그 법률안이 다음의 표에 시간 순서에 따라 제시되었다.

표 V-2

호주의 아동·청소년 정신건강 관련 법률안 개정 시기와 내용

시기	내용
1991. ~1992.	제1차 국가정신건강계획 메디케어 협정 이전. (National Mental Health Plan Medicare Agreements)
1991. 03.	호주 보건부장관, 권리와 의무에 관한 정신건강 선언 승인. (Mental Health Statement of Rights and Responsibilities)
1992. 04.	호주 보건부장관들, 국가 수준의 정신건강정책을 수립하는 것에 동의. 보건부 장관들에 의해서 국가정신건강전략(National Mental Health Strategy) 승인. 이는 국가 수준에서 정신건강 개혁을 통합, 조정하는 최초의 시도.
1993. 07. ~1998. 06.	제1차 국가정신건강계획 메디케어 협정.
1993. 07.	5년 간 지속되는 메디케어 협정에 국가정신건강전략이 통합: 최초의 국가정신건강계획.
1994. 03.	최초의 국가정신건강보고서 발표.
1996.	Mental Health Act 1996(호주 서부)
	Criminal Law (Mentally Impaired Accused) Act 1996(호주 서부)
1997. 12.	첫 번째 국가정신건강계획에 대한 평가 발표.
1998. 04.	호주 보건부 장관 두 번째 국가정신건강계획 승인.
1998. 07. ~2003. 6.	제2차 국가정신건강계획 호주보건의료 협정. (National Mental Health Plan Australian Health Care Agreements)
1998. 6.	제2차 국가정신건강계획이 시작. 후에 5년 간 지속되는 호주보건의료협정에 통합.
2000.	연방정부는 정신건강 증진, 예방, 조기치료에 대한 계획(National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health: National Action Plan))을 안내서(Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health: A Monograph)와 함께 발표.

시기	내용	
	<p>이 안내서는 정책의 기반이 되는 개념적 틀과 실증적 증거에 대한 개요를 서술, 획기적인 정책으로서 세계적으로도 크게 인정을 받음.</p> <p>호주는 WHO의 국제 정책 문서인 Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice와 Prevention of Mental Disorders Effective Interventions and Policy Options의 개발에 크게 기여.</p>	
2001.	<p>2001년, ‘국가 자살 방지(예방) 계획’이 국가적인 체계로 진행됨. : 호주 내 자살과 자해 예방을 위한 체계.</p> <p>Guiding the National Suicide Prevention Strategy has been a national framework, Life: A framework for preventing suicide and self harm in Australia. Source: Department of Health and Aged Care, Life: A Framework for Prevention of Suicide and Self-harm in Australia [reprinted with amendments February 2001]. Canberra (AUST): Commonwealth of Australia; 2000.</p>	
2001. 11.	제 2차 국가정신건강계획에 대한 국제적인 중간 평가 보고서 발표.	
2001.	문헌	Sawyer, M. G., Arney, F. M., Baghurst, P. A., et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. Aust N Z J Psychiatry 2001; 35: 806- .
2002.	프로그램	<p>호주유아소아청소년정신건강협회(Australian Infant, Child, Adolescent Family Mental Health Association: AICAFMHA)가 정신적인 질환을 겪고 있는 부모를 둔 어린이에 대한 국가적 활동에 대한 책임을 짐(Children of Parents with a Mental Illness (COPMI) National Initiative).</p> <p>2002년부터 호주 정부로부터 지원. 목표는 정신질환을 갖고 있는 부모를 둔 아이들의 건강수준 향상.</p>
2003. 04.	제2차 국가 정신건강계획에 대한 평가 발표.	
2003. 07.	국가 정신건강 계획 2003~2008 발표.	
2003. 08.	호주보건의료협정 2003~2008 인준.	
2003. ~2008.	Framework for the Implementation of the National Mental Health Plan 2003-2008 in Multicultural Australia 실행.	



시기	내용	
2004.	자료	정신질환을 가진 부모를 둔 어린이들을 위한 서비스와 인력에 대한 원칙과 활동(“Principles and Actions for Services and People Working with Children of Parents with a Mental Illness”): 이 문서는 정신적인 질환을 앓고 있는 부모와 그의 자녀, 서비스 제공자들과 전문가들의 의견을 담은 문헌들과 상담내역에 대해 광범위하게 다루고 있음. <sup>15)</sup>
2006.	Pathways of Recovery : 4As Framework for Preventing Further Episodes of Mental Illness 발표	
2004. ~2009.	The National Strategy for Aboriginal and Torres Strait Islander People’s Social and Emotional Wellbeing 2004~2009.	
2005. ~2007.	빅토리아 주의 건강증진재단(VicHealth)은 호주 내에서 단연 우수한 활동을 보임. VicHealth의 정신건강증진계획의 체계로서 ‘A Plan for Action 2005-2007’을 제시. 건강증진의 틀을 정신건강분야에 적용한 훌륭한 사례.	
2006. 7.	호주정부의회(Council of Australian Governments: COAG)가 Canberra (AUST): Department of Health and Ageing 인준. COAG 국가정신보건계획 (COAG National Mental Health Plan) 하에서 정부의 다양한 부서에 걸쳐 5년간 총 19억달러 지원.	
2006. ~2011.	국가정책	COAG 정신건강에관한국가활동계획 2006~2011 (National Action Plan on Mental Health 2006~2011) 중 Commonwealth Component의 일부인 부모, 자녀, 청년에 대한 조기 개입 서비스 (Early Intervention Services for Parents, Children, and Young People) : 정신건강증진, 예방 및 조기치료를 지원. 방법은 보편적인 증거-기반(evidence-based) 학교 및 조기아동프로그램과 정신질환이 발생할 가능성이 높거나 정신질환의 조짐, 증상을 보이거나 정신질환의 진단을 받은 아이들에 대한 중점 프로그램. 예산은 5년 간 2,810만 달러.
2006.	프로그램	호주의 국가청소년정신건강재단(National Youth Mental Health Foundation)의 설립과 함께 음주, 약물과 관련한 정신적인 건강 문제를 가지고 있는(중독 등) 청소년을 대상으로 한 ‘Promoting Better Mental Health’ 계획을 시작. 이 재단은 특히 정신적인 건강문제를 가질 위험성이 높거나 이미 약물, 음주 때문에 증상을 보이고 있는 12~25살의 청소년을 조기 발견하고 예방하는 데 초점을 맞춤. ( <a href="http://bit.ly/m2ewKS">http://bit.ly/m2ewKS</a> )
	프로그램	호주 연방정부 Headspace 설립. 주요 초점은 모든 국민의 정신건강을 위하는데 있으며, 조기 치료를 통해 정신건강 문제를 빨리 해결. ( <a href="http://www.headspace.org.au/">http://www.headspace.org.au/</a> )

시기	내용	
	국가정책	<p>국가정신건강전략(National Mental Health Strategy)과 국가자살예방전략(National Suicide Prevention Strategy)은 아동들의 정신건강을 증진하고 정신건강 문제를 예방해야 함을 인식.</p> <p>광범위한 보건의료분야를 가로지르는 파트너십의 확장을 통해 조기에 협동하여 개입하는 방식이 필요.</p> <p>정신건강증진에 있어서 인구집단적접근(population health approach)을 하는 일련의 계획들이 실행됨.</p> <p>전 국민을 대상으로 하는 계획이었으며 중학교 선생님들을 대상으로 하는 전문적 훈련도 포함.</p>
	프로그램	<p>중등학교 대상 국가정신건강 증진 계획인 MindMatters는 보건부와 교육부의 공동 사업.</p> <p>MindMatters는 전 학교적인 접근의 개발과 실행을 통해 정신건강과 정신적 행복을 증진하고 건강에 좋은 환경 조성에 중점.</p> <p>전 학교적인 접근이란 학교 사회와 관련한 모든 부분을 일컫는데, 학생, 교직원, 학부모 그리고 지역사회 이해관계자 등이 이에 포함.</p> <p>(<a href="http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters">http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters</a>)</p>
2007.	프로그램	<p>‘Response Ability’는 교사와 직업전문학교기관에 교육적인 자료와 정보를 제공하여 이 프로그램을 수료한 사람이 정신보건증진, 예방 및 조기치료에 참여할 수 있는 기반이 되는 기술과 지식을 갖추게 하며, 그들의 일터에서 증거-기반의 프로그램을 사용할 수 있도록 지원.</p>
	프로그램	<p>‘Initiative for High Risk Groups’ 계획은 정신건강 상의 문제가 발생할 가능성이 가장 높은 아동들을 위해 마련.</p> <p>이 계획에는 위험성이 높은 아이들을 조기에 발견하고 혹은 징후가 발견된 아이들의 증상이 더 심각해지는 것을 막기 위한 학부모, 초등학교와 주변 환경에 대한 지원이 포함됨.</p>
	프로그램	<p>The Australian Child and Adolescent Trauma Loss and Grief Network 인터넷에 기반한 네트워크로서 정신적인 후유증, 상실감, 슬픔을 안고 있는 아동 및 청소년을 연구.</p> <p>다양한 분야의 전문가의 의견도 웹상에 게재되어 있음.</p> <p>이 네트워크의 목표는 다음 대상에게 제공하기 위함: 아동 및 청소년에게 서비스를 제공하는 관련 직업 종사자 및 지역사회 일원, 연구, 정책, 교육과 훈련하는 행정직원이나 관련 직업 종사자, 학부모 등 아동 청소년 보호자들과 이 계획에 관심 있는 지역사회 일원.</p> <p>네트워크는 호주 국립대학을 통해 접속할 수 있음.</p> <p>(<a href="http://www.earlytraumagrief.anu.edu.au">www.earlytraumagrief.anu.edu.au</a>.)</p>

시기	내용	
	프로그램	<p>Indigenous Kids Help Line Kids Help Line이 원주민 청소년들을 위한 전화 상담이 필요하다는 생각에서부터 시작된 이 프로그램은 기존의 프로그램을 잘 정비하고 대상 원주민 청소년들을 위한 안전한 메커니즘을 제공하는 것을 목표로 함.</p>
	프로그램	<p>‘Kids Matter Primary’는 초등학교 학생들의 정신보건증진, 정신질환예방과 조기치료를 목표로 함. The KidsMatter Transition to School: Parent 프로그램은 긍정적인 양육 행동과 실행을 이끌어내는 방법을 통해 유치원에서 초등학교로 진학하는 아동과 그의 학부모를 지원함. 또한 학습 공간이 바뀌면서 아동들이 겪는 문제들에 대해 학부모가 인지할 수 있도록 함. KidsMatter Early Childhood 는 KidsMatter라는 컨셉을 유아를 둘러싼 환경들(유치원, 탁아소 등)에 확장한 프로그램으로서 특히 호주 원주민 아동들을 대상으로 함.</p>
	프로그램	<p>2007년, COPMI(Children Of Parents with a Mental Illness)의 구성조직원들이 호주 정부의 ‘부모, 아동 및 청소년을 위한 새 조기 치료서비스’ 계획 아래로 포함되었음. 이 계획은 위험성이 높은 아이들을 조기에 발견하고, 증상을 보이는 아동들을 대상으로 하는 프로그램과 학교를 기반으로 실행됨. 이 계획은 출산 직후에서부터 12살 아동을 대상으로 정신보건 옹호, 예방과 조기 발견에 대한 틀을 제공함. COPMI는 정신보건서비스를 받는 사람들, 그들의 가족 및 보호자 및 관련 이해관계자들과 협력하여 일할 것이며 이해관계자 중에는 NEIS (교육정보 시스템의 일종임)의 지원을 받는 기관들도 포함됨.</p>
2008.	국가정신건강보고서 2007 (National Mental Health Report 2007) 발간.	
	국가정신건강정책(National Mental Health Policy)이 정부전체가 참여하는 방식(whole of government)을 초점으로 개정.	
	2003~2008 국가정신건강계획(2003~2008 National Mental Health Plan)에 대한 부가적 평가 발표.	

15) Australian Infant, Child, Adolescent and Family Mental Health Association, Principles and Actions for Services and People Working with Children of Parents with a Mental Illness, Canberra (AUST): Commonwealth Department of Health and Ageing; 2004.

## (2) 호주의 정신보건 법·제도 현황과 시사점

호주의 아동·청소년 정신건강과 가장 관련성이 많은 법안은 정신보건법(Mental Health Act)과 범죄법(Criminal Act)인데, 이 두 법률은 주 정부 수준에서 정신질환의 치료와 관련된 의료전문인의 양성과 치료의 질, 정신질환자 및 수감인의 인권 등과 관련된 부분을 주로 다루고 있어, 아동·청소년의 정신건강에 대해 구체적으로 다루고 있기보다는 일반적 수준의 사항만을 다루고 있다는 문제가 있다. 따라서 이에 지난 1992년부터 시작되어 온 국가정신건강전략의 기본틀이 어떻게 구성되어 있는지를 따져보고 이러한 틀 속에서 법·제도가 어떤 위치를 차지하고 있는지를 알아봄으로써 아동·청소년의 정신건강에 관련된 정신보건정책의 위치를 가늠할 수 있다.

첫째, 연방정부 수준에서 수립되는 국가정신보건전략은 1992년 4월, 호주 보건부장관회의(Australian Health Minister's Conference, AHMC)에서 인준되어 정신보건개혁의 지표로 사용되는 기본 틀이다. 1992년 이후 이 전략은 계속 재인준되어 가장 최근에는 2008년에 개정된 제4차 국가정신건강계획이 2009년 11월에 발표되었다. 국가정신건강전략의 목표는 호주 지역의 정신건강 증진, 정신질환의 발생 예방, 개인과 가족, 지역사회에 대한 정신질환의 효과를 감소, 정신질환자들의 권리 확인 등의 네 가지이며, 형식적으로는 국가정신건강정책(National Mental Health Policy), 국가정신건강계획(National Mental Health Plan), 정신건강 권리와 의무에 관한 선언문(Mental Health Statement of Rights and Responsibilities), 그리고 호주 의료서비스협정(Australian Health Care Agreements)의 네 가지로 이루어져 있다.

둘째, 국가정신보건계획(1993-98)은 전국적인 수준의 활동을 통해 정신보건을 관리하려는 첫 번째 시도로서, 국가에 기반한 공공영역, 정신보건 임상전문 분야에 초점을 두고 지역사회에 기반한 서비스의 성장을 독려하기 위한 것이었다. 제2차 및 제3차 계획에서는 정신건강 및 복지를 증진하며 통합서비스를 통해 정신건강적 문제에 대처하는 데 있어 다부문간파트너십의 중요성을 인식했다. 2005년에서 2011년까지 시행된 COAG 국가정신보건활동계획(COAG National Action Plan on Mental Health)은 정신보건개혁을 촉진하고 이전에 논의되지 않았던 부분을 자세히 다루기 위한 것이다. 이는 정부 간 협력 등 이전보다 더 조정, 통합된 관리의 필요성을 강조했다. 또한 기존 전문가들이 실행하던 정신보건관리서비스에 대한 환자들의 접근성을 개선하기 위해 메디케어로 보장되는 서비스 범위를 확대하고, 이를 지원하기 위한 새로운 자금을 마련하도록 하였다. 이를 통해 환자 및 가족 그리고 간병인이 중증 정신질환에 더 신속하게 대처할 수 있도록 해 결과적으로 주 정부가 지역사회 기반 정신건강서비스에 투자를 증대시킬 수 있도록 했다.

셋째, 2008년의 제4차 정신보건계획은 정신질환을 가진 모든 호주인들의 지역사회에 대한 충분한

참여가 가능할 수 있도록 예방, 조기진단, 그리고 적절한 치료까지를 보장받을 수 있도록 하자는 대단히 중요한 비전을 담고 있다. 이러한 비전은 사회적, 경제적 불평등을 겪고 있는 지역을 중점으로 하는 전체 커뮤니티의 참여를 강조하는 데서 드러날 수 있었다. 제 4차 계획은 다음의 다섯 가지 (사회통합과 회복, 예방과 초기 개입, 서비스 접근성 및 치료의 통합성과 지속성, 질 향상과 혁신, 책임성 평가와 개선점에 대한 보고)에 대한 우선순위를 바탕으로 국가수준의 실천사항을 결정하였다.

넷째, 국가정신보건활동계획(2006-2011)에서 연방정부의 역할을 정리하였는데 무엇보다 정신건강개혁을 촉진시키고 이해관계자들이 이전에 충분히 인식하지 않아 수행하지 못했던 분야에 초점을 맞추었다. 이 계획에 의거, 2006년 이후 향후 5년 동안 정신질환을 가진 사람들과 그 가족을 지원하기 위한 17가지의 조치가 시행되었다.

다섯째, 권리와 의무에 관한 정신보건선언문(Mental Health Statement of Rights and Responsibilities)으로 국민들의 환자로서의 권리를 규정하고 있는 것으로서 1991년 3월 주 정부 보건부장관들에 의해 채택되었다. 선언문은 서문, 권리와 의무에 관한 정신보건선언문, 평가, 진단, 치료와 재활, 정신병원이나 지역사회프로그램, 기준, 정신보건 법률, 정신보건과 법적 문제, 돌보는 이와 활동가들의 권리와 의무, 서비스 제공자의 권리와 의무, 지역사회의 권리와 의무, 용어 설명으로 구성되어 있다.

여섯째, 국가정신건강계획의 다른 한 부분은 연방정부와 주 정부 간 협정문이다. 연방정부는 개별 주 정부와 협정문을 맺음으로써 연방정부 수준에서 기획한 정신보건계획이 주 정부에서 실행될 수 있는 기틀을 마련하고 있다.

종합하면 같은 연방국가이지만 호주는 미국과 달리 1990년대부터 4차에 걸친 국가수준의 정신보건 전략을 채택하고, 이를 체계적인 법·제도와 정부부서 간 협조를 통해 상대적으로 균등하고 일관되게 전국 수준에서 실행하고 있다. 국가정신보건전략의 특징은 사회적결정요인에 대한 인식과 인구집단수준 관점의 채택 그리고 전정부적 접근 등의 잘 만들어진 국가수준 건강증진 프로그램의 전형을 보여주고 있다.

미국과의 또 다른 차이는 공공부문의 강조이다. 이것은 양국의 의료시스템 간에 존재하는 큰 차이에 의한 필연적인 것으로도 볼 수 있다. 의료시스템의 민간의존성이 큰 미국의 경우 연방정부나 주 정부의 역할과 자원이 한정될 수밖에 없으며, 따라서 정부의 역할은 주로 연구에 한정되거나 메디케어/S-CHIP 대상자에 대한 개입 수준에 머물게 된다. 그러나 상대적으로 높은 의료보장성을 가지고 많은 공공병원을 가지고 있는 호주정부는 그만큼 정책적 옵션이 다양하고 광범위하며, 따라서 주정부를 조율하는 전국적인 계획이 가능하다고 볼 것이다.

마지막으로, 특히 교육과 노동을 중심으로 하는 다부문적 접근을 언급할 수 있다. 정신보건에 있어서 교육과 노동, 그리고 가정이 중요한 이유는 그것이 또한 ‘생활터 (setting)’ 이기 때문이다. 아동과 청소년은 대부분의 일상을 교육공간에서 보내며, 따라서 그 공간을, 정신건강을 증진할 수 있는 프로그램으로 만드는 것이 핵심적인 문제로 떠오른다. 가정에 대한 개입 또한 비슷한 의미에서 중요하며, 따라서 정신보건증진을 위해 이러한 다양한 영역에서 활동하고 있는 주무부서들이 어떠한 협력관계를 형성할 수 있는가가 아동과 청소년의 정신보건증진에 있어서 가장 핵심적인 문제가 된다고 할 수 있을 것이다.

### 3. 아동·청소년 정신건강 법·제도 개선방안 마련을 위한 델파이 조사

#### 1) 전문가 의견조사 개요

##### (1) 1차 설문조사 개요

아동·청소년의 정신건강 문제는 오늘날 중요한 사회적 문제로 대두되어 왔다. 따라서 이 문제의 원인과 현황을 정확히 파악하고 관련 대책방안을 강구하여야 할 필요성이 높아지고 있다. 특히 본 연구와 관련 설문조사에서는 현행 다양한 법·제도의 문제점 및 개선방향과 구체적인 방안에 대해 각 부문의 전문가를 대상으로 살펴보고자 하였다. 1차 설문조사는 총 20개항에 대하여 각 부문 전문가 15명을 대상으로 수행되었다. 각 부문의 전문가는 크게 4그룹으로 나누어 구성되었다. 중앙과 주요 지자체 및 청소년과 가장 밀착된 기관이라 할 수 있는 학교에서 다년간 아동·청소년 상담업무에 종사해온 현장 실무가가 제1그룹으로 모두 5명의 전문가가 답을 하였다. 두 번째는 보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등 중앙부처 아동·청소년정신건강 관련 핵심 정책 담당자 그룹으로 모두 4명의 주요 정책담당자가 답해주었다. 세 번째 그룹으로는 대학병원에서 정신건강을 전담하고 있는 소아청소년정신과 의사로 모두 3명의 정신과 의사가 답해주었다. 마지막으로 아동·청소년 복지 및 정신건강관련 대학의 대표적인 전문가 3명이 설문에 응해주었다. 이처럼 엄선된 전문가 그룹의 의견은 복잡한 정책 및 법·제도에 대한 이해가 제한적인 불특정 다수의 의견을 통한 설문조사와 달리 고도의 전문성에 기반하여 주로 서술식으로 이루어지는 설문조사로 모두 20개의 질문에 답하도록 기획되었다.

설문은 먼저 관련 핵심법령(1~2, 4)에 대한 질문으로 시작되었다. 이어 관련 전달체계 중 가장 중요한 전달체계와 추가적인 전달체계의 필요성에 대한 질문(3)이 행해졌다. 또한 현행 법령에서 문제가 되는 정신건강관련 모든 질환을 포괄하고 있는지에 대한 설문(5)이 이어졌다. 이어 정신건강관련 핵심적인 법령이 정신질환의 위험인자들에 대하여 명확하게 규정하고 있다고 판단하는지 그리고 보다 명확한 규정이 필요한 것은 무엇이라고 보는지에 대한 설문(7)을 하였다. 법령이 아동·청소년의 정신건강과 관련하여 특별한 중요성을 갖는 위험인자들을 포괄하고 있는지 여부에 대해서도 물었다(8). 다음 설문은 아동·청소년 정신건강 서비스 제공 시 중요한 한계점이나 불편함이 무엇이라고 판단하는지를 물었다(9). 이어, 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도에서 우선적인 보완이 필요한 6개 사항(① 고위험군 대응방안, ② 주요 위험인자 규정방식, ③ 정신건강 서비스규정, ④ 정신질환자 차별금지규정, ⑤ 전문적인 치료와 지역정신보건센터와의 연계방안, ⑥ 치료 후 재활 및 사회복귀 훈련지원규정 등)을 제시하고 이들 가운데 우선적인 조치가 필요한 순위에 대한 의견을 물었다(10). 그 다음 설문은 아동·청소년 정신건강관련 실태조사의 필요성과 그 방안에 대해 물었다(11). 이어 정신건강 관련 중요 기관인 정신보건센터가 아동·청소년의 정신건강 증진을 위하여 할 수 있는 중요한 개선점에 대하여 물었다(12). 계속하여 아동·청소년 정신건강의 증진을 위한 전문기관에 대한 관련 규정과 시급한 지원방안에 대하여 질문하였고(13), 건강환경 영향평가와 관련 규정들에 대해서 어떻게 생각하는지에 대해서도 의견을 물었다(14). 이어 중앙정부, 지자체, 사회복지기관 및 교육기관과 의료기관 간 협력체제와 대표적인 성공사례에 대해서도 질문하였다(15). 또 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 국가적인 예방사업 및 대표적인 관련 법규정과 개선점은 무엇이라고 생각하는 지에 대해서 질문하였고(16), 재활프로그램과 그 개선방안에 대한 의견에 대해서도 질의하였다(17). 이어 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 가정교육의 지원방안관련 법규정과 개선점에 대해 질의하고(18), 시설보호와 위탁보호에 있어 관련 법규정상 각 주체들간의 역할분담과 그 개선점은 무엇이라고 생각하는 지에 대해서도 질의하였다(19). 마지막으로 UN의 아동권리에 관한 국제협약이 국내법에 실질적으로 어떻게 적용되고 있다고 판단하는지에 대한 질문을 하였다(20).

## (2) 2차 설문조사 개요

2차 설문은 총 15개 항목에 걸쳐 1차 설문에 답한 각 영역의 전문가들을 대상으로 하는 심화 질문의 형태로 법·제도 개선사항을 직접 물었다. 즉 이 설문은 제1차 설문조사를 통하여 주요 사항에 대한 전문가들의 의견을 수렴한 결과를 토대로 구체적인 법·제도적 정비에 관한 의견을 묻는 것이었다. 설문조사에서는 먼저 관련 법 체계에 관한 것을 질문하였다. 즉, 입법 목적과 대상이 상이한 여러

관련법이 존재하는 여건에서 아동·청소년의 정신건강 증진을 위하여 통합법 제정 등 체계적이며 보다 실효성 있는 입법의 형태가 필요하다고 생각하는지 여부를 알고자 한 것이었다. 이어, 관련법에 있어 ‘정신질환’ 및 ‘정신건강’과 관련하여 여전히 그 정확한 정의가 필요하다는 판단에서 특히 정신질환과 비교되는 정신건강의 범주를 어떻게 정의하여야 하고 관련 법규정을 정비하여야 할 필요성이 있는지를 묻고자 하였다. 그 다음으로 핵심적인 지원체계 또는 전달체계 등 현재 관련 소관부처별로 병존하고 있는 다양한 형태의 정신질환의 지원체계와 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 특화된 관련 규정의 정비여부에 대하여 질의하였다. 또 ‘위험인자’에 법적 규정의 문제와 ‘고위험가정’에 대한 교육 및 지원체계여부, 정신건강 ‘서비스제공관련’ 개선방안과 ‘실태조사’의 방법 및 적합성에 대한 사항, ‘전문인력의 양성’ 및 ‘예방과 재활 조치’ 등에 대하여 포괄적으로 질문하였다.

## 2) 전문가 의견조사 결과 및 시사점

2차 설문조사에서 나타난 주요 결과는 다음과 같다. 즉, 아동·청소년정신건강관련 통합법 제정의 필요성에 관한 전문가들의 의견은 상당수(9명)가 그 필요성이 있다고 판단한 반면, 그에 못지 않은 수(6명)의 전문가가 법체제의 통합만이 문제해결의 답이 되기에는 사안이 복잡하다는 이유 등으로 신중한 입장이었다는 점이 주목을 끈다. 특히, 정책담당자 대부분은 관련 통합법 제정에 소극적인 입장이어서 주목을 끌었으며 현장 상담전문가의 의견 중에는 통합법이 오히려 관련법간의 시너지를 높이는 방향으로보다는 조직과 인력 그리고 예산의 절감으로 이어질 것을 우려하는 전망도 있었다. 그러나 중장기적으로 통합법 제정의 필요성에 대해서는 전반적으로 그 필요성을 느끼고 있음을 알 수 있었으며 이를 위해서는 예산과 행정력 등 부처 간 정책의 중복을 지양하고 관련 법 및 행정력의 통합적 시너지효과를 창출하여 부처 간에 일관되고 통일적인 법적용을 가능하도록 하여야 한다는 의견임을 알 수 있다.

기존의 중증 정신질환 중심의 정신보건법을 세계적인 추세에 맞추어 더욱 개방하여 국민 정신건강 특히 아동·청소년 정신건강 관련 행동장애나 아동·청소년에게 발생하기 쉬운 전반적인 발달장애와 지체 등을 별도로 분류하여 새롭게 법규정하여야 할 필요성이 제기되었다. 그러나 질환과 정신건강의 패러다임을 넘어서 보다 포괄적인 방식의 아동·청소년 정신건강에 대한 접근이 필요하다는 의견과 두 개의 방안은 성격자체가 다를 수 있으므로 두 방안이 병행적으로 추진되는 것이 필요하다는 의견도 제시되었다.



정신보건 전문기관과 관련하여서는 현행 정신보건센터(지역정신보건센터)는 여전히 중증 정신질환자 중심이기에 접근성이 떨어지고, 반면에 지역아동센터나 지역사회청소년안전망(CYS-Net: Community Youth Safety-Net) 또는 학교교육복지센터(Wee Center: Welfare Education Center 또는 Wee Class) 등은 아동·청소년의 정신건강 관련 문제를 다루기에 그 전문성이나, 인적, 조직적, 예산 등이 매우 미흡한 실정이어서 효과적인 대응방안이 어렵다는 것이 현실로 판단되었다. 이런 실정은 첫 번째 통합법 제정 의견과 연동하여 각각 구체적인 방안을 마련토록 하는 것이 필요한 것으로 판단되며 궁극적으로 중복적 행정, 관련 기관 간 보다 유기적인 협조체제 구축 그리고 무엇보다 전문인력 및 예산확보와 좀 더 구체적인 관련 법적 규정 등의 문제가 중요할 것으로 판단된다.

현행 정신질환과 관련 중심법이라 할 수 있는 정신보건법상 개정 방안에 대해서도 법 제2조의 일반규정 외에 아동·청소년의 특성을 고려하여 더욱 정신건강 문제에 대한 정책목표와 지원체제를 구체화하고 보호의무자 책임 등을 보완하여야 할 필요성, 지역사회중심 인프라의 강화, 예방정책 및 조기발굴, 지원근거조항의 규정을 강화하여야 할 필요성이 제기되고 있다.

한편, 전문기관 및 전문인력과 관련하여서도 정신건강관련 법령이 여기저기 산발적으로 구성되어 있으며 아동·청소년 정신건강 증진을 위하여 특화되어 있지 못한 현실로 관련 법간 연계나 추진 목표, 주요 시책 등을 조율할 부처 간 협의체의 구성과 전달체계의 구축, 관련 법령의 정비와 시급한 것으로 전문가들은 판단하고 있다. 특히, 정신건강관련 정신보건법상 시행령과 시행규칙에 규정된 전문인력의 자격증관련사항, 시설설치, 전달체계, 목적, 시책, 의무 등에 관하여 이를 보완하거나 준용토록 하는 방안도 제기되었다. 또, 전달체계와 전문인력 확보와 관련 법령에 대해 아동·청소년의 인터넷중독 기숙형 치료시설인 ‘레스큐스쿨’ 설치운영 등 시설 및 예산에 대한 관련 법규정의 정비와 관련 기관의 진단과 평가를 전담할 수 있는 법규정 강화의 필요성이 제안되었다.

위험인자 규정의 정비와 관련하여 대체로 정신질환 및 정신건강 위험인자는 개인의 유전인자에 따른 기질적 차원, 연령별 발달과업(학업, 입시, 취업 등)에 따른 차원, 가정 내 학대나 방임에 따른 정신적 외상 후 장애(트라우마)와 유해환경에 따른 차원, 부모의 양육태도에 따른 차원, 집단 따돌림 등 다양한 차원이 존재하는 여건에서 세세한 위험인자별 정의나 법적 규정은 필요치 않다고 보면서도 크게 주변환경 요인과 유전관련 요인 등을 구분하여 관련 법규정을 정비토록 하는 방안이 제시되기도 하였다. 고위험 가정에 대한 교육 및 지원체제와 관련하여서도 기존의 정신보건법 틀을 준용하는 방안과 한부모가정, 조손가정, 새터민가정, 다문화가정 등 사회적 취약계층 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 별도의 지원규정 명문화의 필요성이 제시되기도 하였다.

정신건강관련 현행 법령들이 정신질환이상의 건강상태를 포괄하지 못하고 있는 현실에서, 발달학적

측면에서 성인과 아동·청소년이 다르다는 것을 인식하여 생애주기별 맞춤형 법규정의 개선방안이 필요하다는 시각이 존재하는 동시에, 그럼에도 불구하고 이것을 위하여 기존의 법령을 넘어서 별도의 법제정이 필요하다고 보지 않는 시각이 공존하고 있음을 알 수 있었다. 특히 이러한 후자의 입장은 정책담당자들이나 일부 사회복지관련 전문가들을 중심으로 제기되고 있는데 그 실효성에 대한 조심스러운 반응인 것으로 판단된다.

정신건강 서비스를 실질적으로 제공함에 있어 개선방안과 관련 법정비의 필요성에 대해 일단 정신보건센터설치 등과 관련 임의규정을 법적 의무규정으로 전환하여야 할 필요성이 가장 강조되었으며, 서비스는 가정을 포함하여 인적·물적 자원을 확보토록 하고, 지원시스템 구축을 법규정화하고, 세부규정 중 시설보호 시 보호자동행의무 규정을 임의규정으로 하여 아동·청소년의 선택권을 확대시키는 방향으로의 개정이 바람직하다는 의견이 제시되었다.

또한, 아동·청소년정신건강 증진을 위한 법개정 사항 중 법제도적 정비가 필요한 관련 주요 위험군에 대한 정의와 치료시설에 대한 접근성 그리고 치료와 재활의 규정 및 종사자에 대한 처우 개선 등의 문제가 주요 사항으로 제시되었다. 이외에 부모, 교사, 사회감시강화 등에 대한 법적 정비 방안도 제안되었으며 고위험군의 장애아동, 열악한 환경에 노출된 아동들을 위한 평가의뢰 시스템 구축 등 장기적인 전망의 사업 필요성이 제안된 반면, 현재 진행 중인 바우처사업 시스템의 검토와 그 실효성 및 전면 재정비의 필요성이 높다는 의견이 대두되었다.

실태조사와 관련하여서는 실태조사가 필요하다는 의견과 이미 시행중인 다양한 실태조사가 너무 예산 낭비적으로 시행되고 있음을 지적하는 의견도 있었다. 따라서 보다 체계적이며 유기적이며 정기적인 실태조사와 관련한 DB의 공유 등에 관한 법적 정비의 필요성이 있을 것으로 판단된다. 실태조사는 아동과 청소년 각각의 특성을 고려하여 아동의 경우 초등학교 1학년, 4학년 시기 2회, 청소년의 경우 중학교 1학년, 고등학교 1학년 등 3년에 1회 지자체 단위별로 전수조사를 실시하고 국가차원에서 이를 취합하여 결과를 분석하는 방안 등이 유력한 방안으로 제시되었다.

현행 체제에서 고위험군으로 선별될 경우 낙인효과문제를 회피할 수 있는 방안에 대해서는 이를 피할 수 있는 독립적인 센터 설립의 필요성과 반대로 그것이 오히려 낙인효과를 가져올 것이므로 기존의 정신보건센터를 중심으로 소아청소년 공중의와 상담원 등을 의무적으로 두도록 하는 방안이 필요하다는 의견이 병존하였다. 공통적인 부문은 현재의 여건에서 전문성과 전문인력이 절대부족하다는 점과 관련 예산부족이 핵심문제라는 점이 지적되었다. 반면, 소아청소년담당 정신과 의사는 공중의를 확보할 수 있는 구체적인 방안을 제시하면서 생각만큼 큰 예산이 드는 방안이 아니며 이는 예산만의 문제가 아니라 정책현실에 대한 문제인식과 정책의지의 문제가 중요함을 지적하여

주목을 끌었다. 한편, 현장의 상담전문가는 전문인력에 대해 인건비의 현실화, 보수교육의 필요성 등 인적, 물적, 콘텐츠의 강화와 정신과의사, 임상심리사, 간호사, 사회복지사, 청소년상담사, 청소년지도사 등 각종 전문인력의 기능과 역할을 보다 명확히 하여야 할 필요성을 제안하고 이러한 규정 관련 법·제도 정비 및 근거규정 마련의 필요성을 제안하였다.

마지막으로 예방과 재활조치를 위하여 설문에 제시된 a) 학생정서행동 선별검사 실시 등 정신보건센터의 의무를 강화, b) 학교보건법상 학생건강검진 내용이 구체적이지 못하고 국가와 국민(학부모, 학생)의 책무가 명시되지 않아 정책추진의 실효성 확보가 미흡한 실정으로 관련 내용의 정비, c)

“아동·청소년 정신건강 예방 및 건강증진사업에 국가 및 지방자치단체는 기여한다”는 선언규정 조항을 넣고, 시행령, 규칙에 구체적 규정을 제시, d) 정신보건법 제16조 재활관련 규정에 초점을 두고 정책목표를 구체화할 필요, e) 학업중단 청소년 대상 숙려제도를 도입하여 진로상담 또는 심리치료를 받을 수 있도록 하고, 지역 내 유관기관을 활용하고 학업중단 후 지역사회상담기관(예: 청소년상담지원센터)에 이관할 수 있는 법 규정을 신설하고 장기적으로 거주형 치료, 재활센터와 같은 기관을 전국적으로 확산 시도별 1개소씩 설치·운영하도록 법 규정을 마련하는 것이 필요, f) 인터넷중독 저위험군과 고위험군 부모의 교육 참여가 필수이며, 범죄청소년의 부모교육 및 부모상담이 필수이나, 가정교육에 대한 강제력이 없다는 문제가 있으므로, 부모가 참여할 수 있는 제도(예: 저소득층 부모 교육 참여 시 일당에 준하는 금액 지원 등)를 마련하고, 아동이 치료를 받고 있을 경우 병원에서 운영하는 병원학교에서 사이버 교육을 강화하고, 한부모가족 지원법의 제17조 가족지원 서비스 관련 정신건강을 위한 규정을 추가할 필요, 그리고 g) 시설보호와 위탁보호에서 보호 대상 아동·청소년 명료화 및 기관과 종사자가 아동·청소년 정신건강 상태에 개입할 수 있는 능력의 보유를 지원하고 위탁 시설에서 아동이 학대될 수 있는 환경이 많아 이의 관련 법 개정이 필요하다는 등의 의견에 대하여 이러한 사안이 모두 시행될 필요가 있다고 보고하였고, 처리되어야 할 우선순위에 대해서는 전문가 그룹별로 다양한 의견이 제시되었다.

이러한 전문가 의견은 사실상 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법적 정의, 전문기관, 전달체계, 지원방안 등에 대한 포괄적인 내용을 담고 있으며 향후 법·제도 개선방향과 구체적인 방안마련 논의에 많은 시사점을 주고 있다고 판단된다.

## 4. 소결

본 연구는 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법제도 개선방안에 관한 연구이다. 본 연구는 국내외 아동·청소년 정신건강 관련 법제도의 현황을 포괄적으로 살펴보고 구체적으로 어떠한 법·제도가 개선필요성이 있는지에 관해 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 본 연구에서는 일반적인 차원에서 국내의 정신건강관련 기본법의 주요 관련 법 규정을 검토하고 이를 분석하였다. 먼저 정신보건법을 비롯하여 아동복지법과 청소년기본법, 청소년보호법, 청소년복지지원법 등을 분석하였다. 이어 본 연구는 학교보건법, 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률과 초·중등학교법 등 교육관련 기본법의 현황과 문제점, 그리고 개선방안을 검토 분석하였다. 결론적으로 국내의 개별법들은 각각의 입법목적에 맞게 제한된 범위에서 보호, 규제, 예방, 치료, 요양, 사회복지 지원 등을 개별적으로 규정하고 있으나 각각이 대상으로 하고 있는 법률의 속성상 한계를 갖고 있다. 특히 대상이 각기 상이하며, 대부분의 조치가 규제적 내용을 제외하고는 노력의무 사항으로 규정되어 있어 법적 실효성이 없거나 관련법들 간의 중복 등의 문제점도 안고 있다고 평가된다. 그러나 이러한 개별법은 각기 입법목적에 맞는 대상을 포괄 규율하고 있다는 점에서 그 법의 적용에 있어 효율적인 장점도 지니고 있는 것으로 보인다. 단, 대부분의 조치에 대한 인적, 재정적 지원에 그 법이 목표로 하고 있는 중요한 성패가 달려있다는 점에서 개별법 중심의 현행 법체계는 분명한 한계를 지니고 있다고 하겠다.

둘째, 독일, 미국과 호주 등 주요 외국에서의 관련 규정을 비교 분석하였다. 외국의 경우에도 아동·청소년 정신건강 관련 포괄적인 법령은 드물고 개별 법령 역시 주로 중증질환자를 중심으로 하는 법제도를 갖고 있으며 정신건강의 문제를 특화하여 별도로 적극적으로 규정하고 있는 사례가 많지 않은 실정이다. 그렇지만 외국과의 비교를 통해 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 우리나라의 법·제도 개선 방안을 마련하기 위해서 검토해야하는 몇 가지 중요한 시사점은 다음과 같다: 통합법의 필요성, 규율대상의 정비확대필요성, 아동과 청소년의 정신건강 증진만을 위한 독자적이고 구체적인 규율필요성, 예방과 재활, 아동과 청소년의 정신건강 관련 지원의 핵심기관, 아동과 청소년의 정신건강의 증진을 위한 서비스 중 보강되어야 할 필요성, 정신건강 관련 법률의 실효성, 아동과 청소년의 정신건강과 관련하여 위험도가 높은 가정에 대해 교육 및 지원체계, 아동과 청소년의 정신질환 및 정신건강 증진을 위한 지원체계 등이 그것이다. 본 연구에서는 이 기준을 바탕으로 하여 국내외의 관련법들을 비교분석하고 그 현황과 개선방안을 모색하고자 하였다.

셋째, 본 연구에서는 우리나라 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 법·제도 개선방안을 위하여 관련 주요 부문의 전문가 15인을 엄선하여 델파이 설문조사를 2회에 걸쳐 실시하였다. 설문조사 결과 현재 아동·청소년 정신건강관련 개별법에 분산 규정되어 있는 주요 규정들을 분석하고 개별법이 각각의 특성을 갖추고 있으나 실제로는 각각의 입법목적을 넘어 이들을 통합할 수 있는 통합법 제정의 필요성과 가능성 그리고 그 문제점 등을 분석하였다. 본 연구는 이러한 국내외 법령의 체제현황과 문제점, 그리고 전문가 실태조사의 결과의 심층 분석 결과를 토대로 향후 법·제도 개선을 위하여 요청되는 법체계, 정의, 전문기관, 전문인력 확보와 관련 종사자의 처우개선, 교육 및 훈련체계구축, 예방과 사회복지 지원 등과 같은 주요 쟁점을 중심으로 그 개선방안에 대하여 정책제안을 하였다.



## 제 6 장

---

# 결론 및 정책제언

1. 결론
2. 정책제언





## 제 6 장 결론 및 정책제언

### 1. 결 론

이 연구는 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 지원방안 마련을 위해 연구 영역을 크게 세 영역으로 구분하여 수행하였다. 첫째 아동·청소년들의 정신건강 실태를 파악하기 위해 전국단위 조사를 실시하였다. 이 조사를 통해 우리나라 아동·청소년들의 정신건강 수준을 객관적으로 파악할 수 있는 자료를 확보하였다. 둘째는 아동·청소년 정신건강 정책영역으로 기존의 아동·청소년 정신건강과 관련된 정책 현황을 파악하고, 문제점들을 분석하였다. 세 번째 영역은 아동·청소년의 정신건강 법·제도 영역으로 각종 법령을 체계적으로 분석하여 쟁점사항을 도출하고 아동·청소년 정신건강 관련법 상의 문제점을 고찰하였다. 그리고 이상의 두 분야에 대한 개선방안 마련을 위해 선진 외국의 정책현황과 법·제도 관련 입법례 사례를 고찰하는 한편 FGI그룹 인터뷰와 현장전문가의 의견을 반영한 델파이 조사를 실시하였다. 각 영역 연구를 통한 결론은 다음과 같이 요약될 수 있다.

1) **아동·청소년들의 정신건강 실태 파악을 위한 조사 연구**에서는 전국 12개 시·도의 초등학교, 중학생, 그리고 일반계고와 전문계고를 포함한 고등학교에 재학 중인 남, 여 청소년 9,435명을 최종 조사대상자로 하여 전국단위 대규모 조사를 실시하였다.

조사영역은 개인영역, 가족영역, 학교영역 및 지역사회 영역 등 크게 4개의 대 영역으로 구분하였다. 대 영역 중 개인영역은 다시 우울, 불안, 게임중독, 자살, 스트레스, 비행 등의 변인들로 구성된 부정적 요인과 생활만족도, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 등의 변인들로 구성된 긍정적 요인으로 구성하였다. 가족영역의 경우는 부모의 지원, 가족관계 질 변인들로 구성하였고, 학교영역은 학교수업, 교사관계, 친구관계 및 학교생활 등의 변인들로 구성하였다. 마지막으로 지역사회영역은 지역사회 지원과 지역사회 상호작용 변인으로 구성하였다.

주요 요인에 대한 조사결과 우울과 불안의 경우 여자가 남자보다 모든 세부요인에서 더 높은

평균점수를 나타냈으며, 연령이 증가할수록 모든 세부요인에서 평균점수가 높아지는 경향을 보였고, 가족 구성별로는 한부모가정의 응답자가 양부모가정보다 평균점수가 더 높은 경향을 나타냈다.

개인 내 적응적 심리요인의 경우 자아존중감, 자기효능감, 정서조절, 낙관주의 모두에서 남자가 여자보다 평균점수가 더 높았고, 교급별에서는 연령이 증가할수록 낮아지는 경향이 나타났으며, 양부모가정의 응답자가 한부모가정보다는 평균점수가 더 높은 경향을 보였다.

게임중독 요인에서 남자가 여자보다 게임 중독 세부요인 모두에서 더 높은 평균점수를 보였으며, 교급별로는 중학생이 초등학생과 고등학생보다 각 세부요인에서 더 높은 평균점수를 보였고, 가족구성별로는 조손가정, 한부모가정, 양부모가정의 순으로 평균점수가 더 높아지는 경향을 보였다. 자살생각과 자살계획에 대한 성별 비교에서 여자가 남자보다 평균점수가 높았으며, 교급별로는 자살생각의 경우 초등학생보다 중고등학생이, 자살계획은 중학생이 초등학생과 고등학생보다 높은 평균점수를 보였다. 가정유형별로는 한부모가정이 양부모가정에 비해 자살생각과 자살계획영역에서 더 높은 평균점수를 보였다.

청소년들의 개인 내(內) 스트레스 요인에 대한 12개 하부 요인별 차이를 분석한 결과, 성별, 교급별, 거주지별 그리고 가족구성별 변인에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 나타났으며, 학업스트레스의 평균점수가 가장 높았으며, 모든 스트레스 영역에서 여자가 남자보다 평균점수가 높았고, 형제자매관계로 인한 스트레스를 제외한 모든 유형의 스트레스에서 한부모가정이 양부모가정에 비해 더 높은 평균점수를 보였다. 비행의 경우 흡연, 음주, 절도, 폭력, 무단결석, 가출, 인터넷 성인사이트, 도박 등 영역의 대부분의 항목에서 한부모가정의 평균점수가 다른 가정의 점수보다 높게 나타났고, 갈취경험 항목에서만 조손가정의 점수가 가장 높게 나타났다. 생활만족도 영역에서 남학생이 여학생보다 더 높은 점수를 보였으며, 교급이 올라갈수록 평균점수가 낮아지는 경향이 나타났고, 가족 구성에서는 양부모가정이 다른 가족구성보다 만족도가 높은 것으로 나타났다. 부모의 지원과 가족관계의 질과 관련된 요인을 분석한 결과 교급별 비교에서 연령이 증가할수록 낮아지는 경향이 나타났으며, 가족구성에서는 양부모가정이 한부모가정보다 더 높게 나타났다.

학교영역에 대한 분석에서 학교수업과 학교생활의 경우 남자의 평균점수가 여자보다 더 낮았고, 교급별로는 초등학교에서 고등학교로 갈수록 평균점수가 더 낮게 나타나는 경향을 보였으며, 가족구성별은 양부모가정의 평균점수가 한부모가정과 조손가정보다 높은 것으로 나타났다. 교사관계의 경우 남자가 여자보다 평균점수가 더 높았고, 교급별로는 초등학교에서 고등학교로 갈수록 평균점수가 더 낮아졌으며, 양부모가정이 한부모가정과 조손가정보다 더 높게 나타났다.

본 실태조사결과를 통해 파악할 수 있었던 것은 양부모 가정의 아동·청소년에 비해 조손내지

한부모가정의 아동·청소년들이 여러 요인에서 취약하게 노출되어 있다는 사실이다. 이는 아동·청소년의 건전한 정신건강의 도모를 위해서는 가정 내에서의 부모자녀관계가 중요한 요인임을 시사한다. 이에 부모자녀간의 긍정적인 관계형성과 올바른 의사소통을 위해서 정부의 정책적 지원이 확대되어야 하며, 무엇보다 긍정적인 부모자녀관계의 형성에 어려움이 있는 조손이나 한부모가정에 대한 물질적·비물질적 지원이 확대되어야 한다. 또한 우울증이나 불안, 자살, 게임중독, 정서적 불안 등 청소년의 건강한 성장과 발달을 저해하는 심각한 위협요인을 미연에 방지하고 이를 조기에 예방할 수 있는 적절한 개선책 마련이 시급하다고 하겠다.

2) 아동·청소년 정신건강 관련 정책 현황 및 개선방안 연구에서는 정신건강 증진과 관련된 요인과 요구도를 심층 분석하고 국내외 정부의 정신건강 관련 서비스의 현황을 분석하여 국내 아동·청소년정신보건정책의 개선방안을 제시하였다.

본 연구에서 중앙정부 및 지자체의 정신건강 증진 관련 정책 현황을 파악하고, 정신건강 검진 및 정신건강 상담, 보건의료서비스전달 체계 등을 중심으로 전반적인 정책시스템을 분석하여 그 문제점 및 개선방향을 논의하고, 학교와 지역사회의 접근방법, 개별적인 사례관리접근방법을 위한 정책을 개발하고자 하였다. 이를 위해 선진 외국의 효과적인 아동·청소년 정신건강 증진 정책을 분석하였으며, FGI 인터뷰 회의를 통하여 아동·청소년 정신건강 증진의 수요를 분석하고 정책적 개선방안을 도출하여 건강향상, 건강위험요인감소, 질병위험요인의 조기 발견 등의 차원에서 핵심 사안을 발견할 수 있었다. 또한 전문가, 교사, 공무원 등 정신건강 담당자들 대상의 델파이조사를 통하여 학교, 지역사회를 연계하는 중앙정부 및 지자체에서 다양한 경로를 통해 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원할 수 있는 정책대안을 마련하였다.

첫째, 미국, 캐나다, 영국 그리고 호주 등의 선진 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 정책에 대한 사례분석을 통해 다음의 시사점을 얻을 수 있다. 미국의 경우 정신건강 문제가 있는 청소년에게 개별화된 서비스를 제공하는데 중점을 두고 학교기반 보건센터(School Based Health Center)를 활용하여 학교중심의 정신건강 서비스 및 지역사회중심의 서비스가 발전되어 왔음을 알 수 있었으며, 캐나다의 경우도 공중보건부서에서는 학생의 건강증진을 위한 건강증진학교정책을 지원하고 있으며, 온타리오 주의 경우 주 교육부처에서 건강증진학교를 통하여 학생의 건강증진과 정신건강 증진을 도모하도록 추진하고 있어, 미국과 마찬가지로 학교중심의 정신건강서비스가 체계적으로 운영되고 있었다. 영국은 아동·청소년 대상 정신건강 증진 정책은 National Health Service를 기반으로 하여 추진되어 왔으며, 조기에 정신건강 문제에 개입하여 예방함으로써 생애의 정신건강 관련 비용을

절감하는 데 목표를 두고 있었으며, 호주는 학교건강증진사업의 일환으로 교사와 학생이 함께 이에 참여하는 마음의 문제(Mindmatters)프로그램을 통해 의사소통기술, 도움요청기술, 문제해결 기술 등을 포함한 학생 정신건강 증진을 도모하고 있다.

둘째, 정신건강 서비스 이용경험이 있는 학생 및 부모의 FGI 결과는 초등학교일수록 부모의 정신건강 서비스 요구도와 조기발견 및 조기개입에 대한 요구도가 높은 것으로 파악되었으며, 의료급여대상자가 다수 있어서 더욱 취약계층에 대한 정신보건서비스의 공급이 확대되어야 함을 알 수 있었다. 또한 정신건강 서비스 이용경험여부에서도 아동·청소년기 이전단계에서 추진할 수 있는 정책과 프로그램의 접근성도 매우 중요한 것으로 분석되었다. 서비스를 받는 아동·청소년에게 지속적인 관리가 될 수 있도록 하는 것도 중요한 과제로 파악되었다. 한편 증상위층이나 저위험군의 아동·청소년과 부모는 정신건강 문제에 대해 알려지는 것을 원하지 않아서 오히려 문제를 크게 할 가능성이 높다는 지적도 있었다.

셋째, 전문가 델파이조사 결과에서 정신건강 문제의 발생과 관련된 요인은 부모자녀관계가 가장 중요하고 다음으로 학교에서의 적절한 적응상태 등으로 나타났다. 발견된 주요 정신건강 문제는 주의력결핍, 학교에서 따돌림과 폭력, 게임중독, 학업스트레스 등이었다.

이상의 정신건강 문제의 예방을 위해서는 문제해결능력, 스트레스대처방법의 습득과 같이 개인의 대처능력 향상이 중요하며 이를 위해서는 정신건강 향상을 위해 도움을 받을 수 있는 환경조성이 중요하다. 학교에서의 환경조성, 지역사회 환경조성이 적절히 연계되어야 할 것으로 분석되었으며, 부모-교사의 연계강화를 통한 증상의 조기발견과 적절한 서비스접근이 초기에 이루어질 수 있는 노력이 필요함을 알 수 있었다.

제안된 정책제안으로는 우선적으로 학교차원의 아동·청소년 정신건강 증진은 학생의 역량을 강화시키는 부분, 담임교사의 역량강화, 정신건강 검진 사업의 실시, 부모교육, 학교에서의 전문화된 상담제공, 교외 또는 관내 의료기관과의 연계 활성화 등이 필요한 것으로 나타났으며, 지자체 차원의 정신건강 증진 정책으로는 학교현장에서 정신건강 증진 사업에 대한 이해도 향상이 가장 중요한 과제로 지적되었고, 교육청과 지방자치단체간의 협력관계를 유지하여 정신건강 증진 정책을 강화할 수 있어야 하는 과제가 있고, 저소득층 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 개입 및 치료비 지원 등이 필요한 것으로 제안되었다. 중앙정부차원에서는 아동·청소년의 정신건강 문제를 정책적 측면에서 모니터링하고 평가하여 중장기 대책을 마련할 수 있는 체계 구축 및 기반이 조성되어야 하며, 무엇보다 부처 간 연계체계강화도 가장 많은 요구도가 있는 과제로 지적되었다.

3) 아동·청소년 정신건강 관련법·제도 현황 및 개선방안 연구에서는 아동·청소년 정신건강 증진과 관련된 국내외 주요 관련 법령과 독일, 미국, 호주 등 주요 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 및 예방 관련 지원 법·제도의 현황분석을 통해 우리나라 법·제도 개선방안 마련을 위한 방향을 제시하고자 하였다. 또한 아동·청소년 정신건강 증진 관련 주요 법·제도와 정책과의 연계 강화 방안 마련을 위하여 정책관련 담당자 및 관계전문가를 대상으로 전문가 델파이 조사를 실시하였다. 이상의 연구를 통해 아동·청소년의 정신건강과 관련된 각종 법령의 주요 쟁점사항과 현행 법·제도의 문제점을 도출하여 정책수립과 정책추진 시 근거자료로 활용하고, 사업 및 전달체계 등 서비스체계 구축의 체계적 효율성을 제고하여, 수요자중심의 아동·청소년 정신건강 증진에 기여코자 하였다.

첫째, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 개선방안에 관한 연구에서는 국내외 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도의 현황을 포괄적으로 살펴보고 구체적으로 어떠한 법·제도가 개선필요성이 있는지를 고찰하였다. 이를 위하여 아동·청소년 정신건강증진을 위한 정신보건법, 아동과 청소년복지 관련법(아동복지법, 청소년기본법, 청소년보호법, 청소년복지지원법 등)과 교육관련 기본법(학교보건법, 교육기본법, 초·중등학교법, 학교폭력예방 및 대책에관한 법률 등) 등 부문별로 국내외 관련 주요 법·제도 현황을 분석하고 현행 법령상의 개념 및 정의 등 효과적인 법·제도적 차원의 정신보건 증진방안, 전달체계 등 관련기관의 지원 및 개선방안을 도출하였다.

청소년정신건강 관련 개별 법은 주요 영역에서 각각의 입법목적에 맞게 제한된 범위의 적용 가능한 관련 규정들로 보호와 규제, 예방과 치료, 영양과 사회복지 지원 등을 개별적으로 규정하고 있지만, 대상이 각기 상이하며, 대부분의 조치가 규제적 내용을 제외하고는 노력의무 사항으로 규정되어 있어 법적 실효성이 없거나 관련법들 간의 중복 등의 문제점도 안고 있어 한계를 보여주었다. 그러나 이러한 개별법은 각기 입법목적에 맞는 대상을 포괄 규율하고 있다는 점에서 그 법 적용에 있어 효율적인 장점도 지니고 있는 것으로 보였다

둘째, 독일, 미국, 호주 등 주요 외국의 아동·청소년 정신건강 증진 및 예방 관련 지원 법·제도의 현황분석을 통해 우리나라 법·제도 개선방안 마련을 위한 방향을 제시하였다. 독일의 아동과 청소년의 (정신)건강 증진을 위한 법률과 정책의 근본개념과 사상은 예방, 건강증진, 지원, 치료, 재활 및 복귀 내지 참여이다. 이 중에서 무엇보다 강조되는 것은 예방과 건강증진이다. 그러나 아동과 청소년의 정신건강 증진을 규율하는 법체계는 일단 통일적인 법률은 존재하지 않는다. 각 법률은 정신건강의 예방과 증진→치료와 지원→재활과 사회복지 및 참여의 구조 속에서 그에 상응하는 개별 법률들을 가지고 있으며, 입법적으로는 건강보험법상의 성인을 포함한 일반인의 정신질환과 정신건강에 대한 예방과 건강증진 급부와 배려의 일환으로서 아동과 청소년의 건강증진에 관한 법·제도가 마련된다는

것이다. 즉, 독일의 경우 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강 증진에 관한 단일의 통합법은 존재하지 않는다. 그렇기 때문에 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강 증진을 위해서는 보건청, 학교, 사회법전 제8권의 아동과 청소년지원체계의 공조와 협조가 항상 강조된다. 또한 입법적으로 아동과 청소년에 유해한 위험인자를 포괄적으로 입법한 사례는 없으며, 정신질환이나 정신건강의 대상도 추상적으로 개념정의하고 있다.

미국의 경우 아동건강법은 정신보건에 관한 매우 다양한 내용을 담고 있으며, 그 범위 또한 우리가 생각하는 수준을 넘어선다. 특히 약물남용에 관한 내용은 우리나라보다 훨씬 더 강조되어 있다. 미국에서는 연방수준의 종합적인 정신보건 프로그램이 시행된 적이 없고, 이 법의 용도는 주 정부나 기타 공공/민간단체의 서비스 체계의 방향을 제시한 것이다. 따라서 구체적인 정신보건정책이 어떻게 시행되는지는 각 주 정부 수준에서 다를 것이지만, 전국 수준의 법/제도화를 고민하는 우리의 입장에서 몇 가지 시사점을 제시해 주었다.

호주의 아동·청소년 정신건강과 가장 관련성이 많은 법안은 정신보건법(Mental Health Act)과 범죄법(Criminal Act)인데, 이 두 법률은 주 정부 수준에서 정신질환의 치료와 관련된 의료전문인의 양성과 치료의 질, 정신질환자 및 수감인의 인권 등과 관련된 부분을 주로 다루고 있어, 아동·청소년의 정신건강에 대해 구체적으로 다루고 있기보다는 일반적 수준의 사항만을 다루고 있다는 문제가 있다. 따라서 이에 대해 1992년부터 시작되어 온 국가정신건강전략의 기틀 속에서 법·제도 및 아동·청소년 정신건강 관련 제도체계가 어떤 위치를 차지하고 있는지를 알아봄으로써 아동·청소년의 정신건강에 관련된 정신보건정책의 위치를 가늠할 수 있었다.

셋째, 본 연구에서는 우리나라 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 법·제도 개선방안을 위하여 관련 주요 부문의 전문가 15인을 엄선하여 델파이 설문조사를 2회에 걸쳐 실시하였다. 설문조사 결과 현재 아동·청소년 정신건강관련 개별법에 분산 규정되어 있는 주요 규정들을 분석하고 개별법이 각각의 특성을 갖추고 있으나 실제로는 각각의 입법목적을 넘어 이들을 통합할 수 있는 통합법 제정의 필요성과 가능성 그리고 그 문제점 등을 분석하였다. 본 연구는 이러한 국내외 법령의 체제 현황과 문제점, 그리고 전문가 실태조사의 결과의 심층 분석 결과를 토대로 향후 법·제도 개선을 위하여 요청되는 법체계, 정의, 전문기관, 전문인력 확보와 관련 종사자의 처우개선, 교육 및 훈련체계 구축, 예방과 사회복지 지원 등과 같은 주요 쟁점을 중심으로 그 개선방안에 대하여 정책제안을 하였다.

## 2. 정책제언

### 1) 총괄부문

(1) 정신건강 위기 청소년의 조기발견 체제 구축이 요구된다.

#### 가) 정신건강 위기도 판정

청소년의 정신건강을 효과적으로 관리하기 위해서는 각 청소년의 정신건강을 그 위기에 따라 계층화할 필요가 제기된다. 각 아동·청소년이 처한 상태에 따라 시급하게 전문가가 개입되어야 하는 상황이 있고, 부모와 교사가 감찰하면서 지켜보다가 필요시 도움을 요청해야 하는 상황도 있기 때문이다. 이에 따라 개별 아동·청소년의 정신건강 위기에 따라 그 수준을 구분할 수 있도록 준거가 마련되어야 한다. 이렇게 위기를 구분하기 위해서는 다양한 준거가 고려되어야 하는데 그 중에서 주목해야 할 것은 첫째, 정신장애에 있어서의 공존병리(comorbidity)이다. ADHD 아동이 우울증상을 함께 나타내거나 불안한 아동이 우울하기도 할 뿐만 아니라, 비행문제가 우울과 연관되어 있기도 하다는 것이다. 이렇게 하나 이상의 정신병리를 공유할 경우 단일 병리를 진단받는 경우에 비해 그 폐해가 심각하다고 할 수 있다.

위기를 판정할 때 고려해야 할 두 번째 변인은 아동·청소년이 속한 심리사회적 환경이다. 앞서 말한 공존병리가 구체적인 심리문제와 관련된 위기라고 한다면 가족의 구조, 경제적 상황 등 아동·청소년의 심리적 문제를 만성화시키거나 심화시키는 변인은 일반위기라고도 볼 수 있는데 이러한 위기 요인의 여부도 함께 고려할 필요가 있다. 세 번째 변인은 결정적 문항(critical items)에 대한 응답이다. ‘최근에 자살을 시도한 적이 있다’와 같은 문항에 ‘예’라고 표시되어 있다면 일반 위기나 특정 정신건강영역의 문제가 심각하게 보고되지 않았다 하더라도 고위험 집단으로 분류될 필요가 있다. 따라서 위기를 판정하는 데에는 이러한 결정적 문항들이 포함, 고려되어야 할 것이다. 본 조사에서는 우울, 불안, 게임중독, 자살, 스트레스, 비행 등 다양한 정신병리를 포함하고 있다. 필요하다면 본 조사에서 포함하지 못한 정신건강 영역 중 채택해야 할 것이 있는 지 검토한 후, 심각한 문제를 호소하는 정신병리의 수, 지속기간 등을 고려하고 일반위기와 결정적 문항의 표시 여부도 포함하여 정신건강 위기를 마련하는 것이 시급하다.

표 VI-1 정신건강 위기도 판정 시 고려되어야 할 요소

구분	내용	기준
심리적 문제 중심의 위기도	불안, 우울, 주의력, 공격성, 자살, 중독 등 해당 문제의 심각도	절단점(cut-off score)의 활용
	공존 병리 파악	절단점을 넘는 병리의 수
일반 위기	가족구조, 경제적 수준, 부모의 정신병리 등 정신건강을 위협할 수 있는 만성적 요인	
결정적 문항	시급한 개입이 필요하다고 판단할 수 있는 특수 문항	

## 나) 정신건강 위기 계층의 선별

정신건강 위기도가 마련되면 개별 아동·청소년을 위기도에 따라 구분해 나갈 필요가 있다. 이때는 개별 정신병리에서의 심각한 문제가 드러나는 아동·청소년을 확인할 뿐만 아니라 다수의 정신병리 영역에서 심각한 문제를 호소하고 있는 아동·청소년을 확인하는 작업이 병행되어야 한다. 여러 개의 정신병리 영역에서 위험 수준으로 보고되는 아동·청소년일수록 위험도가 높은 계층으로 분류되어 시급한 개입의 대상으로 고려되어야 하는데, 이때 한부모가정이나 저소득 계층 등 일반위기 요소를 포함하고 있는 대상일 경우 위기가 가중되는 것으로 파악해야 한다. 정확한 위기도 판정을 위해 가능하다면 부모나 교사의 보고를 활용할 방법도 논의되어야 한다.

## 다) 정신건강 위기 계층에 대한 심층 평가

정신건강 위기도 판정에서 고위험군으로 분류된 아동·청소년에 대해서는 소아정신과 의사와 임상심리학자로 구성된 전문가들이 구조화된 진단용 면접도구(예: Kiddie-Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia Present and Lifetime Version: K-SADS)를 활용한 진단 면접을 시행할 필요가 있다. 이러한 진단 면접은 해당 아동·청소년과 이들의 보호자가 함께 참여하며, 보호자에게는 아동·청소년의 발달 및 적응에 대한 면담도 병행하도록 한다.

## 라) 정신건강 위기도에 따른 관리의 차별화

각 단계를 어느 정도 세분화할 것인가의 문제는 향후 과제가 되겠지만, 위기도에 따라 시급히 전문가와의 연계가 필요한 단계, 관련 강의나 집단 상담 프로그램 등 학교(혹은 거점 기관) 내



프로그램을 통해 관리될 필요가 있는 단계, 특별한 개입 없이 지속적인 점검만을 요하는 단계 등을 포함할 수 있을 것이다. 위기도가 아주 높은 집단의 경우 집중사례관리대상으로 분류되어 매월 사례에 대한 점검이 있어야 되며 반드시 전문가에게 연계되어야 한다. 위기도가 중간인 집단의 경우 개입이 필요한 문제 영역에 대해 필수 프로그램에 참여하도록 하고 3~6개월마다 사례에 대한 점검을 실시하며, 변화가 있을 경우 그에 따른 개입의 절차를 밟도록 한다. 위기가 낮다고 판정된 집단의 경우라도 1년에 1회는 정기점검을 실시하도록 하며, 정신건강 관련 교육이나 프로그램에 참여할 기회를 제공하도록 한다. 개입 프로그램의 효과로 인해 해당 아동·청소년이 호전되어 서비스가 종료하게 된다면 종료 후 1년까지 추후 관리(follow-up)를 하면서 각 영역의 위기 수준을 점검할 필요가 있다.

## (2) 정신건강 위기도에 따른 개입 프로그램 개발이 필요하다

위기도에 따라 아동·청소년의 관리가 차별화될 수 있으려면 그에 맞는 프로그램이 구비되어야 한다. 이때는 위기 아동·청소년이 호소하는 심리적인 문제에 따라 개선을 위해 반드시 제공되어야 하는 필수 프로그램과, 개별 대상의 상황이나 학교 및 정신건강 서비스 제공 센터의 특성에 따라 차별화하여 제공하는 선택 프로그램으로 나누어 볼 수 있다.

### 가) 필수 프로그램

아동·청소년이 흔히 호소하는 심리적인 문제는 내재화 문제 중에서는 우울, 불안을 외현화 문제 중에서는 주의력 문제와 공격성 문제를 대표적으로 꼽을 수 있다(오경자 외, 2007). 물론, 불안 증상도 공황장애나 강박장애 등 세분화된 증상으로 구분할 수 있고 신체화되어 나타나는 문제가 있기도 하다. 아동·청소년기에 흔한 심리장애들이 세분화되어 개입 프로그램이 제공될 수 있으면 좋겠지만, 이에 대해서는 향후 과제로 남겨두고 필수 프로그램은 위의 네 영역과 자살, 인터넷 중독 등으로 제한하고자 한다. 이러한 심리장애에 대해서 현재 보고되고 있는 효과가 입증된 치료 모듈(module)이 제시될 필요가 있다. 이때는 시행하는 주체가 여러 기관일 것임을 감안하여 가능한 한 구체적인 치료 절차를 담은 표준화된 매뉴얼이 제공될 필요가 있다. 이를 위해서는 관련 전문가들이 팀을 이뤄 해당 문제에 대한 국내외 처치 프로그램과 치료효과 연구물들을 고찰하는 일이 선행되어야 한다. 각 문제행동별로 필수 프로그램을 표준화하기 위해서도 관련 전문가들의 지속적인 협업이 요구된다. 또한 배포할 개입 프로그램에서는 시행될 기관의 특성을 고려한 프로그램 개발이 요구된다. 일반 위기에 대해서는 그 특성상 한 두개의 특정 개입 프로그램으로 효과를 보기는 어렵기 때문에

이에 대해서는 지역사회 내 정책들을 활용하는 방안을 고려하도록 한다. 필요하다면 일반위기 내에서도 공통요인을 찾아 프로그램화할 수 있는 주제(예: 부모의 이혼)들은 치료 프로그램화할 가능성도 염두에 두도록 한다.

#### 나) 선택 프로그램

선택 프로그램은 개별 아동·청소년의 상황과 특성, 그리고 프로그램 제공 주체의 여건에 맞춰 제공할 수 있는 프로그램을 말한다. 필수 프로그램을 제시하는 앞이나 뒷부분에 선택 프로그램을 제공할 수 있으며, 이 역시 전체적으로는 대상의 정신건강 증진을 도모할 수 있도록 설계되어야 한다.

표 VI-2 정신건강 위기에 따른 개입 프로그램의 구성

구분		내용	활용
심리적 문제중심의 위기	필수 프로그램	불안, 우울, 주의력, 공격성, 자살, 중독 등 해당 문제의 개선을 위해 효과가 입증된 치료 프로그램	표준화된 매뉴얼의 제공
	선택 프로그램	개별 아동·청소년의 특성과 상황에 맞춰 필수프로그램 외에 제공될 필요가 있는 개입	필수 프로그램의 전후에 사용, 서비스 제공 주체의 여건에 맞추어 선택적으로 운영
일반 위기에 대한 개입		지역사회 절차들을 활용 필요 시 관련 프로그램 개발	

#### (3) 지역사회 정신건강 서비스 체계의 연결망 구축이 요구된다

##### 가) 지역사회 내 정신건강 서비스 자원에 대한 파악

지역사회에 있는 다양한 민관 정신건강 서비스 자원에 대한 파악이 이뤄져야 할 것이다. 각 기관에서 운영하고 있는 아동·청소년 대상의 프로그램의 내용과 운영을 담당하는 전문인력, 참여자의 특성 등 상세한 정보가 조사되어야 한다. 가능하다면 이를 책자화하고 DB를 만들어 각 기관은 물론 관내 학교에 배포해 필요 시 이를 활용하여 학생들을 연계할 수 있도록 해야 한다.

#### 나) 지역사회 정신건강 서비스 체계의 연결

지역사회에서 운영되고 있는 전문병원 및 종합병원, 정신보건센터, 시·도 청소년 상담지원센터, 사설 상담센터, 사회복지관 등의 관련 실무자들과 학교 내 전문상담교사를 비롯한 관련 업무 담당자, 정신과의사와 임상 및 상담심리학자로 구성된 전문가 집단들 간의 연계도 이뤄져야 한다. 관내에 정신건강 종사자들이 파악되어야 하고, 아동·청소년의 정신건강 위기도에 따라 적절히 관리하고 의뢰할 체계가 구축되어야 한다. 이때 각 구역 내에 거점 기관을 선정하고 관내 서비스 체계에 참여할 의사가 있는 기관들을 따로 관리해나가야 할 것이다. 관내 정신건강 관련 종사자들의 정기적인 모임이 운영되어야 하는데 여기서 위기도 판정 도구의 활용 방안, 개입 프로그램의 보급, 개입 효과 평가 방법, 사례관리 및 기타 자문 활동 등이 이뤄져 이들 관련 종사자들의 실무 능력 향상에 도움을 주어야 할 것이다.

#### (4) 정신건강 위기도에 따른 개입 프로그램의 시범 사업 운영이 필요하다

##### 가) 대상 기관의 선정 및 프로그램의 시행

정신건강 위기도를 개발하고 이에 따른 필수 및 선택 프로그램을 개발한 후에는 이를 토대로 시범 사업을 운영할 필요가 있다. 학교를 거점으로 위기도 판정을 위한 평가를 실시하고, 이에 기반한 분류를 하여 치료 프로그램을 제공하도록 한다. 필요하다면 시범 사업을 학교가 아닌 정신건강센터에서 시행할 수도 있을 것이다. 시범단에서 해당 프로그램을 효과적으로 실시할 수 있는 인력을 교육하고, 실시 회기마다 지도 감독(supervision)하면서 진행 과정을 점검해야 한다. 문제가 되는 집단 구성원에 대해서는 별도의 지침이나 개입이 마련될 수도 있다. 프로그램 개입 사전, 사후에 관련 문제의 심각도에 대한 측정을 해 효과를 검증할 수 있도록 한다.

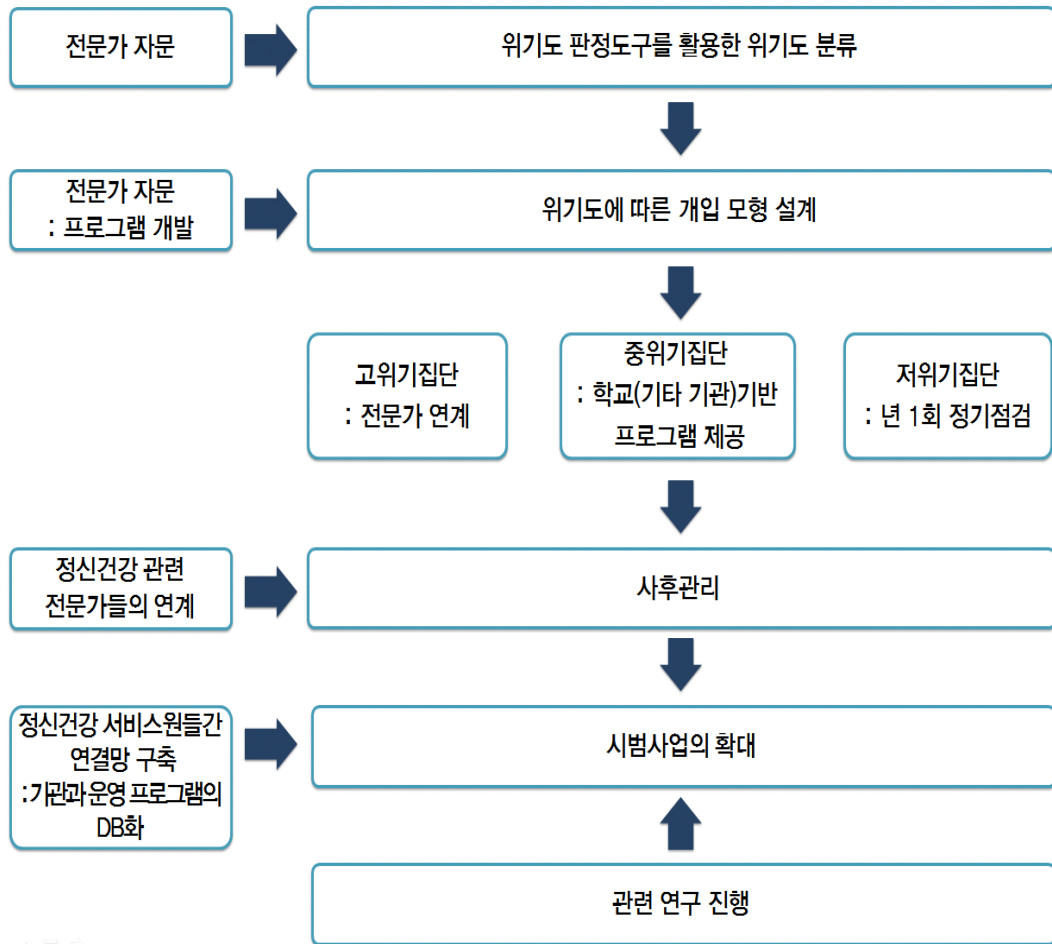
##### 나) 위기도 판정도구 및 개입 프로그램의 개선과 시범 사업의 확대 시행

시범 사업 운영 후 개발된 위기도 판정 도구와 치료 프로그램에 대한 수정 검토 작업을 거쳐 보완하도록 한다. 시범 사업이 확대 시행되고 지속적으로 운영되기 위해서는 이러한 프로그램이 학교의 관계자, 정신건강센터와 사회복지관 내 전문가들에게 보급되어야 한다. 이를 위해서 지역 내 교사들을 위한 사례회의의 정기적 개최, 정신과 전문의와 임상 및 상담 전문가 등 관련 인력의 학교 순회 자문 프로그램 등의 다양한 연수프로그램이 시행될 필요가 있다.

아울러 개입 프로그램에 대한 효과연구가 지속적으로 수행 및 보고되어야 한다. 치료 프로그램

효과연구가 엄격히 수행되기 위해서는 유사한 대상을 처치집단과 비교통제집단으로 구분하여 프로그램 사전과 사후에 동일한 평가항목으로 평가해야 한다. 또한 투입되는 비용을 고려한 프로그램의 효과가 검증되어야 할 것이다.

이상과 같이 제시한 정책적 제언들을 도표로 표시하면 다음 [그림 VI-1]과 같다.



【그림 VI-1】 프로그램 효과 연구 수행

## 2) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책 부문

### (1) 아동·청소년 정신건강증진서비스 전달체계의 개선이 요구된다

아동·청소년의 정신건강서비스의 문제는 무엇보다도 낮은 서비스 이용률이라고 할 수 있다. 우리나라

는 정확한 실태가 아직 파악되고 있지 않지만 미국의 경험에 의하면 정신건강서비스가 필요한 아동·청소년의 약 70%가 아무 서비스를 받지 않고 있고 심각한 정서 문제(serious emotional disturbance: SED)를 가진 아동의 20%만이 적절한 서비스를 받고 있다고 한다(Burns 등, 1995).

이와 같이 서비스이용률이 낮은 이유로는 잘못된 인식이 큰 비중을 차지하고 있다. 즉, 치료가 불필요하다는 생각, 또는 치료가 너무 지나치다는 생각, 정신질환 치료에 따르는 오명(stigma), 정신건강서비스에 대한 반감 등이 그것이다. 이와 더불어 서비스에 대한 불만족, 높은 서비스의 비용도 아동·청소년이 적절한 정신건강서비스를 받지 못하게 하는 원인이다.

아동·청소년의 정신건강서비스 전달체계는 아동·청소년의 정신건강을 결정하는 환경들이 다양하기 때문에 서비스 전달체계가 분절적이 될 가능성이 매우 높다. 즉, 학교, 정신보건, 아동·청소년복지 등의 각 제도 내에서 아동·청소년의 정신건강문제를 부분적으로 다루고 있기 때문이다. 미국의 ‘System of care’(Stroul & Friedman, 1986)처럼 지역사회 중심의 다양한 부문들의 서비스를 통합, 조정하는 프로그램을 개발하는 것이 중요하다.

이와 함께 우리나라는 각 부문의 서비스전달 역량을 키우는 것도 중요하다. 특히 아동·청소년이 대부분의 시간을 보내는 학교는 아동·청소년의 정신건강서비스를 전달할 수 있는 가장 효율적인 장소가 될 수 있다. 우선 정신보건센터 사업 담당자를 대상으로 아동·청소년이 가지는 정신과적 문제에 대한 효과적인 개입과 서비스의 질적 향상을 위해 필요한 교육이 지속적으로 제공되어야 할 것이다. 또한 아동·청소년의 정신건강을 위해 관련 기관들(교육청, 학교, 전문기관)의 사업 역량을 강화하되 각 기관의 특성에 맞는 적절한 교육 프로그램의 개발과 실시가 필요하다.

## (2) 학교 정신건강 증진 사업의 개선이 필요하다

학생정신건강서비스지원 사업이 확대되면서 몇 가지 문제점이 제기되고 있다. 정신건강에 대한 사회적 편견과 낙인우려로 정밀검진 대상학생의 검진 및 치료 등 학부모 참여가 저조한 것과(교육과학기술부, 2010) 학생 정서·행동발달 선별검사 및 관리를 위한 학교 내외 인프라가 부족한 것이 그것이다(교육과학기술부, 2010). 즉, 선별검사와 관리에 대한 교육 및 훈련이 부족하기 때문에 선별검사 결과에 대한 신뢰성에 불신이 생기고 연계사업에 대한 학부모의 협조를 얻기 어렵다는 점이다. 검사결과 및 학생(학부모) 상담관련 개인정보가 공개되지 않도록 보안관리를 철저하게 하고, 학교-지역사회-교육청 네트워크를 구축하고 학교 내 협의체(보건교사·담임교사·상담교사·생활지도담당교사·지역사회 전문가 등)를 구성·운영하는 등 통합적·집중적 관리체계를 구축해야 한다(교육과학기술부, 2010). 또한 학생 정신건강관리 담당교사 전문성 신장을 위한 연수과정을 운영하여 선별검사와

추후관리에 필요한 학교 역량을 강화해야 할 것이다. 아울러 교육과학기술부도 취약계층 아동·청소년의 정신건강서비스 이용을 용이하게 할 수 있도록 학교, 지역사회 복지기관 및 의료기관, 교육청 네트워크를 구성하고 지원 체계를 개발할 필요가 있다.

(3) 사전예방적인 학생정신건강증진을 위해 중장기적 로드맵이 필요하다

학생의 정신건강을 지원하기 위해서는 전체적인 학교건강증진사업에서 정신건강증진에 대한 부분이 함께 계획되어야 한다. 학생정신건강검진 및 학생정신건강을 위한 정책, 서비스에 대해서 모든 교사들이 충분히 이해하고 정책과 사업추진을 협조할 수 있도록 역량이 강화되어야 한다. 이를 위해 중장기적인 학생정신건강증진정책이 계획되고 추진되어야 한다.

(4) 학생정신건강검진과 정신건강서비스에 대한 홍보와 편견해소가 필요하다

학생정신건강검진에 대한 취지와 내용에 대하여 학생과 학부모가 정확히 인지할 수 있도록 홍보가 필요하다. 학교에서 학생의 정신건강문제에 대한 상담서비스가 신뢰할 수 있고 편견 없이 이용할 수 있는 서비스가 되도록 여건을 조성하고 홍보하여야 한다. 이 문제는 단기간에 해결할 수 없을 것이며 중장기적인 홍보방안이 필요하고 모든 교직원과 학부모의 협조, 사회적 분위기조성이 필요하다.

(5) 부모자녀관계 지원정책이 강화되어야 한다

학교 및 지역사회의 정신건강증진정책은 포괄적으로 부모자녀의 정신건강증진을 지원할 수 있어야 한다. 스트레스 및 우울 등을 경험하는 자녀에 대해 부모가 적절히 대처해 줄 수 있도록 교육과 기술적 지원정책이 필요하다.

부모자녀의 정신건강문제를 지원해줄 수 있는 정책이나 사업은 지역정신보건센터나 민간기관에서 부모와 함께 치료를 받는 서비스를 강화함으로써 가능하다. 한편 지역정신보건센터나 민간기관에서의 상담의 질에 대해 부모들은 민감하므로 서비스의 질적 관리 및 개선이 필요하다.

(6) 수요자 중심으로 정신보건사업관리체계가 개선되어야 한다

정부와 공공기관에서는 아동·청소년의 정신건강문제를 개선하기 위해 많은 노력을 해왔으나, 현재까지의 아동·청소년정신건강정책이 공급자 중심으로 추진되어 왔다고 할 수 있다. 공급자 중심의 정책은 미충족 수요를 증가시킬 우려가 있고, 변화하는 정신건강문제에 효율적으로 대처하기 어렵게 한다.

본 연구에서 학생과 학부모대상의 FGI인터뷰 결과 조기발견과 조기치료의 요구도가 높게 나타났다.

현재 추진되고 있는 정신건강검진사업에 대한 인지도가 낮다. 교급이 높아질수록 학생의 정신건강수준은 저하될 가능성이 높은 반면 조기발견과 정신건강서비스에의 접근성은 더 낮아지는 경향이 있는데, 교급이 높아질수록 학교에서의 정신건강정책에 대한 우선순위가 낮은 것도 원인이 된다.

- ① 초등학교 : 조기발견과 지속적인 관리에 대한 요구가 가장 높은 시기이다. 학교담임교사를 비롯한 교직원의 이해도가 높아야 한다. 이를 위해 교직원과 부모교육이 중요하다. 초등학교 이전에 조기발견하여 치료가 연계되도록 하는 것이 가장 필요한 시기이다.
- ② 중학교 : 사춘기를 경험하는 청소년들과 부모의 갈등이 증가하는 시기이므로 학생과 부모를 지원해줄 수 있는 서비스의 보급 증가가 필요하다. 저소득층 정신질환 학생의 지속적 치료지원이 필요하다. 또한 중류층이지만 정신건강서비스에 대한 사회적 편견 등으로 이용하지 않는 대상이 많으므로 정신건강검진을 통해 선별된 대상 중 지속적 관리가 필요한 대상에 대한 관리와 개인정보 보호가 필요하다. 특히 개인정보 보호는 정신건강상담의 신뢰도를 높이기 위해서도 중요한 과제이다.
- ③ 고등학교 : 진학준비, 취업준비 등으로 학생과 부모가 많은 스트레스를 경험하고 학생과 부모의 의사소통이 적어질 수 있는 시기이다. 학생들은 친구나 선배와 더 의사소통을 할 가능성이 높은 시기이다. 따라서 가정에서 부모자녀 간 정신건강증진을 위한 교육과 홍보, 가이드라인이 필요하다.

#### (7) 아동·청소년 정신건강 정책의 역할 분담과 개선이 필요하다

##### 가) 학교 정신보건정책의 과제

학교는 우선 교사들을 대상으로 선별검사에 대한 의미, 검사결과에 대한 비밀보장, 학부모와의 의사소통 등에 대한 교육이 필요하다. 특히 초등학생의 경우 대부분 선별검사 도구가 학부모 혹은 교사가 기입하는 방식으로 되어 있는 경우가 많은데 정확한 관찰을 통해 기입할 수 있도록 해야 할 것이다. 학부모의 경우 외현화 문제에 대해서는 상대적으로 낮게 평가하고 내재화 문제에 대해서는 상대적으로 높게 평가하는 경향을 고려해서 객관적으로 평가하는 자세와 관점을 가질 수 있도록 해야 한다. 마지막으로 선별검사로 발견된 고위험군 아동·청소년에 대해서는 정신보건센터로 연계되도록 교사들이 적극적인 태도를 갖도록 교육해야 할 것이다.

한편 학교에서의 보건사업은 포괄적인 건강증진사업으로 변화하고 있다. 따라서 정신건강사업도

정체적인 학교건강증진사업안에서 예방과 증진, 질환의 조기발견 및 관리, 치료연계 등으로 추진해야 한다. 학생 문제의 대부분이 정신적인 문제와 관계있음을 인지하고 정규 수업과 비정규 활동 등에서 정신건강증진을 위해 보다 노력을 기울일 수 있을 때, 건강증진 학교, 금연 시범학교, 폭력 없는 학교, 신나는 학교를 위한 노력이 시작되고 그 결과 학생들의 학력향상과 건강증진이 달성될 것이다.

첫째, 각 학교별 정신건강증진사업을 위한 연간예산확보와 사업계획이 마련되어야 한다. 사업계획은 중장기적인 정책로드맵 하에서 각 학교별로 마련될 수 있도록 교육청 및 교육부와 보건복지부, 지방자치 단체의 협조가 필요하다. 각 학교에서는 학생정신건강증진을 위한 중장기, 연간 목표를 세우고 평가하도록 하고, 학교별 사업계획은 정신건강문제를 인식하고 해결을 위한 정보제공과 편견해소를 하는데 중점을 두도록 해야 한다. 이를 위해 정규적인 교육과정에서 정신건강교육에 대한 교육이 필요하고, 비정규교육과정과 교육활동에 정신건강증진에 대한 교육이 필요하다. 또한 학교차원에서 아동·청소년의 정신건강문제에 관심을 높이기 위해서 모든 교사에 대한 역량강화훈련이 필요하고 학부모에게 적극적으로 정보제공을 하고 학부모 연수기회를 제공해야 한다. 둘째, 학교에서의 정신건강정책으로서 중요한 것은 고위험군의 선별관리이다. 교육청에서 실시하는 정신건강검진사업에 대한 홍보가 극대화되어야 하고 효율적으로 운영될 수 있도록 학교 지원과 학부모의 협조가 필요하다. 학생정신건강검진을 위한 담당인력의 역량강화도 필요하다. 셋째, 정신건강증진을 위한 학교의 환경적 지원이 필요하다. 저소득층 정신질환 아동·청소년의 지속적 관리가 될 수 있도록 학교에서의 지원과 협조가 필요하다. 학교에서의 상담서비스를 이용하는 학생에 대한 개인정보보호 또한 철저하게 관리되도록 해야 한다.

#### 나) 시도 및 시군구 교육(지원)청 차원의 정신보건정책 과제

관내 학교에서 학교정신건강증진사업을 수행할 수 있도록 예산을 지원하고 사업을 평가하는 기전이 필요하다. 모든 학교장들이 아동·청소년 정신건강증진정책에 적극적으로 참여할 수 있도록 해야 한다. 아동·청소년 정신건강문제의 중요성과 잘못된 인식, 편견해소에 앞장설 수 있도록 해야 한다. 아동·청소년의 정신건강문제를 조기발견하고 조기개입을 할 수 있는 위센터(Wee center)와 관내 정신보건센터와 연계를 강화하도록 지원해야 한다. 아동·청소년의 정신건강문제를 선별해주는 정신건강검진사업에서 가장 중요한 것은 학부모가 자신의 아이의 정신건강을 중요시하고 문제가 있을 때 올바른 해결방법을 아는 것이다. 혹시 학부모가 발견하지 못한 문제를 교사가 발견한 경우 잘 받아드리고 교사와 협력해서 학생을 적절히 돕는 것이 이상적이다. 이를 위해 정신건강교육을 규칙적으로 받을 수 있도록 의무화해야 한다. 정신건강 상담인력의 교육훈련이 중요하고 학생의 개인정보보호에 대하여 철저한 교육이 필요하다. 자원봉사인력에 대해서도 적절한 교육훈련이 필요하고 관리되어야 한다.



## 다) 지방정부 차원의 정책

지방정부는 관내 아동·청소년의 전반적인 정신건강증진을 위한 계획을 수립하고 포괄적인 지원을 해야 한다. 이를 위해 매년 아동·청소년 정신건강증진사업계획을 수립하고 학교와 교육(지원)청, 정신보건센터, 관내 민간기관과 원활한 교류를 할 수 있도록 지원해야 한다. 미충족 정신보건서비스 요구를 해소하기 위하여 특히 저소득 가정의 아동·청소년 정신건강 치료비 지원이 확대되어야 한다. 고위험집단의 아동, 저소득층가족의 아동에 대하여 초기에 정신건강문제를 개입할 수 있도록 발견, 사례관리, 연계 등 세부적인 지원을 확대하기 위해 예산을 마련해야 한다.

공공과 민간이 연계될 수 있도록 하는 노력도 필요하다. 아동·청소년 정신건강문제의 조기발견과 도움을 줄 수 있도록 자원봉사인력을 활용하고, 전문적인 서비스의 지원이 가능하도록 기회와 인센티브를 주도록 해야 한다.

## 라) 중앙정부 차원에서의 정책개선방안

아동·청소년의 정신건강과 관련된 문제를 다루는 기관은 교육과학기술부, 보건복지부, 여성가족부 등이 있다. 보건복지부에서는 국민건강증진차원에서 중장기적 보건계획을 마련하는 기관이므로 아동·청소년의 정신건강증진에 대한 중장기적인 로드맵을 제시해야 한다. 이를 위해서는 모니터링체계가 확립되고, 지속가능한 관리체계의 수립이 가능하도록 근거중심의 정보관리체계가 필요하다.

아동·청소년의 정신건강증진을 위해서 필요한 사항에 대해서는 관련 부처에서 협력할 수 있는 방안과 예산지원이 필요하다. 정신건강문제 및 정신질환이 발견된 아동·청소년에게 지속가능한 치료서비스가 지원될 수 있도록 정신보건센터의 사업을 확대 지원해야 할 것이다. 저소득층 아동에 대한 치료지원확대, 고위험군에 대한 지속적인 사후관리 등이 필요하다. 아동·청소년의 정신건강수준을 적절하게 모니터링하고 정책성가를 평가하는 체계를 확립해야 한다. 교육과학기술부 차원의 모니터링 및 평가체계가 있고, 보건복지부 차원의 모니터링 및 평가체계가 있으므로 중복되지 않도록 조정해야 할 것이다.

교육과학기술부에서 실시하는 학생정신건강검진사업이 활성화되고 효과적으로 운영될 수 있도록 지원해야 한다. 현재의 운영체계와 사후관리, 가용자원에 대한 관리가 안 되고 있기 때문에 조속한 개편이 필요하다. 정신건강문제의 조기발견을 위해 대안적인 방법으로는 현행 구강검진사업과 같이 학생정신건강검진사업도 모든 학생들이 정신과 외래를 년 1회 방문하여 필요한 검사와 의사의 면담을 받게 하는 방법, 상담센터나 정신보건센터에 의뢰된 학생 중 고위험군 학생들은 반드시 정신과 의사와 진료하게 하는 방법, 소아청소년과에서 매년 정신건강검진 후 정신과적인 문제 학생을 정신과에

의뢰하는 방법 등을 추진할 수 있다. 각 부처의 정책과 사업내용에 대하여 홍보하고, 정신질환에 대한 편견해소 등 홍보에 주력해야 할 것이다.

### 3) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 부문

#### (1) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법체계 관련

우리나라 「아동·청소년 정신건강 증진을 위한 관련 법」으로 주요 법률로는 정신보건법, 아동복지법, 청소년 복지관련법(청소년기본법, 청소년보호법, 청소년복지지원법 등), 교육관련법(교육기본법, 학교보건법, 초·중등교육법, 고등교육법, 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률) 등이 있다. 이러한 아동·청소년복지 관련 개별 법은 각각의 입법목적과 중점 대상이 다르기 때문에 단기간 내 인위적인 아동·청소년의 정신건강만을 대상으로 하는 법으로의 통합 필요성보다는 각각의 중심 법률을 보강하는 방식이 현실적이라 할 수 있다.

그러나 중장기적으로 아동·청소년 정신건강 증진을 위해 국무총리실 등을 중심으로 한 협의체를 구성하고 관련 부처(보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등)간, 중앙과 지자체 간 정책협조체제를 구축하고 공공/민간의 협력체제의 법제도적 시너지 효과를 높이기 위하여 가칭, 「아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법률」과 같은 통합법의 제정 필요성이 있다(외국의 사례 비교 참조).

#### (2) 「정신건강」 법적 정의 관련

먼저, 우리나라 정신보건관련 법률 중 기존의 「정신질환」과 「정신건강」에 대하여 법적 정의를 정비할 필요성이 있다. 기존의 정신보건법상 정신질환자라 함은 “정신병(기질적인 정신병 포함)·인격 장애·알코올 및 약물중독 기타, 비정신병적정신장애를 가진 자”(정신보건법 제3조 1항)를 의미하는데, 아동·청소년에게 발생하기 쉬운 전반적인 발달장애와 지체 등을 정신질환과의 관련을 고려하여 재정비할 필요가 있다.

즉, 기존의 정신보건법상 주 대상인 「정신질환」 외에 「정신건강」 적 요소인 ‘행동장애’(주의력 결핍 과잉행동장애-Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD, 적대적 반항장애,品行장애), ‘정신지체’(Mental Retardation), ‘아스퍼거증후군’(사회성 결여), 특히, 2013년 DSM-V에 등재가 확정된 ‘인터넷 게임중독’ 등 주요 질병군에 대해 이를 예시 또는 열거방법으로 관련 법 규정을 ‘추가보완’ 하거나, 또는 ‘별도로 분류하여 법 규정’토록 하는 방안 등 법적 정비가 필요하다.

### (3) 정신건강 증진 핵심 지원체계 관련

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 핵심지원체계는 전국적으로 조직되어 있는 정신보건관련 전문기관인 「정신보건센터」로, 센터 내에 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원규정을 보다 구체적이고 명확히 보강하여야 할 필요성이 있다. 동시에 일반인은 「정신보건센터」 중심, 아동은 역시 전국적 조직망인 「지역아동센터」 중심, 청소년은 통합지원망인 「지역사회청소년사회안전망(CYS-Net: Community Youth Safety-Net 등)과 청소년상담지원센터」를 중심으로, 그리고 아동·청소년의 경우 학교와의 연계가 매우 중요하므로 교육부문은 「Wee(Welfare Education) Center나 Wee Class」 등 각각 그 목적과 취지에 맞도록 분산하여 다원적으로 대응하는 방안도 중요하다(※ 단, Wee Center의 경우 2011년까지만 중앙에서 지원하고 이후 각 지자체 교육청으로 이관될 예정이어서 사업의 지속성 여부가 명확하지 않음).

전자의 경우 중증 정신질환자 중심의 한계를 극복하고 정신건강부문의 장애를 실질적으로 포괄할 수 있는 법적 제도적 정비가 전제되어야 할 것이다. 또한 후자의 경우 지원체제의 중복 및 난립과 정신보건센터, 지역아동센터, Wee Center 모두 정신건강 증진을 위한 전담기구로서의 한계와 예산과 인력지원의 지속성의 문제점에 대한 보완대책이 마련되어야 할 것이다. 따라서 두 방안이 동시에 추진되어야 할 것이다.

### (4) 정신보건관련 기본법의 보완 관련

정신건강 관련 기본법이라 할 수 있는 현행 「정신보건법」은 주로 ‘중증 정신질환자 중심’으로, ‘생애주기별 정신건강사업’이 상대적으로 비중이 낮고, 아동·청소년복지 관련 법에는 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 구체적인 보호조치가 부재한 실정이다. 이를 극복할 개선방안으로 첫째, 정신보건법상 제2조 “① 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다.”는 미성년자인 아동과 청소년의 정신질환의 치료에 대한 법적인 보호 규정과 동법의 제2조 “④ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다.”는 규정에서 아동·청소년 특성을 더욱 고려한 규정으로 정비토록 하고, 보호의무자 책임 규정 등을 보완하여야 한다.

둘째, 아동·청소년 복지 관련법상에는 약물 및 알콜 중독, 정서장애, 발달장애 아동에 대한 보호와 치료 조치 등이 규정되어야 한다.

셋째, 법 자체 중첩이 발생하거나 집행 상 효율성이 떨어지거나, 법에는 명시되어 있으나 현장에는 설치되지 않는 여러 임의규정에 의한 기관단체(정신보건센터, 청소년상담지원센터, 건강가정지원센터, 아동보호전문기관 등)가 상당히 존재하여 문제가 되고 있다. 이들의 설치 및 운영규정을 의무조항으

로 하고 동시에 지도·점검 규정을 명문화하는 등 법의 실효성 제고가 필요하다.

넷째, 지역사회 중심의 정신보건 인프라에 기반한 정책의 추진, 아동·청소년 정신건강 관련 예방정책, 조기발굴 및 지원 근거조항 등 관련 규정을 강화하여야 한다.

#### (5) 정신보건관련 인력양성체계 육성관련

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 인력양성 및 수요와 공급에 대한 법 규정의 정비가 필요하다. 정신보건과 관련 정신보건법 시행령과 시행규칙이 제정되어 있고, 자격증관련사항, 시설설치, 전달체계, 목적, 시책, 의무 등에 대한 중요한 사항들이 정신보건법에 명시되어 있고, 자격증발급사항 등에 대한 것은 시행령과 시행규칙에 체계적으로 제시되어 있어 정신건강관련 규정이 존재하나 기타 정신건강 관련 법령이 산발적으로 구성되어 있어 인력양성 및 수요와 공급 및 관련 규정이 체계적이지 않으며, 연계성이 매우 미약하다. 따라서 추진 주체별로 추진사업의 목표와 주요 시책 등 관련 정책을 조율할 부처 간 협의체 구성 등 관련 법령의 정비가 필요하다.

#### (6) 정신건강 증진 전달체계의 효율성 제고방안 관련

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 전달체계구축과 시설 및 전문인력 확보와 관련 각 법령이 각 소관부처(보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등)의 기능 중심으로 되어 있어 이들의 국민서비스 측면의 일관성 부재로 행·재정적인 효율성이 없다는 지적이 있다.

이와 관련하여 첫째, 정신질환 아동·청소년을 위한 인터넷 중독 기숙형 치료시설, ‘레스큐 스쿨’ 설치 및 운영과 이용시설 확보 등 시설 및 예산에 대한 법 규정이 정비될 필요가 있다. 둘째, 정신보건전문요원(정신과 의사, 정신보건사회복지사, 정신보건간호사, 정신보건임상심리사 등)과 청소년상담사(국가공인자격), 상담심리사(학회자격), 사회복지사 등 체계적인 전문 인력 수급 규정의 정비가 필요하다. 셋째, 진단과 평가를 전문적으로 할 수 있는 전담기관 설립 및 전달체계 강화 법 규정이 필요하다.

#### (7) 정신건강관련 위험인자에 대한 법 규정 방법 관련

우리나라 정신보건 관련법상 정신질환 및 정신건강 관련된 위험인자에 대한 명확한 정의가 부재한 실정이라는 지적이 많다. 실제로 정신질환 및 정신건강 관련 위험인자는 개인의 유전인자에 따른 기질적 차원, 연령별 발달 과업(학업, 입시, 취업 등)에 따른 차원, 가정 내 학대나 방임에 따른 외상후 장애(트라우마)와 유해환경에 따른 차원, 부모의 양육태도에 따른 차원, 집단따돌림 등 그

내용과 범위가 다양하며 따라서 개별적인 위험요인별 법적 규정은 용이하지 않은 측면이 있다. 그러나 정신질환별로 정신보건법 시행령 등에 크게 ‘주변환경 요인’과 ‘유전관련 요인’ 등을 구분하여 규정 합당한 대응방안을 마련토록 하는 법 규정을 정비할 필요가 있다.

#### (8) 정신보건법상 고위험가정에 대한 특별지원규정 명문화 관련

우리나라 정신보건 관련법상 아동·청소년의 정신건강과 관련 특히, 고위험가정에 대한 교육 및 지원체제가 부족하다는 지적이 많다. 그 개선을 위하여 기존의 정신보건법상 규정의 범위를 넘어 한부모가정, 조손가정, 새터민가정, 다문화가정 등 사회적 취약계층 아동·청소년의 정신건강 증진의 지원을 위한 별도의 지원규정의 명문화가 필요하다

#### (9) 정신질환 이상 정신건강 제 문제를 포괄하는 방법 관련

현재 우리나라 정신건강 관련 법령은 가정, 학교, 또래 및 지역사회 등 정신건강에 영향을 미치는 요소들과 관련하여 주로 성, 약물, 알코올 등에 국한하여 법적 규정을 하고 있는 반면, 정신질환을 갖는 것 이상의 건강상태를 유지할 수 있는 것에 대해서는 포괄하지 못하고 있다는 지적이 있다. 개선방안으로 발달학적 측면에서 성인과 아동 및 청소년이 다르므로 생애주기별 맞춤형의 법 규정 개선을 제시할 수 있다.

#### (10) 정신건강서비스의 핵심적인 개선방안 관련

우리나라 정신건강 서비스 제공에 있어 핵심적인 개선방안은 다음과 같다. 첫째, 국가사회에 의해 제공되는 서비스와 관련 법적 규정이 임의규정인 부분(예: 정신보건센터의 설치와 관련하여 정신보건법 제13조의2에서 “국가 및 지방자치단체는 제13조제1항에 따른 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하도록 노력하여야 한다.”)은 이를 의무규정으로 하여 법적용 실효성을 높여야 한다.

둘째, 직접적인 서비스를 제공하는 지역사회(학교) 단위의 전문적 인프라가 부족하여 수요를 해소하는 데 역부족이며 지역사회에서 아동·청소년의 문제를 해결하는데 가정을 포함하는 포괄적인 접근방안과 자원, 시스템이 부족하여 관련 법 규정을 정비하여야 한다. 구체적으로, 정신질환 청소년의 시설보호 진료 시 법 규정상 보호자 동행과 동의(72시간 이후)가 필수규정이거나 이는 현실적 제약이 크므로 이를 임의규정으로 하여야 할 필요성이 있다.

## (11) 정신건강관련 법 규정과 우선적인 제도개선 방안 명문화 관련

아동·청소년 정신건강 법·제도 중 우선적으로 보완이 필요한 내용은 i) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등)의 예방·상담, 전문가에 의한 전문적인 치료·재활(인터넷중독 지속형 치료학교, ‘레스큐 스쿨’ 설치 및 운영, 치료재활센터 등) 규정 마련, ii) 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission) 규정 마련, iii) 아동·청소년 정신질환자에 대한 차별(의료제도 내외에서) 금지와 관련규정(voluntary admission and treatment), iv) 치료 후 ‘재활’, ‘사회복귀 훈련’ 등 follow-up 관련 돌봄이 필요한 대상에게 돌봄이 가능한 서비스를 연계하는 세부적 과정을 명시하는 지원 규정 마련, v) 종사자의 자격조건, 처우, 권한과 의무의 명확한 규정 등이 필수적인 고려 사항이다.

## (12) 정신건강 증진을 위한 실태조사 관련

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 실태조사의 필요성과 실시 방법 및 적합성에 대해서는 아동과 청소년 각각의 특성을 고려하여 아동의 경우 초등학교 1학년, 4학년 시기 등 2회, 청소년의 경우 중학교 1학년, 고등학교 1학년 등 3년에 1회 지자체 단위별로 전수조사를 실시하고 국가차원에서 취합 결과를 분석토록 하는 방안이 적절하다.

## (13) 정신건강 증진을 위한 핵심기관 및 체제 관련

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 현행 체제와 관련해서는 다음의 방안이 필요하다. 즉, 기존의 정신보건센터 내 소아청소년 정신과 담당 공중의와 청소년상담원을 두도록 의무화하는 법 규정 마련은 필수적이며 이를 넘어 고위험군으로 선별되었을 때 기존 정신보건센터의 경우 지속적 서비스를 위한 비용부담과 담당인력의 부족, 정신과 치료를 받을 경우 이른바 낙인(F코드) 등의 문제가 있으므로 아동·청소년 정신건강을 담당하는 센터의 추가적 설립과 이 센터에 정신건강전문요원(정신과의사, 정신과 간호사, 정신보건임상상담사, 정신보건사회복지사, 정신보건작업치료사 등)의 상주를 법에 명문화하는 방안이 필요하다.

## (14) 정신건강 증진 지원을 위한 전문기관 지원방안 관련

아동·청소년 정신건강의 증진을 위한 전문기관(정신보건전문요원 및 청소년지도사 및 상담사) 지원방안과 관련된 우선적인 과제는 첫째, 아동·청소년 정신건강문제를 다루는 정신과 의

사, 임상심리사, 간호사, 사회복지사, 청소년상담사, 청소년지도사의 기능과 역할을 명확히 하여야 한다. 둘째, 임상, 상담, 복지, 교육 등 관련분야의 전문가를 배치하여 복합적인 서비스가 수행될 수 있도록 전문적인 인적, 물적, 콘텐츠 등을 강화하여야 한다. 셋째, 전문 인력의 전문성 강화를 위한 보수교육강화 등 재교육체계를 마련하고 인건비의 현실화 등 종사자의 처우를 시급히 개선하여야 한다. 넷째, 정신보건관련법 중 소아청소년정신건강 전문가를 포함시키고, 건강환경평가지 일반환경, 시설환경, 실내환경, 주변환경 등 환경요인 외에 인적환경에 대한 평가가 이루어지도록 하여야 한다.

#### (15) 정신건강 증진을 위한 예방과 재활 및 사후조치 강화방안 관련

아동·청소년 정신건강 관련법 규정이 주로 사후적인 조치나 치료중심인 반면 예방과 재활 등 사전조치로는 다음 사항이 중요하다. 첫째, 학생정서행동 선별검사 실시 등 정신보건센터의 의무를 강화하여야 한다. 둘째, 학교보건법상 학생건강검진 내용이 구체적이지 못하고 국가와 국민(학부모, 학생)의 책무가 명시되지 않아 정책추진의 실효성 확보가 미흡한 실정이므로 관련내용의 정비가 필요하다. 셋째, “아동·청소년 정신건강 예방 및 건강증진사업에 국가 및 지방자치단체는 기여한다”는 선언규정 조항을 넣고, 시행령, 규칙에 구체적 규정을 제시하는 것이 필요하다. 기타, 정신보건법 제16조 재활관련 규정에 초점을 두고 정책목표를 구체화할 필요성이 있다.

또한, 학업중단 청소년 대상 숙려제도를 도입하여 진로상담 또는 심리치료를 받을 수 있도록 하고, 지역 내 유관기관을 활용하고 학업중단 후 지역사회상담기관(예, 청소년상담지원센터)에 이관할 수 있는 법 규정을 신설하고 장기적으로 거주형 치료를 받을 수 있도록 해야한다. 또한 재활센터와 같은 기관을 전국적으로 확산 시도별 1개소씩 설치운영토록 법 규정을 마련하는 것이 필요하며, 인터넷중독 저위험군과 고위험군 부모의 교육 참여가 필수이며, 범죄청소년의 부모교육 및 부모상담이 필수이나, 가정교육에 대한 강제력이 없는 문제가 있으므로, 부모가 참여할 수 있는 제도(예: 저소득층 부모 교육 참여 시 일당에 준하는 금액 지원 등)를 마련하고, 아동이 치료를 받고 있을 경우 병원에서 운영하는 병원학교에서 사이버 교육을 강화하고, 한부모가족 지원법의 제17조 가족지원서비스 관련하여 정신건강을 위한 규정을 추가할 필요가 있다.





---

# 참 고 문 헌



## 참 고 문 헌

- 강지현(2009). 유아기 내재화 및 외현화 문제행동의 발달경로-유아의 기질과 부모 양육행동의 영향을 중심으로-. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 강지현 · 오경자(2011). 유아기 내재화 및 외현화 문제행동에 대한 연령, 기질과 양육행동의 영향에 있어서의 성차. 한국심리학회지:여성, 제16권 제1호, pp. 1-21.
- 건강보험심사평가원(2010). 보도자료.
- 고재홍 · 윤경란(2007). 청소년의 스트레스와 자살생각: 자아탄력성의 완충효과. 한국청소년연구, 제18권 제1호, pp. 185-212.
- 곽영숙(2002). 제주도 학교정신보건 시범사업. 사회정신의학, 제7권 제1호, pp. 10-19.
- 곽영숙(역자)(2000). 행동장애 어린이를 돕는 기술: 부모와 치료자를 위한 지침서. 하나의 학사.
- 곽영숙 · 박순영(역자)(2008). 소아청소년 정신보건 증진: 개념과 실제. Mental health promotion and Young people, concepts and practice by Rowling, L., Martin, G., & Walker, L. 도서출판 하나의학.
- 교육과학기술부(2009). 2009년도 학생 정신건강 관리방안.
- 구재선(2009). 행복은 심리적 자원을 형성하는가. 한국심리학회지:사회 및 성격, 제23권 제1호, pp. 165-179.
- 권석만(2003). 현대이상심리학. 서울: 학지사.
- 권재환(2006). 청소년의 게임중독과 심리적, 환경적 요인과의 관계에서 대인관계기술의 매개효과. 사회연구, 제15권, pp. 145-187.
- 권재환 · 이은희(2007). 남녀 청소년의 충동성, 부모의 양육태도, 개인의 통제력, 부모-자녀 의사소통이 문제행동에 미치는 영향. 한국청소년연구, 제17권 제1호, pp. 325-351.
- 금명자 · 이영선 · 김수리 · 손재환 · 이현숙(2006). 다문화가정 청소년 연구: 사회적응

- 실태조사 및 고정관념 조사. 한국청소년상담원.
- 김광수(1999). 용서교육 프로그램 개발. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김광수(2007). 용서의 심리와 교육프로그램. 파주: (주)한국학술정보.
- 김기범·임효진(2006). 대인관계 용서의 심리적 과정 탐색: 공감과 사과가 용서에 미치는 영향 분석. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 제11권 제1호, pp. 177-190.
- 김봉년·김수진·김재원·김현수·손정우·신윤미·강미영·김현화(2009). 전국 지역 정신보건센터에서의 소아청소년사업을 위한 기본사업모델 및 사업표준가이드라인과 프로토콜 개발연구. 서울대학교, 건강증진사업지원단.
- 김연희·박경자(2001). 아동이 지각한 사회적지지 및 귀인 성향과 아동의 자아존중감의 관계. 아동학회지, 제22권 제2호, pp. 49-64.
- 김예선(2006). 청소년동아리활동이 학교생활만족도에 미치는 영향에 관한 연구. 숭실대학교 대학원 석사학위논문.
- 김요셉·김성천·유서구(2011). 청소년기 스트레스의 영향요인: 긍정적 자아개념과 자기 신뢰감의 영향을 중심으로. 청소년학연구, 제18권 제3호, pp. 103-126.
- 김웅수·김성진(2010). 소년보호과정 청소년의 비행인식 결정요인에 관한 연구. 청소년복지연구, 제12권 제2호, pp. 1-22.
- 김원경·권희경·전제아(2001). 부모 양육행동 및 아동의 심리적 제반 변인이 문제해결력에 미치는 영향: 경로분석모형. 한국심리학회지:발달, 제14권 제3호, pp. 87-105.
- 김유정(2002). 청소년 인터넷 게임중독 척도 개발 및 심리사회적 취약성 요인. 아주대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김윤·이명수·이선영·강상경·곽영숙·김경희·김명식·남윤영·문용훈·박종익·백종우·서규동·이영문·이진석·조근호·이계성·이은정·김명정(2010). 국가정신보건 5개년 계획(2011-2015) 수립. 서울대학교 산학협력단, 건강증진사업지원단.
- 김윤·이선영·오무경·이은정·강미영(2009). 정신건강선별검사 및 사례관리 연계체계 개발. 서울대학교 산학협력단, 건강증진사업지원단.
- 김의철·박영신(1999). 한국 청소년의 심리, 행동특성의 형성: 가정, 학교, 친구, 사회 영향을 중심으로. 교육심리연구, 제13권 제1호, pp. 99-142.
- 김의철·박영신·곽금주(1998). 한국 청소년의 생활만족도와 스트레스 형성요인: 도시와

- 농촌 청소년을 중심으로. 한국심리학회지: 사회문제, 제31권 제1호, pp. 79-101.
- 김정미(2010). 아동 및 청소년의 부적응적 완벽주의와 우울의 관계에서 자아존중감의 역할. 청소년학연구, 제17권 제8호, pp. 79-104.
- 김정주(2000). 청소년육성을 위한 지역사회역할강화와 참여확대. 서울: 한국청소년개발원.
- 김정주 · 김용대 · 성기원(2003). 지역사회에서 청소년동아리활동 실태와 지원방안 연구. 서울: 한국청소년개발원.
- 김정주 · 임지연(1999). 청소년동아리활동. 서울: 한국청소년개발원.
- 김준호(1990). 청소년비행의 원인에 관한 연구: 공부에 대한 압력을 중심으로, 형사정책연구, 창간호, pp. 113-148.
- 김지현 · 최희철(2007). 남성 성역할과 우울의 관계에서 자기존중감의 매개효과: 도구성과 성역할 갈등을 중심으로. 한국심리학회지: 여성, 제12권 제2호, pp. 145-160.
- 김진희 · 오익수 · 최동옥 · 권해수(1996). 학교상담체계 발전 연구. 서울: 청소년대화의 광장.
- 김청택 · 김동일 · 박중규 · 이수진(2002). 인터넷 중독 척도 개발 연구. 서울: 한국정보문화진흥원.
- 김현경(2010). 반복 자살 시도자의 생존 경험: 늪에서 헤어남. 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김형택(1998). 청소년 정신건강을 위한 환경요인과 복지체계에 관한 연구. 동국대학교 대학원 박사학위논문.
- 김혜원 · 홍미애(2007). 우리나라 청소년의 삶의 질 정도와 설명요인 분석. 청소년학연구, 제14권 제2호, pp. 269-297.
- 김희수(2005). 청소년이 지각한 가정폭력 수준이 청소년의 불안과 학교적응에 미치는 영향. 한국청소년연구, 제19권 제1호, pp. 109-132.
- 대검찰청(2009). 범죄분석.
- 디지털보사. 政, 학생정신건강서비스지원 확대. 2011.2.16일자 기사.
- 류관열 · 엄우용 · 최성열(2010). 중고등학생의 학업적 자기효능감, 타인기대와 학업성취도 관계에서 자기조절학습전략의 효과. 교육심리연구, 제24권 제3호, pp. 661-685.
- 문경숙(2006). 학업스트레스가 청소년의 자살충동에 미치는 영향: 부모와 친구에 대한

- 애착의 매개효과. 아동학회지. 제27권 제5호, pp. 143-157.
- 문영주·좌현숙(2008). 청소년의 학업스트레스와 정신건강에 있어 정서적 조절능력의 조절 효과. 사회복지연구, 제38권, pp. 353-379.
- 민성길·김한중·오경자(1995). 도시형 지역사회 정신보건사업: 학교정신보건사업 시행 제 2차년도 보고서.
- 민성길·김한중·오경자·이혜련(1992). 학교정신보건 사업 모델 개발 I. 국민학생의 현재 정신장애에 대한 실태조사. 학술연구진흥재단 연구보고서.
- 민수홍(2006). 청소년의 자기통제력이 비행과 범죄에 미치는 영향. 청소년학연구. 제13권 제6호, pp. 27-47.
- 박광배·신민섭(1991). 고등학생의 지각된 스트레스와 자살생각. 한국심리학회지: 임상, 제10권 제1호, pp. 298-314.
- 박성길·김창대(2003). 청소년인터넷 과다사용의 위험요소분석. 청소년상담연구, 제11권 제1호, pp. 84-95.
- 박성혜(2003). 유아의 일상적 스트레스에 영향을 미치는 미시체계변인의 탐색. 아동학회지, 제24권 제4호, pp. 1-14.
- 박순우·한명수·최은진·김종연·배지숙(2009). 학교흡연예방 활동의 활성화방안 연구. 대구가톨릭대학교, 건강증진사업지원단.
- 박승민·김창대·천명재(2005). 청소년 인터넷 중독에 관한 국내 연구의 동향과 과제-연구 주제를 중심으로-. 청소년상담연구, 제13권 제2호, pp. 3-14.
- 박아청(2003). 자존감과 자기보호감 및 자기고양행동의 관계에 대한 연구분석. 교육심리연구, 제17권 제4호, pp. 1-22.
- 박영신·김의철·김영희·민병기(1999). 초등학생의 생활만족도 형성요인에 대한 구조적 관계 분석: 사회적 지원과 자기효능감을 중심으로. 한국심리학회지:사회문제, 제5권 제1호, pp. 57-76.
- 박영신·김의철·정갑순·이상미·권혁호·양계민(2000). 초, 중, 고등학생의 생활만족도 차이와 형성 및 영향. 한국심리학회지:건강. 제5권 제1호, pp. 94-118.
- 박은리(2001). PC 게임과 공격 특성이 공격 의도에 미치는 영향. 충남대학교 대학원 석사학위 논문.
- 박지영(2007). 노인자살 생존자의 자살경험에 관한 연구. 정신보건과 사회사업, 제27권,

- pp. 295-330.
- 박효정 · 안동현 · 김현정 · 현미나 · 김윤영 · 이혜숙 · 남동현 · 김상원 · 이윤희(2008). 2008 학생정신건강검진 시범운영사업결과 및 추진방안연구. 교육과학기술부, 한국교육개발원.
- 배상수 등(2010). 국민건강증진종합계획 2010 평가(건강증진연구사업 정책10-44). 한림대학교, 건강증진사업지원단.
- 배주미 · 이승연 · 김은영(2010). 청소년 자살 사후개입 매뉴얼 개발-학교 장면에서의 개입을 중심으로-. 서울: 한국청소년상담원.
- 백혜정(2009). 성별에 따른 청소년들의 가정환경과 비행 경험관계에서의 부모의 지지와 자기통제의 매개 효과. 한국심리학회지: 발달. 제22권 제4호, pp. 37-56.
- 변용찬 · 김성희 · 윤상용 · 강민희 · 손창균 · 최미영 · 오혜경(2009). 2008년 장애인실내조사. 보건복지가족부, 한국보건사회연구원.
- 보건복지가족부(2008). 아동청소년백서.
- 보건복지가족부(2009). 아동청소년백서.
- 보건복지부(2010). 제5차 2009년 청소년건강행태온라인조사 통계.
- 보건복지부(2011). 2011년 정신보건사업 안내.
- 서동우 · 조맹제 · 김윤희 · 김진학 · 김광기 등(2006). 2006년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 서울시소아청소년정신보건센터, 2011서울정신건강포럼, 학교란 무엇인가?, 포럼자료집, 2011.5.20(금). 14:00-18:00
- 성미옥(2003). 초등학생의 자아존중감과 학교생활 만족도 향상을 위한 칭찬 프로그램과 그 효과에 관한 연구. 서울교육대학교 대학원 석사학위논문.
- 신민영 · 김호영 · 김지혜(2005). 주의력 결핍/과잉 행동 장애 증상을 호소하는 청소년의 우울: 자기개념의 매개효과. 한국심리학회지: 임상, 제24권 제4호, pp. 904-916.
- 신애현(1998). 청소년의 스트레스, 사회적지지 및 자아존중감과 관계. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 신현균(2002). 청소년의 학업 부담감, 부정적 정서, 감정표현불능증 및 지각된 부모양육행동과 신체화 증상과의 관계. 한국심리학회지: 임상, 제21권 제1호, pp. 171-187.
- 신현숙 · 류정희 · 이명자(2005). 청소년의 낙관성과 비관성: 1요인 모형과 2요인 모형의

- 김중. 한국심리학회지: 학교, 제2권 제1호, pp. 79-97.
- 신혜섭(2005). 가정폭력 요인과 가족구조 요인이 남녀 학생 청소년의 비행에 미치는 영향. 가족과 문화, 제17권 제2호, pp. 63-88.
- 안동현 · 정승아 · 조재일 · 정선녀 · 정윤경 · 김경숙 · 김윤영 · 최민정(2006). 청소년 부교재 및 정신건강 선별검사도구 개발연구에 관한 연구. 한양대학교, 건강증진사업지원단.
- 양미진 · 이은경 · 이희우(2006). 청소년의 심리내적 요인과 환경적 요인이 정신건강에 미치는 영향. 청소년상담연구, 제14권 제1호, pp. 63-76.
- 염행철 · 조성연(2007). 청소년의 스트레스와 생태학적 변인과의 관계. 청소년복지연구, 제9권, pp. 1-21.
- 오경자 · 송동호 · 하은혜(2004). 청소년기 정서장애 조기발견 및 정신건강 서비스 연결체계 모형개발. 건강증진기금 연구사업 보고서.
- 오경자 · 양윤란(2003). 청소년기 사회불안의 발생과 유지의 심리적 기제1: 행동억제기질, 부모양육태도 및 외상경험의 영향. 한국심리학회지:임상, 제22권 제3호, pp. 557-576.
- 오경자 · 정경미 · 문혜신 · 배주미 · 이상선 역(2008). 아동 청소년 심리치료. 서울: 시그마프레스. Weisz, J. (2004). Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples. Cambridge University Press.
- 오대연(2002). 대학생의 성격특성과 종류별 게임중독의 관계에 관한 연구. 성균관 대학교 대학원 석사학위논문.
- 오산시 초등학교(1997). 학교정신보건사업 실행보고서.
- 우채명 · 박아청 · 정현희(2010). 성별 및 학교 급별에 따른 청소년의 인간관계, 스트레스, 우울과 자살생각간의 구조적 관계. 한국교육심리학회, 제24권 제1호, pp. 19-38.
- 위휘(2005). 청소년 스트레스 영향요인에 관한 연구, 정신간호학회지, 제14권 제2호, pp. 129-138.
- 유근춘 · 임완섭(2011). 소아청소년과 운영의 중장기 발전방안연구-외래진료를 중심으로. 한국보건사회연구원 정책보고서(2011-25).
- 유성경(2002). 청소년 비행관련 위험요소 및 보호요소의 남녀별 차이분석. 교육심리연구, 제16권 제2호, pp. 201-217.



- 유안진 · 이점숙 · 서주현(2005). 가족 구조에 따른 청소년 비행. 대한가정학회지, 제43권 제10호, pp. 91-102.
- 윤명숙 · 이선영(2008). 한국 정신건강 정책의 실태 및 문제점과 개선방향. 사회복지정책, 제35권, pp. 329-354.
- 윤성민 · 신희천(2010). 한국판 긍정심리치료척도의 타당화 연구. 한국심리학회지:상담 및 심리치료, 제22권 제3호, pp. 707-732.
- 윤숙진(2005). 중 고교생의 충동성 및 자기효능감과 인터넷 사용간의 관계 연구. 서울여자대학교 특수치료전문대학원 석사학위 논문.
- 윤희미(2005). 경제적 곤란과 가족갈등이 아동의 적응에 미치는 영향: 아동의 스트레스와 스트레스 대처방식의 상호작용을 중심으로. 한국사회복지학, 제57권 제3호, pp. 133-164.
- 이명순(2006). 청소년 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 백석대학교 대학원 박사학위논문.
- 이선영(2011). 2011년 아동청소년 정신건강 관리 방향. 교과부 합동교육자료.
- 이성식 · 전신현(2009). 학업성적과 청소년 비행: 패널자료를 통한 비행이론들의 검증. 한국청소년연구, 제20권 제2호, pp. 91-111.
- 이수정 · 고선영 · 이춘근 (2004). 고위험 비행청소년들의 역기능적 정서인식. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 제18권 제3호, pp. 1-13.
- 이순자(2006). 청소년의 자원봉사활동이 자기효능감에 미치는 영향. 광운대학교 정보복지대학원 석사학위논문.
- 이승연(2007). 학교장면에서의 자살 사후중재. 상담학연구, 제8권 제1호, pp. 161-180.
- 이은경 · 박성연(2010). 부모의 심리적 통제가 청소년의 우울성향 및 우울과 자아존중감에 미치는 영향. 아동학회지, 제31권 제6호. pp. 87-106.
- 이주영(2010). 초기 청소년기 우울과 비행의 공존발달-기질의 영향을 중심으로-. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이진석 · 이선영 · 김명정 · 최혜원 · 한혜민(2011). 학생정신건강관리 체계운영실태분석을 통한 문제점 확인 및 개선방안연구. 서울대학교 산학협력단, 충청북도교육청.
- 이창호 · 양미진 · 이은경 · 이희우(2005). 청소년 정신건강 관련 요인 연구. 한국청소년상담원.
- 이철(2009). 가정, 학교, 친구관계에서 발생하는 긴장이 청소년 비행에 미치는 효과연구:

- 종합 긴장모형과 세부 긴장모형을 통한 탐색. 청소년학연구, 제16권 제3호, pp. 237-257.
- 이태근(2011). 2011년 정신보건정책의 추진방향. 2011년 지역사회 정신보건관계자 Workshop 자료집. 중앙정신보건사업지원단, 보건복지부.
- 이하나 · 정현주 · 이기학 · 이학주(2006). 대학생의 자아탄력성, 행복감과 스트레스 지각 및 대처와의 관계. 상담학연구, 제7권 제3호, pp. 701-713.
- 이혜진(2002). 청소년 인터넷 중독과 개인, 가족, 학교 및 또래 환경요인과의 관계 연구. 가톨릭대학교 대학원 석사학위 논문.
- 이희자(2007). 대입수험생의 입시스트레스가 정신건강에 미치는 영향. 한국교원대학교 대학원 석사학위논문.
- 임규혁(2001). 학생의 정신건강에 교사의 인식도 분석. 고려대학교 교육문제 연구소, 제14권, pp. 1-23.
- 임은미 · 정성석(2009). 청소년의 스트레스와 우울의 변화 및 우울에 대한 스트레스의 장기적 영향. 청소년학연구, 제16권 제3호, pp. 99-121.
- 장정현 · 고재홍(2010). 청소년의 스트레스와 정신건강: 희망의 조절효과. 청소년상담연구, 제18권 제2호, pp. 101-116.
- 전영주(2001). 우울증을 매개로 한 청소년의 자살구상에 관한 가족 및 학교환경의 경로분석 모델. 대한가정학회지, 제39권 제1호, pp. 151-167.
- 정소희(2007). 사회경제적 지위, 부부갈등, 부모양육행동, 자기통제력이 청소년비행에 영향을 미치는 경로분석. 사회복지연구, 제32권(겨울호), pp. 5-34.
- 정영숙 · 이정렬 · 이춘옥(1999). 세계보건기구의 건강증진학교를 근거로 한 우리나라 초등학교 건강증진전략구축. 건강증진사업지원단, 전북대학교.
- 정익중(2006). 자아존중감과 청소년비행 간의 상호적 영향. 청소년상담연구, 제3권 제1호, pp. 91-113.
- 정진욱 · 이수형 · 천재영 · 김지은 · 백종우 · 서동우 · 강은정(2010). 의료인을 통한 자살 예방체계구축방안연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 정현희 · 이시형 · 김은정 · 박현선 · 신현아 · 강신옥(1997). 청소년의 인성발달 및 문제 예방을 위한 학교정신건강 프로그램 개발(II). 삼성생명 사회정신건강 연구소.
- 조민영(2005). 중 · 고등학생들의 스트레스가 정신건강에 미치는 영향 연구. 가톨릭대학

- 교 대학원. 석사학위논문.
- 조은숙(1986). 정신위생. 서울: 교학연구사.
- 조준범 · 김동기(2010). 청소년의 우울과 자아존중감의 자귀회귀교차지연 효과검증-성별 간 다집단 분석을 중심으로-. 청소년복지연구, 제12권 제4호, pp. 207-229.
- 중앙일보, 2001, 6, 16. 보도자료.
- 중앙일보, 2010. 2. 보도자료.
- 중앙정신보건사업지원단 사업보고서(2009). 서울대 의학연구원 의료관리학연구소, 보건복지가족부.
- 질병관리본부(2010). 2009 국민건강통계.
- 질병관리본부(2010). 2009 청소년건강행태온라인조사통계.
- 최미례 · 이인혜(2003). 스트레스와 우울의 관계에 대한 자아존중감의 중재효과와 매개효과. 한국심리학회지:임상, 제22권 제2호, pp. 363-383.
- 최선희 · 김희수(2006). 아동의 비행행동에 영향을 미치는 생태체계적 요인들의 다차원 상호작용. 한국아동복지학, 제21권, pp. 233-258.
- 최영(2000). 학교정신보건사업의 배경과 필요성-정신과 의사의 관점-. 광주광역시 서구 청소년정신건강센터 주최 심포지엄 구두발표.
- 최인재(2010). 청소년기 자녀의 자살 생각에 대한 부모자녀관계의 영향:자아존중감 및 우울의 매개효과를 중심으로. 청소년학연구, 제17권 제9호, pp. 105-130.
- 통계청(2010). 2009. 사망원인 통계 결과.
- 하영희 · 김정연(2003). 청소년의 도덕적 금지행동과 개인 및 가정환경 변인간의 인과관계. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 제17권 제1호, pp. 17-30.
- 한경옥(2004). 중학생의 동아리 체육활동 참여가 자기효능감에 미치는 영향. 충북대학교 대학원 석사학위논문.
- 한국정보문화진흥원(2007). 2007 인터넷 중독실태조사.
- 한국콘텐츠진흥원(2009). 2009 인터넷 중독실태조사.
- 허철수 · 강옥련(2010). 동아리활동 참여 청소년과 미참여 청소년의 자기효능감 비교. 청소년복지연구, 제12권 제3호, pp. 25-46.
- 홍봉선 · 아영아(2009). 환경요인과 청소년범죄의 관계에서 누적위험행동의 매개효과. 청소년복지연구, 제11권 제3호, pp. 45-67.

- 황창순(2007). 초기 청소년기의 부모 및 또래애착과 애착의 변화. *한국청소년연구*, 제17권 제1호, pp. 201-225.
- 황혜원(2011). 청소년의 삶의 질에 영향을 미치는 보호체계 요인에 관한 연구. *청소년학연구*, 제18권 제3호, pp. 1-26.
- 황혜정(2006). 초등학생과 중학생의 스트레스와 이에 영향을 미치는 변인에 관한 연구. *초등교육연구*, 제19권 제1호, pp. 193-216.
- Alfano, C.A., Beidel, D.C., & Turner, S.M. (2001). Cognition in childhood anxiety: conceptual, methodological and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, Vol. 22 No. 8, pp. 1209-1238.
- American Psychiatric Association(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unify theory of behavioral change, *Psychological Review*, Vol. 84, pp. 191-215.
- Beardslee, W. R., & Gladstone, T. R. G. (2001). Prevention of childhood depression: Recent findings and future prospects. *Society of Biological Psychiatry*, Vol. 49, pp. 1101-1110.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiapetta, L. (1999). Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 38, pp. 1497-1505.
- Brent, D. A., Kalas R., & Edelbrock. (1986). Psychopathology and its Relationship to suicidal Ideation in Childhood and Adolescent. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, pp. 666-673.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 27, pp. 180-189.
- Buchanan, A., & Hudson, B. L. (Eds.) (2000). *Promoting children's emotional well-being*. Oxford University Press, pp. 35.
- Burns, B.J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M. Z., & Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service

- sectors. *Health Affairs*, Vol. 14, pp. 147–159.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2005). Optimism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez(Eds.), *Handbook of Positive Psychology*(pp.231–243). NY: Oxford University Press.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M. C., Polen, M., & Lynch, F. (1998). *Prevention and treatment of depression on adolescent offspring of parents enrolled in a HMO*. Grant application funded by the Services Research Branch of the National Institute of Mental Health(R01–MH51318–01A1)
- Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L.B., Lewinshon, P.M., & Seely, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 34, pp. 312–332.
- Cole, D.A. (1990). The relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 99, pp. 422–429.
- Coopersmith, S. (1976). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman and Company.
- Corsano, P., Majorano, M., & Chanpretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: The contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence*, Vol. 41 No. 162, pp. 341–353.
- Costello, E. J., & Angold, A. A. (1995). Epidemiology. In J. S. March(Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Department of Health(UK) (2004). The Mental Health and Psychological Well-being of Children and Young People.
- Department of Health(UK), Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, edited by Knapp M., McDaid D. & Parsonage M., Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, April, 2011.

- Feldman, S. S., & Weinberger, D. A.(1994). Self-restraint as a mediator of family influences on boy's delinquent behavior: A longitudinal study. *Child Development, Vol. 65 No. 1*, pp. 195-211.
- Forehand, R., Brody, G. H., Long, N., & Fauber, R. (1988). The interactive influence on adolescent and maternal depression on adolescent social and cognitive functioning. *Cognitive Therapy and Research, Vol. 12*, pp. 341-350.
- Garber, J., Braafladt, N., & Weiss, B. (1995). Affect regulation in depressed and nondepressed children and young adolescents. *Development and Psychopathology, Vol. 7*, pp. 93-115.
- Goldberg, I. (1996). "Internet Addiction, Electronic Message Posted to Research Discussion List" From the World Wide Web <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/supportgp.html>
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2002). Religiosity, attributional style and social support as psychosocial buffers for African American and White adolescents' perceived risk for suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior, Vol. 32 No. 4*, pp. 404-417.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, Vol. 3*, pp. 271-299.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 64*, pp. 970-986.
- Hayward, C., Killen, J. D., Hammer, L. D., Litt, I. F., & Wilson, D. M. (1992). Pubertal stage and panic attack history in sixth-and seventh-grade girls. *American Journal of Psychiatry, Vol. 149*, pp. 1239-1243.
- Hecht, D. B., Inderbitzen, H. M., & Bukowski, A. L.(1998). The relationship between peer status and depressive symptoms in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 25*, pp. 153-160.
- Hughes, S. O., Power, T. G., & Francis, D. J. (1992). *Attachment, autonomy, and adolescent drinking: Differentiating abstrainers, experimenters and heavy users*. Paper presented at the meeting of the society for Research

- on Adolescence, Washington DC.
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1988). Childhood derivatives if inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Development, Vol. 59*, pp. 1580–1589.
- Kaslow, N. J., & Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 27*, pp. 146–155.
- King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 58*, pp. 864–877.
- Kovacs, M., Akiskal, H. S., Gatsonis, C., & Parrone, P. L. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder. *Archives of General Psychiatry, Vol. 51*, pp. 365–374.
- Leitch, K. K. (2007). Reaching for the top. A report by the advisor on healthy children & youth, Health Canada.
- Lewensohn, P. M., Clarke, G. N., Seely, J. R., & Rohde, P. (1994). Major depression incommunity adolescents—Age at onset, episode duration, and time to recurrence, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 33*, pp. 809–818.
- Lewisohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychology Review, Vol. 18 No. 7*, pp. 765–794.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., & Stouthamer-Loeber, M., Welmoet, B. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology, Vol. 5*, pp. 103–133.
- Lonogan, C. J., Elbert, J. C., & Bennett-Johnson, S.(1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 27*, pp. 138–145.
- Macinnes, D. L. (2006). Self-esteem and self-acceptance: an examination into

- their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 13, pp. 483-489.
- Masako M. (2002). The role of perceived family dysfunction in the occurrence and severity of adolescent suicidality among urban ethnic minority psychiatric outpatients. Unpublished Doctoral dissertation, University of Columbia.
- Mcgrath, E. P., & Reipetti, R. L. (2002). A longitudinal Study of Children's Depressive Symptoms, Self-Perceptions and Cognitive Distortions About the Self. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 111 No. 1, pp. 77-87.
- Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression?: A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, Vol. 22 No. 2, pp. 247-269.
- Moffit, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, Vol. 13, pp. 355-375.
- Moffit, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*, Vol. 8, pp. 399-424.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, Vol. 100, pp. 674-701.
- Morgan, S. O., Chang, J., & Pettit, R. (1994). Gender differences in delinquency behavior among adolescents from divorced and intact families. Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence, San Diego.
- Nagin, D., & Tremblay, R. (1999). Trajectories of physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and non-violent juvenile delinquency. *Child Development*, Vol. 70, pp. 1181-1196.
- Nolen-Hoeksema, S., Girus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1986). Learned



- helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 51, pp. 435-442.
- Norweifian Directorate of Health (2010). 노르웨이건강증진보고서, Health Promotion-achieving good health for all. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 27, pp. 156-167.
- Pelham, W. E., Greiner, A. R., & Gnagy, E. M. (1998). Children's summer treatment program manual. Buffalo: State University of New York at Buffalo.
- Poznanski, E. O., & Mokros, H. B. (1994). Phenomenology and epidemiology of mood disorders in children and adolescents. In W. M. Reynolds, A. H. Johnson, et al. (Eds.), *Handbook of depression in children adolescents: Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press.
- Puig-Antich, J., Luckens, E., Davis, M., Goets, D., Brennan-Quattrochio, J., & Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 42, pp. 500-507.
- Rapee, R. M., & Melville, L. F. (1997). Retrospective recall of family factors on social phobia and panic disorder. *Depression and Anxiety*, Vol. 5, pp. 7-11.
- Redican, K. J., Baffi, C. R., & Olsen, L. K. (1993). *Organization of school health programs*. Madison, Wis.: Oxford: WCB Brown & Benchmark.
- Riddle, M. (1998). *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 35(Suppl.), pp. 91-96.
- Rosenberg, M. (1965). *Conceiving the self*. New York: Basic books.
- Rude, S. S., & MaCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depression and depression vulnerable college student. *Cognition and Emotion*, Vol. 17, pp. 799-806.

- SAMHSA [homepage on the Internet]. Substance Abuse and Mental health Services Administration. available form : <http://www.samhsa.gov>
- Shaw, D. S., Winslow, E. B., & Flanagan, C. (1999). A prospective study of the effects of marital status and family relations on young children's adjustment among African and Caucasian families. *Child Development, Vol. 70*, pp. 742-755.
- Shochet, I. M., Dadds, M.R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., and Osgarby, S.M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 30*, pp. 303-315.
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Linking to depressive symptoms and problem behavior, *Child Development, Vol. 74*, pp. 1869-1880.
- Soong Wei-Tsuen(1997). The Psychiatrist's role for Adolescent Problems in contemporary Taiwan. Presented at the Annual Spring Meeting of Korean Psychiatric Association, pp. 25-26. Jeju, Korea.
- Speltz, M. L., DeKlyen, M., Calderon, R., Greenberg, M. T., & Fisher, P. A. (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviors of boys with early onset conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 108*, pp. 315-325.
- Stroul, B. A., & Friedman, R. M. (1986). *A system of care for seriously emotionally disturbed children and youth*. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorders in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry, Vol. 46*, pp. 335-341.
- Thompson, R. A., & Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, pp. 249-268.

- New York: Guilford Press.
- Tones, K., & Green, J. (2004). *Health Promotion: planning and strategies*. London: Sage Publications.
- Ulrich, O. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality & Social Psychology*, Vol. 97 No. 2, pp. 307-321.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological stress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 51, pp. 730-742.
- Weissberg, R. P., Caplan, M., & Harwood, R. L. (1991). Promoting competence-enhancing environments: A system-based perspective on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, pp. 830-841.
- Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Walter, B. R., & Anderson, W. W. (1988). Thai and American perspectives on over and undercontrolled child behavior problems: Exploring the threshold model among parents, teachers, and psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 56, pp. 601-609.
- White, J. L. (1989). *The Troubled Adolescent*. New York: Pergamon Press.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slattery, M. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, Vol. 12, pp. 443-466.





# 부 록



# 부 록

ID    -

## 2011 아동·청소년 정신 건강 실태조사

안녕하십니까?

한국청소년정책연구원은 국무총리 산하 국책 연구기관으로 아동·청소년 관련 각종 조사 연구와 정책 개발 업무를 담당·수행하고 있습니다.

이 조사는 한국의 아동·청소년들의 정신건강과 관련하여 실태를 조사하고 현황을 파악하여 더 나은 청소년 정책을 만들기 위한 목적으로 실시됩니다.

여러분께서 응답해 주신 내용은 무기명으로(이름을 밝히지 않고) 처리되어 연구 자료로만 활용되므로 개인의 비밀이 철저히 보장됩니다. 또한 여러분의 응답 내용은 학교에서나 선생님이 절대로 볼 수 없으며, 모든 질문에는 맞고 틀린 답이 없습니다. 여러분이 응답해 주신 의견은 여러분을 위한 정책 수립에 중요한 자료로 활용될 것입니다.

여러분의 의견이 정확하게 정책에 반영될 수 있도록 솔직하고 성실한 응답을 부탁드립니다. 본 조사에 응해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

2011년 6월

한국청소년정책연구원  
(137-715) 서울특별시 서초구 태봉로 114  
<http://www.nypi.re.kr>

주관기관: 한국청소년정책연구원

담당자: 최인재 박사 (02)2188-8876

수행기관: (주)한국리서치

담당자: 임상철 대리/염숙희 팀장 (02)3014-0081/0131

조사학교 ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
조사 일시	2011년 ____월 ____일 ____시 ____분부터 ____시 ____분까지								
면접원 성명	<input type="text"/>			면접원 ID			<input type="text"/>		

## 설문지 작성 요령

설문지에는 여러분 자신에 관한 질문들이 들어있습니다. 사실대로 기록해야 하는 질문도 있고, 여러분의 생각을 대답해야 하는 질문들도 있습니다. 질문의 내용을 잘 읽고 정확하고 솔직하게 응답해 주세요. 만일 이해가 되지 않거나 궁금한 것이 있으면 앞에 계신 면접원 또는 선생님께 손을 들고 질문해도 좋습니다.

### ♣ 표시하는 방법

질문 다음에 대개 1에서 4까지의 숫자로 대답하게 되어 있습니다. 왼쪽의 문장을 읽고, 여러분이 생각할 때 ‘전혀 그렇지 않다’면 ④에, ‘별로 그렇지 않다’면 ③에, ‘그런 편이다’면 ②에, ‘매우 그렇다’면 ①에 동그라미(○)로 표시해 주세요.

<보기1>

		매우 그렇다	그런 편이다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
a	나는 지각을 자주 한다	①	②	③	④

나는 한 번도 지각을 한 적이 없기 때문에 ‘⑤’를 표시했습니다.

### ♣ 표시한 것을 바꾸고 싶을 때

<보기2>와 같이 처음 답을 한 곳에 가위표(X)를 하고 옳다고 생각하는 답에 다시 동그라미(○) 표시를 하십시오. 지우개 또는 볼펜으로 지우려고 하지 않아도 됩니다.

<보기1>

		매우 그렇다	그런 편이다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
a	나는 지각을 자주 한다	①	②	③	<del>④</del>



## 정신건강-1

문 1. 다음 각 항목별로 제시되어 있는 4개의 문장 중에서 오늘을 포함해서 지난 일주일 동안의 자신을 가장 잘 나타낸다고 생각되는 문장을 하나씩 선택해 주십시오.

번호	문 항
1)	⑥ 나는 슬프지 않다 ① 나는 슬프다 ② 나는 항상 슬프고 기운을 낼 수 없다 ③ 나는 매우 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다
2)	⑥ 나는 앞날에 대해서 별로 낙담하지 않는다 ① 나는 앞날에 대한 용기가 나지 않는다 ② 나는 앞날에 대해 기대할 것이 아무것도 없다고 느낀다 ③ 나의 앞날은 아주 절망적이고 나아질 가망이 없다고 느낀다
3)	⑥ 나는 실패자라고 느끼지 않는다 ① 나는 보통 사람보다 더 많이 실패한 것 같다 ② 내가 살아온 과거를 뒤돌아보면 실패 투성이인 것 같다 ③ 나는 인간으로서 완전한 실패자라고 느낀다
4)	⑥ 나는 전과 같이 일상생활에 만족하고 있다 ① 나의 일상생활은 예전처럼 즐겁지가 않다 ② 나는 요즘에는 어떤 것에서도 별로 만족을 얻지 못한다 ③ 나는 모든 것이 다 불만스럽고 싫증난다
5)	⑥ 나는 특별히 죄책감을 느끼지 않는다 ① 나는 죄책감을 느낄 때가 많다 ② 나는 죄책감을 느낄 때가 아주 많다 ③ 나는 항상 죄책감에 시달리고 있다
6)	⑥ 나는 벌을 받고 있다고 느끼지 않는다 ① 나는 어쩌면 벌을 받을지도 모른다는 느낌이 든다 ② 나는 벌을 받을 것 같다 ③ 나는 지금 벌을 받고 있다고 느낀다
7)	⑥ 나는 나 자신에게 실망하지 않는다 ① 나는 나 자신에게 실망하고 있다 ② 나는 나 자신에게 화가 난다 ③ 나는 나 자신을 증오했다
8)	⑥ 내가 다른 사람보다 못한 것 같지는 않다 ① 나는 나의 약점이나 실수에 대해서 나 자신을 탓하는 편이다 ② 내가 한 일이 잘못되었을 때는 언제나 나를 탓한다 ③ 일어나는 모든 나쁜 일들은 모두 내 탓이다
9)	⑥ 나는 자살 같은 것은 생각하지 않는다 ① 나는 자살할 생각을 가끔 하지만 실제로 하지는 않을 것이다 ② 자살하고 싶은 생각이 자주 든다 ③ 나는 기회만 있으면 자살하겠다
10)	⑥ 나는 평소 우는 것 보다 더 많이 울지는 않는다 ① 나는 전보다 더 많이 운다 ② 나는 요즘은 항상 운다 ③ 나는 전에는 울고 싶을 때 울 수 있었지만 요즘은 울래야 울 기력조차 없다

번호	문항
11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 나는 평소 짜증을 내는 것 보다 더 많이 짜증을 내지는 않는다</li> <li>② 나는 전보다 더 쉽게 짜증이 나고 귀찮아진다</li> <li>③ 나는 요즈음 항상 짜증을 내고 있다</li> <li>④ 전에는 짜증스럽던 일이 요즈음은 너무 지쳐서 짜증조차 나지 않는다</li> </ul>
12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 나는 다른 사람들에 대한 관심을 잃지 않고 있다</li> <li>② 나는 전보다 사람들에 대한 관심이 줄었다</li> <li>③ 나는 사람들에 대한 관심이 거의 없어졌다</li> <li>④ 나는 사람들에 대한 관심이 완전히 없어졌다</li> </ul>
13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 나는 평소처럼 결정을 잘 내린다</li> <li>② 나는 결정을 미루는 때가 전보다 더 많다</li> <li>③ 나는 전에 비해 결정 내리는데 더 큰 어려움을 느낀다</li> <li>④ 나는 더 이상 아무 결정도 내릴 수 없다</li> </ul>
14)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 나는 전보다 내 모습이 나빠졌다고 느끼지 않는다</li> <li>② 나는 매력 없어 보일까봐 걱정한다</li> <li>③ 나는 내 모습이 매력 없이 변해버린 것 같은 느낌이 든다</li> <li>④ 나는 내가 추하게 보인다고 믿는다</li> </ul>
15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 나는 전처럼 일을 할 수 있다</li> <li>② 어떤 일을 시작하는데 전보다 더 많은 노력이 든다</li> <li>③ 무슨 일이든 하려면 나 자신을 매우 심하게 채찍질해야만 한다</li> <li>④ 나는 전혀 아무 일도 할 수가 없다</li> </ul>
16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 나는 평소처럼 잠을 잘 수 있다</li> <li>② 나는 전에 만큼 잠을 자지는 못한다</li> <li>③ 나는 전보다 일찍 깨고 다시 잠들기 어렵다</li> <li>④ 나는 평소보다 몇 시간이나 일찍 깨고 한번 깨면 다시 잠들 수 없다</li> </ul>
17)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 나는 평소보다 더 피곤하지는 않다</li> <li>② 나는 전보다 더 쉽게 피곤해진다</li> <li>③ 나는 무엇을 해도 피곤해진다</li> <li>④ 나는 너무나 피곤해서 아무 일도 할 수 없다</li> </ul>
18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 내 식욕은 평소와 다름없다</li> <li>② 나는 요즈음 전보다 식욕이 좋지 않다</li> <li>③ 나는 요즈음 식욕이 많이 떨어졌다</li> <li>④ 요즈음에는 전혀 식욕이 없다</li> </ul>
19)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 요즈음 체중이 별로 줄지 않았다</li> <li>② 전보다 몸무게가 2kg가량 줄었다</li> <li>③ 전보다 몸무게가 5kg가량 줄었다</li> <li>④ 전보다 몸무게가 7kg가량 줄었다</li> </ul>
20)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 나는 건강에 대해 전보다 더 염려하고 있지는 않다</li> <li>② 나는 여러 가지 통증, 소화불량, 변비 등과 같은 신체적 문제로 걱정하고 있다</li> <li>③ 나는 건강이 너무 염려되어 다른 일을 생각하기 힘들다</li> <li>④ 나는 건강이 너무 염려되어 다른 일을 아무것도 생각할 수 없다</li> </ul>
21)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 나는 요즈음 성(sex)에 대한 관심에 별다른 변화가 없다</li> <li>② 나는 전보다 성(sex)에 대한 관심이 줄었다</li> <li>③ 나는 전보다 성(sex)에 대한 관심이 상당히 줄었다</li> <li>④ 나는 성(sex)에 대한 관심을 완전히 잃었다</li> </ul>

## 정신건강-2

문 2. 오늘을 포함해서 지난 일주일 동안, 자신이 경험한 증상의 정도를 묻는 질문입니다. 다음 문항을 천천히 읽어 보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 느끼지 않음	조금 느낌	상당히 느낌	심하게 느낌
1) 나는 가끔씩 몸이 저리고 쓰시며 감각이 마비된 느낌을 받는다	①	②	③	④
2) 나는 흥분된 느낌을 받는다	①	②	③	④
3) 나는 가끔씩 다리가 떨리곤 한다	①	②	③	④
4) 나는 편안하게 쉴 수가 없다	①	②	③	④
5) 매우 나쁜 일이 일어날 것 같은 두려움을 느낀다	①	②	③	④
6) 나는 어지러움(현기증)을 느낀다	①	②	③	④
7) 나는 가끔씩 심장이 두근거리고 빨리 뛴다	①	②	③	④
8) 나는 침착하지 못하다	①	②	③	④
9) 나는 자주 겁을 먹고 무서움을 느낀다	①	②	③	④
10) 나는 신경이 과민되어 있다	①	②	③	④
11) 나는 가끔씩 숨이 막히고 질식 할 것 같다	①	②	③	④
12) 나는 자주 손이 떨린다	①	②	③	④
13) 나는 안절부절 못한다	①	②	③	④
14) 나는 미칠 것 같은 두려움을 느낀다	①	②	③	④
15) 나는 가끔씩 숨쉬기가 곤란할 때가 있다	①	②	③	④
16) 나는 죽을 것 같은 두려움을 느낀다	①	②	③	④
17) 나는 불안한 상태에 있다	①	②	③	④
18) 나는 자주 소화가 잘 안되고 배속이 불편하다	①	②	③	④
19) 나는 가끔씩 기절할 것 같다	①	②	③	④
20) 나는 자주 얼굴이 붉어지곤 한다	①	②	③	④
21) 나는 땀을 많이 흘린다	①	②	③	④

### 정신건강-3

문 3. 최근 다음과 같은 경험을 얼마나 자주 해보았습니까? 다음 문항을 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 그렇지 않다	때때로 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
1) 게임을 하는 것이 친한 친구들과 어울리는 것보다 더 좋다	①	②	③	④
2) 게임공간에서의 생활이 실제생활보다 더 좋다	①	②	③	④
3) 게임 속의 내가 실제의 나보다 더 좋다	①	②	③	④
4) 게임에서 사귀 친구들이 실제 친구들보다 나를 더 알아준다	①	②	③	④
5) 게임에서 사람을 사귀는 것이 더 편하고 자신 있다	①	②	③	④
6) 밤 늦게까지 게임을 하느라 시간 가는 줄 모른다	①	②	③	④
7) 게임을 하느라 해야 할 일을 못한다	①	②	③	④
8) 갈수록 게임을 하는 시간이 길어진다	①	②	③	④
9) 점점 더 오랜 시간 게임을 해야 만족하게 된다	①	②	③	④
10) 게임을 그만두어야 하는 경우에도 게임을 그만두는 것이 어렵다	①	②	③	④
11) 게임 하는 시간을 줄이려고 노력하지만 실패한다	①	②	③	④
12) 게임을 안 하겠다고 마음먹고도 다시 게임을 하게 된다	①	②	③	④
13) 게임 생각 때문에 공부에 집중하기 어렵다	①	②	③	④
14) 게임을 못한다는 것은 견디기 힘든 일이다	①	②	③	④
15) 게임을 하지 않을 때에도 게임 생각을 하게 된다	①	②	③	④
16) 게임으로 인해 생활에 문제가 생기더라도 게임을 해야 한다	①	②	③	④
17) 게임을 하지 못하면 불안하고 초조하다	①	②	③	④
18) 다른 일 때문에 게임을 못하게 될까봐 걱정된다	①	②	③	④
19) 누가 게임을 못하게 하면 신경질이 난다	①	②	③	④
20) 게임을 못하게 되면 화가 난다	①	②	③	④

## 정신건강-4

문 4. 다음을 읽고 해당되는 칸에 (○)표 해 주십시오.

문 4-1. 최근 1년간, 자살에 대해 생각해 본 적이 있습니까?

- ① 전혀 없다 ➡ **문 5로 이동**                      ② 거의 없다  
③ 가끔 있다    ④ 자주 있다

문 4-2. 최근 1년간, 자살에 대해 계획해 본 적이 있습니까?

- ① 전혀 없다                      ② 거의 없다                      ③ 가끔 있다                      ④ 자주 있다

문 4-3. 최근 1년간, 자살을 시도해 본 적이 있습니까?

- ① 있다                                      ② 없다

## 정신건강-5

문 5. 아래의 각 항목과 관련해서 자신이 현재 느끼는 스트레스 정도를 묻는 질문입니다. 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 받지 않는다	별로 받지 않는다	조금 받는다	매우 많이 받는다
1) 부모님과의 관계	①	②	③	④
2) 형제·자매와의 관계	①	②	③	④
3) 외모(키, 몸매, 생김새 등)	①	②	③	④
4) 신체건강	①	②	③	④
5) 심리건강	①	②	③	④
6) 가정형편(경제적 문제)	①	②	③	④
7) 친구와의 관계(친구갈등, 폭력 등)	①	②	③	④
8) 이성과의 관계	①	②	③	④
9) 선·후배 관계	①	②	③	④
10) 선생님과의 관계	①	②	③	④
11) 진로문제(장래 또는 미래)	①	②	③	④
12) 학업문제(시험, 성적문제 등)	①	②	③	④

### 정신건강-6

문 6. 최근 1년 동안, 다음과 같은 경험을 얼마나 해보았습니까? 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 없음	1-2번	3-4번	5번 이상
1) 담배를 피운 적이 있다	①	②	③	④
2) 술을 마신 적이 있다	①	②	③	④
3) 남의 돈이나 물건을 슬쩍 훔친 적이 있다	①	②	③	④
4) 다른 사람을 심하게 때린 적이 있다	①	②	③	④
5) 남의 돈이나 물건을 뺏은 적이 있다	①	②	③	④
6) 학교를 이유 없이 맘대로 결석한 적이 있다	①	②	③	④
7) 가출을 한 적이 있다	①	②	③	④
8) 인터넷 성인사이트를 본 적이 있다	①	②	③	④
9) 돈내기 도박을 해본 적이 있다(인터넷 포함)	①	②	③	④
10) 공공장소에 있는 기물이나 다른 사람의 물건을 파손시킨 적이 있다	①	②	③	④

### 정신건강-7

문 7. 다음은 평소 생활의 만족 정도에 관한 질문입니다. 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	매우 불만족	약간 불만족	약간 만족	매우 만족
1) 부모와의 관계	①	②	③	④
2) 경제적인 생활수준	①	②	③	④
3) 친구와의 관계	①	②	③	④
4) 여가 생활	①	②	③	④
5) 선생님과과의 관계	①	②	③	④
6) 학교생활	①	②	③	④
7) 학업성적	①	②	③	④
8) 건강	①	②	③	④

### 정신건강-8

문 8. 다음은 자신에 대해 스스로 어떻게 생각하는지 묻는 질문입니다. 천천히 읽어보고 각 항목에 알맞은 답을 골라주세요.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1) 나는 내가 다른 사람들처럼 가치있는 사람이라고 생각한다	①	②	③	④
2) 나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다	①	②	③	④
3) 나는 대부분의 다른 사람들과 같이 일을 잘할 수가 있다	①	②	③	④
4) 나는 내 자신에 대하여 긍정적인 태도를 가지고 있다	①	②	③	④
5) 나는 내 자신에 대하여 대체로 만족한다	①	②	③	④

### 정신건강-9

문 9. 다음 문항을 읽고 자신의 생각과 경험에 가장 잘 일치하는 답을 골라주세요.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1) 나는 노력하면 대부분의 일들을 잘할 수 있다	①	②	③	④
2) 내가 잘 할 수 있는 일들이 많다	①	②	③	④
3) 나는 어려운 일이 있어도 잘 극복할 수 있는 능력이 있다	①	②	③	④
4) 감정에 휩쓸리지 않고 일이나 공부에 집중할 수 있다	①	②	③	④
5) 슬프거나 힘들 때에도 좌절하지 않는다	①	②	③	④
6) 화가 나거나 기분이 상할 때에도 나의 감정을 조절 할 수 있다	①	②	③	④
7) 어떤 일에 실패했을 때에도 크게 실망하지 않는다	①	②	③	④
8) 내가 원하는 대로 일이 이루어질 것이라고 생각한다	①	②	③	④
9) 목표를 이루는데 실패하더라도 기운을 내어 새로 시작할 수 있다	①	②	③	④





## ABSTRACT

### A study on mental health improvement policy for children and adolescents : General report

The study understands mental health of children and adolescents in our nation and has the purpose to prepare improvement policy by analyzing support policy and situation of laws and regulations to enhance mental health of children.

The study method conducted the research with literature research, consultation meeting of experts, nationwide survey, and cooperation research and other study promotion method induced policy implications through experts workshop for the policy improvement of children and adolescents' mental health, and the efficiency of the proposed policy plan was considered through policy meeting with government department promoting the policy.

The study contents was performed by dividing to three areas. First, nationwide survey was conducted to understand children and adolescents' mental health. Through this, the objective materials were acquired to understand the main problems and change degree in our children and adolescents' mental health. Second, by analyzing the existing policy and problems in the policy area of children and adolescents' mental health, improvement task and policy alternatives were prepared. At last, by analyzing diverse laws relating to children and adolescents' mental health systematically in the law and regulation areas of out children and adolescents' mental health, it induced issues and considered problems on the policy promotion by laws relating to children and adolescents' mental health. To prepare improvement plan of law and regulation, and current enhancement policy of children and adolescents' mental health, it investigated overseas policy and legislation cases relating to law and regulation and prepared actual improvement plan of relating law and regulation, and policy enhancing children and adolescents' mental health through Delphi investigation reflecting field experts' opinions and interview of FGI group.

The study was conducted with the above research contents as the center and suggested results understanding and analyzing current policy, law and regulation relating to children and adolescents' mental health promotion and national and international cases.

And based on this, improvement plan in the aspect of future necessary policy, law and regulation was suggested.

Key words: actual state of children and adolescents' mental health, promotion policy of mental health, law and regulation of mental health promotion.



## 2011년 한국청소년정책연구원 간행물 안내

### 기관고유과제

- 11-R01 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅱ : 청소년수련관을 중심으로 / 김형주·임지연·한도희·김영애·김혁진·김인규
- 11-R01-1 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅱ : 청소년수련관 평가편람 / 김형주·임지연·한도희·김영애·김혁진·김인규
- 11-R02 창의적 체험활동 지역사회 운영모형 개발 연구Ⅰ / 이기봉·김현철·윤혜순·송민경
- 11-R03 청소년수련시설 인증방안 연구 : 청소년수련관·청소년문화의집을 중심으로 / 맹영임·조혜영·김민·김영호
- 11-R04 지역사회중심 청소년공부방 운영 활성화 방안 연구 / 이유진·김영지·김진호·이용고·조아미
- 11-R04-1 지역사회중심 청소년공부방 운영 활성화 방안 연구 : 청소년공부방 현황보고서/ 이유진·김영지
- 11-R05 가족유형에 따른 아동·청소년 생활실태 분석 및 대책연구Ⅰ / 성윤숙·김영한
- 11-R05-1 가족유형에 따른 아동·청소년 생활실태 분석 및 대책연구Ⅱ : 한부모·조손가정을 중심으로 / 성윤숙·김영한
- 11-R06 한국 아동·청소년 종합통계체계 구축 연구 / 김기현·김창환
- 11-R07 다문화가족 아동·청소년의 발달과정 추적을 위한 종단연구Ⅱ / 양계민·김승경·박주희
- 11-R08 취약계층 아동·청소년 종단조사Ⅱ : 지역아동센터, 청소년방과후아카데미, 양육시설 이용 아동·청소년을 중심으로 / 황진구·이해연·유성렬·박은미
- 11-R09 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득 가정 아동 지원방안Ⅱ / 김경준·오해섭
- 11-R09-1 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득 가정 아동 지원방안Ⅱ : 청소년의 지역사회참여 패러다임 전환을 위한 멘토링 활성화 정책 방안 / 김경준·오해섭
- 11-R09-2 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득 가정 아동 지원방안Ⅱ : 청소년멘토링 시범사업 운영 및 효과측정 / 김경준·오해섭·정익중
- 11-R09-3 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득 가정 아동 지원방안Ⅱ : 청소년 멘토링 운영 매뉴얼 / 김경준·오해섭
- 11-R09-4 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득 가정 아동 지원방안Ⅱ : 청소년멘토 훈련프로그램 개발 / 김경준·오해섭
- 11-R10 한국아동·청소년패널조사 2010Ⅱ 사업보고서 / 이경상·백혜정·이종원·김지영
- 11-R10-1 한국아동·청소년패널조사 2010Ⅱ 기초분석보고서 : 청소년의 활동참여 실태 / 이경상·백혜정·이종원·김지영·서우석
- 11-R11 한국 아동·청소년 인권실태 연구Ⅰ / 임희진·김현신
- 11-R11-1 한국 아동·청소년 인권실태 연구Ⅰ : 2011 아동청소년인권실태조사 통계 / 임희진·김현신·강현철
- 11-R12 청소년 국제교류정책 현황 분석 및 발전방안 연구 / 윤철경·이민희·박선영·박숙경·신인순

- 11-R12-1 청소년의 국제교류활동 참여효과에 대한 인식 연구 / 박숙경·김소희·오세정
- 11-R13 청소년 도덕성 진단 검사도구 표준화 연구Ⅰ : 총괄보고서 / 최창욱·임영식·이인재·박균열·박병기
- 11-R13-1 청소년 도덕성 진단 검사도구 표준화 연구Ⅰ : 도덕적 감수성 / 박균열·홍성훈·서규선·한혜민
- 11-R13-2 청소년 도덕성 진단 검사도구 표준화 연구Ⅰ : 도덕적 판단력 / 이인재·김남준·김항인·류숙희·윤영돈
- 11-R13-3 청소년 도덕성 진단 검사도구 표준화 연구Ⅰ : 도덕적 동기화 / 박병기·변순용·김국현·손경원
- 11-R13-4 청소년 도덕성 진단 검사도구 표준화 연구Ⅰ : 도덕적 품성화 / 이인재·김남준·김항인·류숙희·윤영돈

## 협동연구과제

- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-31-01 청년기에서 성인기로의 이행과정 연구Ⅱ : 총괄보고서 / 안선영·김희진·박현준 (자체번호 11-R21)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-31-02 청년기에서 성인기로의 이행과정 연구Ⅱ : 성인기 이행의 성별차이 연구 / 장미혜·정해숙·마경희·김여진 (자체번호 11-R21-1)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-31-03 청년기에서 성인기로의 이행과정 연구Ⅱ : 취약위계계층 청년의 성인기 이행에 관한 연구 / 은기수·박건·권영인·정수남 (자체번호 11-R21-2)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-32-01 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ : 총괄보고서 / 최인재·모상현·강지현 (자체번호 11-R22)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-32-02 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ : 조사 결과 자료집 / 최인재·모상현·강지현 (자체번호 11-R22-1)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-32-03 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ : 아동·청소년 정신건강 증진 정책 현황 및 개선방안 연구 / 최은진·김미숙·김지은·박정연 (자체번호 11-R22-2)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-32-04 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ : 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 및 개선방안 연구 / 이호근·김영문·정혜주 (자체번호 11-R22-3)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-33-01 아동·청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구Ⅰ : 총괄보고서 / 장근영·박수익 (자체번호 11-R23)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-33-02 아동·청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구Ⅰ : 2011 민주시민 역량실태 조사 / 장근영·박수익 (자체번호 11-R23-1)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-33-03 아동·청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구Ⅰ : 민주시민역량 교육환경 및 효과 / 김태준·이영민 (자체번호 11-R23-2)

## 수 시 과 제

- 11-R14 창업·기업가정신 및 기업의 사회적 책임에 대한 청소년의 인식 : 한국-핀란드 비교연구 / 안선영·김희진
- 11-R15 한·중·일·미 교교생 진로 및 유학의식에 관한 국제 비교조사 / 이경상·임희진·김진숙
- 11-R16 청소년활동 개념 재정립에 관한 연구 / 권일남·최창욱

- 11-R17 청소년 친화마을 조성방안 연구 / 황옥경 · 김영지
- 11-R18 소년원생의 출원 후 생활실태 및 욕구조사 / 이유진 · 조윤오
- 11-R19 저소득층 아동 · 청소년의 체육활동 참여 실태 연구 / 이기봉 · 권순용 · 박일혁
- 11-R20 지역사회 청소년 진로체험 활성화 및 연계협력방안 연구 / 김기현 · 맹영임

## 수 탁 과 제

- 11-R25 청소년정책평가분석센터 / 김기현 · 최창욱 · 김형주
- 11-R26 중국인과 한국인의 상대국에 대한 인식과 태도 연구 : 청소년을 중심으로 / 윤철경 · 오해섭
- 11-R27 청소년 동아리활동 인증방안 연구 / 맹영임 · 조남익 · 손의숙
- 11-R28 2011 학교문화선도학교 운영 보고서 / 김영지 · 김경준 · 성윤숙 · 이창호
- 11-R29 2011 청소년수련시설 종합평가 결과보고서 : 청소년수련원, 유스호스텔 / 황진구 · 김기현 · 모상현
- 11-R29-1 2011년 청소년수련시설 종합평가 시설별 개별 보고서 : 청소년수련원, 유스호스텔 / 황진구 · 김기현 · 모상현
- 11-R30 2011 청소년방과후아카데미 효과 · 만족도 조사연구 / 양계민 · 김승경
- 11-R31 장애청소년 대상 청소년방과후아카데미 운영모델 개발 연구 / 황진구 · 유명화
- 11-R32 중도입국 청소년 실태조사 / 양계민 · 조혜영
- 11-R32-1 중도입국 청소년 지원정책개발 연구 / 양계민 · 조혜영
- 11-R33 창의적 체험활동 지역모델 개발 시범사업 운영매뉴얼 / 이기봉 · 김현철 · 안선영 · 최창욱 · 전명기 · 이진원 · 김주희
- 11-R33-1 2011 창의적 체험활동 지역모델 개발 사례집 / 이기봉 · 김현철 · 안선영 · 최창욱 · 전명기 · 이진원 · 김주희
- 11-R34 학교부적응(중도탈락) 학생을 위한 교육지원 방안 / 윤철경 · 최인재 · 김윤나
- 11-R35 창의적체험활동 연계 지역 코디네이터 양성 연수교육과정 및 운영매뉴얼 개발 / 안선영 · 최창욱
- 11-R36 학대피해아동 보호를 위한 지역사회 협력체계 모형 개발 / 이유진 · 김영한 · 김형모
- 11-R37 다문화 이해 제고를 위한 교육프로그램 개발연구 / 조혜영 · 양계민 · 김승경
- 11-R38 청소년 아르바이트 근로보호 정책방향과 과제 / 이경상 · 김기현 · 김가람
- 11-R39 미래세대 가치관 분석 및 대응방안 / 임희진 · 백혜정
- 11-R40 '공정사회 실현' 교교생 논술대회 / 오해섭
- 11-R41 제5차 청소년정책 기본계획 수립을 위한 연구 / 김기현 · 임희진 · 장근영 · 김혜영 · 황옥경
- 11-R42 제7회 청소년특별회의 정책의제 / 최창욱 · 김영지
- 11-R43 2011 청소년 매체 이용 실태조사 / 박수익 · 장근영 · 김형주
- 11-R44 수요자 중심의 지역아동센터 운영 방안 연구 / 김희진 · 이해연 · 황옥경 · 이용교
- 11-R45 멘토링 활성화를 위한 운영매뉴얼 및 교재개발 연구 / 오해섭 · 김경준 · 모상현
- 11-R45-1 멘토링 운영 매뉴얼 / 김경준 · 오해섭 · 모상현 · 천정웅 · 김지혜 · 김명화 · 오정아 · 박경현 · 방진희
- 11-R45-2 멘토링 교육프로그램 / 오해섭 · 김경준 · 모상현 · 김세광 · 박선영 · 유가예
- 11-R45-3 멘토링 효과성 측정도구 개발을 위한 기초연구 / 모상현 · 김경준 · 오해섭 · 박정배 · 진은설

- 11-R46 성인·청소년 세대 간 가치관 및 의식수준 조사 / 최인재
- 11-R46-1 청소년 가치관 및 의식수준 조사 / 최인재
- 11-R47 소년보호시설 인권상황 관련 의식조사 / 이유진
- 11-R48 국제청소년성취포상제 장기종단 효과성연구Ⅱ / 장근영

## 세미나 및 워크숍 자료집

- 11-S01 Becoming an Adult in South Korea(3/7)
- 11-S02 청소년 국제교류 발전방안 워크숍(3/18)
- 11-S03 동기이론의 최근 경향(4/6)
- 11-S04 통계조사에서 무응답 문제와 가중치 작성(4/14)
- 11-S05 청소년 동아리활동 실태 및 활성화 방안(4/22)
- 11-S06 청소년수련시설 인증제 도입의 의의와 방안 탐색(4/25)
- 11-S07 학교문화선도학교 워크숍(4/28)
- 11-S08 2010 고유과제 연구 성과 발표 자료집(5/13)
- 11-S09 Youth's Perception on Entrepreneurship and Corporate Social Responsibility(5/12)
- 11-S10 청소년수련시설인증제관련 논의의 초점들(5/19)
- 11-S11 아동·청소년 패널 제1차 콜로키움 자료집 : 서울교육종단연구 2010(5/25)
- 11-S12 아동·청소년 패널 제2차 콜로키움 자료집 : 서울시 복지패널조사(6/2)
- 11-S13 아동·청소년 인권지표의 개념 및 지표체계 정립(5/25)
- 11-S14 사회복지시설인증제 도입방향 및 경과 : 청소년시설인증제 도입방안을 위한 시사점 모색(5/27)
- 11-S15 방과후 서비스 현황과 종단조사(5/25)
- 11-S16 다문화 종단 연구 패널 연구 방법론 I (6/15)
- 11-S17 해외 평가 동향(6/20)
- 11-S18 청소년공부방 현장실사위원 워크숍(6/20)
- 11-S19 청소년 국제교류 발전 방안 워크숍 II (6/24)
- 11-S20 학교문화선도학교 컨설팅위원 워크숍(6/24)
- 11-S21 다문화 종단연구 패널연구 방법론 II (6/29)
- 11-S22 다문화 종단연구 패널연구 방법론 III (7/11)
- 11-S23 창의적 체험활동 지역사회 운영모형 개발연구 콜로키움 자료집Ⅱ : 창의적 체험활동 활성화를 위한 학교-지역사회 연계방안(7/28)
- 11-S24 보육시설 평가인증 전과정과 현황 : 청소년시설인증제 도입을 위한 시사점 모색(8/9)
- 11-S25 2011년 한국 아동 청소년 패널 2010 데이터분석 방법론 세미나 자료집(8/30)
- 11-S26 창의적 체험활동 지역사회 운영모형 개발연구 워크숍 자료집 : 시범사업 중간발표 및 워크숍(8/18, 19)

- 11-S27 청소년수련관 인증제 도입 방안(9/1)
- 11-S28 청소년문화의 집 인증제 도입 방안(9/2)
- 11-S29 청소년멘토링 활성화 정책 대안 관련 워크숍(9/19,20)
- 11-S30 국내외 청소년 도덕성 교육과정 및 프로그램 현황과 사례(9/9)
- 11-S31 아동·청소년 인권 관련 정책과제 발굴(9/28,29)
- 11-S32 한중 관계의 미래: 한국과 중국 청년의 한중 관계에 대한 인식과 역할 강화방안 한·중 국제 세미나(9/22)
- 11-S33 학대 피해아동 보호를 위한 지역사회 협력체계 모형개발을 위한 워크숍(9/30)
- 11-S34 청소년 아르바이트 근로보호 정책 방향과 과제 토론회(10/12)
- 11-S35 중도입국청소년 지원 정책 개발을 위한 전문가 토론회(10/17)
- 11-S36 학교문화선도학교 워크숍(11/1,2)
- 11-S37 청소년 활동개념 재정립에 관한 정책 세미나(10/26)
- 11-S38 2011한국청소년정책연구원-전북발전연구원 공동세미나  
청소년을 둘러싼 환경변화와 정책방향(10/27)
- 11-S39 제1회 한국아동·청소년 패널조사 학술대회(11/4)
- 11-S40 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 전문가 워크숍(11/4)
- 11-S41 저소득층 아동·청소년의 체육활동 참여 실태 연구 콜로키움 자료집(11/2)
- 11-S42 미래세대 가치관 대응 방안(12/1)
- 11-S43 2011 한·중 청소년 정책 세미나  
청소년 우대제도의 현황과 과제 : 청소년 우선개발의 이념과 행동 (12/6)
- 11-S44 청소년체험활동 지역사회 운영모델 개발 성과보고회 및 '12년 시범사업 설명회(12/9)
- 11-S45 멘토링 운영 매뉴얼 및 교재 개발 연구 세미나(12/9)

## 학 슬 지

- 「한국청소년연구」 제22권 제1호(통권 제60호)
- 「한국청소년연구」 제23권 제2호(통권 제61호)
- 「한국청소년연구」 제24권 제3호(통권 제62호)
- 「한국청소년연구」 제25권 제4호(통권 제63호)

## 청소년지도총서

- 청소년지도총서① 「청소년정책론」, 교육과학사
- 청소년지도총서② 「청소년수련활동론」, 교육과학사
- 청소년지도총서③ 「청소년지도방법론」, 교육과학사

청소년지도총서④ 「청소년문제론」, 교육과학사  
 청소년지도총서⑤ 「청소년교류론」, 교육과학사  
 청소년지도총서⑥ 「청소년환경론」, 교육과학사  
 청소년지도총서⑦ 「청소년심리학」, 교육과학사  
 청소년지도총서⑨ 「청소년상담론」, 교육과학사  
 청소년지도총서⑩ 「청소년복지론」, 교육과학사  
 청소년지도총서⑪ 「청소년문화론」, 교육과학사  
 청소년지도총서⑫ 「청소년 프로그램개발 및 평가론」, 교육과학사  
 청소년지도총서⑬ 「청소년 자원봉사 및 동아리활동론」, 교육과학사  
 청소년지도총서⑭ 「청소년기관운영론」, 교육과학사  
 청소년지도총서⑮ 「청소년육성제도론」, 교육과학사  
 청소년지도총서 「청소년학 연구방법론」, 교육과학사  
 청소년지도총서 「청소년학 개론」, 교육과학사

## 한국청소년정책연구원 문고

한국청소년정책연구원 문고 01 「좋은교사와 제자의 만남」, 교육과학사  
 한국청소년정책연구원 문고 02 「행복한 십대 만들기 10가지」, 교육과학사  
 한국청소년정책연구원 문고 03 「집나간 아이들 - 독일 청소년 중심」, 교육과학사  
 한국청소년정책연구원 문고 04 「청소년학 용어집」, 교육과학사

## NYPI 창의적 체험활동 시리즈

NYPI 창의적 체험활동 시리즈 I : 외국의 창의적 체험활동  
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 II : 1부 일본의 「종합적학습」 가이드 “요코하마의 시간”  
 2부 일본의 「청소년체험활동전국포럼」 보고서  
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 III : 학교폭력 예방을 위한 「스포츠활동」 지도 매뉴얼(중·고등학생용)  
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 IV : 청소년지도자 전문성 교육 매뉴얼 : 생활권수련시설 지도자용 / 한상철 · 길은배 · 김 민 · 김진호 · 김혜원 · 문성호 · 박선영 · 설인자 · 오승근 · 윤은종 · 이명욱 · 이은경 · 최순종 · 김영지  
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 V : 청소년민주시민 교육 매뉴얼(중 · 고등학생용)  
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 VI : 학교기반 지도매뉴얼 I : 핵심역량-창의적체험활동 연계 / 김기현 · 장근영 · 권해수 · 김민성 · 강영신  
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 VII : 학교기반 지도매뉴얼 II : 핵심역량-교과(지리)수업연계 / 김기현 · 장근영 · 권해수 · 김민성 · 강영신  
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 VIII : 청소년 수련관 기반 지도매뉴얼 I : 핵심역량-사고력 / 김기현 · 장근영 · 임영식 · 정경은 · 조아미 · 정재현  
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 IX : 청소년 수련관 기반 지도매뉴얼 II : 핵심역량-사회성 / 김기현 · 장근영 · 권일남 · 김태균 · 김정율 · 김지수 · 김영희  
 NYPI 창의적 체험활동 시리즈 X : 청소년 수련관 기반 지도매뉴얼 III : 핵심역량-자율적행동 / 김기현 · 장근영 · 권일남 · 김태균 · 김정율 · 김지수 · 김영희



## 기타 발간물

- NYPI YOUTH REPORT 12호 : 창의적 체험 활동(2010년12월)
- NYPI YOUTH REPORT 13호 : 소년원 교육 효과성 개선 방안(8월)
- NYPI YOUTH REPORT 14호 : 청소년 활동 지역네트워크 구축(8월)
- NYPI YOUTH REPORT 15호 : 청소년 인터넷 성매매 실태와 대응방안(9월)
- NYPI YOUTH REPORT 16호 : 위기아동·청소년 긴급구호 체계 개선방안 (9월)
- NYPI YOUTH REPORT 17호 : 초·중·고 창의적 체험활동 실태 조사(10월)
- NYPI YOUTH REPORT 18호 : 방화후돌봄서비스 실태와 개선방안(10월)
- NYPI YOUTH REPORT 19호 : 한국 청소년 핵심역량진단 조사(10월)
- NYPI YOUTH REPORT 20호 : 한국 청소년 건강실태 조사(10월)
- NYPI YOUTH REPORT 21호 : 한국 청소년 안전(보호)실태 조사(11월)
- NYPI YOUTH REPORT 22호 : 국제청소년성취포상제 발전방안(11월)
- NYPI YOUTH REPORT 23호 : 아동·청소년 인권실태조사 : 발달권, 참여권(11월)
- NYPI YOUTH REPORT 24호 : 청소년의 가족의식·가정생활 실태조사(11월)



경제·인문사회연구회 협동연구총서 11-32-01

연구보고 11-R22

**아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I :**  
**- 총괄보고서 -**

인 쇄 2011년 12월 21일

발 행 2011년 12월 26일

**발행처 한국청소년정책연구원**

서울특별시 서초구 태봉로 114

**발행인 이 재 연**

**등 록** 2001. 8. 24 제13-726호

**인쇄처** 양동문화사 전화 02)2272-1767 대표 김방지

사전 승인없이 보고서 내용의 무단전재·복제를 금함.

구독문의 : (02) 2188-8844(학술정보아카이브팀)

ISBN 978-89-7816-984-4

978-89-7816-983-7(세트)

