

국가 정신건강검진의 현재와 개선방향에 대한 제언

박 수 미

한남대학교
상담심리학과
조교수


양 재 원[†]

가톨릭대학교
심리학과
부교수

지난 20년간 대한민국의 정신건강서비스는 주로 정신질환자를 대상으로 하는 삼차예방을 중심으로 발전해왔다. 최근에는 범국민적 정신건강서비스 제공이라는 국가적 과제 아래 교육, 홍보, 고위험군 선별 등 일차, 이차 예방활동도 증가하는 추세이다. 이와 함께 관계부처는 우울증에 한정하여 10년에 1회 실시하던 국가 정신건강검진을 강화, 확대하는 계획을 발표하였다. 본 연구는 기존 정신건강검진 및 2023년 4월 발표된 정신건강검진 계획의 문제점을 살피고, 앞으로 나아가야 할 방향에 대해 논하였다.

주요어 : 정신건강서비스, 이차예방, 정신건강검진, 선별검진, 심리평가

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 양재원 / 가톨릭대학교 심리학과 부교수 / (14662) 경기도 부천시 지봉로 43 / Tel: 02-2164-5538 / E-mail: jwyang@catholic.ac.kr

 Copyright ©2023, Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서론

최근 10년 동안 우리나라의 자살률은 소폭 감소 추이를 보이고 있으나, 2020년 기준 자살률은 인구 10만명당 25.7명으로 OECD 회원국 평균인 11.0명의 2배 이상을 상회하며 여전히 회원국 중 가장 높은 순위를 차지하고 있다(보건복지부, 한국생명존중희망재단, 2022). 특히 지난 5년간 자살 동기 비율 중 정신적, 정신과적 문제가 가장 높게 나타났다(보건복지부, 한국생명존중희망재단, 2022). 2022년 국립정신건강센터의 조사에 의하면 지난 1년 간 국민의 3분의 2가 정신건강 문제를 경험하였으며 이들 중 58%가 일상생활 및 가정생활에 지장을 받았다고 보고하였다. 이처럼 정신건강 문제에 대한 심각성이 대두됨에 따라, 2021년 1월 보건복지부는 ‘온 국민 마음건강 종합대책(제2차 정신건강복지기본계획(’21~ ’25))’을 통해 정신건강에 대한 국가 책임과 공공성 강화를 강조하며 전 국민을 대상으로 정신건강 관련 서비스를 제공할 것임을 공표하였다(전진아, 2021). 상기 발표에 의하면 정신질환자와 고위험군을 대상으로, 심각한 정신과적 문제가 발생한 시점에 정신과적 치료를 지원하는 기존 정책(AS-IS)과 달리 앞으로(TO-BE)의 정책은 전 국민을 대상으로 하며 정신건강서비스가 필요한 시점에 전 주기적 정신건강서비스를 지원함으로써 전 국민의 삶의 질과 인권 증진을 목표로 삼겠다는 것이다. 전 국민 정신건강증진이라는 추진 전략 아래에는 1) 적극적 정신건강증진 분위기 조성, 2) 대상자별 예방 접근성 재고, 3) 트라우마 극복을 위한 대응역량 강화라는 주요 핵심과제가 배치되어 있다. 그러나 전 국민 대상의 예방적 접근은 정신건강에 대한 올바른 정보제공과 생

활수칙 안내를 주로 하고 있으며, 조기 인지, 개입의 대상은 생애주기별 고위험군을 특정하고 있어, 여전히 범국민적 심리지원 서비스에 대한 부분은 보완해 나가야 할 숙제로 남아 있다.

정신건강 예방모델 및 현황

정신건강 발생에 대한 예방활동을 실시하는 것은 직접적인 치료적 개입보다 더 효과적인 것으로 알려져 있다(Felner et al., 1983). 의료 및 공중보건 영역의 가장 대표적인 예방 개념은 개입 시점에 따른 세 가지 차원 모델이다(Comptom & Shim, 2020). 그 중 첫 번째 단계인 일차예방(primary prevention)은 신체적, 정서적, 사회적 환경에서 발생할 수 있는 위험 요소를 제거하거나 최소화하여 정신건강 문제를 예방하는 것을 일컫는다. 예를 들어, 교육과 규칙적인 운동, 건강한 식습관 등의 생활 습관의 개선을 통해 건강한 삶을 유지하는 데 도움이 되도록 하는 것이다. 지역사회 차원으로는 미혼모 돌봄 서비스, 차상위계층 아동 급식 보조 서비스 등도 일차예방에 해당된다. 이러한 예방 활동을 통해, 개인들은 정신적 건강을 유지하고, 정신적 건강 문제가 발생하는 것을 예방할 수 있다. 이차예방(secondary prevention)은 정신건강 문제가 발생하기 전에 이를 조기에 발견하고, 적극적인 개입을 통해 진행을 막거나 완화시키는 것을 말한다. 정신건강 문제를 유발할 수 있는 요인을 가진 사람들을 선별하는 과정을 포함하여 정신건강검진, 예방 교육 및 개인상담 등이 이에 해당되며, 개인들은 정신건강 문제의 초기 증상을 조기에 발견하고 초기 단계에서 치료할 수 있다. 마지막 단계인 삼차예방(tertiary prevention)

은 이미 정신건강 문제를 경험한 개인들에 대한 예방 활동이다. 이는 정신건강 문제를 가진 사람들의 재발을 막거나, 공존할 수 있는 문제를 예방하며, 빠르게 사회로 복귀할 수 있도록 재활을 유도하는 것이다. 정신건강 재활 프로그램, 치료와 함께 개인적인 지원과 교육, 그리고 정신건강 관리계획 등을 예로 들 수 있다.

우리나라의 정신건강 예방현황을 살펴보면, 대한민국 정부는 정신건강 서비스에 대한 접근성을 향상시키기 위한 다양한 정책을 시행해 왔다. 지난 20년 동안 정신건강 서비스 제공기관과 시설, 인력이 지속적으로 확대되었는데, 이는 주로 정신질환자를 대상으로 하는 삼차예방을 중심으로 발전한 것이라 볼 수 있다. 최근에는 정신건강 문제와 자살 예방, 교육, 홍보, 고위험 선별 등 일차, 이차 예방활동도 증가하는 추세이다. 이러한 예방 활동은 주로 광역 및 기초단위 정신건강복지센터의 정신건강 증진사업의 일환으로 이루어지고 있다. 그러나 실제 정신건강복지센터는 중증정신질환자와 자살 시도자 사례관리 등의 다양한 기존 업무와 제한된 예산과 인력난, 그리고 부족한 연계 시스템으로 인해 난항을 겪고 있다(이상훈, 2020). 그 밖에 일부 지방정부에서는 심리지원센터 설립(서울, 경기), 청년 마음건강 지원사업 시행 등을 통해서도 중증이 아닌 경증 혹은 초기 단계의 심리적 어려움을 겪는 사람을 대상으로 접근성을 강화하는 시도가 이루어지면서 정신건강 서비스에 대한 물리적 접근성은 강화되었다. 그러나 재정 여건이 나은 일부의 지방정부에 국한되어 진행되고 있을 뿐, 여전히 전 국민을 대상으로 한다고 하기에는 기반시설과 자원이 부족한 실정이며, 특히 심리적인 접근성은 아직 개선되

지 않은 상태인 것으로 지적되고 있다. 한국보건사회연구소의 보고에 의하면, 대다수의 사람들은 정신건강 문제를 누구나 경험할 수 있다고 생각하지만, 정신질환자에 대한 편견도 강하게 지니는 것과 같이 이중적인 인식을 여전히 갖고 있을 뿐만 아니라, 언제 정신건강 상담이나 치료를 받으러 서비스 기관을 방문해야 하는지, 정신건강 서비스를 이용해도 괜찮은지, 그리고 어디를 어떻게 이용해야 하는지의 방법 등에 대한 정보가 부족하다고 인식하고 있는 것으로 나타났다(전진아 등, 2019). 이에 정신건강서비스 접근성을 실질적으로 강화하기 위한 구체적인 개선방안이 필요하다고 할 수 있다. 특히 정신건강 서비스 이용률을 높이기 위해서는 정신건강 문제에 대한 도움이 필요한 고위험군이 사각지대 없이 선별될 수 있도록 조기선별을 강화하고 차후 정신건강 서비스를 이용할 수 있도록 정보를 제공하며 연계하는 체계의 마련이 중요하다고 할 수 있다.

국가 정신건강검진 현황과 문제

국가 건강검진은 질병의 이차예방 및 조기 발견에서 중요한 역할을 하고 있다. 우리나라의 건강보험제도와 전 국민 건강검진 시스템은 매우 우수한 수준이며 생애 전 주기에 걸쳐 다양한 항목의 검진을 받을 수 있도록 구성되어 있어 세계에서 가장 큰 규모를 갖는 건강검진 중 하나로 평가된다(김은정, 2023). 국가 성인건강검진은 19세 이상의 성인을 대상으로 하며, 건강검진기본법에 근거하여 국민의 건강위험요인과 질병의 조기발견을 위해 시행되고 있다. 건강검진의 검사 항목은 보건

복지부령으로 정하고 있으며, 현재는 1) 문진과 진찰, 2) 신체계측, 혈압측정, 시력·청력 측정, 3) 흉부방사선 촬영, 요검사, 혈액검사, 4) 구강검진, 5) 심뇌혈관질환 위험평가, 6) 인지기능장애 검사, 7) B형간염 검사, 8) 구강 치면세균막 검사, 9) 골밀도 검사, 노인신체기능 검사, 10) 생활습관평가, 11) 우울증에 대한 선별검사인 정신건강검사이다. 이중 정신건강검사는 2007년에 생애전환기 건강검진으로 도입되어 한국판 CES-D 척도(전경구, 2001; Radloff, 1977) 중 일부 문항을 선별하여 활용하였으며, 2018년부터는 자기보고식검사인 PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9; 안제용 외, 2013; Kroenke et al., 2001)을 이용하여 40세부터 70세까지 각 10년 단위로 시행되었다. 청년기 우울증을 조기 발견하여 치료할 수 있도록 2019년부터는 검진 연령을 20세로 낮췄으며, 2021년부터는 20세부터 시작하며 70세까지 해당 연령을 시작으로 10년 중 1회씩 실시하도록 되어 있다.

앞서 언급한 것처럼 정신건강에 대한 건강검진은 2007년 시작된 이래로 대상 연령과 실시 시기가 지속적으로 확대되었다. 그럼에도 불구하고, 10년 동안 1회의 정신건강검진의 실효성에는 의문을 가질 수밖에 없다. 이에 2022년 7월, 윤석열 정부의 국정과제로 “정신건강 문제 조기발견 및 개입을 위해 일반건강검진과 별도의 정신건강검진체계를 단계적으로 도입”하는 것을 발표하였다(대한민국정부, 2022). 실제로 2023년 4월 자살예방정책위원회는 제5차 자살예방기본계획(2023-2027년)을 발표하며, 자살예방대책 중 하나로 정신건강검진 체계를 확대 개편하기로 하였다(관계부처합동, 2023). 이 계획에 따르면, 검진의 대상은 만 20~34세의 청년층을 대상으로 시작하여

그 대상을 점차로 늘릴 예정이다. 검진의 주기는 2년으로 단축하며, 조사 항목은 기존의 우울증에 조현병과 양극성 장애 등을 추가할 예정이다. 정신건강검진은 일반건강검진 기관 내에서 선별검사를 시행하는 방식으로 이루어지며, 위험군 지정 시에는 정신건강의료기관에서 심층검사를 진행할 예정이다. 진료를 통해 진단을 받을 경우, 정신건강의학과에서 치료를 받도록 하며, 동의 시에는 정신건강복지센터에서 사례관리를 진행하게 된다(관계부처합동, 2023).

제5차 자살예방기본계획에 포함된 정신건강검진체도의 개편은 검진 주기의 단축, 조사 항목의 확대, 사후관리에 대한 계획이 포함되어 있다는 점에서 이전의 시행에 비해서는 진일보한 것이라 할 수 있다. 하지만 이 계획은 여전히 제한점을 갖는다.

첫째, 정신장애 관련 조사 항목이 여전히 협소하다는 문제다. 기존의 정신건강검진에서는 표적 질환으로 우울증을 선택하여 시행되었다. 국가건강검진이 질환의 조기발견과 개입에 초점을 맞춰 만성질환의 예방을 목적으로 하기에 정신건강검진에서 표적 질환으로 기존 우울증에 더해 만성적 경과를 보이는 조현병과 양극성장애를 추가하여 확대시행되는 것은 타당하다(Bromet & Fennig, 1999; Marneros & Brieger, 2002). 그러나, 유병률 및 만성화를 모두 고려하였을 때, 위의 장애가 정신건강검진의 조사항목으로 충분한가에 대해서는 여전히 의문이 남는다.

둘째, 일반검진기관에서 정신장애의 진단을 정확히 할 수 있는가에 대한 의문이다. 현재의 건강검진은 건강검진기본법 제14조에 따라 지정받은 검진기관, 즉 의료기관과 보건소에서 실시하도록 되어 있다. 건강보험공단에 따

르면, 2020년 12월 31일 현재 우리나라에서 일반건강검진이 진행되는 기관은 총 23,376개이다. 정부의 계획 발표에 따르면, 정신건강검진은 이들 기관에서 진행되게 될 것이다. 그러나, 누가 시행하는지는 명시되어 있지 않아, 이 기관에서 정신건강 전문인력이 진행할 가능성은 높지 않아 보인다. 건강검진기본법의 시행규칙에 따르면, 일반검진기관에는 의사, 간호(조무)사와 검진인원에 따라 임상병리사, 방사선사를 두도록 되어 있다. 즉, 관련 법령에는 검진기관 내에 어떠한 정신건강 전문인력도 필수로 포함되어 있지 않아도 되게끔 되어 있다. 따라서 정신건강검진이 전문인력에 의해 진행되지 않을 가능성이 크며, 만약 그러하다면 과연 그 결과가 신뢰로우며 의미 있게 해석될 수 있는지는 상당히 의심스러울 수밖에 없다. 이는 윤석열 정부의 120대 국정과제(대한민국정부, 2022)에서 언급된 “일반건강검진과 별도의 정신건강검진체계 도입”이라는 발표의 취지와도 맞지 않는다.

셋째, 검진 결과에 따른 사후관리의 문제이다. 현재 시행되고 있는 국가 정신건강검진 체계에서는 PHQ-9이 10점 이상일 경우, 그리고 9번 문항이 1점 이상일 경우 일상생활에서 우울증을 극복할 수 있는 방법을 담은 ‘우울 증상 극복방법’을 제공하고, 가까운 병의원 또는 정신건강복지센터에 의뢰하여 진료 및 치료를 받을 수 있도록 안내하고 있다. 그러나 이는 일괄적인 권고사항에 그치는 수준으로 추가검사와 진료의 필요성을 제고하지 못할 수 있다. 또한, 사후 추가검사 및 치료 연계 상황에 대한 통계 및 연구자료는 부족한 실정이다. 이에 새롭게 제시된 정신건강검진 체계에서는 위험군의 경우 정신건강의료기관에서 심층검사를 실시하고, 정신건강의학과에서 치

료와 정신건강복지센터에서 사례관리를 하게끔 하였다. 그러나, 그 실효성에는 의문이 들 수밖에 없다. 기존의 신체 질환에 대한 건강검진의 경우에도 사후 관리 체계에 상당한 문제가 있어, 적절한 후속 조치가 이뤄지지 않고 있다(조비룡, 이철민, 2011). 기존에 심리적인 문제가 있는 경우에도 정신건강 서비스를 이용하는 비율이 낮은 상황에서 검진 이후 진행되는 심층검사와 치료로 이어질 가능성은 크지 않을 것으로 예상된다. 미국 예방 서비스 특별위원회(US Preventive Services Task Force)의 보고에 의하면, 선별검사가 우울증의 증상 경감과 유병률 혹은 유병 기간의 감소에 영향을 미치지만, 사후관리 체계가 없는 환경에서는 우울 증상 감소에 효과적인 영향을 미치지 못한다(Siu et al., 2016). 이에 정확한 진단과 효과적인 치료 및 추적 관찰이 가능한 정신건강 전문인력 운영이 가능한 곳에서 선별검사를 시행할 것을 권고하였다. 이러한 대책이 없을 경우에는 우울과 같은 정신질환에 대한 낙인과 프라이버시 염려 등으로 인한 손해가 검진으로 인한 이득보다 되려 클 수도 있다는 연구진의 지적은 염두에 둘 필요가 있다.

정신건강검진을 위한 제언

앞으로 진행될 예정인 정신건강검진은 앞서 언급된 문제점을 충분히 고려하여 시행되어야 할 것이다. 첫째로, 정신건강검진의 조사항목이 확대될 필요가 있다. 국립정신건강센터(2021)가 펴낸 2021년 정신건강실태조사 보고서에 따르면, 정신장애별 1년 유병률은 주요 우울장애와 기분부전장애를 합친 우울장애가 1.7%, 불안장애 3.1%, 알코올 정신장애는 2.6%

로 보고되었다. 이에 의료정책연구소의 직장인 중심 국민정신건강 관리 모형 개발 연구는 정신건강검진에 우울, 불안, 알코올 사용장애를 포함할 것을 권고하고 있다(조성준 외, 2022). 미국예방 서비스 특별위원회는 우울증에 더불어 약물사용을 B등급으로 설정하여 예방할 것을 권고하고 있다. 이 등급체계는 “강력 권장”인 A등급부터 “근거가 부족한” I 등급까지 있으며, 이중 B등급은 “예방 서비스의 사용을 지지하는 확고한 증거가 있으며, 해당 서비스를 받는 사람들에게 유의미한 이익을 제공할 가능성이 큼”을 의미한다(US Preventive Services Task Force, 2020). 또 다른 국내 실태조사 연구에 의하면, 20-30대가 본인의 정신건강 상태를 다른 연령에 비해 상대적으로 나쁘게 인식하는 것으로 나타났으며, 유형별로는 ‘심각한 스트레스’(43.4%), ‘수일간 지속되는 우울감’(37.6%), ‘수일간 지속되는 불안’(31.9%), ‘생활에 불편을 줄 정도의 감정기복’(34.7%)의 순으로 정신건강 문제를 경험하는 것으로 보고되었다(국립정신건강센터, 2022). 이런 역학 정보를 바탕으로 하면, 정부에서 제안한 우울, 양극성장애, 조현병 이외에 최소한 알코올 사용장애와 불안장애가 정신건강검진의 조사항목에 포함되어야 할 것이다. 불안장애는 아동기와 청소년기에 흔히 발병하며, 특별한 치료를 받지 않으면 그 장애가 만성화되고(Kessler et al., 2010), 우울장애가 알코올 문제나 불안장애와 동반이환할 경우 자살의 위험성이 더욱 커진다(Suominen et al., 1996). 이러한 점을 감안할 때, 청년층을 대상으로 시범 시작되는 정신건강검진체계에 이들 장애는 포함하여 운영될 필요가 있다.

검진에서 조사 항목의 확대는 필연적으로 비용 증가의 부담과 연결된다. 따라서 선별을

위한 검사는 신뢰도와 타당도가 확보된 자기보고식 검사를 활용하여 온라인으로 진행하는 것이 바람직하다. 그럴 경우, 검진에 참여한 국민들의 정신건강 문제의 수준을 성·연령·지역 등 세부적인 파악이 가능해진다. 그리고 그것이 심리적 문제와 정신장애에 대한 정보가 연구자와 정책 입안자에게 공유될 때 이는 정신건강과 관련한 맞춤형 정책 제안과 실행이 가능할 것이다.

둘째, 정신건강검진은 일반건강검진과는 독립적으로 정신건강 전문가가 시행토록 하는 것이 바람직하다. 자기보고식의 검사는 장애 여부의 판단에 위양성(false positive)의 한계점을 가질 수 있다(Hanssen et al., 2003). 또한 현재의 자기보고식 검사는 한 정신과적 장애에 대해 민감도와 특이도를 가진 검사가 표준적인 것으로 간주되지만 실제 정신과적 질병은 서로 독립된 것이 아니라 복합적인 성질을 띄며 증상은 초진단적으로 나타나기도 한다(Eaton et al., 2015). 따라서 자기보고식 검사는 선별로만 활용되어야 할 것이며, 정확한 판별과 진단을 위해서는 선별검사 후 전문가에 의한 면담이 필수적으로 진행되어야 한다(Vieira et al., 2022). 정신건강검진을 위한 전문가는 정신병리와 심리평가, 측정 및 심리 면담에 대한 심도 깊은 전문 지식을 가지고 있어야 하며, 정신건강의 실무 분야에서 충분한 경험이 있어야 할 것이다. 그럴 때에야 비로소 진단을 위한 선별 및 심층평가가 가능할 것이다.

셋째, 검진을 통해 정신장애를 조기선별하고, 기민하게 개입하여, 장애를 예방하고 만성화를 막기 위해서 사후관리가 강화되어야 한다는 것에는 이견이 있을 수 없다. 검진시 심층평가와 진단, 사후관리로 이어지게 하기

위해서는 그것이 모두 하나의 기관에서 시행 되도록 하는 것이 바람직하다(김영식, 이정아, 2017; Siu et al., 2016). 그럴 때 검진과 상담 및 심리치료가 연속성을 유지하고, 중복 검사의 문제도 해결하며, 서비스 수혜자의 편의성을 높일 수 있을 것이다.

종합하면, 2년 단위로 수검 시기가 짧아지는 정신건강검진에서는 유병률을 고려하여 표적 질환을 다양화하여야 할 것이며, 온라인의 자기보고식 검사로 선별검사를 시행한 후 전문가에 의한 면담을 통해서 평가가 이루어져야 할 것이다. 이런 과정은 충분히 훈련된 정신건강 전문인력에 의해 이루어져야 할 것이며, 검진과 사후관리가 한 기관에서 이루어질 때 그 효율성을 높일 수 있을 것이다.

정신건강검진기관으로서 심리지원센터

앞서 언급한 바와 같이 앞으로 진행될 정신건강검진은 심리평가와 면담을 통한 심리적 문제 파악이 가능하며 심리적인 문제에 대한 개입이 가능한 정신건강 전문인력이 상주하는 기관에서 하는 것이 가장 바람직할 것이다. 현재 운영 중인 정신건강과 관련한 기관 중 이에 가장 가까운 것은 심리지원센터인 것으로 보인다.

심리지원센터는 서울특별시 심리지원에 관한 조례(서울특별시조례 제6665호, 2017. 9. 21)에 근거하여 심리지원 서비스를 제공하기 위해 설치된 기관이다. 현재 서울에 권역별로 동남, 동북, 서남, 중부 등 4개 센터가 운영되고 있다. 유사하게 경기도에도 경기도 심리지원센터 설치 및 운영에 관한 조례(경기도조례 제6726호, 2020. 8. 7)가 제정되어 용인시에서 운영되고 있다. 심리지원센터는 심리전문가들

이 심리평가, 심리상담과 심리교육을 주된 업무로 하고 있다.

심리지원센터가 심리전문가에 의해 지역사회 시민에 밀착하여 심리평가와 상담 및 심리치료가 제공되고 있다면, 현재로서 정신건강검진기관으로 기능하기에는 가장 적합하다고 볼 수 있다. 심리지원센터는 1) 다양한 정신장애에 대한 선별 평가 도구와 심층 검사에 대한 경험과 지식을 갖고 있고, 2) 정신건강과 관련한 전문인력이 상주하고 있으며, 3) 검진과 심리치료 같은 사후관리가 한 기관에서 이루어질 수 있기에 그러하다. 심리지원센터는 정신건강검진과 더불어 준임상(sub-clinical) 수준의 문제를 가진 국민에 대한 치료를 담당할 수 있다. 만약 임상적 수준에 이르렀을 때에는 정부가 계획하고 있는 바와 같이 병·의원의 정신건강의학과에 의뢰하여 적절한 의학적 치료를 받게 할 수 있다. 또한, 필요한 경우 지역사회 기관, 예를 들어 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터나 자살예방센터에 연결하여 서비스를 받을 수 있도록 한다. 심리지원센터가 이런 기능을 담당할 때 일부에서 제기되고 있는 정신건강복지센터와 기능 중복의 문제로부터 자유로워질 수 있으며, 지역사회 정신건강의 게이트키퍼 역할을 할 수 있을 것이다. 따라서 앞으로 개편 시행될 정신건강검진에서는 기존 발표한 바대로 20~34세를 대상으로 진행하되, 그 시행을 서울의 역량을 갖춘 심리지원센터에서 하도록 시범운영한 후 그 성과를 바탕으로 단계적으로 확대하는 안을 고려할 필요가 있다. 그럴 때 정신건강검진과 심리지원센터는 전 국민을 대상으로 한 정신건강에 대한 국가 책임성 강화를 위한 초석이 될 수 있을 것이다.

맺음말

정신과적 문제는 개인의 주관적인 증상과 경험에 기반하며, 개인마다 증상을 겪는 양상이 다를 수 있으며, 개인은 자신의 변화를 인식하지 못하거나 부정적인 증상을 방어하려 할 수 있기에 자기보고에 한계를 지닌다. 이에 수많은 연구가 진행되었음에도 타 신체질환과 달리 건강검진에서 활용할 수 있는 간단하면서도 표준적인 생물학적 검사는 부재하다(Hyman, 2010). 이러한 한계로 인해 정신과적 진단은 선별 검사와 더불어 숙련된 정신건강 전문가의 면담과 근거기반 심리평가를 필요로 하며 섬세하면서도 통합적인 관점을 요구한다. 비용 효율적이면서도 실효성이 있는 정신건강 검진을 위해서는 선별검사에 그칠 것이 아니라 전문인력의 필수구성과 사후관리가 담보된 체계적인 시스템의 구축이 반드시 선행되어야 할 것이다. 그럴 때에야 정신건강검진을 통해 조기 선별과 조기 개입을 통해 장애의 만성화를 막고 국민의 정신건강에 대한 국가의 책임성이 강화될 수 있을 것이다.

참고문헌

관계부처 합동 (2021). 제3차('21-'25) 국가건강검진종합계획.
https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=366024

관계부처 합동 (2023). 제5차 자살예방기본계획('23-'27).
https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=374972

국립정신건강센터 (2021). 2021년 정신건강실태조사보고서.
<https://mhs.ncmh.go.kr/front/reference/referenceList.do?typeRef=1>

국립정신건강센터 (2022). 2022년 국민정신건강지식 및 태도조사 결과보고서.
https://www.ncmh.go.kr/mentalhealth/board/boardView.do?no=9219&fno=106&menu_cd=04_02_00_05&bn=newsView&search_item=&search_content=&pageIndex=

김영식, 이정아 (2017). 국가건강검진 확대 정책. *Journal of Korean Medical Association*, 60(2), 104-107.
<https://doi.org/10.5124/jkma.2017.60.2.104>

김은정 (2023). 국가건강검진 항목의 문제점과 개선과제[연구보고서]. 이슈와 논점, 2077.
<https://www.nars.go.kr/report/view.do?cmsCode=CM0043&brdSeq=41719>

김태은 (2021). 국가건강검진사업평가. 국회예산정책처.
<https://nabo.go.kr>

대한민국정부 (2022). 윤석열정부 120대 국정과제.
<https://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=40075>

보건복지부, 한국생명존중희망재단 (2022). 2022 자살예방백서. 한국생명존중희망재단.
https://www.kfsp.or.kr/web/board/15/276/?pMENU_NO=249&page=2

안제용, 서은란, 임경희, 신재현, 김정범 (2013). 한국어판 우울증 선별도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)의 표준화 연구. *생물치료정신의학*, 19(1), 47-56.

- 이상훈 (2020). 정신건강 인력의 현황과 과제. 보건복지포럼. <https://repository.kihasa.re.kr/bitstream/201002/35124/1/2020.4.No.282.05.pdf>
- 전경구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. *한국심리학회지: 건강*, 6(1), 59-76.
- 전진아 (2021). 온 국민 정신건강 증진을 위한 정책적 접근: 제2차 정신건강복지기본계획을 중심으로. 한국정신건강사회복지학회 2021년 춘계학술대회 학술발표논문집, 45-59.
- 전진아, 전민경, 김남희, 박재현, 이용주, 윤시몬, 김보은 (2019). 수요자 중심의 정신 건강서비스 접근성 강화전략연구. 한국보건사회연구원.
- 조비룡, 안은미 (2013). 건강검진 현황과 과제. *보건복지포럼*, 198, 48-54. <http://dx.doi.org/10.23062/2013.04.6>
- 조비룡, 이철민 (2011). 우리나라 국가검진체계의 실상. *Journal of Korean Medical Association*, 54(7), 666-669. <https://doi.org/10.5124/jkma.2011.54.7.666>
- 조성준, 신영철, 전상원, 김형준, 신예주, 김민경, 서화연, 이미연, 정슬아, 조정은, 김동은 (2022). 국민정신건강 관리 모형 개발 - 직장인을 중심으로. 대한의사협회의료정책연구소.
- Bromet, E. J., & Fennig, S. (1999). Epidemiology and natural history of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 44(7), 871-881. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00153-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00153-5)
- Compton, M. T., & Shim, R. S. (2020). Mental illness prevention and mental health promotion: When, who, and how. *Psychiatric Services*, 71(9), 981-983. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900374>
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N., & Krueger, R. F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 171-182. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1001-2>
- Felner, R. D., Jason, L. A., & Moritsugu, J. N. (1983). *Preventive psychology: Theory, research, and practice*. Pergamon.
- Hanssen, M. S. S., Bijl, R. V., Vollebergh, W., & Van Os, J. (2003). Self reported psychotic experiences in the general population: A valid screening tool for DSM III R psychotic disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(5), 369-377. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00058.x>
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H. U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. In M. Stein & T. Steckler (Eds.), *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment. Current topics in behavioral neurosciences*, (vol 2. pp. 21-35). Springer.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- Marneros, A., & Brieger, P. (2002). Prognosis of bipolar disorder. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. J. Lopez-Ibor, & N. Satorius (Eds.), *Bipolar disorder* (pp. 97-189). John Wiley & Sons.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Siu, A. L., US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo, K., Grossman, D. C., Baumann, L. C., Davidson, K. W., Ebell, M., García, F. A., Gillman, M., Herzstein, J., Kemper, A. R., Krist, A. H., Kurth, A. E., Owens, D. K., Phillips, W. R., Phipps, M. G., & Pignone, M. P. (2016). Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA, 315*(4), 380-387.
<https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>
- Suominen, K., Henriksoon, M., Suokas, J., Isometsa, E., Ostamo, A., & Lonnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*(4), 234-240.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09855.x>
- US Preventive Services Task Force. (2020). Screening for unhealthy drug use: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA, 323*(22), 2301-2309.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.8020>
- Vieira, L. S., Nguyen, B., Nutley, S. K., Bertolace, L., Ordway, A., Simpson, H., Zakrzewski, J., Jean Gilles, M. E., Nosheny, R., Weiner, M., Mackin, R. S., & Mathews, C. A. (2022). Self-reporting of psychiatric illness in an online patient registry is a good indicator of the existence of psychiatric illness. *Journal of Psychiatric Research, 151*, 34-41.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.022>
- 원고접수일 : 2023. 07. 15.
수정원고접수일 : 2023. 08. 03.
게재확정일 : 2023. 08. 09.

Current Status and Recommendations of the National Mental Health Screening Program in Korea

Su Mi Park¹⁾

Jae-Won Yang^{2)†}

¹⁾Department of Counseling Psychology, Hannam University, Assistant Professor

²⁾Department of Psychology, The Catholic University of Korea, Associate Professor

For the past 20 years, mental health services in South Korea have primarily focused on providing tertiary prevention for individuals with mental illness. However, recent efforts have also been made towards primary and secondary prevention through activities like education, outreach, and screening for high-risk groups. The government has also announced plans to improve the national mental health screening, which is currently only conducted once every 10 years for depression. This study aims to evaluate the current mental health screening system and the upcoming plan set for April 2023, and offer suggestions for future improvements.

Key words : *mental health care service, secondary prevention, mental health screening, screening tests, psychological evaluation*

† Corresponding Author : Jae-Won Yang / Associate professor, Department of Psychology, The Catholic University of Korea / 43 Jibong-ro, Bucheon-si, Gyeonggi-do, South Korea. / Tel: 02-2164-5538 / E-mail: jwyang@catholic.ac.kr