사람을 생각하는 연구
사회를 이끌어갈 동력

2022년 『보건사회연구』 콜로키움

사회적 웰빙과 정신건강에 대한 다층적 모색

2022. 6. 29. (수) 13:00 ~ 18:00

한국프레스센터 기자회견장(19층)

한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

2022년 『보건사회연구』 콜로키움

사회적 웰빙과 정신건강에 대한 다층적 모색

프로그램

사회 : **이원진** (한국보건사회연구원 부연구위원)
* 수어 통역 제공

• 개회사 및 축사		
13:30~14:00	개 회 사	**김용득** (『보건사회연구』 편집위원장, 성공회대학교 사회융합자율학부 교수)
	축 사	**이태수** (한국보건사회연구원 원장) **신영전** (한양대학교 의과대학 교수, 『보건사회연구』 전 편집위원장)
	시 상	**『보건사회연구』 우수논문, 우수심사자 시상식** **국민의 마음행복을 위한 '대국민 정신건강 정책 아이디어 공모전' 시상식**
• 발제		
14:00~16:30	기조 발제	사회적 웰빙과 사회의 품격 **이재열** (서울대학교 사회학과 교수)
	발 표 ①	코로나19와 생애주기별 정신건강 **현진희** (대구대학교 사회복지학과 교수)
	발 표 ②	여성의 정신건강, 역학에서 바라보는 생물학적 근거 VS. 사회적인 근거 **정선재** (연세대학교 의과대학 교수)
	발 표 ③	정신건강의 사회적 결과와 지역사회 접근 **기명** (고려대학교 보건대학원 교수)
	발 표 ④	한국의 정신건강복지서비스 전달체계에 거는 기대와 우려 **전진아** (한국보건사회연구원 사회정신건강연구센터 연구위원)
16:30~16:40		휴 식
• 토론		
16:40~18:00	좌 장	**김건엽** (경북대학교 의과대학 교수)
	토 론	**김한숙** (보건복지부 정신건강정책과 과장) **백종우** (경희대학교 의과대학 교수) **성준모** (나사렛대학교 사회복지학부 교수, 한국정신건강사회복지학회장) **채수미** (한국보건사회연구원 사회정신건강연구센터 연구위원)

2022년 『보건사회연구』 콜로키움

사회적 웰빙과 정신건강에 대한 다층적 모색

목 차

모시는 글

『보건사회연구』 편집위원회는 다가오는 6월 29일, 제7회 콜로키움을 개최합니다.

『보건사회연구』는 1981년 창간되어 40여 년의 역사를 가진 학술지로서, 그동안 보건의료, 사회복지, 인구변화, 보건복지 통계 등과 관련된 이론적이고 정책적인 문제를 다루어 왔습니다. 『보건사회연구』 편집위원회는 2016년부터 연 1회 콜로키움을 개최하여 한국사회 보건·복지 분야가 당면한 과제를 발굴하여 집중 조명하면서 이슈의 공론화와 함께 정책 대안을 제시해 왔습니다.

이번 2022년 콜로키움 주제는 "사회적 웰빙과 정신건강에 대한 다층적 모색"입니다.

2020년 이후 코로나19 대유행을 장기간 겪으면서 우리는 관계의 위축과 단절을 경험하였습니다. 더구나 사회적으로 어려운 상황에 있는 사람들은 더 심각하게 고립되는 상황에 놓이게 되었습니다. 이런 경험을 통하여 우리는 정신건강이 개인에 닥친, 개인이 해결해야 하는 문제라는 협소한 시각에서 나아가, 안정적인 삶의 환경에서 사람과 사람의 연결을 강화하는 총체적인 사회적 노력과 지원이 중요하다는 점을 알게 되었습니다.

이에 정신건강 이슈와 관련된 여러 학문 분야 전문가들이 모여 생애주기별, 성별, 지역별 정신건강의 상황을 알아보고, 정신건강 증진을 위한 사회적·정책적 지혜를 모으는 자리를 마련하였습니다. 전문가들뿐만 아니라 일반 국민과 정신건강 분야 현장 실무자들과도 머리를 맞대 보려고 "국민의 마음 행복을 위한 대국민 정신건강 정책 아이디어 공모전"도 함께 진행합니다.

학계 전문가들뿐만 아니라 일반 국민, 현장 실무자들이 참여하여 함께 만든 지혜가 모든 사람의 정신건강 증진에 소중하게 활용될 수 있기를 소원합니다. 여러분들의 많은 참여를 기대합니다.

2022년 6월

『보건사회연구』 편집위원장 김용득

축사

2022년 『보건사회연구』 콜로키움 개최를 진심으로 축하합니다.

사회과학계의 수많은 학술지 가운데에서도 그 영향력 및 기여도가 탁월한 한국보건사회연구원의 대표적 학술지 『보건사회연구』에서 준비한 올해 콜로키움의 주제는 '사회적 웰빙과 정신건강에 대한 다층적 모색'입니다. 코로나19가 한걸음 물러난 시점에서 우리 국민의 정신건강은 어떠한지, 개인을 넘어서 사회적 웰빙은 무엇이고, 어떻게 증진할 수 있는지를 타진해 보고 있습니다.

지난 2년 넘게 진행된 코로나19로 인해 사회적 관계가 단절되고, 우리사회는 급격히 개인화 되어 왔습니다. 경기침체가 겹쳐지면서 국민들의 시름도 더욱 깊어졌습니다. 우리 국민의 마음의 건강은 그동안 어떻게 변했는지, 개인의 정신건강에 영향을 미치는 우리 사회의 품격을 어떻게 향상시킬 수 있는지 깊이 논의하는 장을 마련한 점에서 이번 콜로키움은 매우 중요한 의의를 갖고 있습니다.

먼저 '사회적 웰빙과 사회의 품격'을 주제로 이재열 교수님께서는 불신, 불만, 불안의 3불사회로 우리 사회를 진단하고 있습니다. 성장의 한계에 직면한 우리 사회에서 개인의 웰빙을 넘어서 사회적 웰빙은 무엇인지, 왜 필요한 것인지, 우리 사회의 품격은 어떻게 향상시킬 수 있는지에 대한 새로운 개념과 시각을 흥미롭게 제시해 주고 있습니다.

현진희 교수님께서는 '코로나19와 생애주기별 정신건강'을 주제로 코로나 기간 동안의 정신건강을 생애주기 별로 면밀하게 추적했습니다. 전국민의 정신건강을 증진할 수 있는 효과적인 해법을 제시하였습니다. 정선재 교수님께서는 '여성의 정신건강'에 주목하였습니다. 여성의 정신건강에 영향을 미치는 생리학적, 사회적 요인을 동시에 고려하여 정책적, 실천적 시사점을 제안하고 있습니다.

기명 교수님의 '정신건강의 사회적 결과와 지역사회접근'은 정신건강이 사회적 결속에 미치는 영향과 지역사회 차원에서의 해법을 깊이있게 다루고 있습니다. 전진아 박사님의 '한국의 정신건강복지서비스 전달체계에 거는 기대와 우려'는 정신건강서비스 전달체계의 현실을 진단하고, 향후 개선방향을 제시하였습니다.

발표에 이어서 경북대학교 김건엽 교수님의 사회로 보건복지부 김한숙 과장님, 경희대학교 백종우 교수님, 나사렛대학교 성준모 교수님, 보건사회연구원 채수미 연구위원님의 종합토론이 이 주제에 대한 논의를 더욱 풍성하게 할 것이라고 기대합니다. 이 콜로키움은 코로나19 이후 우리 국민의 정신건강의 변화를 다각도로 진단하고, 향상시킬 수 있는 새로운 방향을 제시하는데 중요한 기여를 할 것입니다.

행사 준비와 개최에 힘써주신 『보건사회연구』 편집위원장 김용득 교수님과 모든 편집위원님, 우리 원의 정은희 박사님, 배재용 박사님, 이원진 박사님과 강소선 팀장님을 비롯하여 애써주신 많은 분들께 감사드립니다. 오늘 발표와 토론을 맡아주신 학계와 전문가분들께도 깊이 감사드립니다. 온라인과 현장에서 행사에 참여해주신 모든 분들께 감사의 마음을 전합니다.

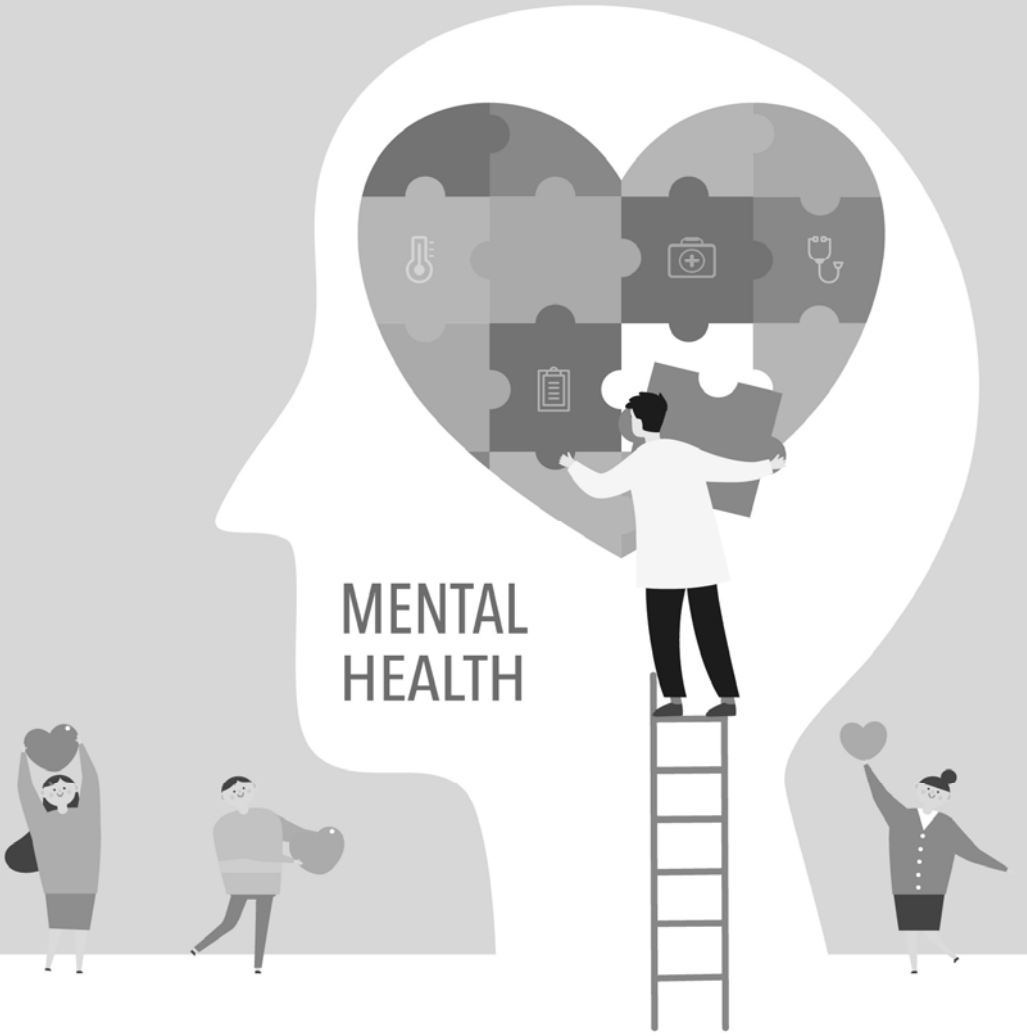
2022년 6월 29일

한국보건사회연구원장 이태수

기조 발제

사회적 웰빙과 사회의 품격

이재열 (서울대학교 사회학과 교수)



보건사회연구 콜로키엄
2022. 6. 29

사회적 웰빙과 사회의 품격

이 재 열
(서울대 사회학과 교수)

1

발표요지

1. 성장과 민주화의 패러독스: 불신, 불만, 불안의 3불 사회
2. 성장의 사회적 한계와 지위재 경쟁
3. 아픈 개인, 아픈 사회
4. 공공성과 사회의 품격
5. 낮은 품격 사회의 사회복지

2

3불사회

불만(不滿)
불신(不信)
불안(不安)

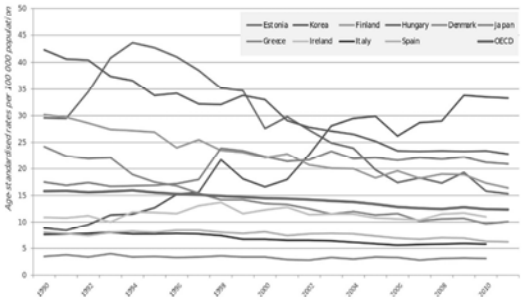
헝그리 사회에서
앵그리 사회로

한 눈에 보는 한국사회 (2016, OECD)

	변수	OECD내 순위		상태
일반	가구소득	17/35	+	평균
	출산률	35/35	−	최저
	고령화	35/35	−	최저
일	고용	20/36	+	평균
	실업률	3/35	+	최상
	실업보험	28/35	−	낮음
평등과 복지	소득불평등	18/35	+	평균
	상대빈곤률	26/35	−	평균
	노인 빈곤률	35/35	−	최저
	실업자 지원	25/32	−	낮음
	GDP대비 복지지출(%)	34/35	−	최저
건강	기대수명	10/35	+	좋음
	건강에 대한 인식	34/34	−	최저
	자살률	35/35	−	최저
	의료비지출	26/35	−	나쁨
	흡연/음주	15−20/35	−	평균
사회통합	생활만족도	28/35	−	최저
	낯선 사람 신뢰	23/35	−	최저
	정부신뢰	29/33	−	최저
	미래에 대한 불안	14/15	−	최저
	범죄율	18/35	+	평균
	사회적 관계	28/34	−	나쁨
	50대 고독	34/34	−	최저

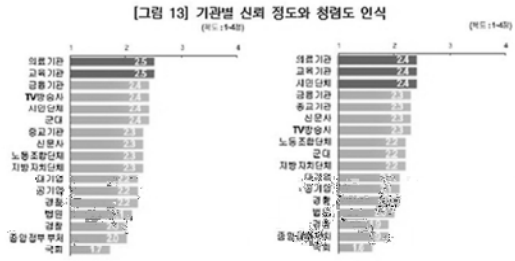
3

풍요의 역설



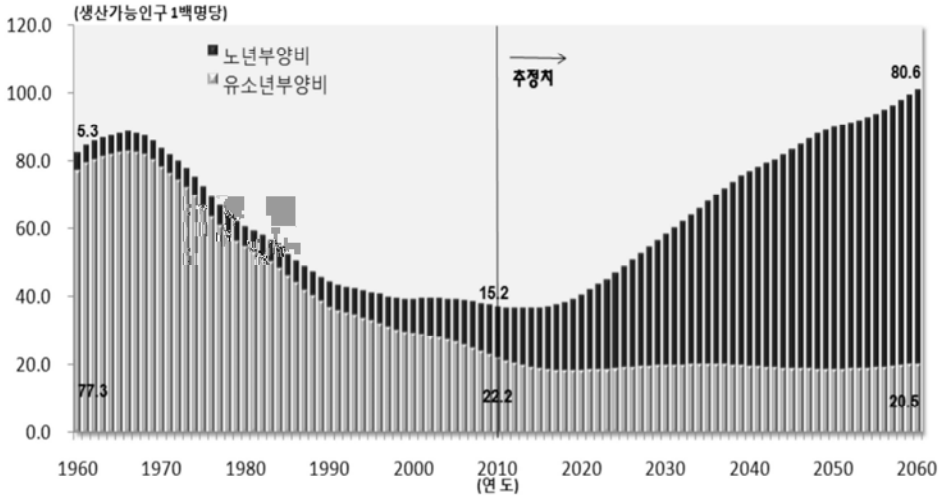
4

민주화의 역설



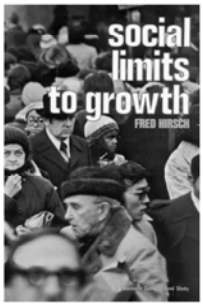
5

고령화와 부양비의 변화

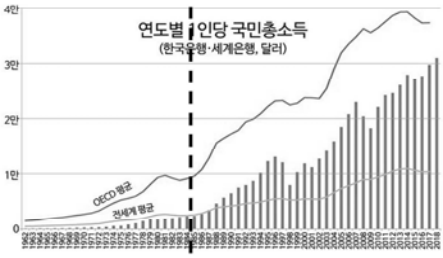


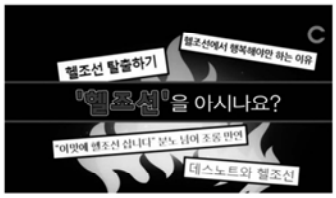
6

성장의 사회적 한계



물질재 ⟵ ⟶ 지위재

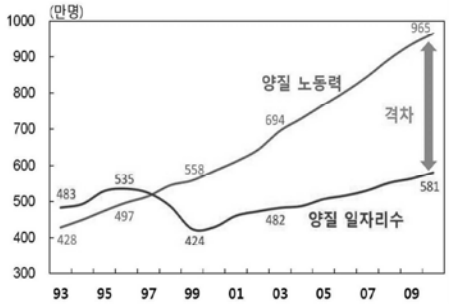




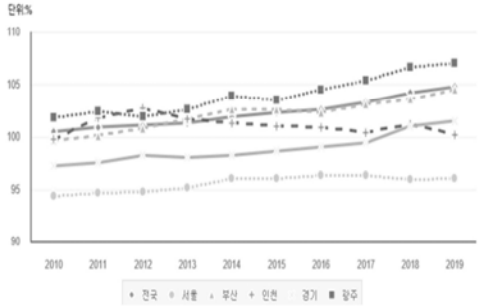
7

일자리, 주택, 대학진학

좋은 일자리

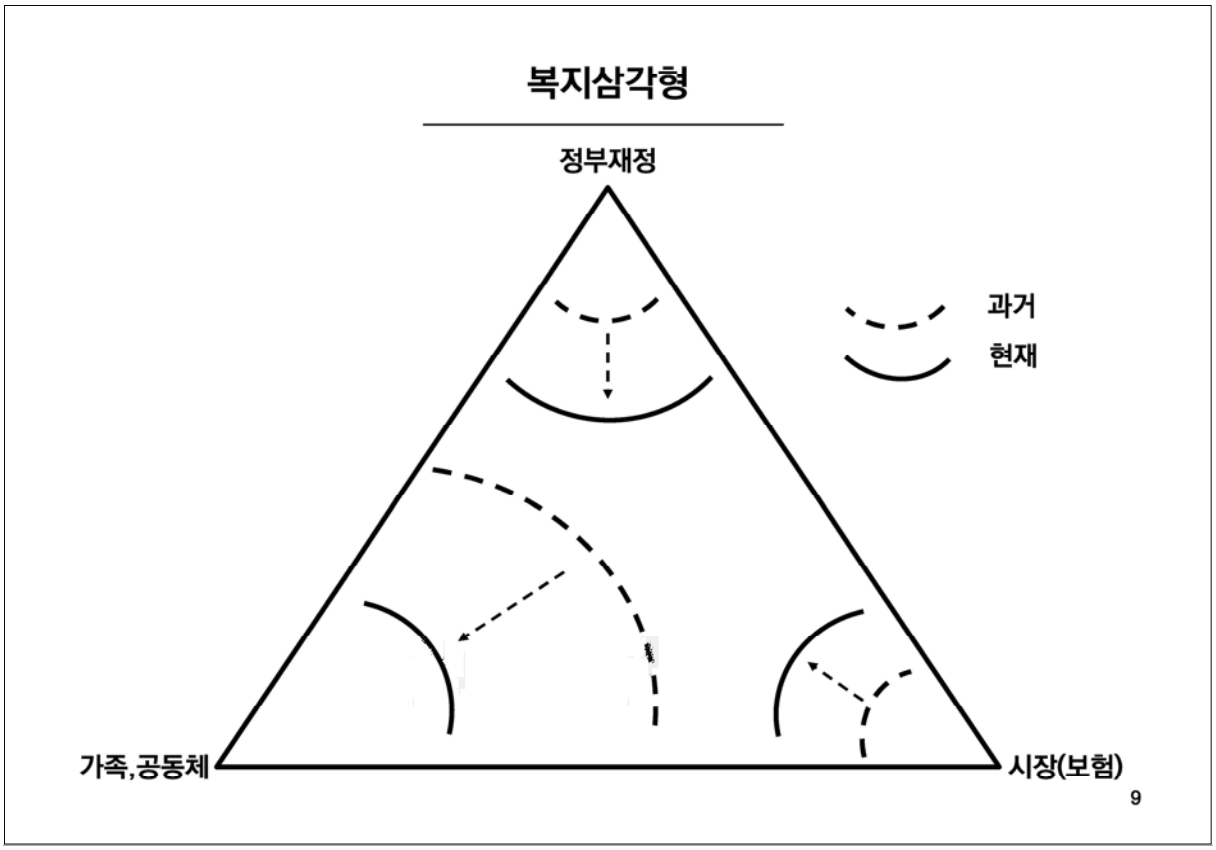


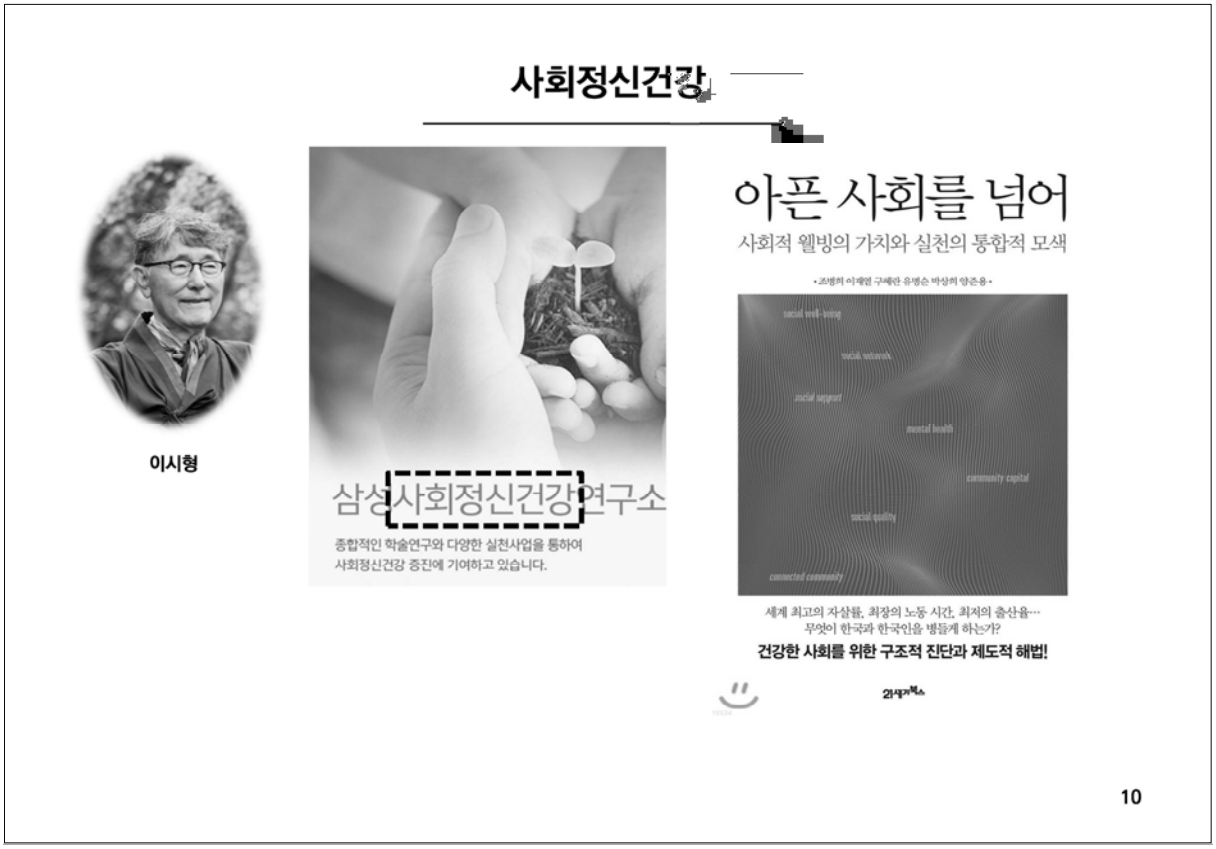
주택보급률

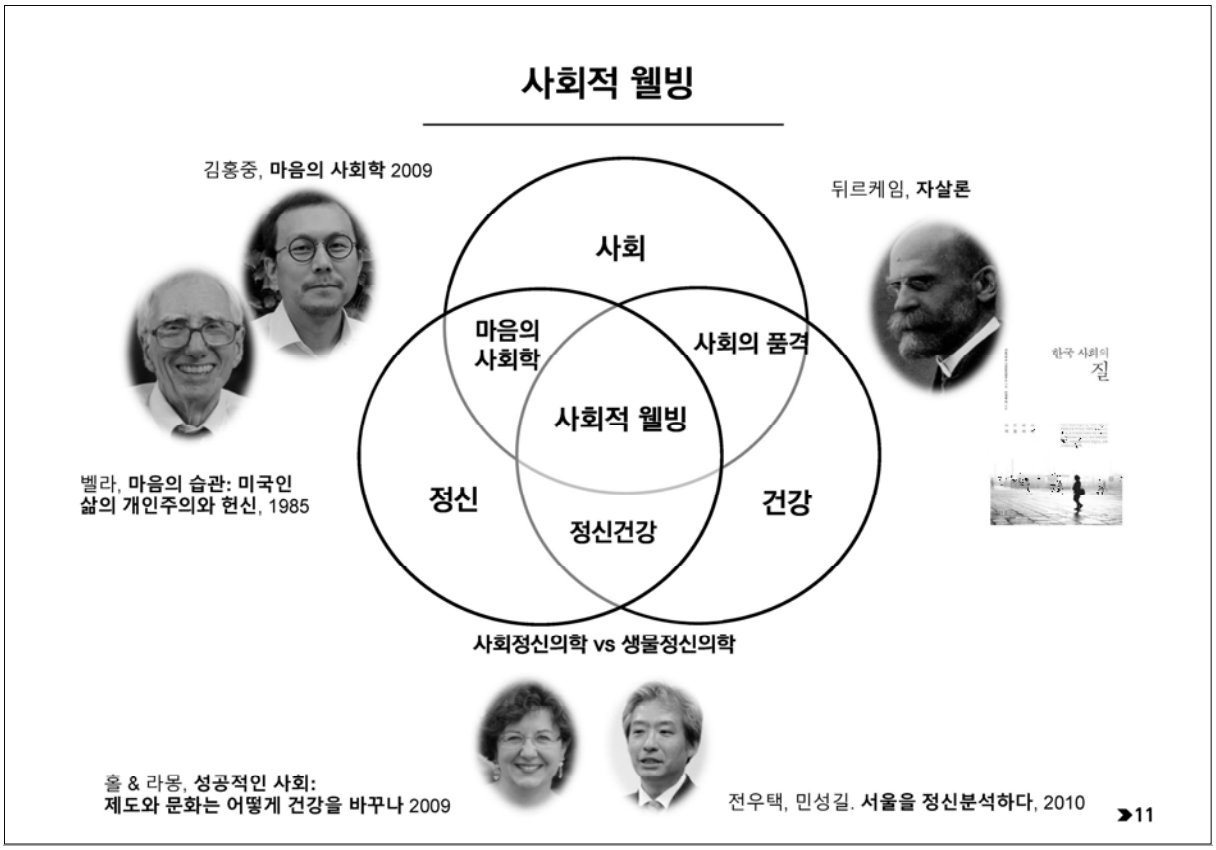


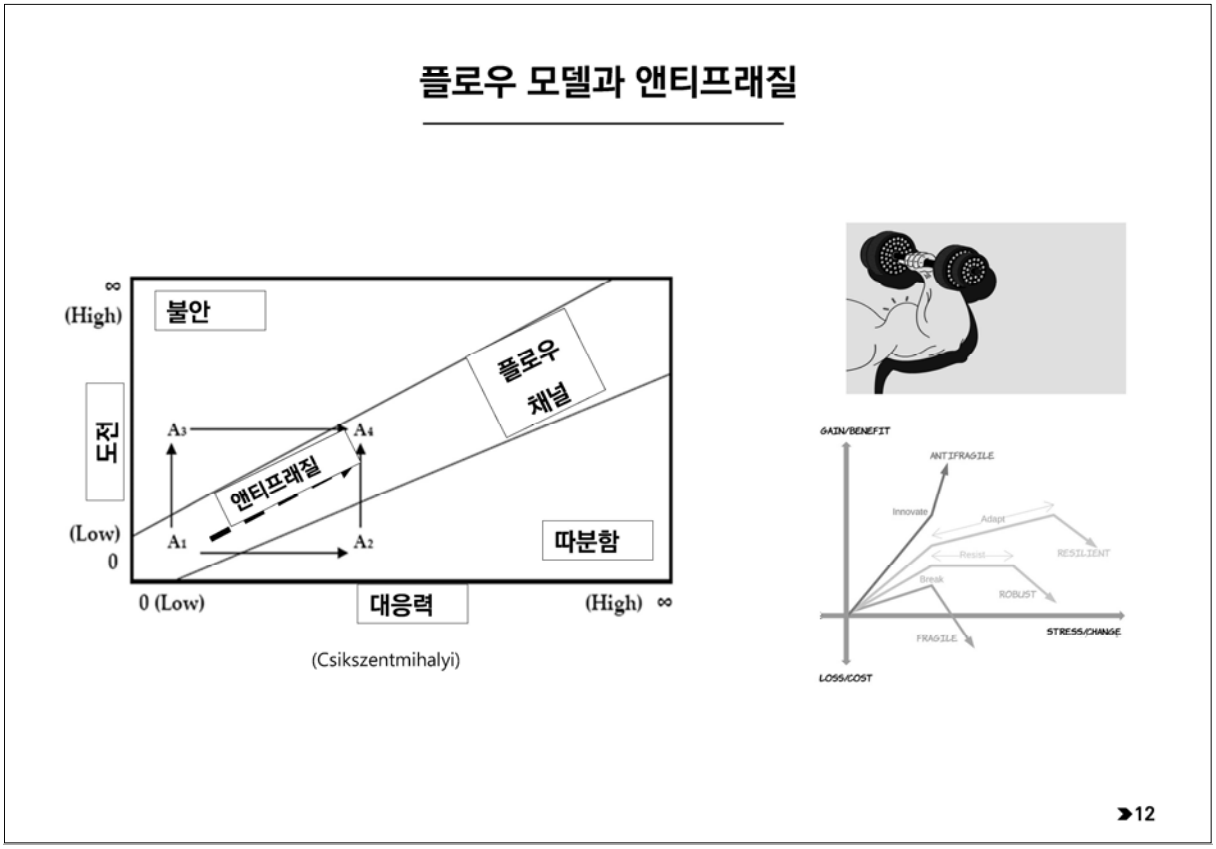
대학진학

8

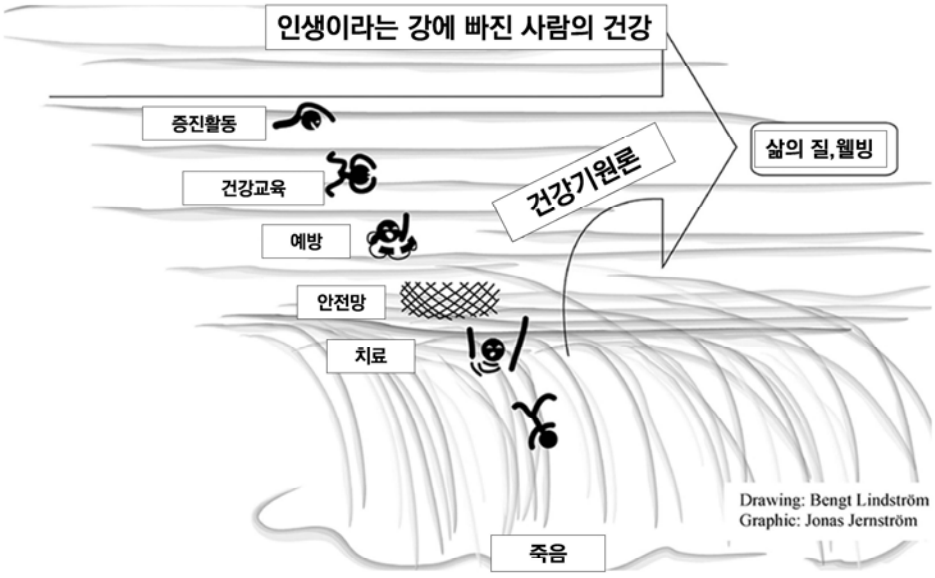

복지삼각형
정부재정
과거
현재
가족,공동체
시장(보험)
9


사회정신건강
이시형
삼성사회정신건강연구소
종합적인 학술연구와 다양한 실천사업을 통하여
사회정신건강 증진에 기여하고 있습니다.
아픈 사회를 넘어
사회적 웰빙의 가치와 실천의 통합적 모색
세계 최고의 자살률, 최장의 노동 시간, 최저의 출산율…
무엇이 한국과 한국인을 병들게 하는가?
건강한 사회를 위한 구조적 진단과 제도적 해법!
21세기북스
10


사회적 웰빙
김홍중, 마음의 사회학 2009
뒤르케임, 자살론
사회
마음의 사회학
사회의 품격
사회적 웰빙
정신
건강
정신건강
한국 사회의 질
벨라, 마음의 습관: 미국인 삶의 개인주의와 헌신, 1985
사회정신의학 vs 생물정신의학
홀 & 라몽, 성공적인 사회: 제도와 문화는 어떻게 건강을 바꾸나 2009
전우택, 민성길. 서울을 정신분석하다, 2010
11


플로우 모델과 앤티프래질
∞
(High)
불안
플로우 채널
진보
A3
A4
앤티프래질
(Low)
0
A1
A2
따분함
0 (Low)
대응력
(High) ∞
(Csikszentmihalyi)
GAIN/BENEFIT
ANTIFRAGILE
Innovate
Adapt
Resist
RESILIENT
Break
ROBUST
FRAGILE
STRESS/CHANGE
LOSS/COST
12

건강기원론

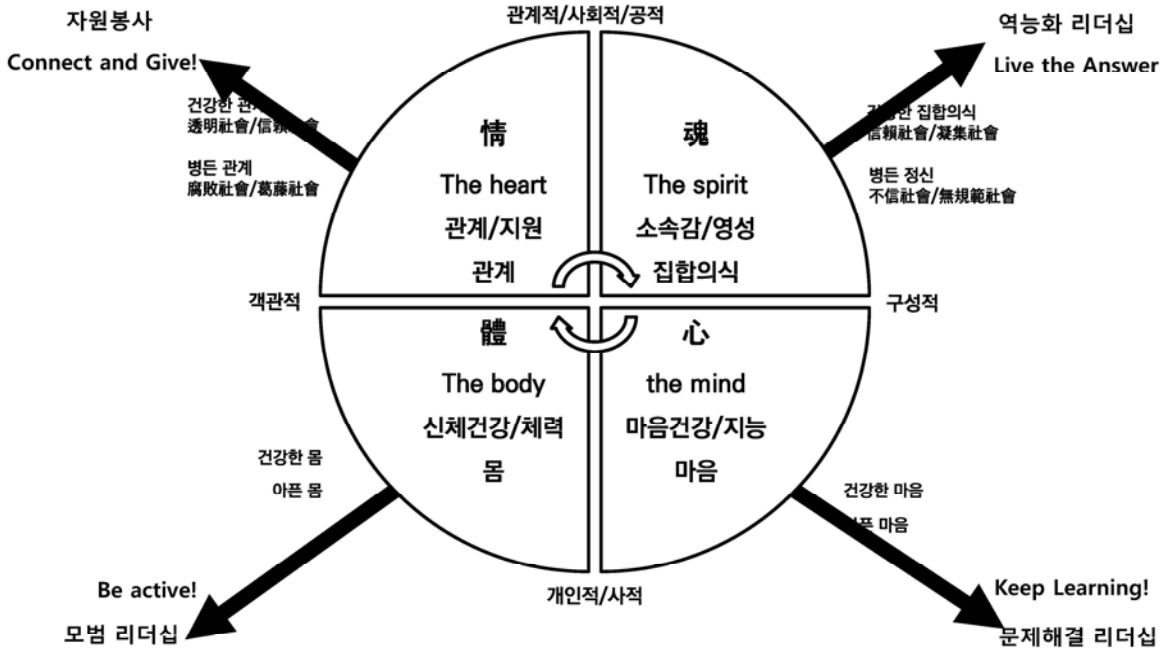


- 저항자원: 스톡과 플로우
- 통합력

(Anthonovsky)

13

사회적 웰빙의 네 영역과 개념구성 (Covey의 인생의 4영역)



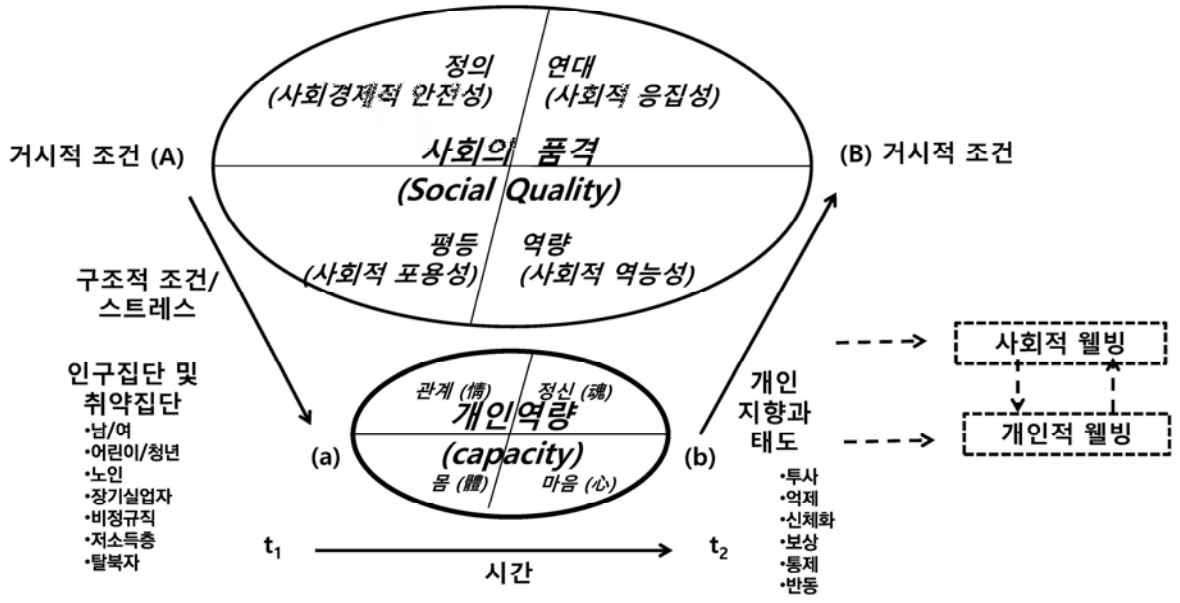
14

사회정신건강과 사회의 품격

	거시	미시
사회통합	사회해체이론 Shaw & McKay	사회통제이론 Hirschi
사회규제	아노미/구조적 폭력 Merton/Galtung	일반긴장이론 Agnew

- 품격있는 사회는 거시적 통합과 개인의 정신 건강이 서로 균형을 이룬 상태
- 사회해체이론
  - 범죄는 특정 공동체에서의 불리한 조건이 만들어낸 결과.
  - 특정 지역의 범죄율을 높이는 생태적 조건이 존재. (높은 고등학교 중퇴율, 높은 실업률, 기반시설 노후, 홀부모 가정 등)
- 사회통제이론
  - 개인간 관계, 헌신, 가치, 규범, 믿음 등이 개인으로 하여금 규범에 따르게 함
  - 도덕기준을 내면화한 개인들은 사회에 잘 통합되어 일탈행동을 할 가능성이 적음.
  - 사회화나 학습과정에 의해 제한되지 않는 행동은 무엇이든 할 것이라는 가정. (홉스주의적 인간관)
- 구조적 폭력
  - 인간의 기본적 필요가 충족되지 못하도록 사회구조 또는 사회제도에 의해 가해지는 형태의 폭력
  - 제도화된 엘리트주의, 자민족중심주의, 계급주의, 인종주의, 성차별주의, 연령주의 등

사회적 웰빙과 사회의 품격

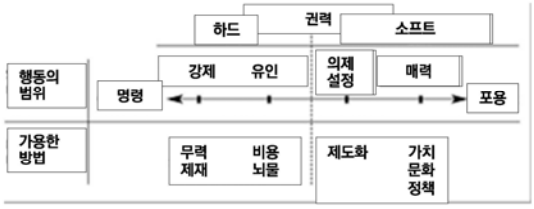


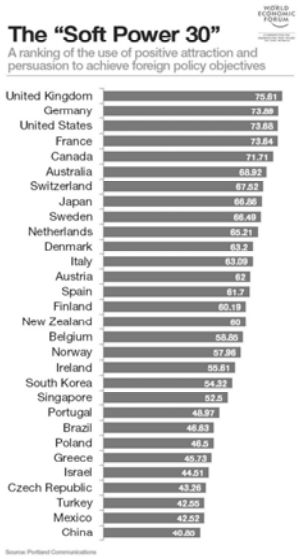
나라의 품격

김진현
善進國

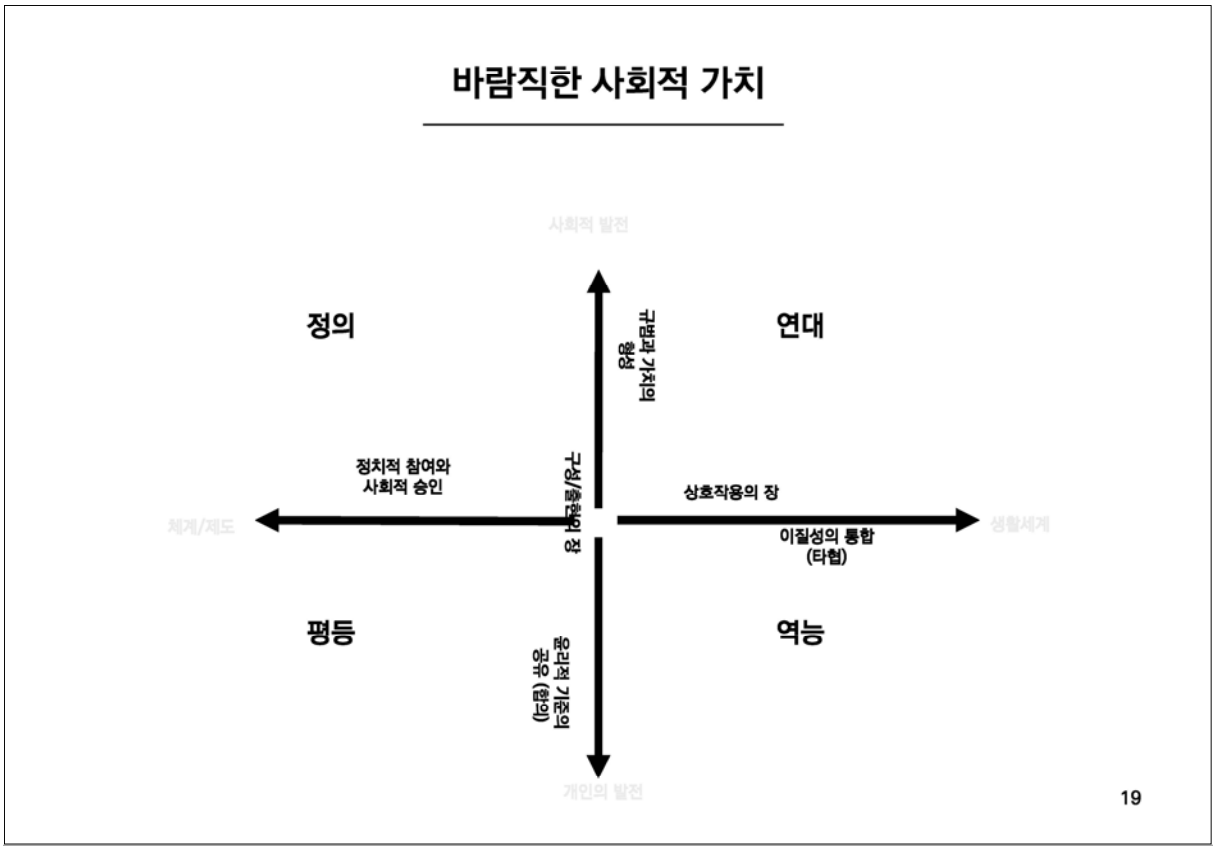
善인프라:
배려
신뢰
포용
헌신
공정

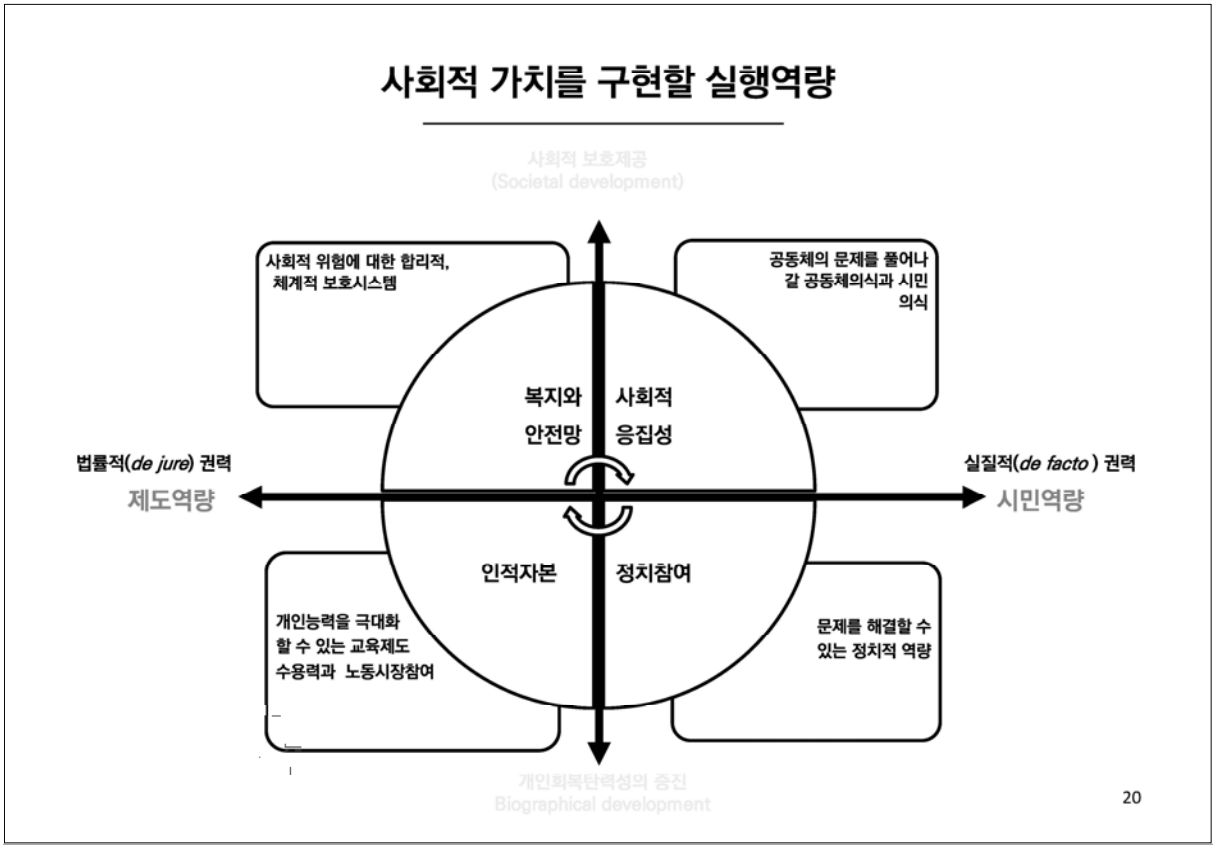
Joseph Nye
소프트파워





18

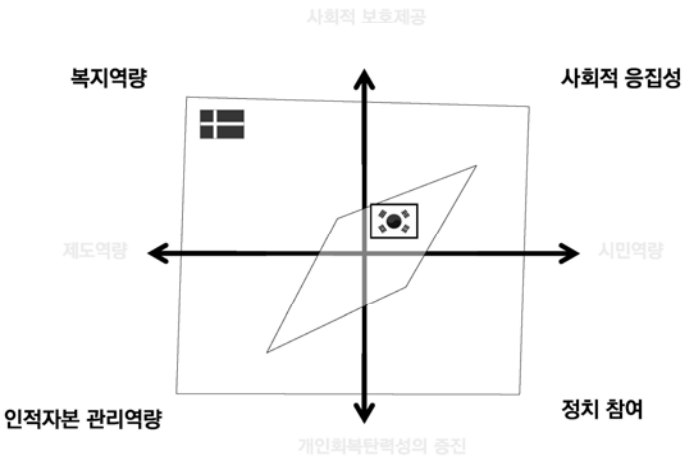

바람직한 사회적 가치
사회적 발전
정의
연대
규범과 가치의 형성
정치적 참여와 사회적 승인
구성/출현의 장
상호작용의 장
체계/제도
생활세계
이질성의 통합 (타협)
평등
역능
윤리적 기준의 공유 (합의)
개인의 발전
19


사회적 가치를 구현할 실행역량
사회적 보호제공
(Societal development)
사회적 위험에 대한 합리적, 체계적 보호시스템
공동체의 문제를 풀어나갈 공동체의식과 시민의식
복지와 안전망
사회적 응집성
법률적(de jure) 권력
제도역량
실질적(de facto) 권력
시민역량
인적자본
정치참여
개인능력을 극대화 할 수 있는 교육제도 수용력과 노동시장참여
문제를 해결할 수 있는 정치적 역량
개인회복탄력성의 증진
Biographical development
20

OECD 국가들의 사회적 품격(Social Quality)과 한국/덴마크 비교

순위	국가
1	덴마크
2	아이슬란드
3	스웨덴
4	노르웨이
5	핀란드
…	…
28	한국
29	멕시코
30	터키

30개국 중	28위
복지	29위
인적자본	18위
사회응집성	23위
정치참여	29위



출처: 서울대 사회발전연구소 (2011)

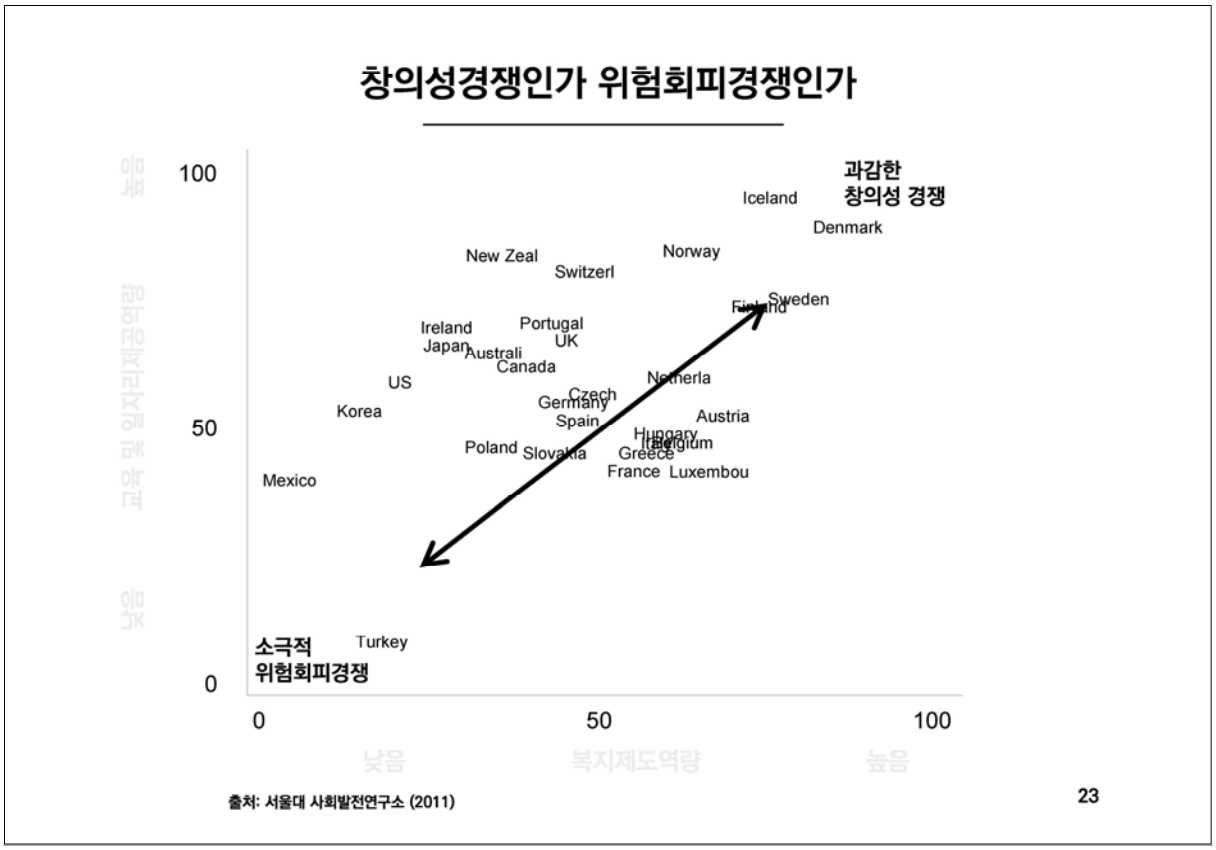
21

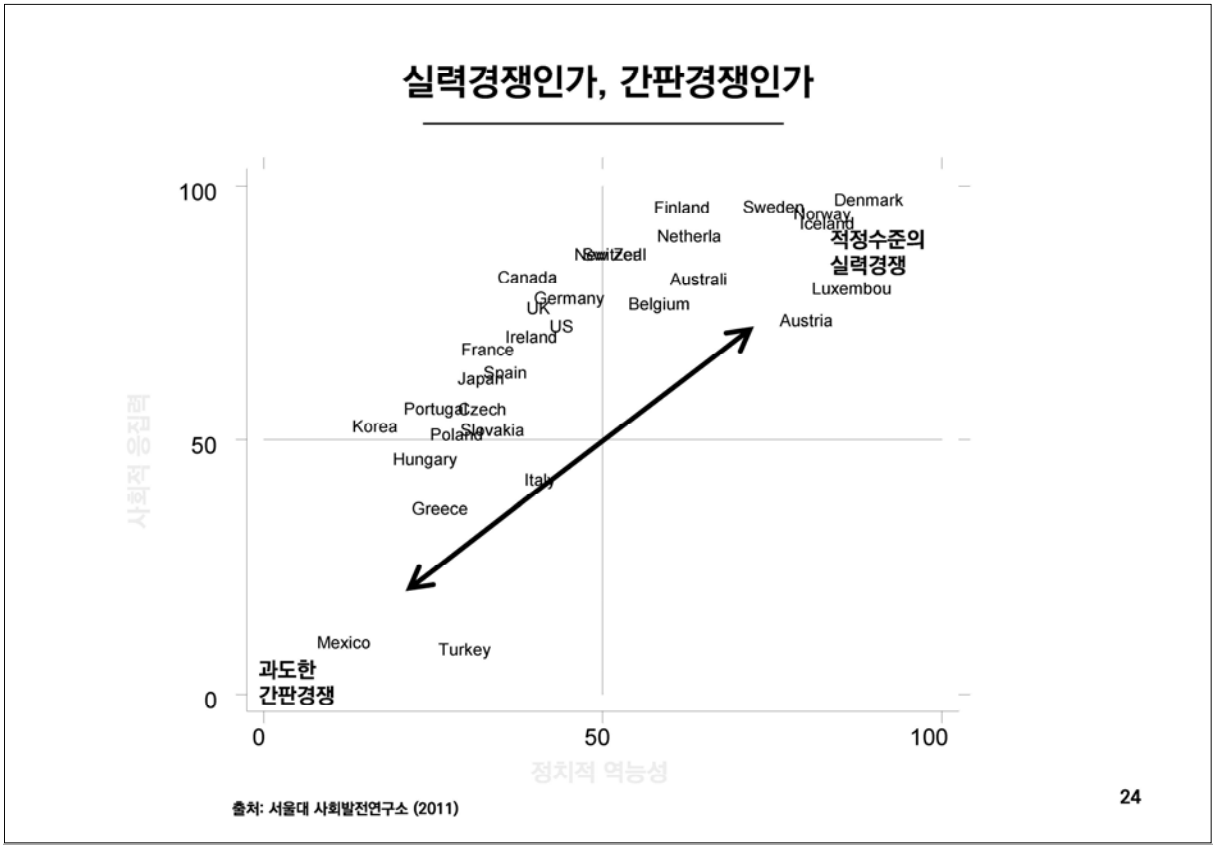
한국과 비슷한 소득수준이었을 때 선진국의 사회적 품격

	한국 2007	Nordic Model 노르웨이 1983	Nordic Model 스웨덴 1988	Continental 독일 1991	Continental 영국 1996
GDP per capita ($)	22,892	22,475	23,047	22,734	22,908
평등과 분배정의 (복지, 재분배)	1.0	4.2	5.7	3.1	2.8
역량개발 (교육, 일자리)	1.0	0.9	1.0	0.8	0.9
사회적 응집성 (투명성, 평등, 신뢰)	1.0	1.9	2.0	1.4	1.4
역능성 (투표 및 정치참여)	1.0	2.1	2.2	1.5	1.8

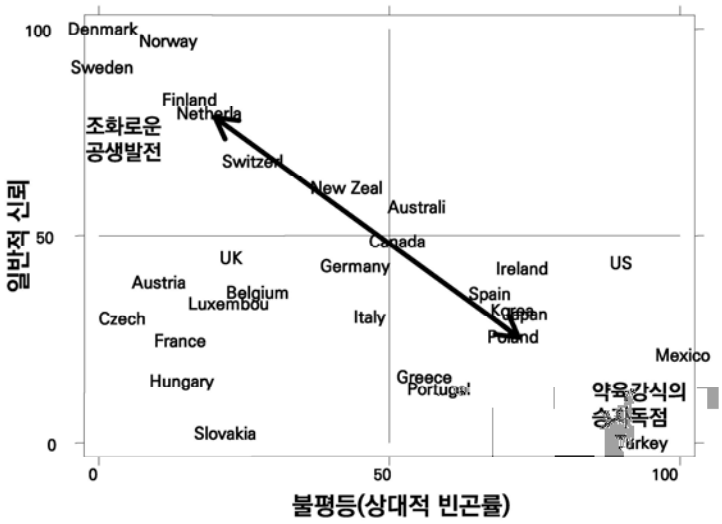
출처 : 이재열 외, 〈한국사회의 질〉, 2015: 360

22


창의성경쟁인가 위험회피경쟁인가
과감한
창의성 경쟁
소극적
위험회피경쟁
Iceland
Denmark
Norway
New Zeal
Switzerl
Sweden
Finland
Ireland
Japan
Portugal
UK
Australi
Canada
US
Netherla
Czech
Germany
Korea
Spain
Austria
Hungary
Italy
Belgium
Poland
Slovakia
Greece
France
Luxembou
Mexico
Turkey
100
50
0
0
50
100
낮음
복지제도역량
높음
출처: 서울대 사회발전연구소 (2011)
23


실력경쟁인가, 간판경쟁인가
적정수준의
실력경쟁
과도한
간판경쟁
Finland
Sweden
Denmark
Norway
Iceland
Netherla
Canada
Australi
Luxembou
Germany
UK
Belgium
Austria
US
Ireland
France
Spain
Japan
Portugal
Czech
Korea
Slovakia
Poland
Hungary
Italy
Greece
Mexico
Turkey
100
50
0
0
50
100
정치적 역능성
출처: 서울대 사회발전연구소 (2011)
24

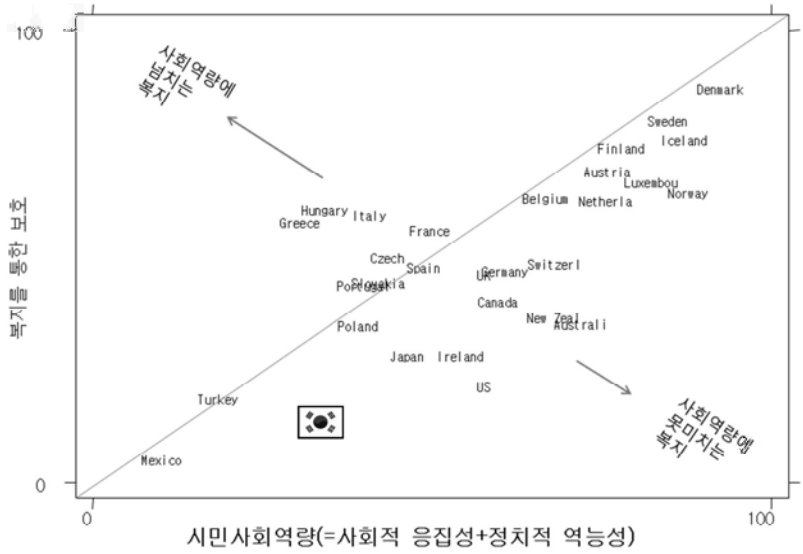
공생발전인가 승자독점인가



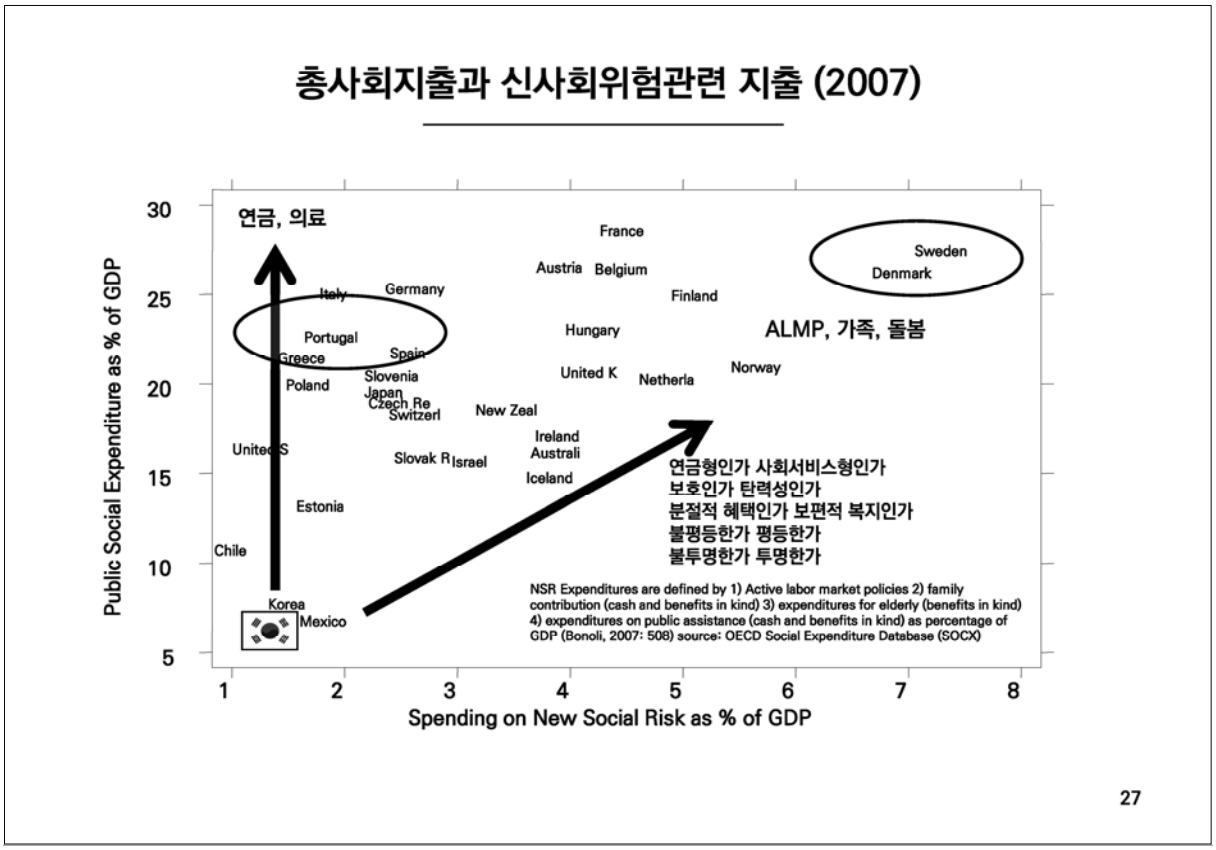
출처: 서울대 사회발전연구소 (2011)

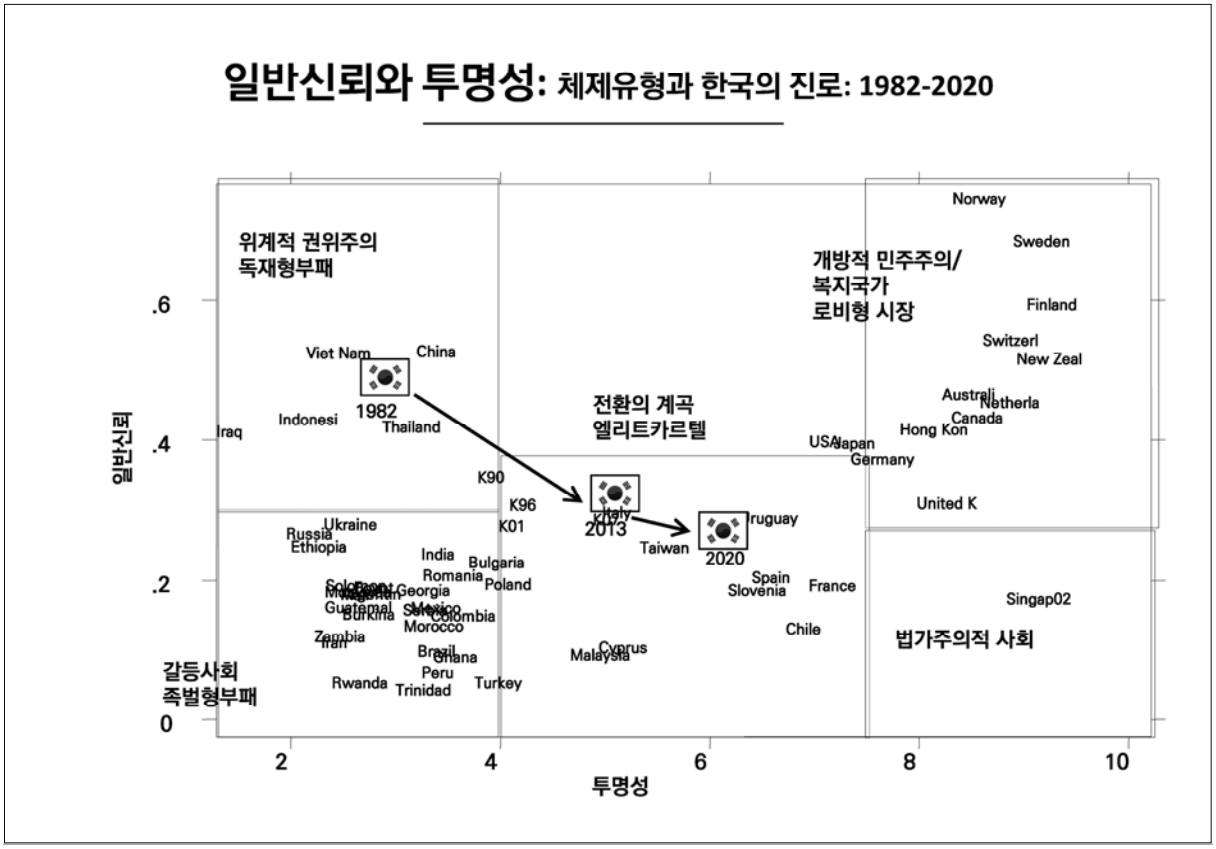
25

시민사회역량과 복지



26


총사회지출과 신사회위험관련 지출 (2007)
연금, 의료
ALMP, 가족, 돌봄
연금형인가 사회서비스형인가
보호인가 탄력성인가
분절적 혜택인가 보편적 복지인가
불평등한가 평등한가
불투명한가 투명한가
NSR Expenditures are defined by 1) Active labor market policies 2) family contribution (cash and benefits in kind) 3) expenditures for elderly (benefits in kind) 4) expenditures on public assistance (cash and benefits in kind) as percentage of GDP (Bonoli, 2007: 508) source: OECD Social Expenditure Database (SOCX)
Public Social Expenditure as % of GDP
Spending on New Social Risk as % of GDP
France
Austria
Belgium
Finland
Sweden
Denmark
Italy
Germany
Portugal
Greece
Spain
Hungary
Slovenia
Poland
Japan
Czech Re
Switzerl
United K
Netherla
Norway
New Zeal
Ireland
Australi
Slovak R
Israel
Iceland
Estonia
Chile
Korea
Mexico
27


일반신뢰와 투명성: 체제유형과 한국의 진로: 1982-2020
위계적 권위주의
독재형부패
개방적 민주주의/
복지국가
로비형 시장
전환의 계곡
엘리트카르텔
갈등사회
족벌형부패
법가주의적 사회
일반신뢰
투명성
1982
2013
2020
Viet Nam
China
Indonesi
Thailand
Iraq
K90
K96
K01
Ukraine
Russia
Ethiopia
India
Bulgaria
Romania
Poland
Georgia
Mexico
Colombia
Morocco
Zambia
Iran
Brazil
Ghana
Peru
Rwanda
Trinidad
Turkey
Cyprus
Malaysia
Taiwan
Uruguay
Spain
Slovenia
France
Chile
Norway
Sweden
Finland
Switzerl
New Zeal
Australi
Netherla
Canada
Hong Kon
USA
Japan
Germany
United K
Singap02

발표 1

코로나19와 생애주기별 정신건강

현진희 (대구대학교 사회복지학과 교수)

2022 보건사회연구 콜로키움: '사회적 웰빙과 정신건강에 대한 다층적 모색'

코로나19와 생애주기별 정신건강

현 진 희
대구대학교 사회복지학과 교수
한국정신건강사회복지학회 수석부회장
경북소방공무원 찾아가는 상담실 심리지원단장
jhh@daegu.ac.kr

Mental health across the life span (NHS)

- Mental health is a fluid state which varies throughout one's life
- Each stage of life has its own challenges and rewards
- Meeting the challenges of a stage of life is in part dependent on how successfully the previous stages were managed
- Supportive structures are important
- Early intervention can help to get things back on track

- **Mental health is enhanced by**:

- successful negotiation of **life changes and developmental tasks across the lifespan.**
- **living in a community** which supports different life choices and opportunities.

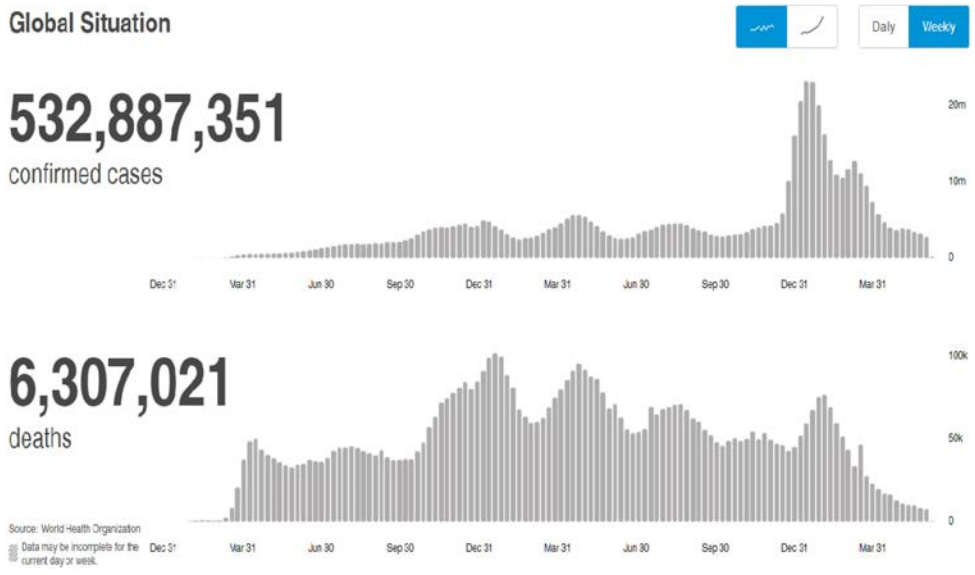
2

생애주기별 정신건강 접근 (NHS)

- Mental health is a **continuum**
- Growth and development are supported by **family, the community, social relationships, the workforce and health care**
- **Good links** need to be established with the independent and voluntary sectors - Social care context
- **Early interventions** for children and young people can prevent issues escalating and promote mental wellbeing and resilience as they develop
- **Interventions** should be based on a **'Stepped Care' model**

3

코로나바이러스감염증-19(COVID-19)



2022.6.13.
https://covid19.who.int/

4

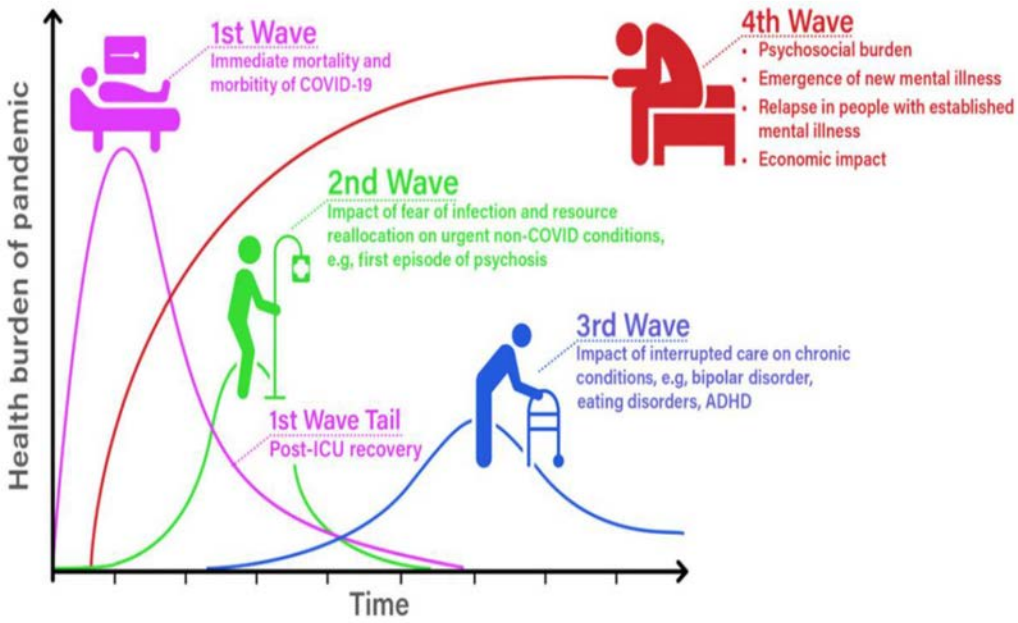


Fig. 1. The four waves of health need associated with the COVID-19 pandemic
Source: Graph adapted from Dr Victor Tseng – Pulmonary & Critical Care Physician: University of Colorado

5

Global Burden of Major Depressive disorder and Anxiety disorder in 2020

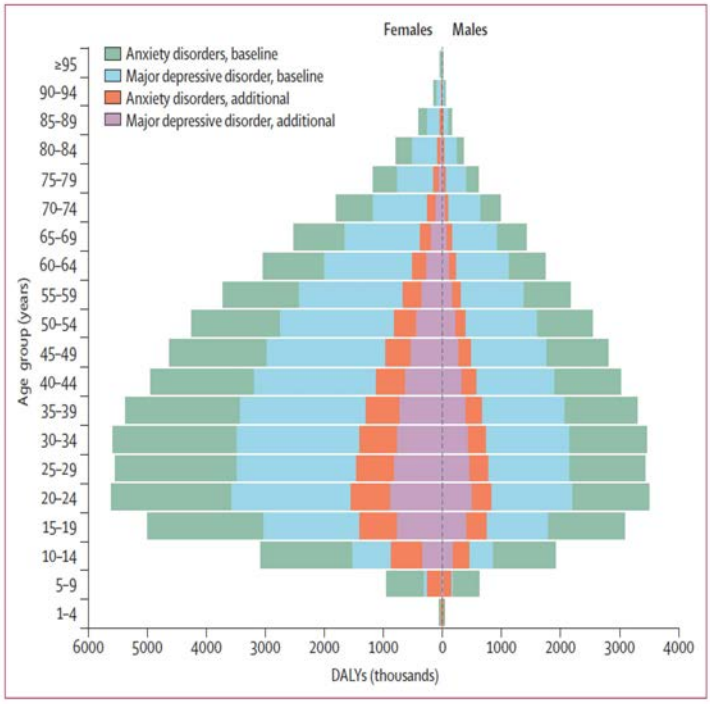


Figure 4: Global burden of major depressive disorder and anxiety disorders by age and sex, 2020
Baseline refers to pre-pandemic DALYs and additional refers to additional burden due to the COVID-19 pandemic.
DALYs=disability-adjusted life-years.

(COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021)

6

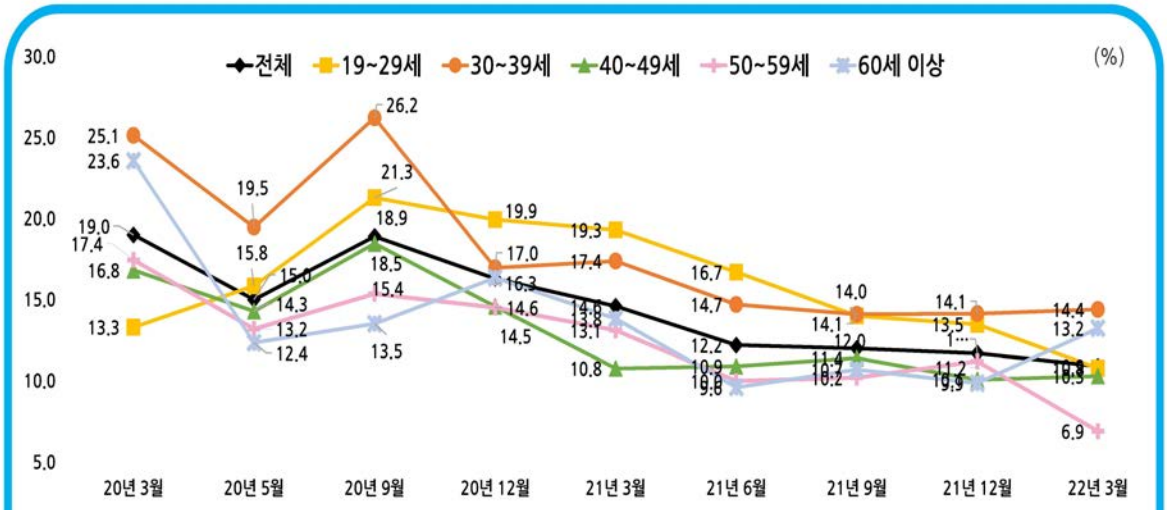
• 국내 정신건강실태

년도		2010	2011	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
불안장애*			6.8		5.7					3.1
우울장애*			3.6**		1.9***					1.7****
자살*****	자살생각(%)******				6.3		4.7		5.4	
	자살률(%)	31.2	31.7	26.5	25.6	24.3	26.6	26.9	25.7	
	자살사망자	15,566	15,906	13,513	13,092	12,463	13,670	13,799	13,195	

* 2011, 2016, 2021년 정신건강실태조사, 1년 유병율
** 기분장애(2011년 정신질환역학조사): 주요우울장애(3.1%), 기분부전장애(0.4%), 양극성장애(0.2%)
*** 기분장애(2016년 정신질환실태조사): 주요우울장애(1.5%), 기분부전장애(0.2%), 양극성장애(0.1%)
**** 우울장애(2021년 정신건강실태조사): 주요우울장애(1.7%), 기분부전장애(0.2)
***** 2022 자살예방백서
****** 국민건강영양조사에 기초한 자살예방백서(2022) 성인 자살생각

7

연령별 불안 위험군



22년 3월 30대 14.4%, 21년 12월 30대 14.1%, 21년 9월 30대 14.1%, 21년 6월 20대 16.7%, 21년 3월 20대 19.3%, 20년 12월 20대 19.9%, 20년 9월 30대 26.2%, 20년 5월 30대 19.5%, 20년 3월 30대 25.1%가 가장 높았음

4점 Likert 척도 / 총점 21점 / GAD-7 cut-off 10점
전혀 없다(0점), 며칠 동안(1점), 일주일 이상(2점), 거의 매일(3점)

(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

8

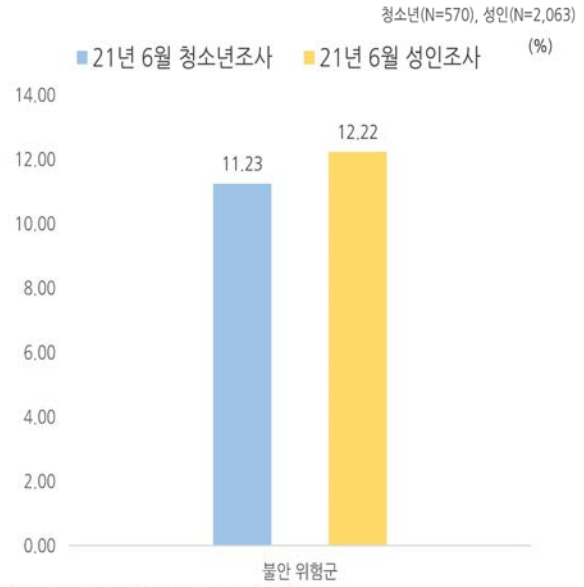
불안 위험군

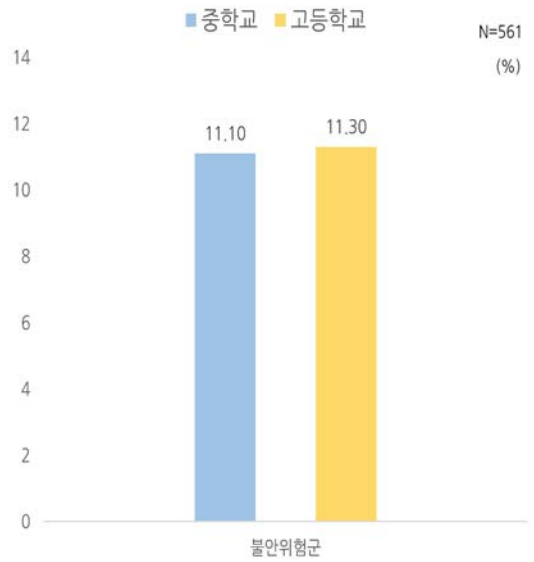
		전체 (남,여)	19~29세 (남,여)	30~39세 (남,여)	40~49세 (남,여)	50~59세 (남,여)	60세 이상 (남,여) (%)
우울	20년 3월 조사	19.03 (14.92,23.29)	13.30 (15.15,11.24)	25.13 (16.33,34.41)	16.81 (10.34,23.64)	17.45 (15.97,18.97)	23.56 (17.86,28.89)
	20년 5월 조사	14.97 (13.09,16.94)	15.85 (12.50,19.54)	19.47 (16.33,22.83)	14.29 (12.17,16.51)	13.19 (13.45,12.93)	12.35 (10.71,13.95)
	20년 9월 조사	18.86 (15.42,22.37)	21.29 (17.71,25.14)	26.22 (19.40,33.51)	18.45 (13.56,23.48)	15.35 (14.05,16.67)	13.52 (12.72,14.29)
	20년 12월 조사	16.29 (13.41,19.23)	19.95 (19.27,20.67)	16.97 (14.93,19.15)	14.59 (12.29,16.96)	14.52 (10.33,18.75)	16.34 (10.98,21.43)
	21년 3월 조사	14.60 (13.15,16.08)	19.30 (19.27,19.34)	17.38 (17.16,17.62)	10.77 (9.92,11.62)	13.11 (9.05,17.14)	13.82 (11.96,15.68)
	21년 6월 조사	12.22 (11.97,12.46)	16.71 (18.23,15.08)	14.65 (13.43,15.96)	10.94 (11.44,10.43)	9.96 (8.68,11.25)	9.58 (8.67,10.44)
	21년 9월 조사	11.97 (11.59,12.37)	14.02 (15.10,12.85)	14.14 (13.93,14.36)	11.37 (11.44,11.30)	10.17 (8.26,12.08)	10.70 (9.83,11.54)
	21년 12월 조사	11.68 (10.06,13.35)	13.48 (13.54,13.41)	14.14 (13.43,14.89)	10.09 (8.05,12.17)	11.20 (8.68,13.75)	9.86 (6.94,12.64)
	22년 3월 조사	10.86 (8.81,12.95)	10.78 (10.42,11.17)	14.40 (9.45,19.68)	10.30 (9.32,11.30)	6.85 (5.37,8.33)	13.24 (10.40,15.93)

4점 Likert 척도 / 총점 21점 / GAD-7 cut-off 10점
전혀 없다(0점), 며칠 동안(1점), 일주일 이상(2점), 거의 매일(3점)

(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022) 9

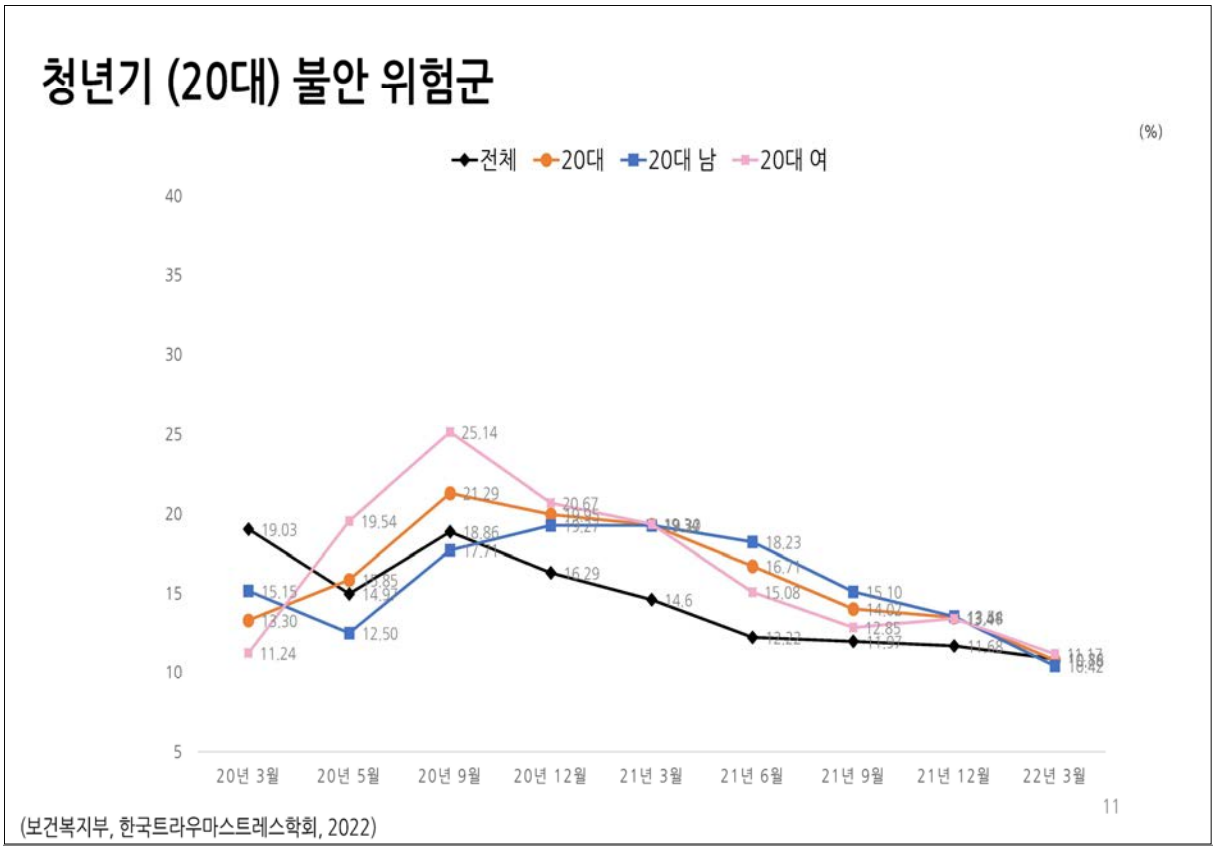
청소년기(중고등학생) 불안 위험군 (2021년 6월조사)

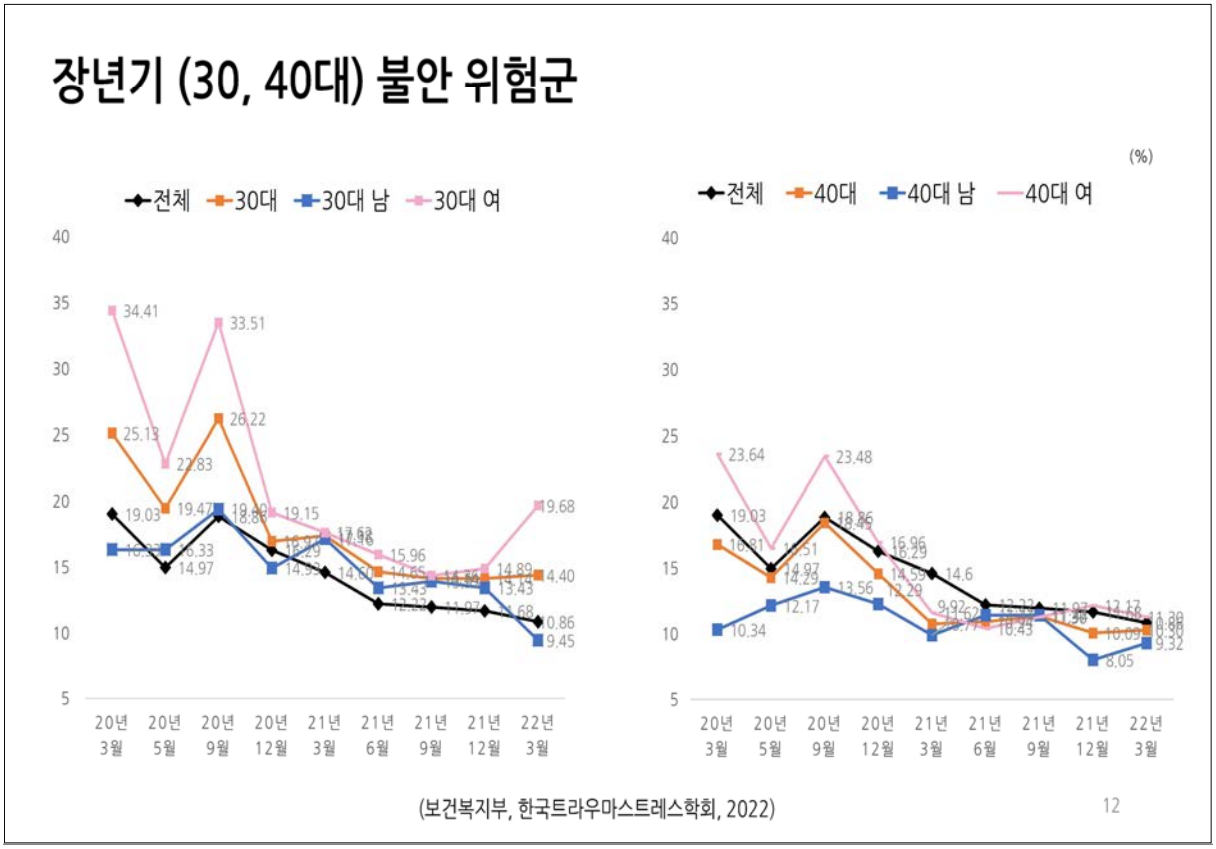




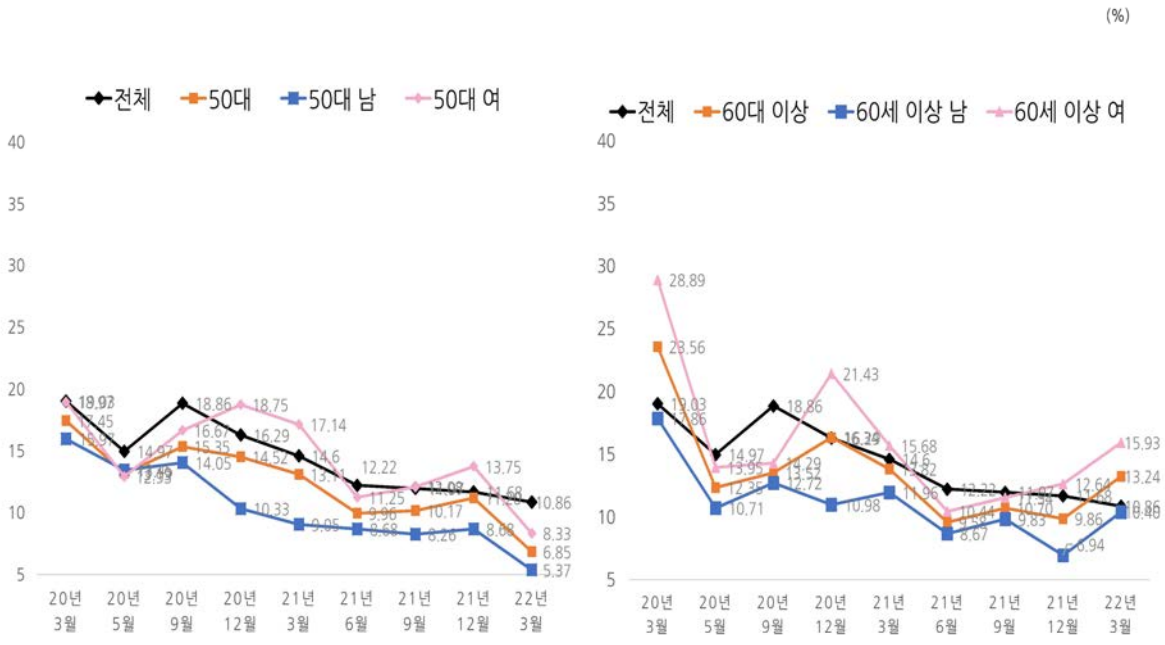
4점 Likert 척도 / 총점 21점 / GAD-7 cut-off 10점
전혀 없다(0점), 며칠 동안(1점), 일주일 이상(2점), 거의 매일(3점)
* 전체 570명 중 응답자 대다수인 중학교(n=322)와 고등학교(n=239) 재학생만을 비교 제시하였음.
** Gao 등 (2020) 조사의 불안 발생률: 22.6% (GAD-7)

(한국트라우마스트레스학회, 2021) 10


청년기 (20대) 불안 위험군
(%)
전체
20대
20대 남
20대 여
20년 3월
20년 5월
20년 9월
20년 12월
21년 3월
21년 6월
21년 9월
21년 12월
22년 3월
11
(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)


장년기 (30, 40대) 불안 위험군
(%)
전체
30대
30대 남
30대 여
40대
40대 남
40대 여
20년 3월
20년 5월
20년 9월
20년 12월
21년 3월
21년 6월
21년 9월
21년 12월
22년 3월
12
(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

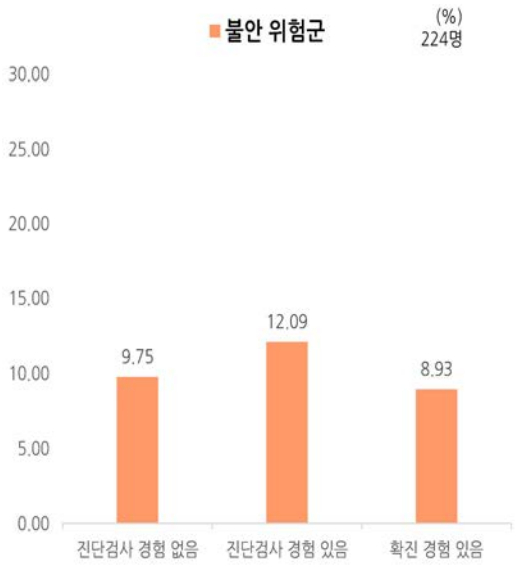
중년기 (50대, 60대) 불안 위험군



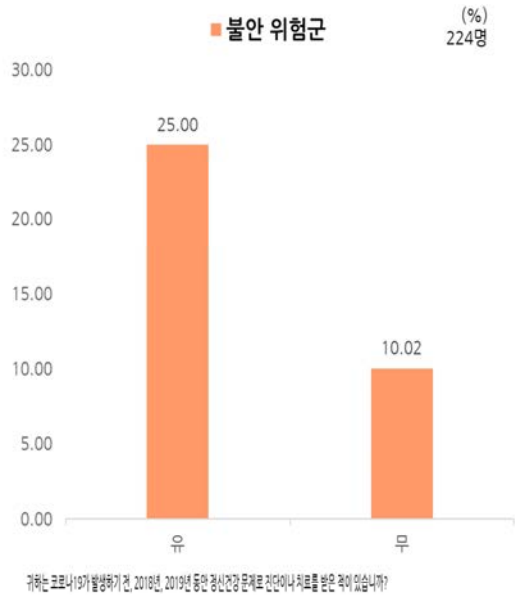
(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

13

진단검사, 확진에 따른 불안 위험군



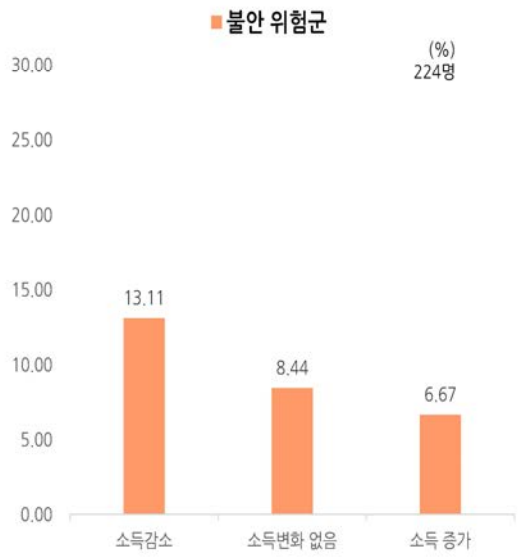
정신질환에 따른 불안 위험군



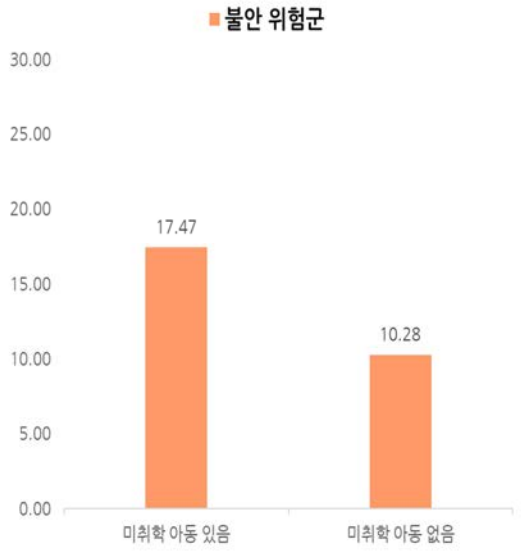
(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

14

소득변화에 따른 불안 위험군



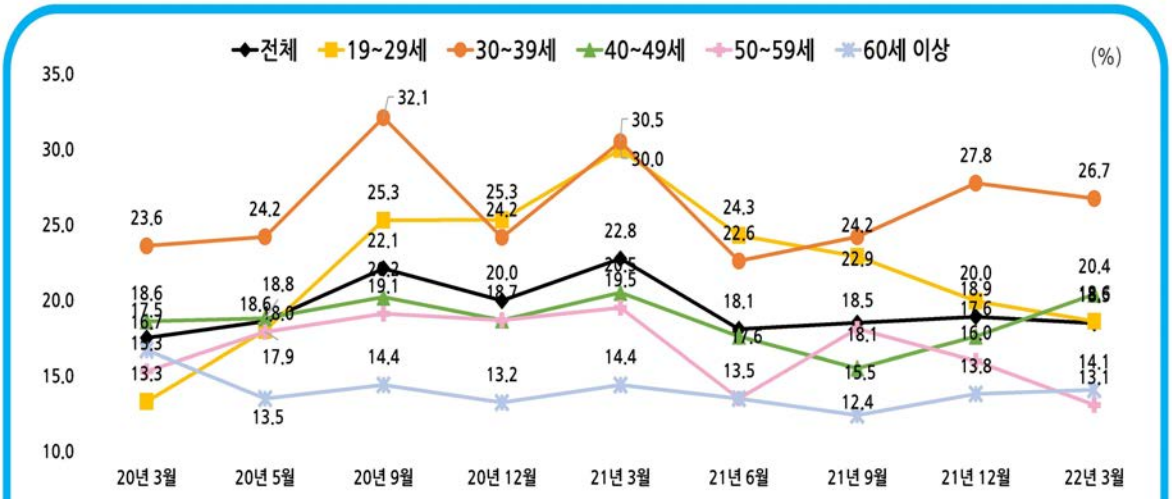
미취학 아동 유무에 따른 불안 위험군



(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

15

연령별 우울 위험군



22년 3월 30대 26.7%, 21년 12월 30대 27.8%, 21년 9월 30대 24.2%, 21년 6월 20대 24.3%, 21년 3월 30대 30.5%, 20년 12월 20대 25.3%, 20년 9월 30대 32.1%, 20년 5월 30대 24.2%, 20년 3월 30대 23.6%가 가장 높았음

4점 Likert 척도 / 총점 27점 / PHQ-9 cut-off 10점
전혀 없다(0점), 며칠 동안(1점), 일주일 이상(2점), 거의 매일(3점)

(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

16

성별, 연령별 우울 위험군

(%)

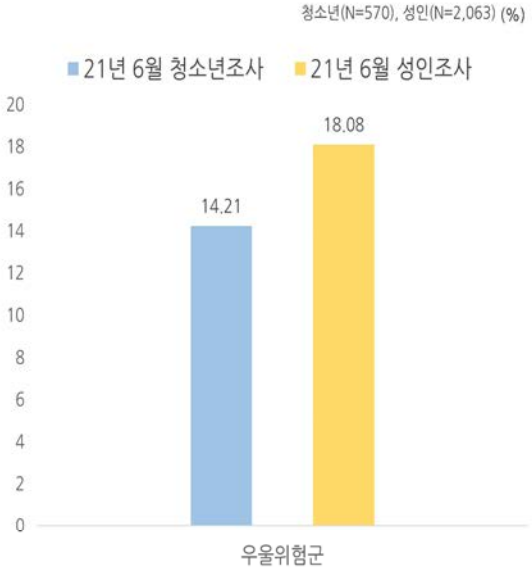
		전체 (남,여)	19~29세 (남,여)	30~39세 (남,여)	40~49세 (남,여)	50~59세 (남,여)	60세 이상 (남,여)
우울위험군	20년 3월 조사	17.46 (13.95,21.08)	13.30 (18.18,7.87)	23.56 (13.27/34.41)	18.58 (12.93/24.55)	15.32 (11.76/18.97)	16.67 (14.29/18.89)
	20년 5월 조사	18.57 (17.77,19.39)	18.03 (14.58/21.84)	24.21 (21.43/27.17)	18.75 (17.39/20.18)	17.87 (20.17/15.52)	13.53 (14.29/12.79)
	20년 9월 조사	22.10 (18.10,26.20)	25.34 (21.35/29.61)	32.13 (27.36/37.23)	20.17 (13.56/26.96)	19.09 (15.29/22.92)	14.37 (13.87/14.84)
	20년 12월 조사	19.97 (16.67,23.36)	25.34 (19.27/31.84)	24.16 (23.88/24.47)	18.67 (16.95/20.43)	18.67 (12.81/24.58)	13.24 (10.40/15.93)
	21년 3월 조사	22.75 (21.31,24.21)	30.03 (29.69/30.39)	30.48 (29.41/31.61)	20.50 (18.18/22.82)	19.47 (17.70/21.22)	14.36 (12.50/16.22)
	21년 6월 조사	18.08 (17.24,18.94)	24.26 (25.52/22.91)	22.63 (24.88/20.21)	17.60 (16.53/18.70)	13.48 (9.50/17.50)	13.52 (10.98/15.93)
	21년 9월 조사	18.52 (16.76,20.31)	22.91 (21.88/24.02)	24.16 (23.38/25.00)	15.45 (15.68/15.22)	18.05 (14.46/21.67)	12.39 (8.09/16.48)
	21년 12월 조사	18.90 (14.85,23.06)	19.95 (17.19/22.91)	27.76 (22.89/32.98)	17.60 (15.68/19.57)	15.98 (10.33/21.67)	13.80 (8.09/19.23)
	22년 3월 조사	18.47 (16.67,20.31)	18.60 (18.23/18.99)	26.74 (22.39/31.38)	20.39 (19.92/20.87)	13.07 (11.16/15.00)	14.08 (11.56/16.48)

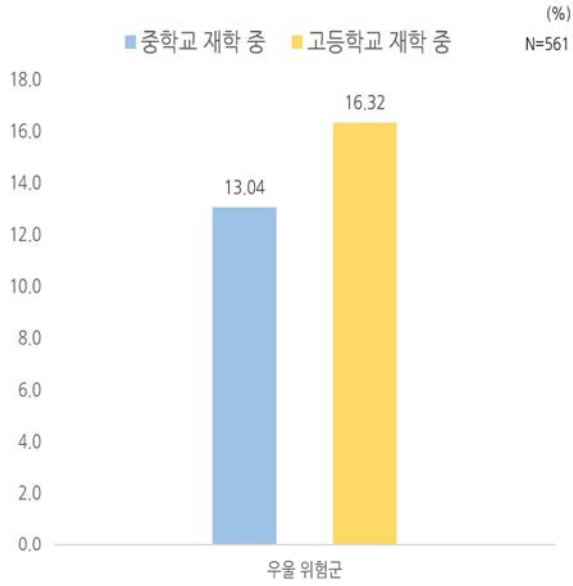
4점 Likert 척도 / 총점 27점 / PHQ-9 cut-off 10점
전혀 없다(0점), 며칠 동안(1점), 일주일 이상(2점), 거의 매일(3점)

(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

17

청소년기 (중고등학생) 우울 위험군 (2021년 6월조사)

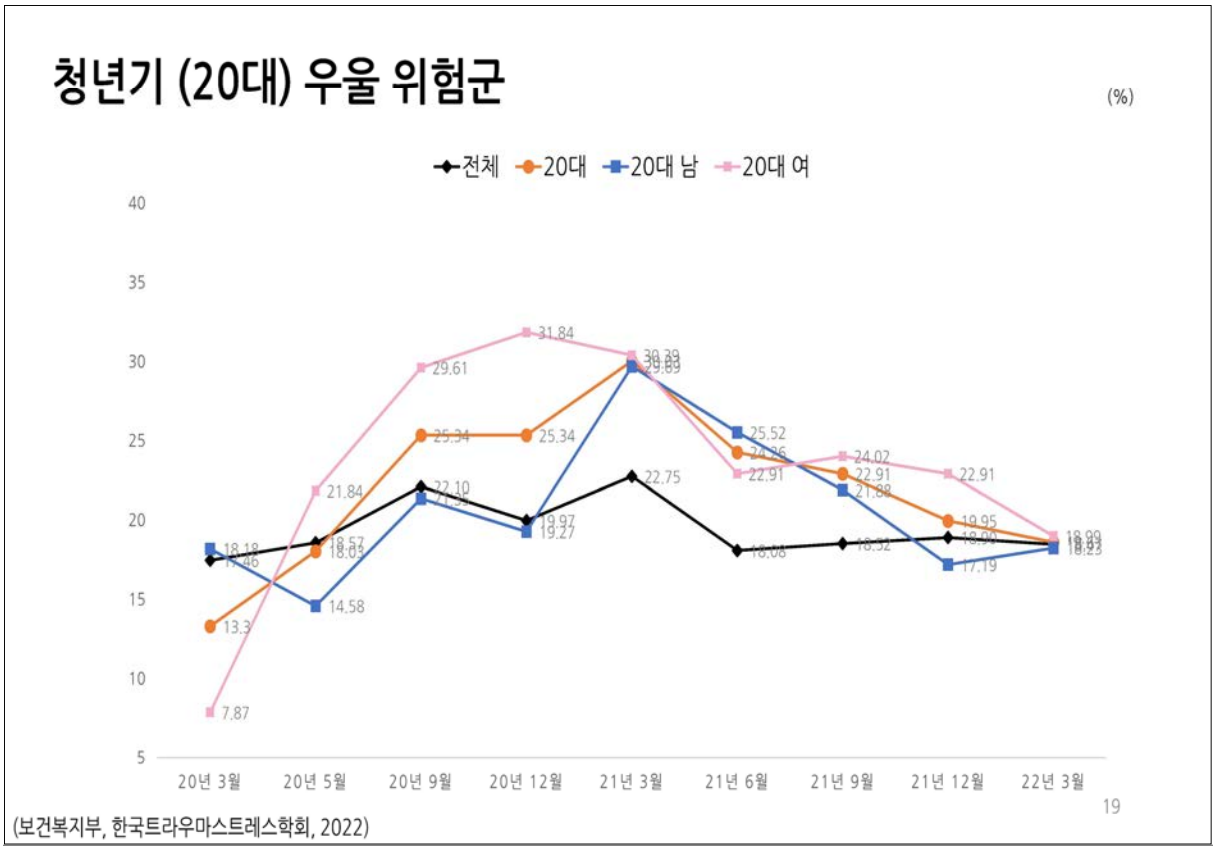


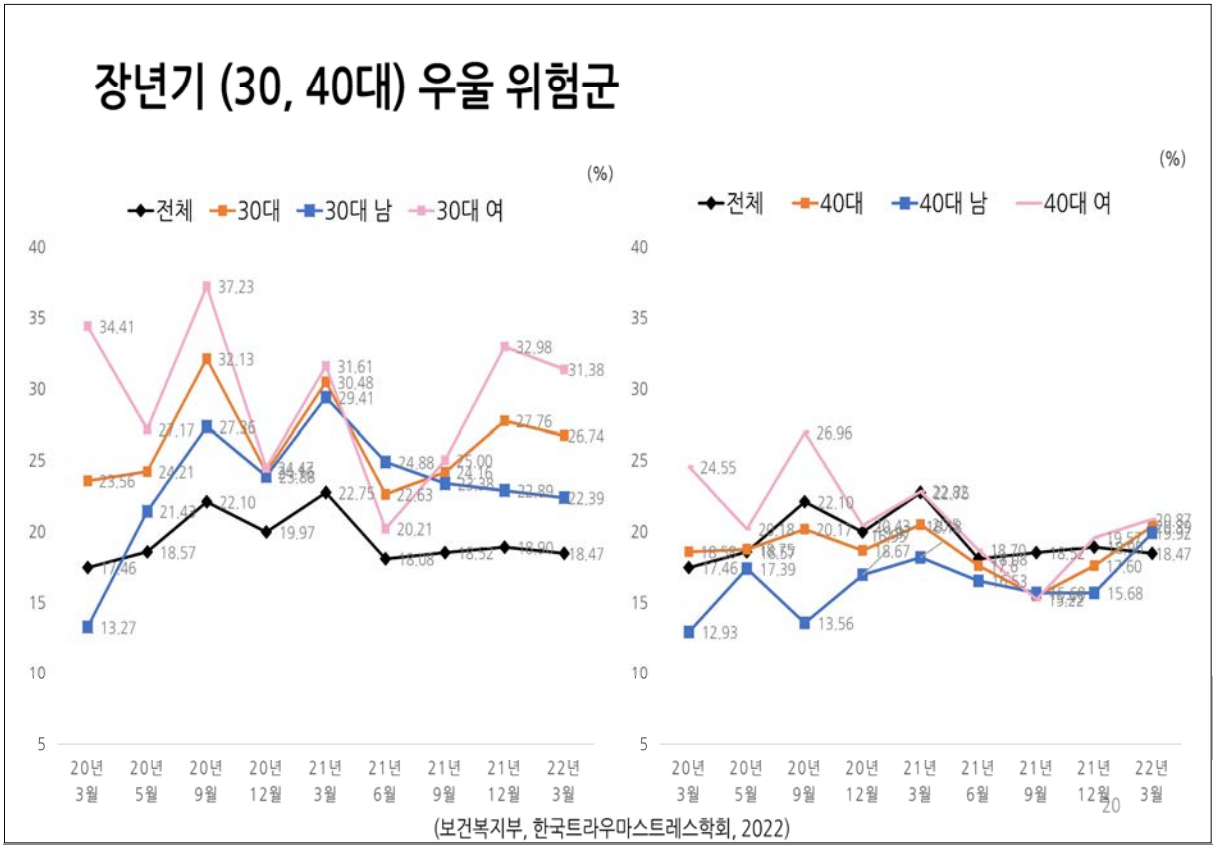


4점 Likert 척도 / 총점 27점 / PHQ-9 cut-off 10점
전혀 없다(0점), 며칠 동안(1점), 일주일 이상(2점) , 거의 매일(3점)
* 전체 570명 중 응답자 대다수인 중학교(n=322)와 고등학교(n=239) 재학생만을 비교 제시하였음.

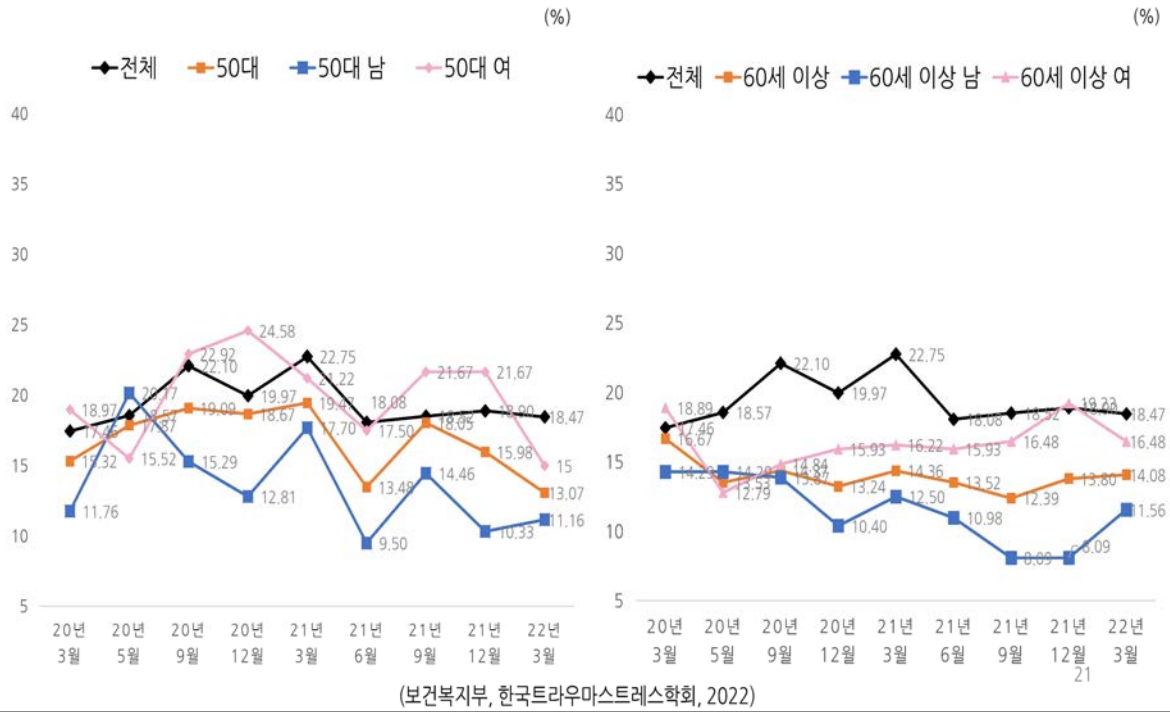
(한국트라우마스트레스학회, 2021)

18


청년기 (20대) 우울 위험군
(%)
전체
20대
20대 남
20대 여
20년 3월
20년 5월
20년 9월
20년 12월
21년 3월
21년 6월
21년 9월
21년 12월
22년 3월
19
(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)


장년기 (30, 40대) 우울 위험군
(%)
전체
30대
30대 남
30대 여
40대
40대 남
40대 여
20년 3월
20년 5월
20년 9월
20년 12월
21년 3월
21년 6월
21년 9월
21년 12월
22년 3월
20
(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

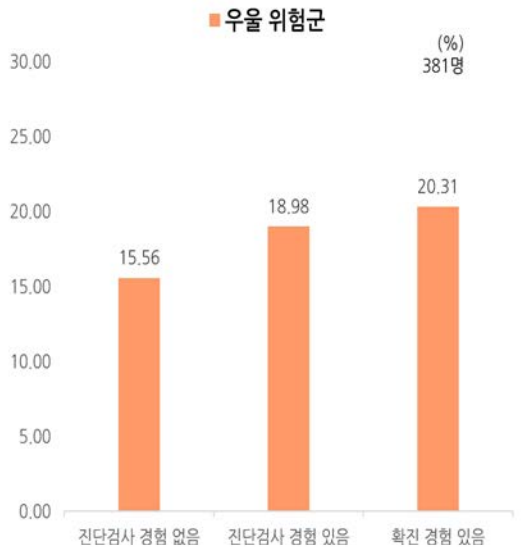
중년기 (50대, 60대) 우울 위험군



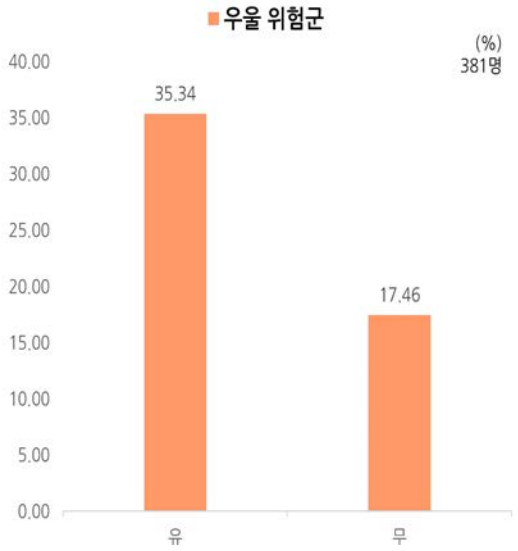
(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

21

진단검사, 확진에 따른 우울 위험군



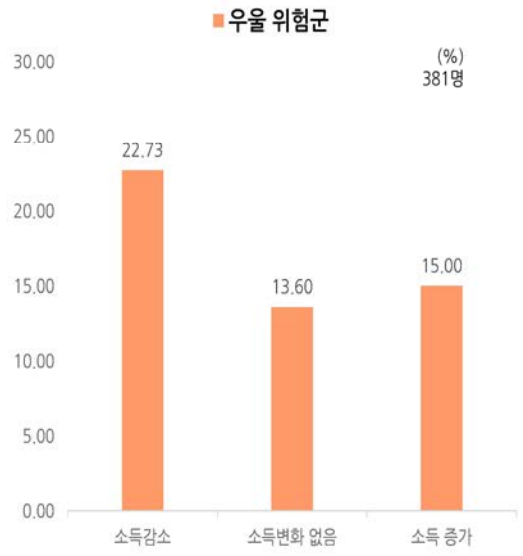
정신질환에 따른 우울 위험군



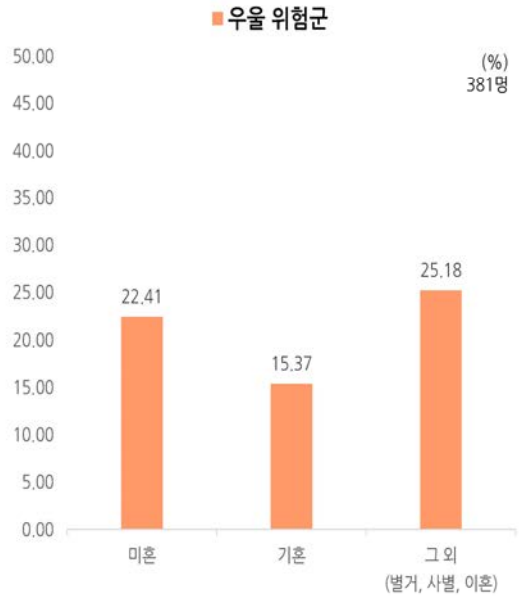
22

(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

소득변화에 따른 우울 위험군



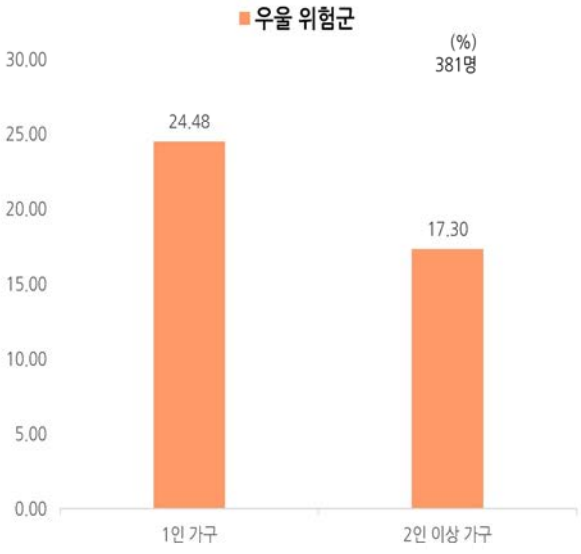
결혼상태에 따른 우울 위험군



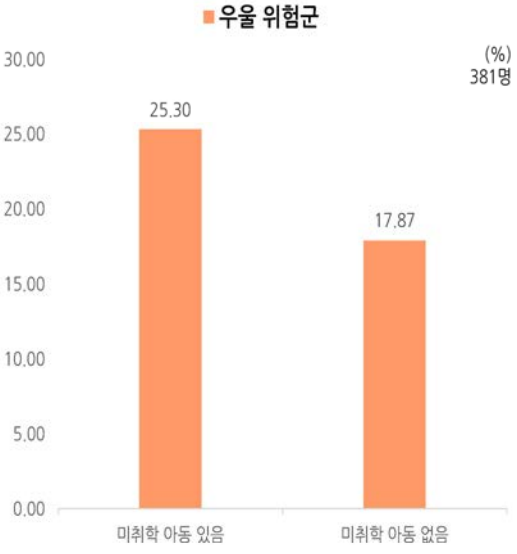
(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

23

가구형태에 따른 우울 위험군



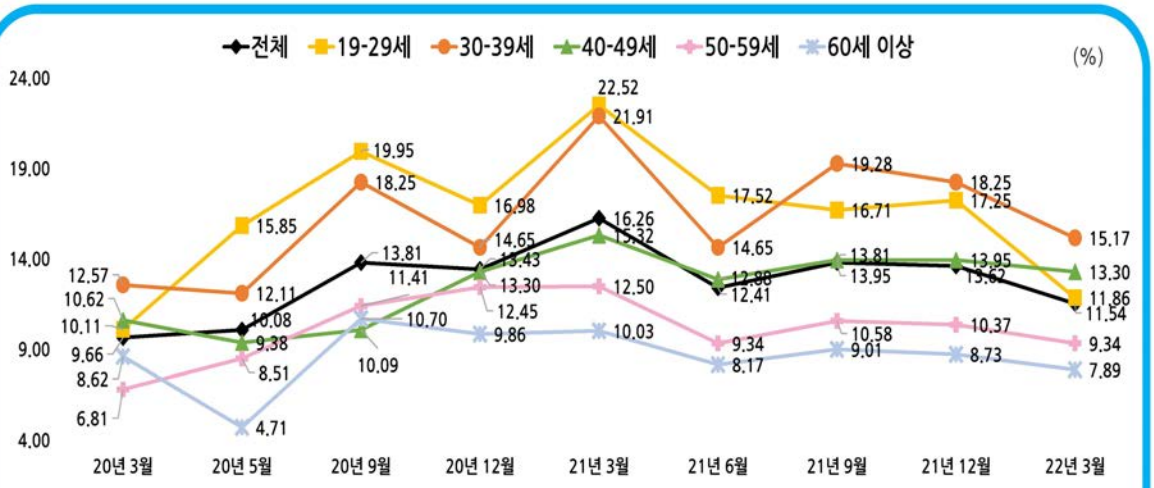
미취학 아동 유무에 따른 우울 위험군



(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

24

연령별 자살생각



22년 3월 30대 15.17%, 21년 12월 30대 18.25%, 21년 9월 30대 19.28%, 21년 6월 20대 17.52%, 21년 3월 20대 22.52%, 20년 12월 20대 16.98%, 20년 9월 20대 19.95%, 20년 5월 20대 15.85%, 20년 3월 30대 12.57%로 나타남
2019년 성인 자살생각율 4.6% (자살예방백서, 2021)

- **자살생각은 PHQ-9 9번 문항을 자살생각 유무로 구분**
- **PHQ-9 중:** "차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각하거나 어떻게든 자해를 하려고 생각한다" 에 대한 지난 2주간의 경험
- **4점 Likert 척도:** 전혀 없다(0점), 며칠 동안(1점), 일주일 이상(2점), 거의 매일(3점)
- **자살생각 유: "무":** 전혀 없다 (0점) / **"유":** 며칠 동안(1점) / 1주일이상 (2점) / 거의 매일 (3점)
- 비율(%)은 "유"의 비율

- 2019년 성인 자살생각률4.6%, 남성 4.0%, 여성 5.3% (2021 자살예방백서, 2021)

(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

성별, 연령별 자살생각

(%)

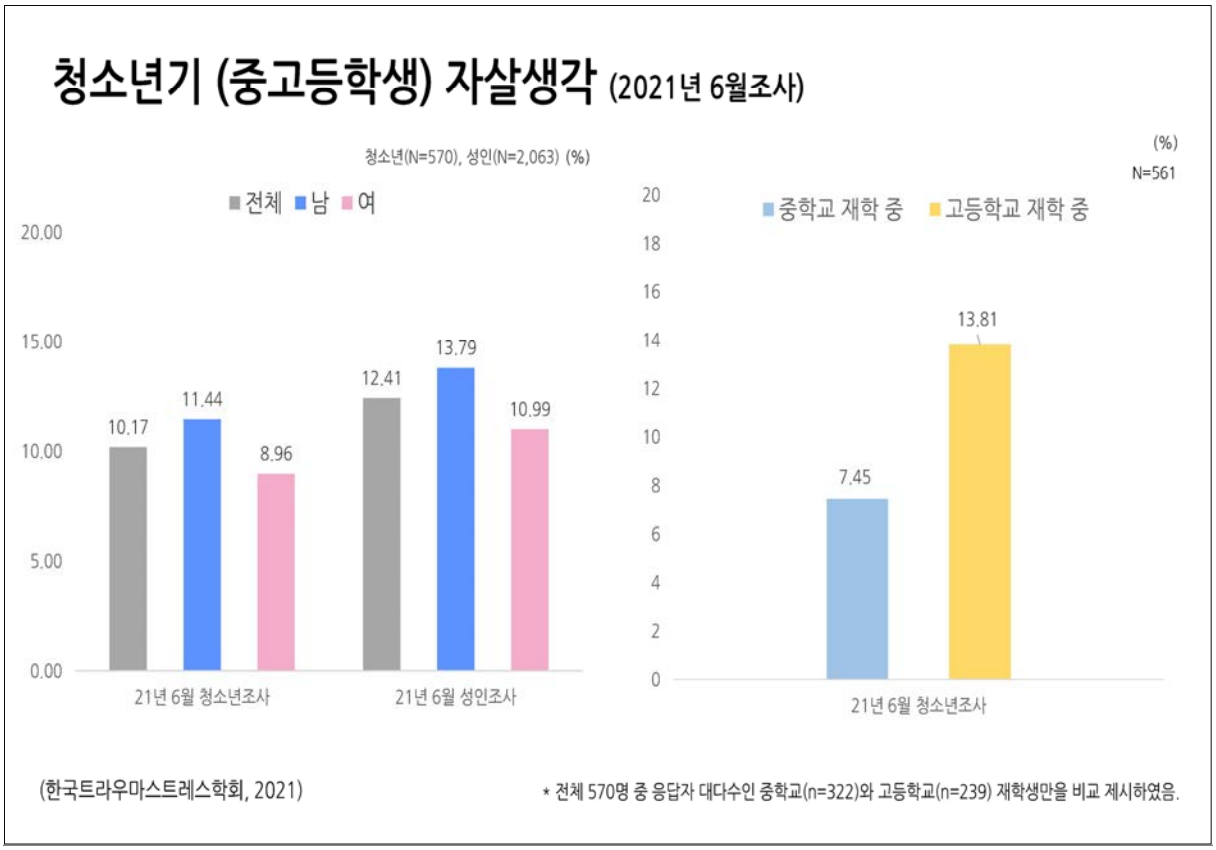
		전체 (남,여)	19~29세 (남,여)	30~39세 (남,여)	40~49세 (남,여)	50~59세 (남,여)	60세 이상 (남,여)
자살생각	20년 3월 조사	9.66 (10.08 , 9.24)	10.11 (14.14 , 5.62)	12.57 (11.22 , 13.98)	10.62 (12.07 , 9.09)	6.81 (5.88 , 7.76)	8.62 (7.14 , 10.00)
	20년 5월 조사	10.08 (10.16 , 10.00)	15.85 (13.54 , 18.39)	12.11 (13.27 , 10.87)	9.38 (7.83 , 11.01)	8.51 (10.92 , 6.03)	4.71 (4.76 , 4.65)
	20년 9월 조사	13.81 (14.46 , 13.15)	19.95 (20.31 , 19.55)	18.25 (19.90 , 16.49)	10.09 (11.86 , 8.26)	11.41 (12.81 , 10.00)	10.70 (7.51 , 13.74)
	20년 12월 조사	13.43 (13.22 , 13.64)	16.98 (16.15 , 17.88)	14.65 (16.92 , 12.23)	13.30 (13.14 , 13.48)	12.45 (11.16 , 13.75)	9.86 (8.67 , 10.99)
	21년 3월 조사	16.26 (17.37 , 15.12)	22.52 (25.00 , 19.89)	21.91 (25.00 , 18.65)	15.32 (16.53 , 14.11)	12.50 (13.17 , 11.84)	10.03 (7.61 , 12.43)
	21년 6월 조사	12.41 (13.79 , 10.99)	17.52 (20.83 , 13.97)	14.65 (17.41 , 11.70)	12.88 (12.71 , 13.04)	9.34 (11.16 , 7.50)	8.17 (6.94 , 9.34)
	21년 9월 조사	13.81 (14.56 , 13.05)	16.71 (17.71 , 15.64)	19.28 (21.39 , 17.02)	13.95 (16.10 , 11.74)	10.58 (9.09 , 12.08)	9.01 (8.67 , 9.34)
	21년 12월 조사	13.62 (13.79 , 13.44)	17.25 (17.19 , 17.32)	18.25 (22.39 , 13.83)	13.95 (14.41 , 13.48)	10.37 (8.26 , 12.50)	8.73 (6.94 , 10.44)
	22년 3월 조사	11.54 (12.16 , 10.89)	11.86 (14.06 , 9.50)	15.17 (17.41 , 12.77)	13.30 (15.68 , 10.87)	9.34 (7.02 , 11.67)	7.89 (6.36 , 9.34)

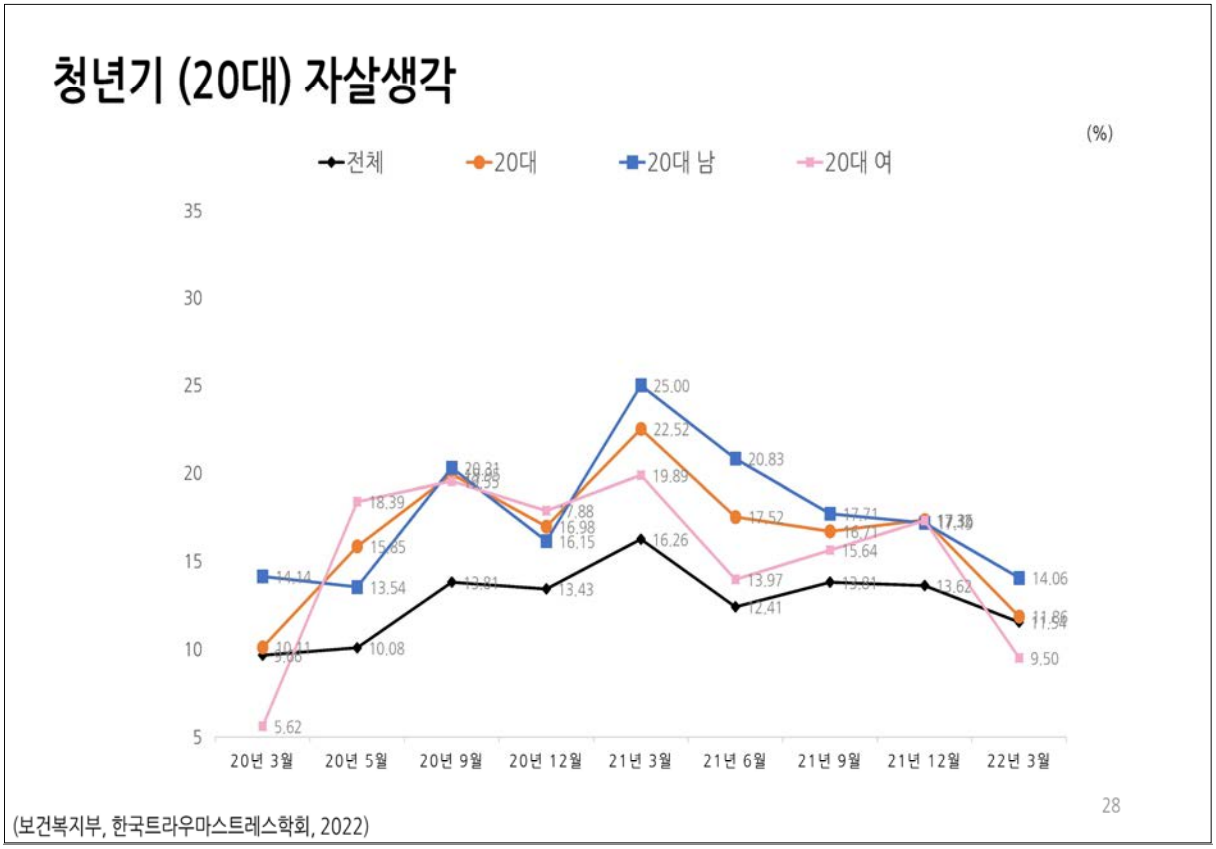
- **자살생각은 PHQ-9 9번 문항을 자살생각 유무로 구분**
- **문항:** "차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각하거나 어떻게든 자해를 하려고 생각한다" 에 대한 지난 2주간의 경험
- **4점 Likert 척도:** 전혀 없다(0점), 며칠 동안(1점), 일주일 이상(2점), 거의 매일(3점)
- **자살생각 유무: "무"** 전혀 없다 (0점) / **"유"** 며칠 동안(1점) / 1주일이상 (2점) / 거의 매일 (3점)
- **비율(%):** "유"의 비율

- 2019년 성인 자살생각률 4.6%, 남성 4.0%, 여성 5.3% (2021 자살예방백서, 2021)

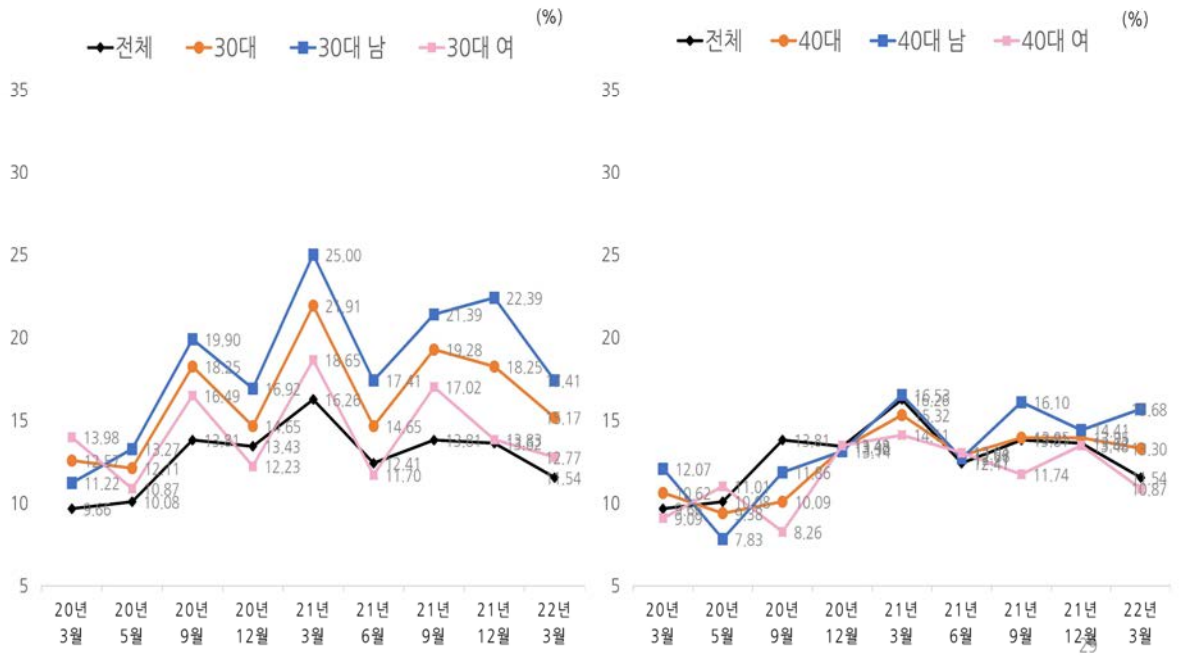
26

(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)


청소년기 (중고등학생) 자살생각 (2021년 6월조사)
청소년(N=570), 성인(N=2,063) (%)
전체 남 여
20.00
15.00
10.00
5.00
0.00
10.17
11.44
8.96
12.41
13.79
10.99
21년 6월 청소년조사
21년 6월 성인조사
(%)
N=561
중학교 재학 중 고등학교 재학 중
20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
7.45
13.81
21년 6월 청소년조사
(한국트라우마스트레스학회, 2021)
* 전체 570명 중 응답자 대다수인 중학교(n=322)와 고등학교(n=239) 재학생만을 비교 제시하였음.


청년기 (20대) 자살생각
(%)
전체
20대
20대 남
20대 여
35
30
25
20
15
10
5
25.00
22.52
20.83
19.89
18.39
17.52
16.26
16.15
15.64
14.06
13.97
13.54
13.43
12.41
10.08
9.50
5.62
20년 3월
20년 5월
20년 9월
20년 12월
21년 3월
21년 6월
21년 9월
21년 12월
22년 3월
28
(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

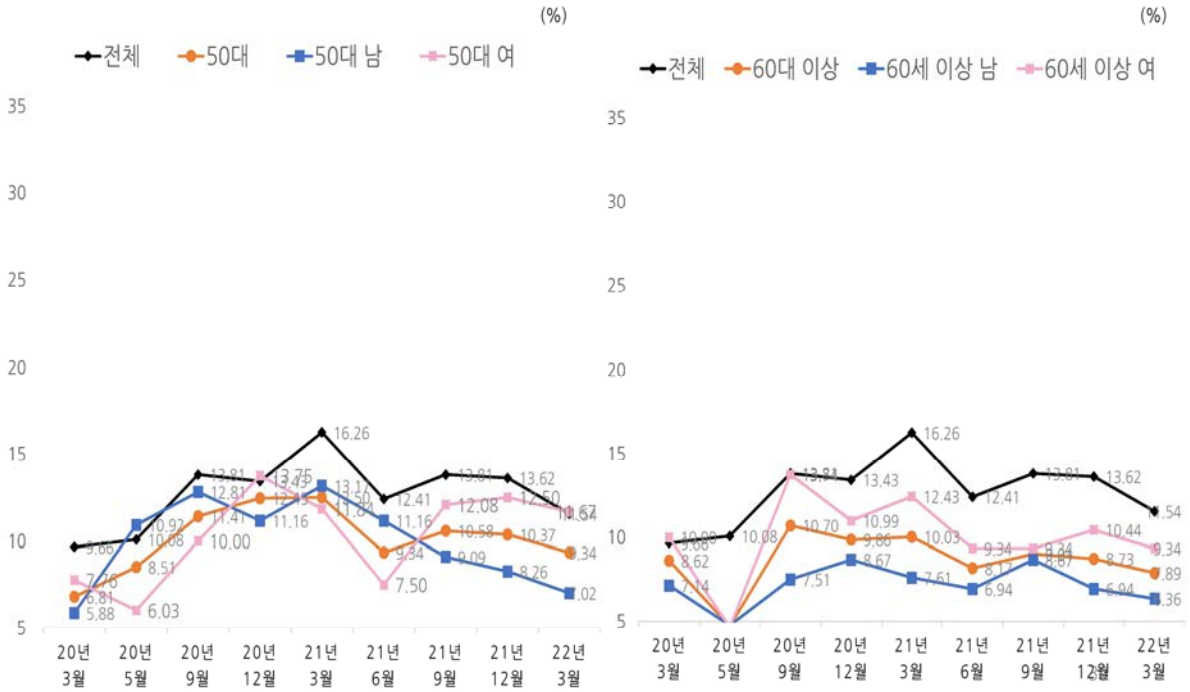
장년기 (30대, 40대) 자살생각



(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

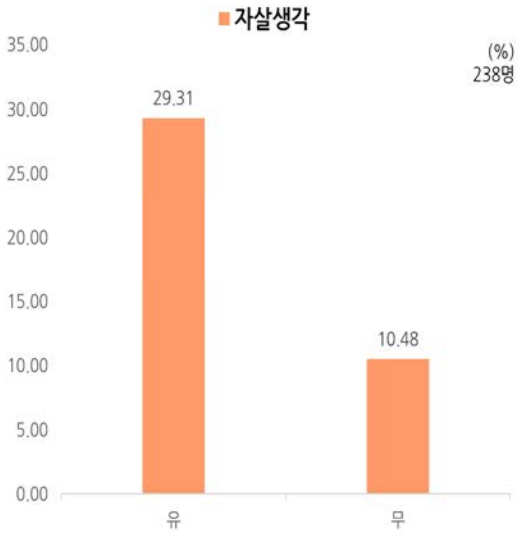
중년기 (50대, 60대) 자살생각

(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)



진단검사, 확진에 따른 자살생각

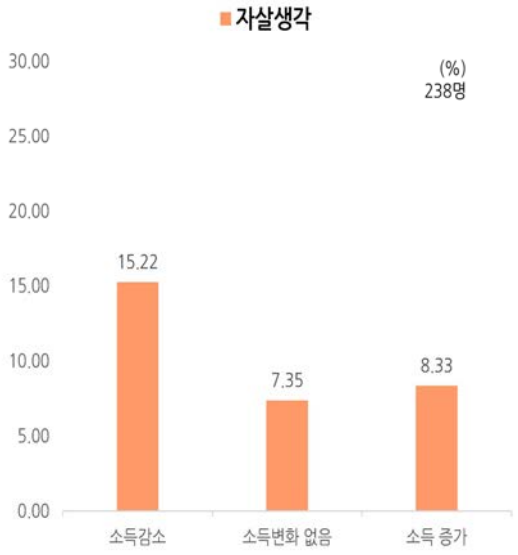
정신질환에 따른 자살생각



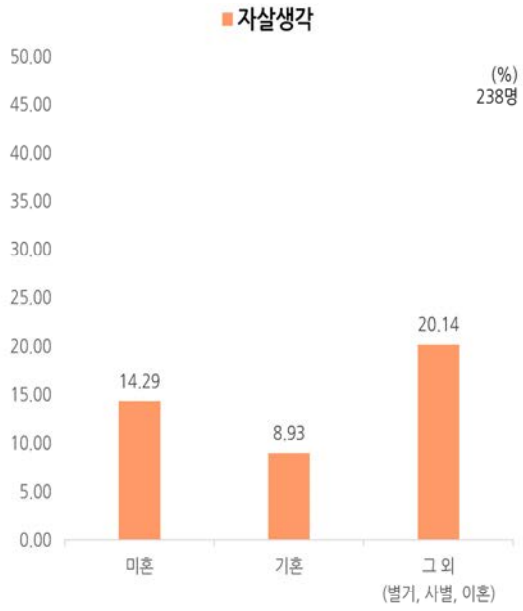
(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

31

소득변화에 따른 자살생각



결혼상태에 따른 자살생각



(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

32

가구형태에 따른 자살생각

(보건복지부, 한국트라우마스트레스학회, 2022)

33

코로나19와 생애주기별 정신건강 특성에 따른 정신건강 개입방향

- 코로나19는 젊은 연령층, 여성의 정신건강에 더욱 치명적인 영향
- 생애주기 상, 청장년층은 여러 정신질환의 초발 시기
- 정신건강 고위험군에 대한 발견과 조기개입이 무엇보다 중요한 시기
- 코로나19의 장기화는 사회경제적 취약계층, 청장년층, 정신질환자의 정신건강의 악화를 가져옴
- **지역사회정신건강의 내실화 필요:**

- ***생애주기별 다양한 장면과 세팅에서*** 정신건강 고위험군에 대한 ***스크리닝과 조기개입***이 가능한 시스템으로 가야함
- ***의료기관과 지역사회 다양한 기관 간의 긴밀한 연계(referral)와 서비스의 연속성***이 확보되어야 함

34

온국민 마음건강 종합대책, 제2차 정신건강복지기본계획 ('21-'25) : 6대 전략과 핵심과제

추진전략	핵심과제
전 국민 정신건강증진	1. 적극적 정신건강증진 분위기 조성 2. 대상자별 예방 접근성 제고 3. 트라우마 극복을 위한 대응역량 강화
정신의료 서비스 /인프라 선진화	1. 정신질환 조기인지 및 개입 강화 2. 지역 기반 정신 응급 대응체계 구축 3. 치료 친화적 환경 조성 4. 집중 치료 및 지속 지원 등 치료 효과성 제고
지역사회 기반 정신질환자의 사회통합 추진	1. 지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선 2. 지역사회 내 자립 지원 3. 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화
중독 및 디지털기기 이용장애 대응 강화	1. 알코올 중독자 치료 및 재활서비스 강화 2. 마약 등 약물중독 관리체계 구축 3. 디지털기기 등 이용장애 대응 강화
자살로부터 안전한 사회 구현	1. 자살 고위험군 발굴과 위험요인 관리 2. 고위험군 지원 및 사후관리 3. 서비스 지원체계 개선
정신건강정책 발전을 위한 기반 구축	1. 정책 추진 거버넌스 강화 2. 정신건강관리 전문인력 양성 3. 공공자원 역량 강화 4. 통계 생산체계 정비 및 고도화 5. 정신건강분야 전략적 R&D 투자 강화

(추진전략 1) 전 국민 정신건강증진

1-2 대상자별 예방 접근성 제고

1. 생애주기별 활동 특성과 연계한 정신건강위해요인 관리 강화

○ **(영·유아)** 정신건강복지센터-영·유아 교육기관 간 협력체계를 구축하여 보육·유치원 교사 연수 시 정신건강 심층 교육 제공, 교사 대상 영유아기 정신건강 지원을 위한 교육자료 개발·보급('21)

○ (**아동·청소년**) 단위학교별 **위(Wee) 클래스**와 **전문상담교사를 확대 배치**하여 **상담 제공과 함께 위기상황시 즉각 개입**('21~)(교육부)

○ **(청·장년)** 정신건강복지센터를 활용하여 **대학교 학생상담센터, 사업장·기업체의 직장인 정신건강 프로그램** 등에 대한 기술지원과 지역서비스 연계('21~)

○ **(여성) 난임·우울증 상담센터 지속 확충***을 통해 난임 여성 또는 산전·후 여성이 겪는 우울증 사각지대를 최소화('21~)

○ (**노인**) **노인 대상 서비스 제공자, 노인일자리 참여자**('21. 80만명) 대상으로 **노인 정신건강 문제를 조기 발견·예방** 할 수 있도록 교육 강화('21~)

○ 스트레스, 수면부족 등 **생애주기별 정신건강위해요인과 위험도에 대한 과학적 근거와 관리방안** 마련('22~)

2. 사각지대 해소를 위한 찾아가는 정신건강 서비스

○ (**학교 밖 청소년**) **학교 밖 청소년 지원센터**(219개소)에서 **정서·행동특성검사**를 시행하고 **정신건강복지센터와 연계**하여 심층평가·상담 추진('21~)(여가부)

○ (**미취업·실업 청년**) **전국 고용센터**(70개소)를 활용하여 심리안정이 필요한 대상에게 **전문 심리상담**을 지원('21~)(고용부)

○ (**감정노동자**) 콜센터, 방문노동자 등 **감정노동 고위험 직종의 특성을 반영한 보호메뉴얼** 등을 활용하여 사업장 대상 **이행여부 지속 점검**('21~)(고용부)

○ (**취약노인**) **고립·우울 고위험 취약노인** 대상으로 **정서지원**을 위해 '노인맞춤돌봄서비스' 내 **특화서비스* 운영**('21~)

○ (**취약계층**) **위기가구 심리상담**, 마을 단위 **출장상담소** 운영, **주민센터 상담창구** 개설 등 **찾아가는 심리지원 서비스** 제공('21~)

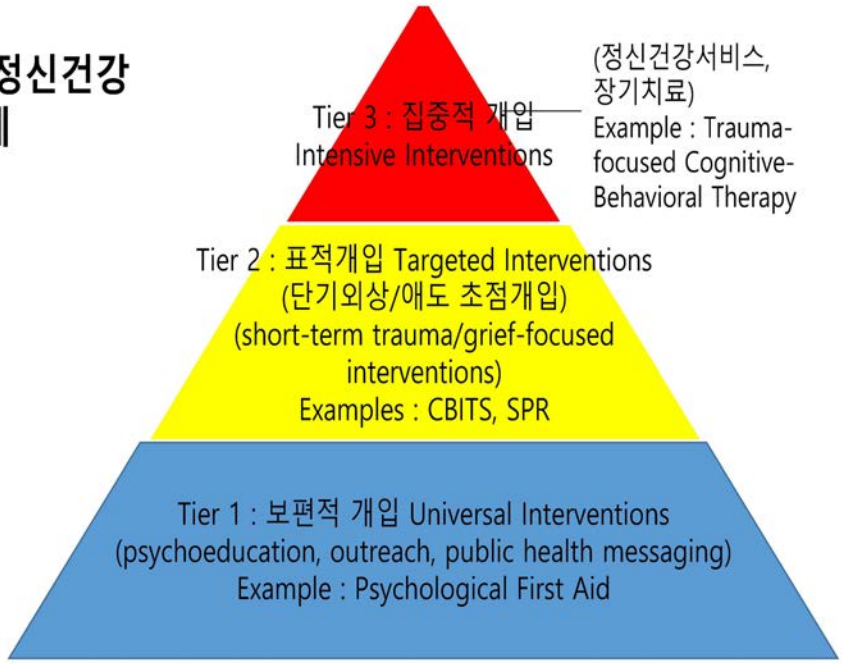
○ (**이주민**) 다문화가족의 복잡하고 다양한 문제 해결 및 정서적 안정을 위해 **다문화가족지원센터**를 통해 사례관리 제공('21~)(여가부)

○ (**선원**) 해상, 선박 등 폐쇄된 환경에서 근무하는 선원을 대상으로 **선원마음건강센터**를 통해 검진·상담서비스 등 제공('21~)(해수부)

○ (**탈북민**) 하나원(하나재단)-하나센터-정신건강복지센터-국립정신병원 연계를 통한 **탈북민 대상 입체적 지원** 추진('21~)(통일부)

3. 심리상담서비스 이용 문턱 낮추기

재난 후 정신건강 개입 단계



A 3-tiered public health model for behavioral health interventions after disasters.
NOTE: CBITS = Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools;
SPR = Skills for Psychological Recovery (Adapted from Pynoos et al., 1998)

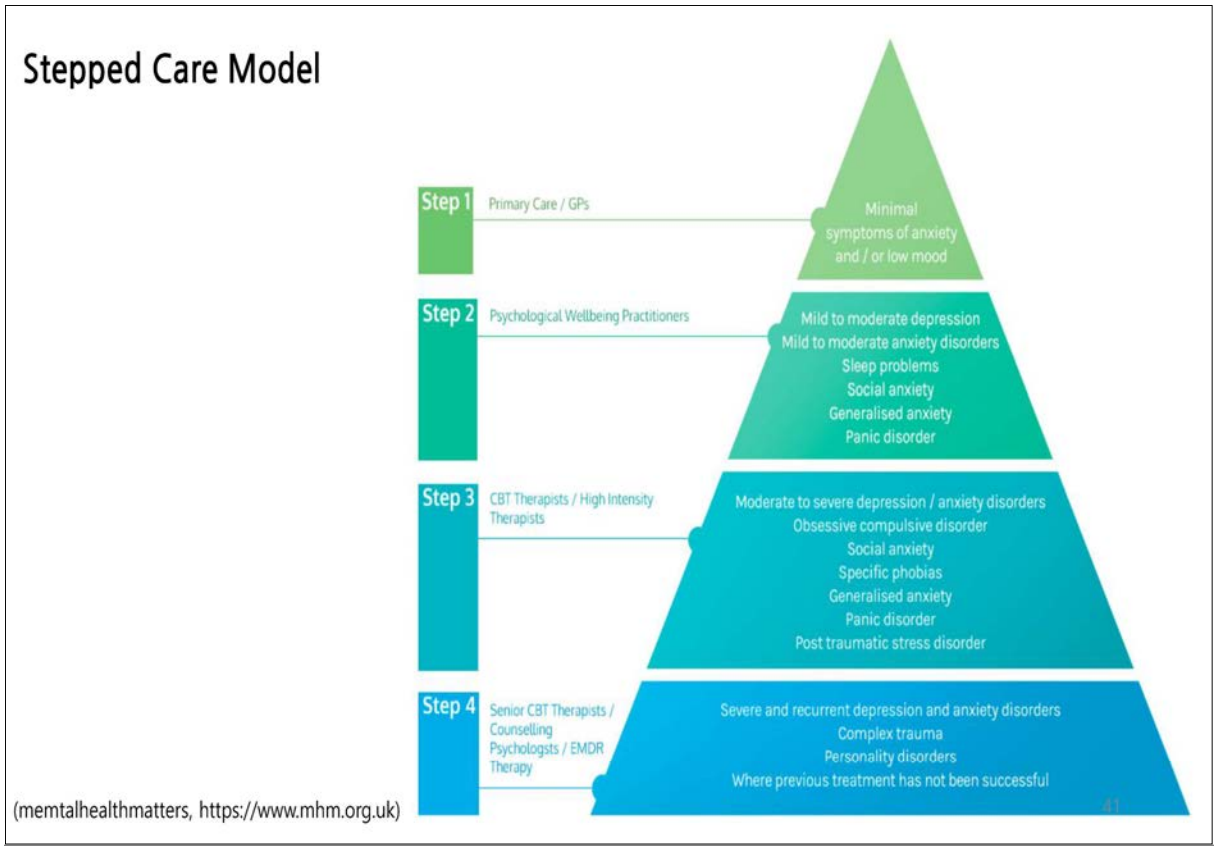
- Interventions should be based on a 'Stepped Care' model
  - be evidence-based
  - cost-effective
  - at the appropriate level
  - person centered

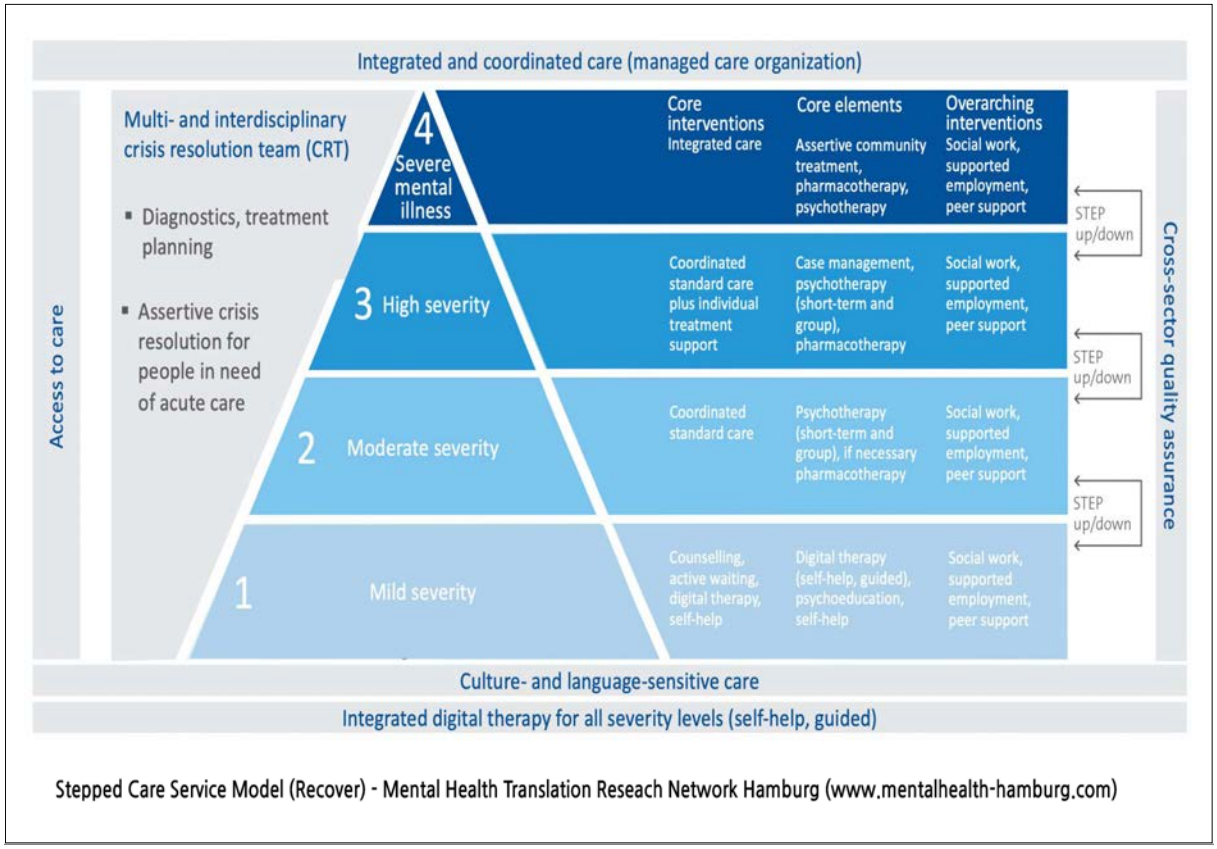
Table 1 Criteria for systematic treatment indication and description of responsible care providers for each step

Severity of the depressive disorder	Step in the SCM	Intervention	Responsible care provider
Mild depressive disorder, duration: up to two weeks	1	Watchful waiting (active monitoring) for 2 weeks	GP
Mild depressive disorder, duration: over two weeks	2.a or 2.b	Bibliotherapy or Internet-based self-help program	GP
Mild to moderate depressive disorder, duration: over two weeks	2 plus	Telephone-based psychotherapy	Psychotherapist
Moderate depressive disorder	3.a or 3.b	Psychotherapy or pharmacotherapy	Psychotherapist or psychiatrist/GP
Severe depressive disorder without/ with suicidality	4	Combination therapy: psycho- and pharmacotherapy (inpatient or outpatient setting)	Psychotherapist and psychiatrist; clinic

출처: Watzke et al.(2014). Effectiveness and cost-effectiveness of a guideline-based stepped care model for patients with depression. BMC Psychiatry, 14: 230.

40



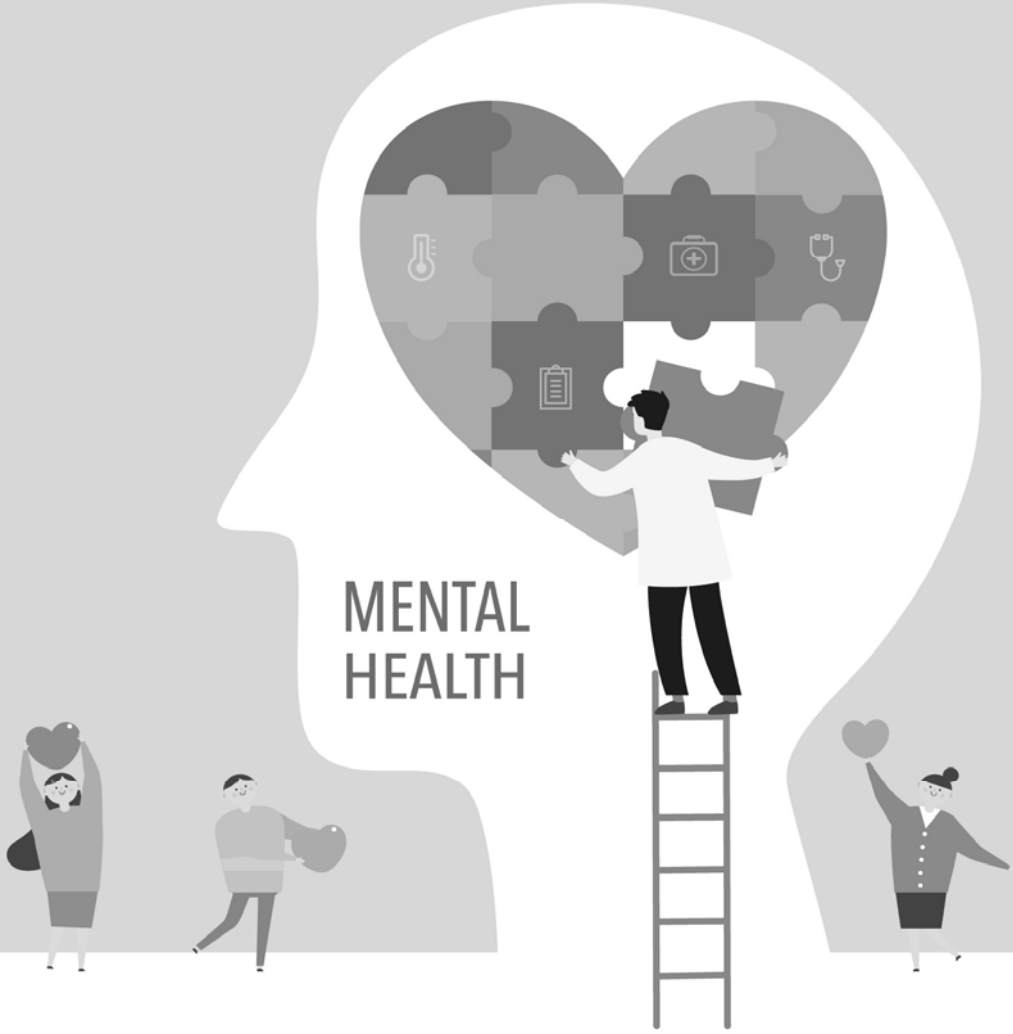


Stepped Care Service Model (Recover) - Mental Health Translation Reseach Network Hamburg (www.mentalhealth-hamburg.com)

발표 2

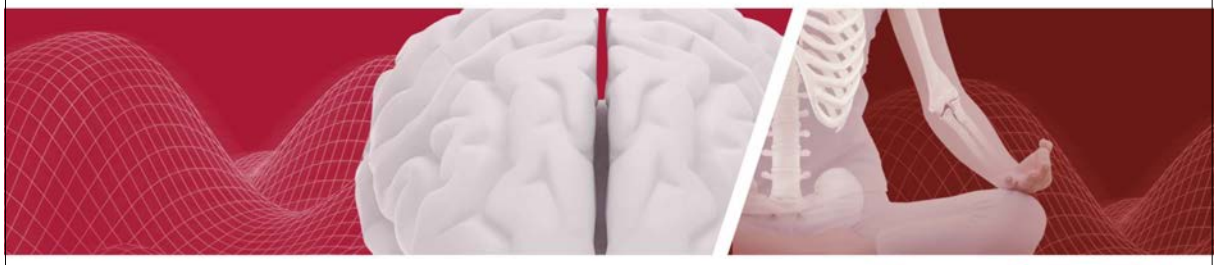
여성의 정신건강, 역학에서 바라보는 생물학적 근거 VS. 사회적인 근거

정선재 (연세대학교 의과대학 교수)



보건사회연구원 콜로키움, 2022

여성의 정신건강, 역학에서 바라보는 생물학적 근거 vs. 사회적인 근거



정 선 재 MD, MS, PhD
연세대학교 의과대학
예방의학교실

RE•MIND
Research for Epidemiology
& Multidisciplinary Integrative
NeuroPsychiatric Data Science

정신건강과 성별

정신건강에서의 성별

THE LANCET
Psychiatry

Series from the Lancet journals | View all Series

Women's Mental Health

Published: November 14, 2016

Executive Summary

This Series explores the social and biological factors contributing to mental disorders in women, as well as issues of gender-specific research and management.

While differences between men and women in terms of the prevalence and pattern problems are well-known, the underlying reasons are comparatively under-researc focuses on psychosis, depression, and anxiety disorders, describing the current sta how future research might reveal more about underlying mechanisms and better ti also explores the urgent problem of violence against women, how this affects ment clinical services might be able to intervene.

In an accompanying Comment, Professor Louise Howard and colleagues argue tha neutral mental health research is, in fact, gender biased, and that investigating sex differences is necessary for the future of mental health care.

Sex and gender in psychiatry

Psychiatrists have long observed—or perceived—differences between women and men in terms of their susceptibility to certain disorders. Hans Asperger originally thought that no women or girls were affected by the syndrome that took his name. Other disorders of the 19th and early 20th centuries, such as neurosis and hysteria (which itself means "of the womb") were viewed as applying almost exclusively to women. Such absolute differences are now being questioned, but today's burden of disease statistics still show differences; for example, depression and anxiety disorders are more common in women than in men, whereas substance misuse has a higher prevalence among men.

Sex and gender in psychiatry

The Lancet Psychiatry mentions the importance of disaggregating findings by sex and emphasises that clinical trials should strive to do this.[1] We would like to add that population-based research should also disaggregate findings by sex. Population subgroups have different risks and outcomes, and therefore interventions might need to be tailored and targeted differently. Allocation of interventions according to specific needs of subgroups is particularly important in a time of health-related in support of e research on alth. Various women and ly susceptible s from living nces (such as

Gender-neutral mental health research is sex and gender biased (1)

Sex vs. Gender
→ Dichotomous & Individual

1) Mental health and sex(biological) difference
→ Psychosis in the postpartum period
→ Response and adverse reaction to psychotropic medication
→ Gastric pH, metabolic enzymes, drug transporter, drug clearance

2) Gender inequity and gender role
→ Changes in the traditionality of female gender roles → inter-cohort narrowing of prevalence of major depression
→ Social determinants, poverty, gendered risk factors, structural inequalities

Gender-neutral mental health research is sex and gender biased

Few would disagree that sex is of relevance in understanding and treating mental disorders, but there seems to be less consensus on the extent to which researchers should consider sex and gender in study design, analysis, and interpretation. The Institute of Medicine defines sex as "the classification of living things, generally as male or female according to their reproductive organs and functions assigned by chromosomal complement".[1] Gender is defined as "a person's self-representation as male or female, or how that person is responded to by social institutions based on the individual's gender presentation. Gender is shaped by environment and experience".[2] These definitions have been criticised, particularly for treating sex and gender as dichotomous variables (whereas many of the sex-related and gender-related differences in function and disease are more usefully conceptualised as continuous variables), and focusing on the individual (which neglects the multidimensional relational nature of gender);[2] however, we use the

Published Online November 14, 2016 http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30309-7
See Online/Series http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30306-8

" Despite this evidence base, there is limited a priori investigation of sex and gender differences in the causes and treatment of mental disorders….."
" We have found that most mental health research largely ignores sex (and gender) differences this sex-neutral and gender neutral approach is biased, it risks undermining scientific validity and efficiency, and could contribute to a failure of health providers to deliver gender-sensitive mental health treatments and services….."

Gender-neutral mental health research is sex and gender biased (2)

그동안의 연구들이 성별에 편향됨

- 성별에 대한 고려를 분석 시 하지 않음
- 연구참여자 모집에 있어 동등한 성비를 배정하지 않음
- 성별에 따른 위험요인(예: 가정폭력)이 조사되지 않음
- 가임기 여성들에 대한 바이오뱅크에서의 수집이 더 적게 이루어짐

실제로 성별의 정신건강에 미치는 영향에 관하여 연구에 언급하는 사람들은 주로 여성 연구자들이었음

그 이후의 정신건강 연구에서 성별의 고려에 대한 권장지침들이 발표됨
- 2016년 NIH에서 성별을 전임상연구의 주요 생물학적 변수로 고려할 것이 권장됨
- Sex and Gender Equity in Research(SAGER) guideline가 발표됨

정신질환에서의 성별 차이

정신질환에는 성별차이가 존재
- 증상, 위험요인, 질환의 경과가 남녀가 다름
- 여성은 평생 기분장애나 불안장애를 가질 확률이 남성보다 두배 높음
- 여성은 조현병 증상이 더 늦게 나타난다고 알려져 있음

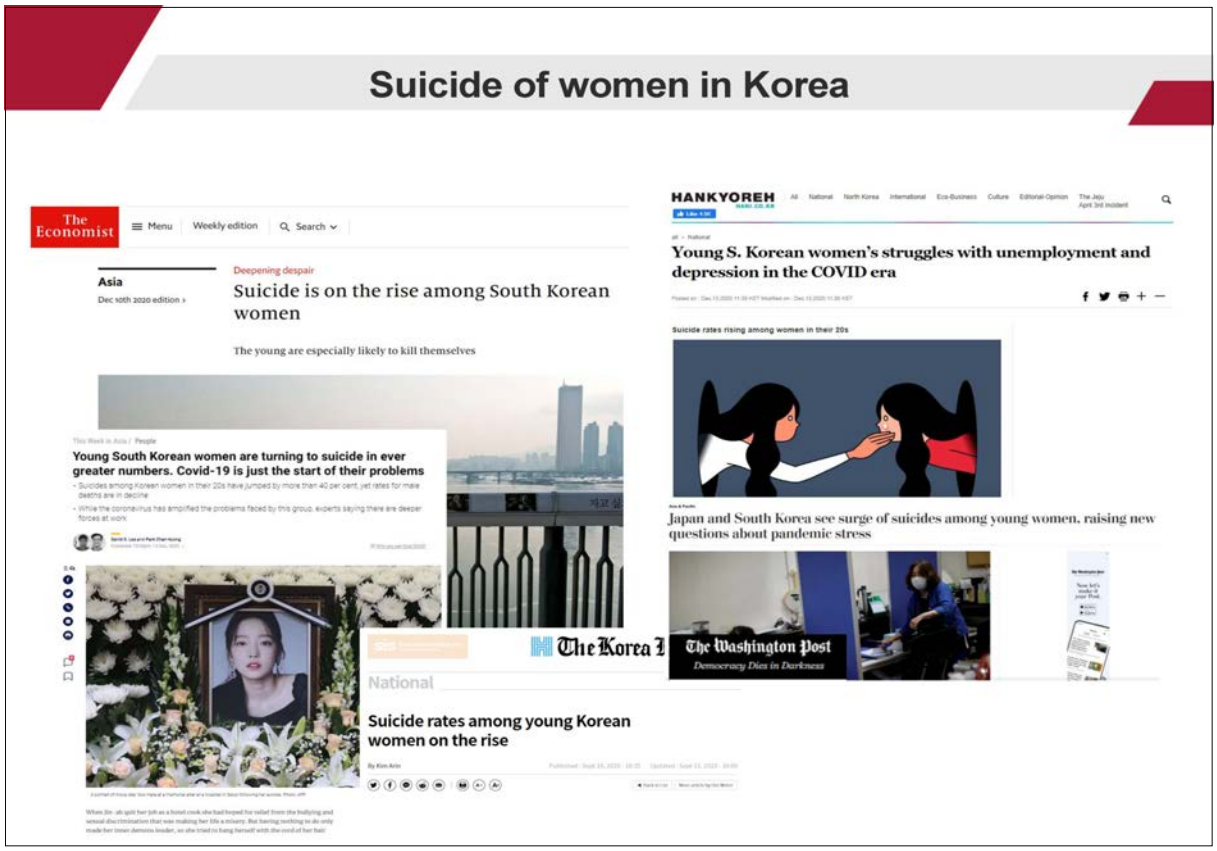
이러한 차이에 대하여 설명하는 연구가 부족함

우울증 성별차이 연구 (Kuehner, et al)
- 여성의 높은 우울증의 원인으로 성호르몬, HPA axis의 이상, 여성의 낮은 자존감, 높은 몸에 대한 수치심 및 반추, 사람간 스트레스, 폭력에 대한 노출, 아동기 성학대
- 사회적 차원으로 성별 형평성 및 차별

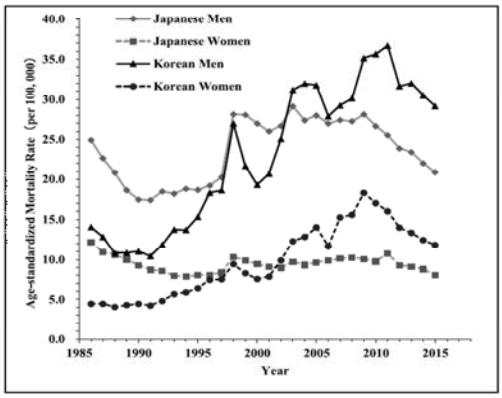
여성의 불안, 트라우마, 스트레스 질환 연구 (Li, et al)
- 에스트로겐과 프로게스테론의 역할 (변동이 신경전달물질 및 신경스테로이드, 인지기능, 행동 방식을 바꿈)

성폭력 및 가정폭력, 조혼, 명예살인(Oram,et al)
- PTSD, 우울증, 불안장애
- 성불평등, 성별 역할, 차별, 직장차별

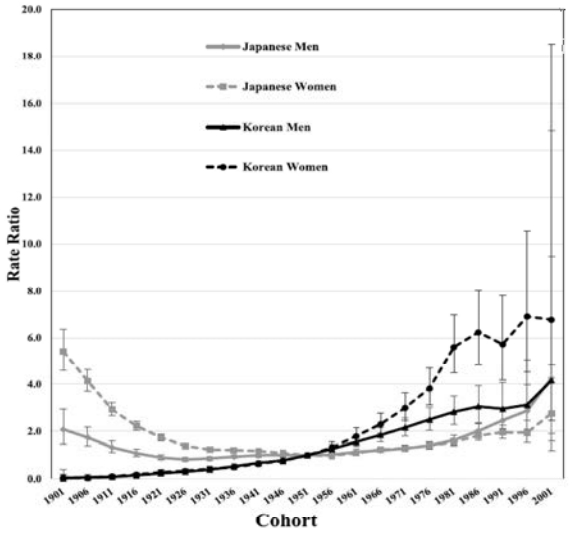

RE•MIND
Research for Epidemiology
& Multidisciplinary Integrative
NeuroPsychiatric Data Science
젊은 여성들의 정신건강


Suicide of women in Korea
The Economist
Menu
Weekly edition
Search
Asia
Dec 10th 2020 edition
Deepening despair
Suicide is on the rise among South Korean women
The young are especially likely to kill themselves
Young South Korean women are turning to suicide in ever greater numbers. Covid-19 is just the start of their problems
HANKYOREH
Young S. Korean women's struggles with unemployment and depression in the COVID era
Suicide rates rising among women in their 20s
Japan and South Korea see surge of suicides among young women, raising new questions about pandemic stress
The Washington Post
Democracy Dies in Darkness
National
Suicide rates among young Korean women on the rise

Rise of suicide in Korea

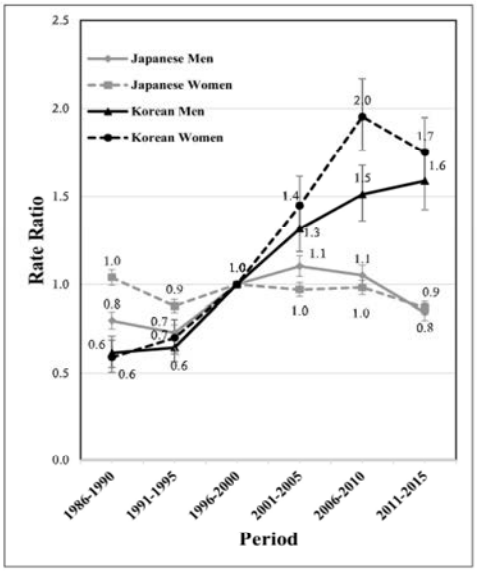


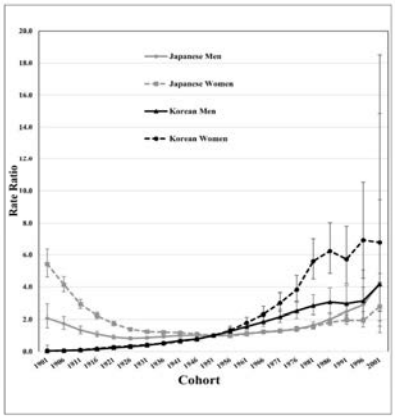
Trends of the gender-specific age-standardized suicide rates per 100,000 population in Japan and Korea from 1986 to 2015. Standardized using the WHO global age-standard population.



S. Kino, et al. Social Science and Medicine, 2019

Korean women's suicide



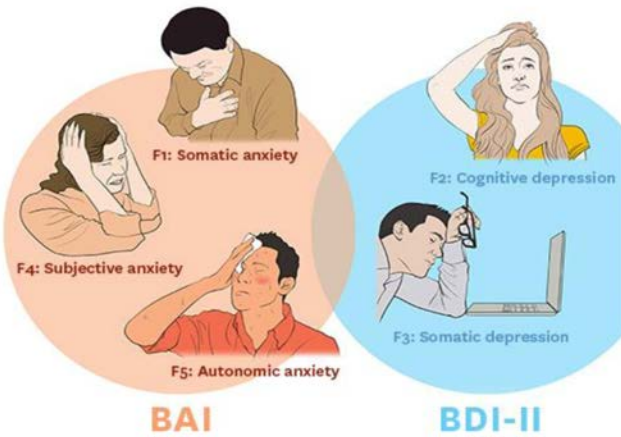


Gender-specific cohort rate ratios of suicide rates in Japanand Korea with 95%CIs(errorbars).
The rate ratio of each cohort compared with the reference one (cohort1951) adjusted for age and non linear period effects.
.

Kino,etal. Social Science & Medicine 235 (2019) 1123857

Chapter 3. Different type of depression

Type of depression



Principal Axis Factor Analysis of Symptom Questionnaire Items

Item	Changsha Somatic	Changsha Psychological	Toronto Somatic	Toronto Psychological
Poor appetite	**.40**	.08	**.41**	.26
Restless sleep	**.61**	.09	**.89**	−.13
Headache	**.46**	.06	**.30**	.12
Heart palpitations	**.66**	−.21	**.41**	.25
Discomfort or pressure in chest	**.73**	−.11	**.40**	.19
Shaking or numbness in limbs	**.54**	.10	**.41**	.17
Loss of sleep due to worry	**.58**	.12	**.85**	−.05
Respiration not smooth	**.64**	−.16	**.32**	.10
Aches and pains in body	**.61**	−.09	**.36**	.09
Weakness of nerves	**.45**	.27	**.31**	.28
Restless and disturbed nights	**.58**	.13	**.99**	−.20
Difficulty shaking off blues	−.04	**.65**	.07	**.72**
Feeling depressed	.17	**.54**	.12	**.75**
Feeling everything is an effort	.27	**.43**	.17	**.54**
Feeling life is a failure	−.27	**.79**	−.22	**.81**
Fearful	.23	**.43**	−.02	**.58**
Less talk than usual	.11	**.38**	.12	**.55**
Loneliness	.14	**.61**	−.15	**.68**
Crying spells	.17	**.38**	.13	**.40**
Feeling sad	−.03	**.78**	.13	**.73**
Difficulty "getting going"	.30	**.51**	.05	**.54**
Loss of self-confidence	−.15	**.83**	.02	**.56**
Feeling life is hopeless	.09	**.59**	−.01	**.77**
Feeling worthless	−.13	**.86**	−.07	**.82**
Feeling life is not worth living	−.09	**.74**	.08	**.73**
Depressed and unhappy	.05	**.67**	.14	**.71**
Hard to enjoy things	.06	**.58**	.21	**.54**
Difficulty facing problems	−.03	**.67**	.04	**.64**
Factor intercorrelation	.60		.59	

Note. Loadings greater than or equal to .30 are shown in boldface.

From. Lee,K., et al. JKMS. 2018 & Ryder, et al. J Abnormal Psychol. 2008

Chapter 3. Different type of depression

Type of depression and culture

Arch Psychiatr Nurs. Author manuscript; available in PMC 2008 Feb 12.
Published in final edited form as:
Arch Psychiatr Nurs. 2008 Feb; 22(1): 27–38.
doi: 10.1016/j.apnu.2007.10.003

PMCID: PMC2239242
NIHMSID: NIHMS27023
PMID: 18207054

Is there an Asian idiom of distress? Somatic Symptoms in Female Japanese and Korean Students

Denise Saint Arnault, PhD, RN* and Oksoo Kim

• Author information • Copyright and License information Disclaimer

Journal of Abnormal Psychology
2008, Vol. 117, No. 2, 300–313

The Cultural Shaping of Depression: Somatic Symptoms in China, Psychological Symptoms in North America?

Andrew G. Ryder
Concordia University and Sir Mortimer B. Davis–Jewish General Hospital

Jian Yang
University Health Network

Xiongzhao Zhu, Shuqiao Yao, and Jinyao Yi
Second Xiangya Hospital of Central South University

Steven J. Heine
University of British Columbia

R. Michael Bagby
Centre for Addiction and Mental Health and University of Toronto

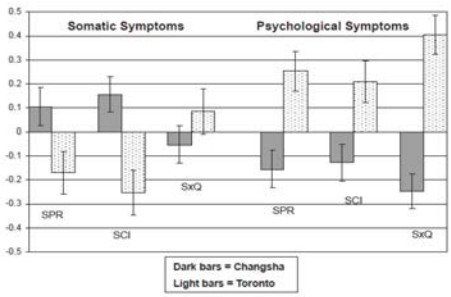
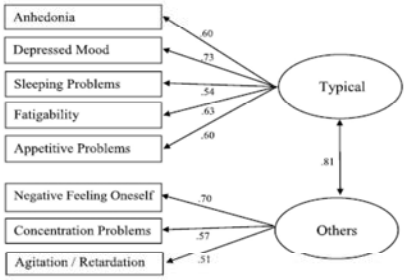


Figure 1. Mean *z* scores for three indices of symptom reporting in Changsha and Toronto. Error bars represent standard error of the mean. SPR = Spontaneous Problem Report; SCI = Structured Clinical Interview; SxQ = Symptom Questionnaire. Error bars represent standard error of the mean.

Chapter 3. Different type of depression

Typing of depression and suicide



The data of 5742 participants aged 19 and older were taken from the 2014 and 2016 **Korean National Health and Nutrition Examination Surveys** was analyzed

Association of depressive subfactors on suicidality stratified by sex and age.

		Suicidal ideation					Suicide plan					Suicide attempt			
	N (%)	Typical[b] β[a] (SE)	p-value	Others[c] β[a] (SE)	p-value	N (%)	Typical[b] β[a] (SE)	p-value	Others[c] β[a] (SE)	p-value	N (%)	Typical[b] β[a] (SE)	p-value	Others[c] β[a] (SE)	p-value
Events (N)	391					103					35				
SEX															
Male	134 (34.3)	0.31 (0.04)	<.0001	0.39 (0.04)	<.0001	43 (41.8)	0.20 (0.05)	0.004	0.17 (0.10)	0.002	14 (40.0)	0.23 (0.08)	0.041	0.31 (0.17)	0.001
Female	257 (65.7)	0.38 (0.02)	<.0001	0.29 (0.02)	<.0001	60 (58.3)	0.30 (0.04)	<.0001	0.06 (0.07)	0.171	21 (60.0)	0.43 (0.06)	<.0001	-0.09 (0.14)	0.348
AGE															
20–30 years	83 (21.2)	0.51 (0.05)	<.0001	0.30 (0.10)	<.0001	19 (18.5)	0.38 (0.08)	0.001	0.18 (0.15)	0.028	11 (31.4)	0.31 (0.10)	0.043	0.10 (0.20)	0.395
40–50 years	105 (26.9)	0.35 (0.04)	<.0001	0.28 (0.09)	<.0001	30 (29.1)	0.20 (0.06)	0.023	0.10 (0.11)	0.100	12 (34.3)	0.42 (0.09)	0.001	0.04 (0.17)	0.654
≥60 years	203 (21.9)	0.35 (0.03)	<.0001	0.37 (0.06)	<.0001	54 (52.4)	0.24 (0.04)	0.001	0.12 (0.07)	0.025	12 (34.3)	0.37 (0.08)	0.009	0.10 (0.15)	0.363

Notes. One set of logistic models includes both depressive subfactors.
[a] β: standardized coefficient adjusting for all covariates.
[b] Typical depressive factors consisting of PHQ-9 item 1–5.
[c] Other depressive factors consisting of PHQ-9 item 6–8.

Y.J. Lee, S.J. Jung et al. JAD 2020

Chapter 3. Different type of depression

Somatic depression and cognitive function & Arterial stiffness

Sex- and age-specific associations between depressive subtypes and MMSE scores according to depressive subtypes quartiles.

	MMSE scores									
	Men (N = 1704)					Women (N = 3567)				
	N	β[1]	(SE)	p-value	p for trend	N	β[1]	(SE)	p-value	p for trend
50 years (N = 3774)										
BDI-II scores	1133	-0.02	(0.01)	0.10		2641	-0.03	(0.01)	<0.01	
Melancholic scores		-0.05	(0.09)	0.58			-0.15	(0.06)	0.01	
Q1	241	ref			0.94	721	ref			0.03
Q2	322	0.44	(0.20)	0.03		619	-0.19	(0.14)	0.19	
Q3	304	0.07	(0.20)	0.72		650	-0.15	(0.14)	0.26	
Q4	266	0.14	(0.21)	0.51		651	-0.33	(0.14)	0.02	
Somatic scores		-0.14	(0.10)	0.14			-0.18	(0.06)	<0.01	
Q1	403	ref			0.22	529	ref			<0.01
Q2	320	0.13	(0.18)	0.48		629	-0.26	(0.15)	0.10	
Q3	260	-0.09	(0.23)	0.65		701	-0.37	(0.15)	0.01*	
Q4	150	-0.12	(0.23)	0.62		782	-0.42	(0.15)	<0.01*	
Over 60 years (N = 1497)										
BDI-II scores	571	-0.03	(0.02)	0.03		926	-0.03	(0.01)	0.01	
Melancholic scores		-0.17	(0.14)	0.21			-0.10	(0.10)	0.32	
Q1	115	ref			0.47	241	ref			0.48
Q2	163	0.40	(0.31)	0.21		214	0.23	(0.25)	0.36	
Q3	140	-0.01	(0.32)	0.98		223	0.04	(0.24)	0.88	
Q4	153	-0.01	(0.32)	0.98		248	-0.15	(0.24)	0.55	
Somatic scores		-0.19	(0.15)	0.20			-0.25	(0.11)	0.02	
Q1	200	ref			0.09	186	ref			0.01
Q2	167	0.61	(0.27)	0.03		195	-0.73	(0.27)	0.01*	
Q3	112	-0.27	(0.30)	0.37		251	-0.49	(0.26)	0.05	
Q4	92	-0.28	(0.33)	0.40		294	-0.75	(0.25)	<0.01*	

Notes. Coefficients were adjusted for age, socio-economic status (marital status, education, household income), life style (smoking, drinking, regular exercise), disease history and medication intake.
"Melancholic" and "somatic" subtypes of BDI-II were derived from factor analysis of stu
Q1: first quartile (low 25th percentile); Q2: second quartile; Q3: third quartile; Q4 fourt
[1] β: Coefficients adjusted for all covariates
* Significant in Bonferroni correction.

Y.J. Lee, S.J. Jung et al. JAD 2021

Association between depressive symptoms and AIx (normalized to pulse rate of 75) (N = 1,273).

	Augmentation index (AIx) model 1, age and SBP adjusted				model 2, additionally adjusted for SES factors				model 3, additionally adjusted for health status				model 4, additionally adjusted for life style factors			
	Beta	(SE)	β[1]	p value	Beta	(SE)	β[1]	p value	Beta	(SE)	β[1]	p value	Beta	(SE)	β[1]	p value
Men (n = 458)																
BDI-II	0.02	(0.07)	0.01	0.746	0.01	(0.07)	0.00	0.911	0.03	(0.08)	0.01	0.729	-0.01	(0.08)	0.00	0.943
BDI-II, Cognitive[2]	0.01	(0.13)	0.00	0.924	-0.01	(0.13)	0.00	0.957	0.02	(0.13)	0.01	0.877	-0.02	(0.13)	-0.01	0.865
BDI-II, Somatic-affective[2]	0.07	(0.13)	0.02	0.618	0.04	(0.14)	0.01	0.793	0.07	(0.14)	0.02	0.636	0.01	(0.14)	0.00	0.963
Women (n = 815)																
BDI-II	0.10	(0.04)	0.07	0.024	0.10	(0.05)	0.07	0.028	0.10	(0.04)	0.07	0.027	0.09	(0.05)	0.07	0.040
BDI-II, Cognitive[2]	0.14	(0.08)	0.05	0.086	0.13	(0.08)	0.05	0.097	0.13	(0.08)	0.05	0.111	0.12	(0.08)	0.05	0.155
BDI-II, Somatic-affective[2]	0.20	(0.08)	0.08	0.015	0.20	(0.08)	0.07	0.018	0.21	(0.08)	0.08	0.013	0.20	(0.08)	0.07	0.019

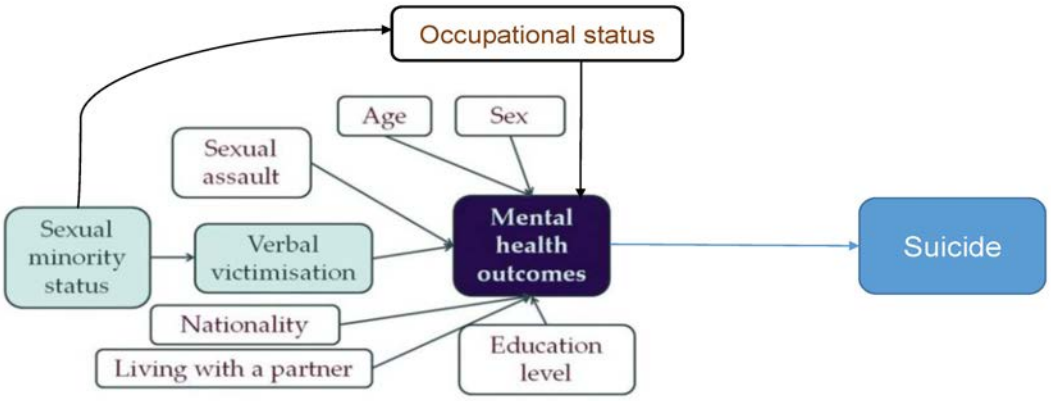
model 1, age and SBP adjusted
model 2, age, SBP, education, house income, and marital status adjusted
model 3, age, SBP, education, house income, marital status, diabetes history, and BMI adjusted
model 4, age, SBP, education, house income, marital status, diabetes history, BMI, smoking, drinking, and physical activity adjusted + menopause status adjusted in women
Abbreviation: SBP, Systolic Blood Pressure; SES, Socio-economic status; SE, Standard Error; BDI, Beck Depression Inventory; BMI, Body Mass Index
[1] β means standardized Beta
[2] "Cognitive" and "Somatic-affective" factor structure of BDI-II derived from factor analysis of study participants

S.J. Jung et al. Hypertension res 2019

RE•MIND
Research for Epidemiology
& Multidisciplinary Integrative
NeuroPsychiatric Data Science

여성 정신질환의 원인
: 생물학적 vs. 사회적 요인

Women and suicide



Modified from El Khoury, et al., SPPE, 2020

Biological phenomenon?

Journal of Affective Disorders

Research report

Hormone-related factors and post-menopausal onset depression: Results from KNHANES (2010–2012)

Sun Jae Jung, Aesun Shin, Daehee Kang

Journal of Affective Disorders

Menarche age, menopause age and other reproductive factors in association with post-menopausal onset depression: Results from Health Examinees Study (HEXA)

Sun Jae Jung, Aesun Shin, Daehee Kang

Journal of Affective Disorders

Research paper

Association of oral contraceptive use with suicidal behavior among representative Korean population: Results from Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2007–2016)

Sun Jae Jung, So Mi J. Cho, Hyeon Chang Kim

Journal of Affective Disorders

Research paper

Association between menstrual cycle irregularity and suicidal ideation among Korean women: Results from the Korea national health and nutrition examination survey (2010–2012)

Minseo Park, Sun Jae Jung

Journal of Affective Disorders

Research paper

Association between menstrual cycle irregularity and suicidal ideation among Korean women: Results from the Korea national health and nutrition examination survey (2010–2012)

Minseo Park, Sun Jae Jung

Archives of Women's Mental Health

SHORT COMMUNICATION

Posttraumatic stress disorder and development of premenstrual syndrome in a longitudinal cohort of women

Sun Jae Jung · Andrea L. Roberts · Patricia Chocano-Bedoya · Brian W. Whitcomb · Stacey A. Missmer · JoAnn E. Manson · Susan E. Hankinson · Elizabeth R. Bertone-Johnson · Karestan C. Koenen

Received: 25 April 2018 / Accepted: 2 October 2018

© Springer-Verlag GmbH Austria, part of Springer Nature 2018

Chapter 3. Depression studies

Reproductive factors and post-menopausal onset depression by self-reported physician's diagnosis in HEXA 2004-2012

Variables	No. of control	No. of depression	Odds ratio Age adjusted (95% CI)	Odds ratio[1] Multivariable adjusted (95% CI)
Endogenous hormonal factors				
Menarche age (years)				
≤14	16,438	308	1.00 (ref)	1.00 (ref)
15	12,488	263	1.08 (0.91-1.27)	1.06 (0.90-1.25)
16	11,812	307	**1.28 (1.09-1.50)**	**1.23 (1.04-1.44)**
≥17	18,039	464	**1.22 (1.05-1.41)**	1.14 (0.98-1.33)
		P-trend	0.003	0.048
Menopause age (years)				
≤47	16,320	492	1.00 (ref)	1.00 (ref)
48-50	17,567	421	**0.75 (0.66-0.86)**	**0.76 (0.66-0.86)**
51-52	11,529	207	**0.55 (0.46-0.65)**	**0.55 (0.47-0.65)**
≥53	13,361	222	**0.45 (0.38-0.53)**	**0.45 (0.38-0.53)**
		P-trend	<0.001	<0.001
Reproductive years (years)				
≤31	16,321	519	1.00 (ref)	1.00 (ref)
32-34	14,351	348	**0.75 (0.65-0.86)**	**0.75 (0.66-0.86)**
35-37	16,587	302	**0.55 (0.48-0.64)**	**0.56 (0.48-0.65)**
≥38	11,518	173	**0.41 (0.35-0.49)**	**0.43 (0.36-0.51)**
		P-trend	<0.001	<0.001
Type of menopause				
Natural	45,507	964	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Artificial	10,708	319	**1.59 (1.39-1.81)**	**1.61 (1.41-1.83)**

1. Adjusted with age, education and marital status

Jung, et al. J Affect Disord. 2015

Chapter 3. Depression studies

Reproductive factors and post-menopausal onset depression by self-reported physician's diagnosis in HEXA 2004-2012

Variables	No. of control	No. of depression	Odds ratio Age adjusted (95% CI)	Odds ratio[1] Multivariable adjusted (95% CI)
Endogenous hormonal factors				
Number of spontaneous abortion[2] among ever pregnant women				
0	44,291	945	1.00 (ref)	1.00 (ref)
1	8,799	213	1.13 (0.97-1.31)	1.13 (0.97-1.31)
≥2	3,226	121	**1.77 (1.46-2.15)**	**1.77 (1.46-2.15)**
		P-trend	<0.001	<0.001
Number of artificial abortion among ever pregnant women				
0	18,782	357	1.00 (ref)	1.00 (ref)
1	13,270	291	1.18 (1.00-1.37)	1.19 (1.02-1.40)
2	11,850	238	1.07 (0.91-1.27)	1.10 (0.93-1.29)
≥3	11,771	374	**1.61 (1.39-1.86)**	**1.62 (1.40-1.88)**
		P-trend	<0.001	<0.001
Pregnancy				
Never	1,350	33	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Ever	57,417	1,309	0.88 (0.62-1.25)	0.72 (0.48-1.08)
Number of total childbirth including abortions among ever parous women				
1	4,534	104	1.00 (ref)	1.00 (ref)
2	26,903	553	0.89 (0.72-1.10)	0.90 (0.73-1.12)
≥3	25,271	638	0.89 (0.71-1.10)	0.85 (0.68-1.06)
		P-trend	0.448	0.139

1. Adjusted with age, education and marital status
2. Miscarriage before the 20th week of pregnancy./ Delivering a baby born with no signs of life at or after 20 weeks' gestation

Jung, et al. J Affect Disord. 2015

Chapter 3. Depression studies

Reproductive factors and post-menopausal onset depression by self-reported physician's diagnosis in HEXA 2004-2012

Variables	No. of control	No. of depression	Odds ratio Age adjusted (95% CI)	Odds ratio[1] Multivariable adjusted (95% CI)
Exogenous hormonal factors				
Oral contraceptive usage				
Never user	46,102	1,006	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Former user	12,176	328	**1.18 (1.04-1.34)**	**1.15 (1.02-1.31)**
Current user	109	4	1.60 (0.59-4.34)	1.59 (0.59-4.34)
Hormone usage[3]				
Never user	41,986	772	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Former user	10,776	376	**1.83 (1.62-2.08)**	**1.87 (1.65-2.12)**
Current user	3,635	144	**2.33 (1.94-2.79)**	**2.36 (1.97-2.84)**
Duration of hormone replacement therapy (months) among ever users[3]				
≤4	3,533	121	1.00 (ref)	1.00 (ref)
5-15	3,429	106	0.90 (0.69-1.18)	0.93 (0.82-1.22)
16-40	3,435	117	0.99 (0.76-1.28)	1.03 (0.80-1.34)
≥41	3,364	143	1.21 (0.94-1.55)	**1.28 (1.00-1.65)**
		P-trend	0.097	0.035

1. Adjusted with age, education and marital status
3. Only the data from HEXA 2005-2012 was used due to lack of information

Jung, et al. J Affect Disord. 2015

Chapter 3. Depression studies

Oral contraceptive and suicidality by depression status

Weighted odds ratios for the association between oral contraceptive (OC) consumption and 4043 women with suicidality, stratified by the depression status in KNHANES 2007–2016 (N = 27,052).

Variables	Total no. of women	No. of cases	Weighted odds ratio[a] (95% CI)	Weighted odds ratio[b] (95% CI)	Weighted odds ratio[c] (95% CI)
With depression diagnosis (N = 1548)					
OC use					
Never	1163	401	1.00 (ref)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Ever	385	140	1.23 (0.91–1.67)	1.12 (0.83–1.52)	1.13 (0.82–1.54)
OC use duration (N = 1391)					
< 1 month	1165	402	1.00 (ref)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
1–3 month	73	32	1.71 (0.87–3.34)	1.52 (0.77–3.00)	1.29 (0.65–2.54)
4–12 month	71	32	2.11 (1.15–3.87)	2.04 (1.12–3.70)	1.59 (0.87–2.91)
13–24 month	26	13	2.84 (1.18–6.86)	2.82 (1.10–7.27)	2.32 (0.92–5.83)
25 + month	56	30	3.32 (1.69–6.54)	3.06 (1.53–6.15)	2.65 (1.28–5.47)
Without depression diagnosis (N = 25,504)					
OC use					
Never	21,367	2853	1.00 (ref)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Ever	4137	672	1.16 (1.03–1.30)	1.10 (0.98–1.24)	1.06 (0.95–1.19)
OC use duration (N = 24,056)					
< 1 month	21,455	2875	1.00 (ref)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
1–3 month	881	198	1.90 (1.55–2.33)	1.80 (1.46–2.22)	1.53 (1.24–1.89)
4–12 month	860	194	1.91 (0.56–2.33)	1.81 (1.48–2.21)	1.53 (1.25–1.87)
13–24 month	340	58	1.30 (0.91–1.87)	1.20 (0.82–1.74)	1.01 (0.70–1.45)
25 + month	520	118	1.63 (1.26–2.10)	1.41 (1.09–1.82)	1.17 (0.90–1.51)

Adjusted for,
[a] age;
[b] a + family income, education, marital status, family number;
[c] b + age of menarche, alcohol consumption, cigarette smoking.

Jung, et al. J Affect Disord. 2018

Chapter 3. Depression studies

PTSD-Premenstrual Syndrome(PMS) study

Nested Case-Control study in NHS II:
PMS cases were matched with non-PMS cases

Table 2 Association between posttraumatic stress disorder and subsequent risk of PMS, NHS2, 1991–2005 (N = 2924)

	No trauma	Trauma-exposed				p-trend
		No PTSD	PTSD 1–3 Sx	PTSD 4–5 Sx	PTSD 6–7 Sx	
Case-control ratio	197:722	305:797	192:381	102:116	61:51	
Age-adj. OR (95% CI)	1.00	1.40 (1.13–1.72)	1.91 (1.50–2.42)	3.38 (2.46–4.65)	4.71 (3.11–7.16)	< 0.001
Model 1 OR (95% CI)	1.00	1.39 (1.13–1.72)	1.89 (1.49–2.41)	3.43 (2.50–4.72)	4.80 (3.16–7.29)	< 0.001
Model 2 OR (95% CI)	1.00	1.32 (1.06–1.63)	1.76 (1.38–2.24)	3.19 (2.31–4.40)	4.06 (2.65–6.24)	< 0.001
Model 3 OR (95% CI)	1.00	1.31 (1.05–1.63)	1.71 (1.33–2.20)	2.90 (2.07–4.05)	3.42 (2.18–5.36)	< 0.001
Model 4 OR (95% CI)	1.00	1.24 (0.99–1.54)	1.48 (1.14–1.91)	2.41 (1.70–3.40)	2.74 (1.72–4.36)	< 0.001

Model 1. Adjusted for age, parental education

Model 2. Additionally adjusted for BMI, smoking, and alcohol use at reference year

Model 3. Additionally adjusted for oral contraceptive use, antidepressant use, and dietary factors (dietary riboflavin, vitamin B6, potassium, calcium, and vitamin D intake in quintiles) at reference year

Abbreviations: *Sx* symptoms, *PMS* premenstrual syndrome, *NHS2* Nurse's Health Study 2, *OR* odds ratio, *CI* confidence interval

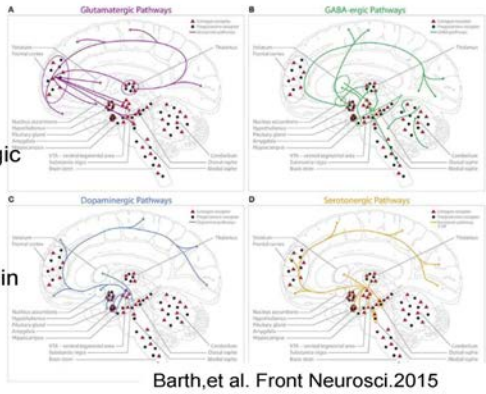
Jung, et al. Womens Arch Ment Health. 2018

Total Life Estrogen Exposure- Depression

Total Estrogen Exposure(TEE):

Menopause age – Menarche age (- Total years of pregnancy)

- Originally used in Breast Cancer Studies
- Estimated Life long exposure to endogenous Estrogen
- Estrogen→Serotonergic system /norepinephrine in post-menopausal women
  - Estrogen beta-receptor: key role in serotonergic system
    - Estrogen receptors in CNS dealt with cognition and mood
  - Estrogen→ ↓ Monoamine oxidase→ ↑Serotonin



Barth,et al. Front Neurosci.2015

임신, 출산, 여성 우울증 분석

34,321 premenopausal women from the Korea Community Health Survey in 2019

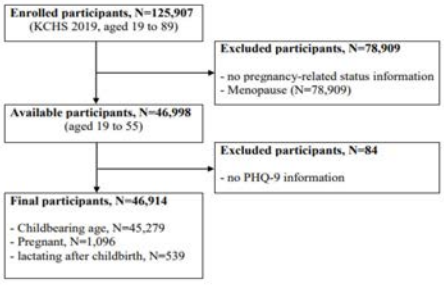
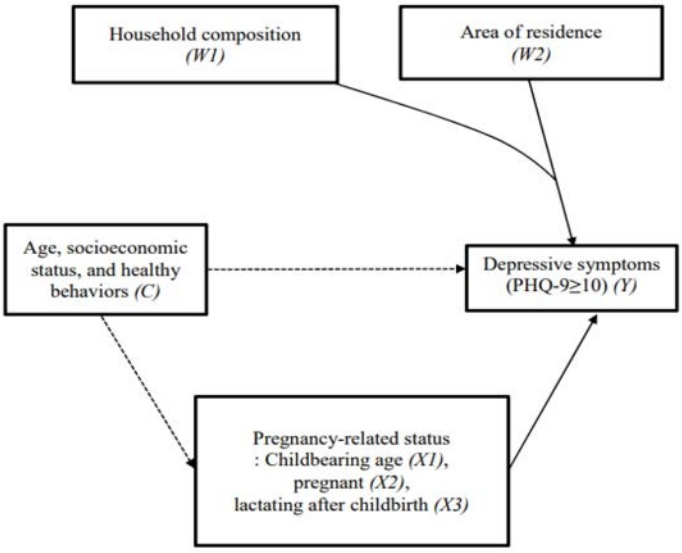


Figure 2. Flow diagram of the study population



Park, and Jung et al. (Under review)

임신, 출산과 여성 우울증- 그리고 가족구조

Table 2. Association between pregnancy, lactation after delivery and depressive symptoms adjusted in 3 models stratified by household composition in KCHS, 2019 (N=34,321)

Pregnancy and lactation after delivery	Number (%) of women with depressive symptoms	Depressive symptoms (PHQ-9≥10)					
		Model 1[1)]		Model 2[2)]		Model 3[3)]	
		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
Overall							
Reference (N=32,804)	19,815 (60.4)	1.00	ref	1.00	ref	1.00	ref
Pregnancy (N=983)	602 (61.2)	1.04	(0.91-1.18)	1.05	(0.92-1.20)	1.05	(0.92-1.21)
Lactation after delivery (N=534)	373 (69.9)	1.52	(1.26-1.83)	1.60	(1.32-1.93)	1.68	(1.38-2.04)
Stratified by household composition (interaction p-value=0.015)							
*1-generation (N=6,715)							
Reference (N=6,282)	4,065 (64.7)	1.00	ref	1.00	ref	1.00	ref
Pregnancy (N=406)	247 (60.8)	0.83	(0.68-1.02)	0.99	(0.79-1.22)	1.00	(0.80-1.25)
Lactation after delivery (N=27)	13 (48.2)	0.51	(0.24-1.09)	0.64	(0.30-1.37)	0.76	(0.35-1.66)
*2-generations (N=24,458)							
Reference (N=23,512)	14,053 (59.8)	1.00	ref	1.00	ref	1.00	ref
Pregnancy (N=499)	303 (60.7)	1.04	(0.87-1.25)	1.03	(0.85-1.23)	1.04	(0.86-1.25)
Lactation after delivery (N=447)	317 (70.9)	1.64	(1.34-2.02)	1.63	(1.33-2.01)	1.67	(1.34-2.07)
*3-generations (N=3,144)							
Reference (N=3,006)	1,695 (56.4)	1.00	ref	1.00	ref	1.00	ref
Pregnancy (N=78)	52 (66.7)	1.55	(0.96-2.49)	1.57	(0.97-2.54)	1.61	(0.98-2.64)
Lactation after delivery (N=60)	43 (71.7)	1.96	(1.11-3.46)	2.07	(1.17-3.69)	2.18	(1.20-3.94)

1) Model 1 : Adjusted age
2) Model 2 : Model1+Adjusted SES(education, household income, occupational status, marital status)
3) Model 3 : Model2+Adjusted lifestyle(smoking status, drinking status), physical activity

Park, and Jung et al. (Under review)

임신, 출산, 여성우울증: Multilevel analysis

Table 4. OR and 95% CI of individual-level and cluster-level predictors for depressive symptoms (N=34,321)

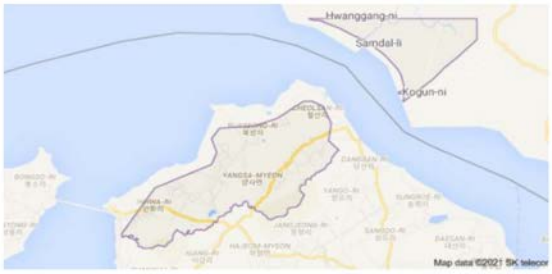
	Model 1[1)]		Model 2[2)]		Model 3[3)]	
	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
Random effects						
Intercept	1.44	(1.21-1.71)	8.43	(4.54-15.63)	9.17	(5.26-16.92)
Fixed effects						
Individual-level						
Reference			1.00	ref	1.00	ref
Pregnancy			1.06	(0.93-1.20)	1.06	(0.93-1.20)
Lactation after childbirth			1.63	(1.35-1.97)	1.63	(1.35-1.97)
Age			0.99	(0.99-1.00)	0.99	(0.99-1.00)
Educational level						
Under high school graduated			1.00	ref	1.00	ref
≥ High school graduated			0.95	(0.84-1.08)	0.96	(0.84-1.09)
Job						
No			1.00	ref	1.00	ref
Yes			1.13	(1.09-1.18)	1.13	(1.09-1.19)
Smoking status						
Non-smoker			1.00	ref	1.00	ref
Former smoker			2.11	(1.89-2.36)	2.11	(1.89-2.36)
Current smoker			2.37	(2.13-2.08)	2.37	(2.13-2.08)
Drinking status						
Non-drinker			1.00	ref	1.00	ref
Former drinker			1.96	(1.84-2.08)	1.96	(1.84-2.08)
Current drinker			2.01	(1.85-2.17)	2.01	(1.85-2.17)
Moderate physical activity						
No			1.00	ref	1.00	ref
Yes			1.03	(0.95-1.13)	1.03	(0.95-1.13)
Vigorous physical activity						
No			1.00	ref	1.00	ref
Yes			0.89	(0.83-0.95)	0.89	(0.83-0.95)
Household income (month)						
<3.0 million Korean won			1.00	ref	1.00	ref
3.0-4.2 million Korean won			0.91	(0.86-0.96)	0.91	(0.86-0.96)
4.2-6.0 million Korean won			0.88	(0.83-0.92)	0.88	(0.83-0.92)
>6.0 million Korean won			0.90	(0.85-0.95)	0.90	(0.85-0.95)
Cluster-level						
Number of day care centers					0.80	(0.77-0.84)
Number of postparum care centers					0.67	(0.64-0.70)

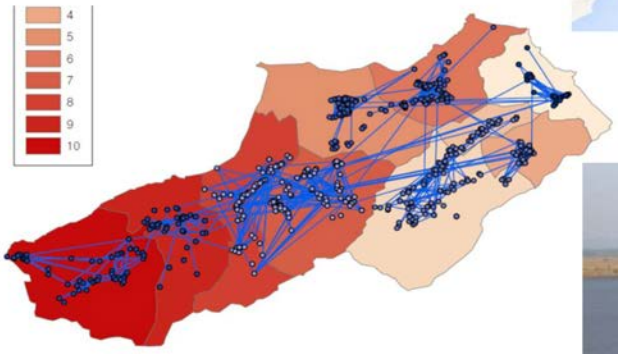
1) Model 1: unconditional level
2) Model 2: adjusted individual-level variables
3) Model 3: Model 2 + adjusted cluster-level variable
ICC=(0.214/0.214+3.29)=0.061

Park, and Jung et al. (Under review)

Isolated community survey: Elderly population (rural)

KSHAP
Korean Social Life, Health and Aging Project





Gender role stereotype, patriarchal attitude, and cognitive function

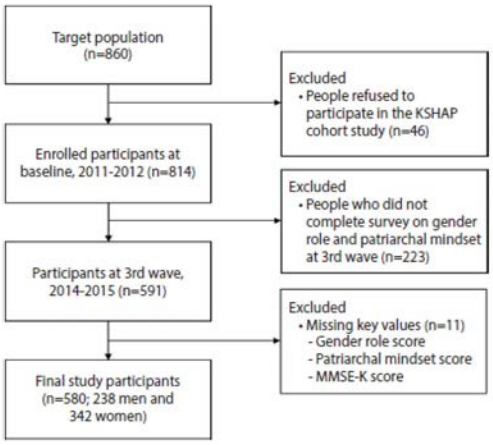


Figure 1. Flow chart of the study population. KSHAP, Korean Social Life, Health, and Aging Project; MMSE-K, Mini-Mental State Examination, Korean version.

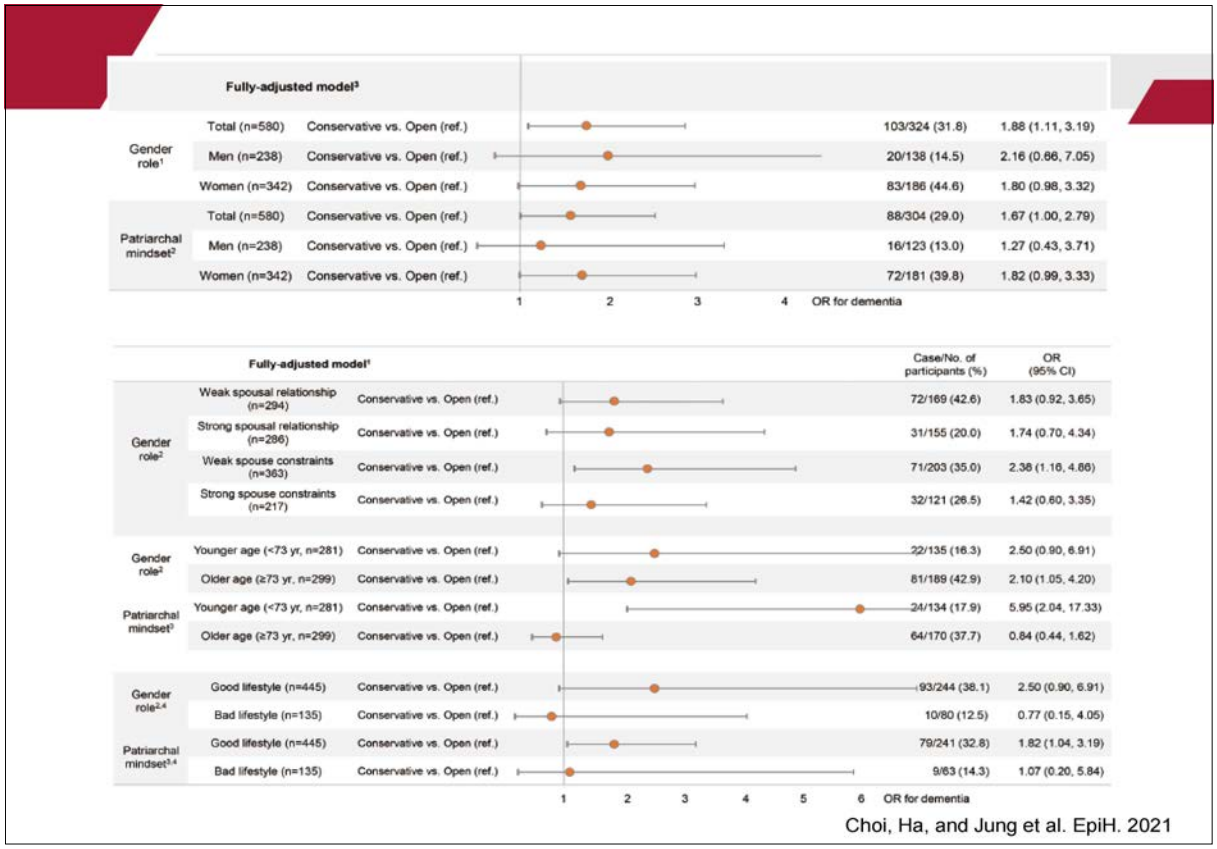
Measurements

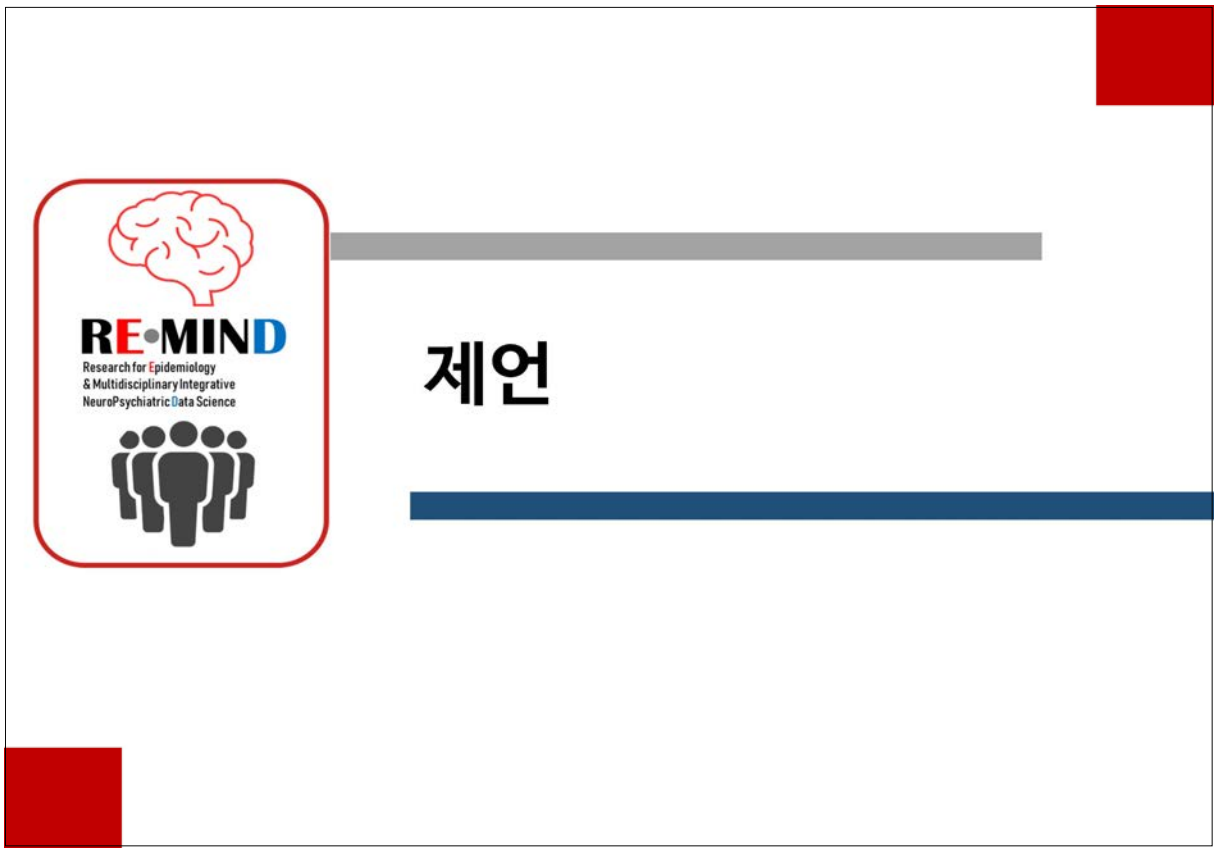
Demographics: age, education, economic and marital status, health behaviors, medical history, depressive symptoms
Social network: Social network size, quality of the spousal relationship, and network constraints of spouse.
Cognitive function: MMSE-K

Beliefs regarding gender roles (ISSP) (① Strongly agree-⑤Strongly disagree)
(1) "Both the man and woman should contribute to household income,"
(2) "A man's job is to earn money, a woman's job is to look after the home and family.

Patriarchal attitudes (EASS): (①"strongly agree," - ⑦"strongly disagree.")

(1) "the authority of the father in a family should be respected under any circumstances,"
(2) "children must make efforts to do something that would bring honor to their parents,"
(3) "the eldest son should inherit a larger share of the property,"
(4) "a child who has taken good care of parents should inherit a larger share of the property,"
(5) "to continue the family line, one must have at least one son."


Fully-adjusted model[3]
Gender role[1]
Total (n=580) Conservative vs. Open (ref.) 103/324 (31.8) 1.88 (1.11, 3.19)
Men (n=238) Conservative vs. Open (ref.) 20/138 (14.5) 2.16 (0.86, 7.05)
Women (n=342) Conservative vs. Open (ref.) 83/186 (44.6) 1.80 (0.98, 3.32)
Patriarchal mindset[2]
Total (n=580) Conservative vs. Open (ref.) 88/304 (29.0) 1.67 (1.00, 2.79)
Men (n=238) Conservative vs. Open (ref.) 16/123 (13.0) 1.27 (0.43, 3.71)
Women (n=342) Conservative vs. Open (ref.) 72/181 (39.8) 1.82 (0.99, 3.33)
1 2 3 4 OR for dementia
Fully-adjusted model[1]
Case/No. of participants (%)
OR (95% CI)
Gender role[2]
Weak spousal relationship (n=294) Conservative vs. Open (ref.) 72/169 (42.6) 1.83 (0.92, 3.65)
Strong spousal relationship (n=286) Conservative vs. Open (ref.) 31/155 (20.0) 1.74 (0.70, 4.34)
Weak spouse constraints (n=363) Conservative vs. Open (ref.) 71/203 (35.0) 2.38 (1.16, 4.86)
Strong spouse constraints (n=217) Conservative vs. Open (ref.) 32/121 (26.5) 1.42 (0.60, 3.35)
Gender role[2]
Younger age (<73 yr, n=281) Conservative vs. Open (ref.) 22/135 (16.3) 2.50 (0.90, 6.91)
Older age (≥73 yr, n=299) Conservative vs. Open (ref.) 81/189 (42.9) 2.10 (1.05, 4.20)
Patriarchal mindset[3]
Younger age (<73 yr, n=281) Conservative vs. Open (ref.) 24/134 (17.9) 5.95 (2.04, 17.33)
Older age (≥73 yr, n=299) Conservative vs. Open (ref.) 64/170 (37.7) 0.84 (0.44, 1.62)
Gender role[2,4]
Good lifestyle (n=445) Conservative vs. Open (ref.) 93/244 (38.1) 2.50 (0.90, 6.91)
Bad lifestyle (n=135) Conservative vs. Open (ref.) 10/80 (12.5) 0.77 (0.15, 4.05)
Patriarchal mindset[3,4]
Good lifestyle (n=445) Conservative vs. Open (ref.) 79/241 (32.8) 1.82 (1.04, 3.19)
Bad lifestyle (n=135) Conservative vs. Open (ref.) 9/63 (14.3) 1.07 (0.20, 5.84)
1 2 3 4 5 6 OR for dementia
Choi, Ha, and Jung et al. EpiH. 2021


RE•MIND
Research for Epidemiology
& Multidisciplinary Integrative
NeuroPsychiatric Data Science
제언

정책적 함의

여성 우울증의 증가는 생물학적/사회적 요인이 모두 작용한 결과임
→ 여성호르몬은 우울증상에 영향을 줄 수 있음
→ 그 외에도 사회적인 여건 및 성별 고정관념이 정신건강에 영향을 줄 수 있음
→ 여성 우울증 및 자살감소 대비책을 마련하기 위해서는 생물학적이며 사회적인 요인을 모두 고려하여 논의되어야 함
→ 코로나19 정신건강 지원에 대하여, 연령, 성별, 그리고 이전 정신건강 상태를 고려해야 할 필요가 있음

정신건강 연구, 정신과 전문의 수련, 환자를 보는데 있어서 성별에 대해서 더 고려해야함
→ 인구집단 기반의 코호트연구가 종단적으로 수행되어 참된 성별 차이를 밝혀야 하며, 인과성 있는 결론에 이르러야 함.
→ 다층위적 다학제적 접근의 필요성
→ 성별에 따른 질병행동, 대처, help-seeking, 순응도, 성 특이적인 약물역동 및 호르몬 치료, 성별 감수성이 있는 정신치료에 대한 연구가 수행되어야 할 필요성

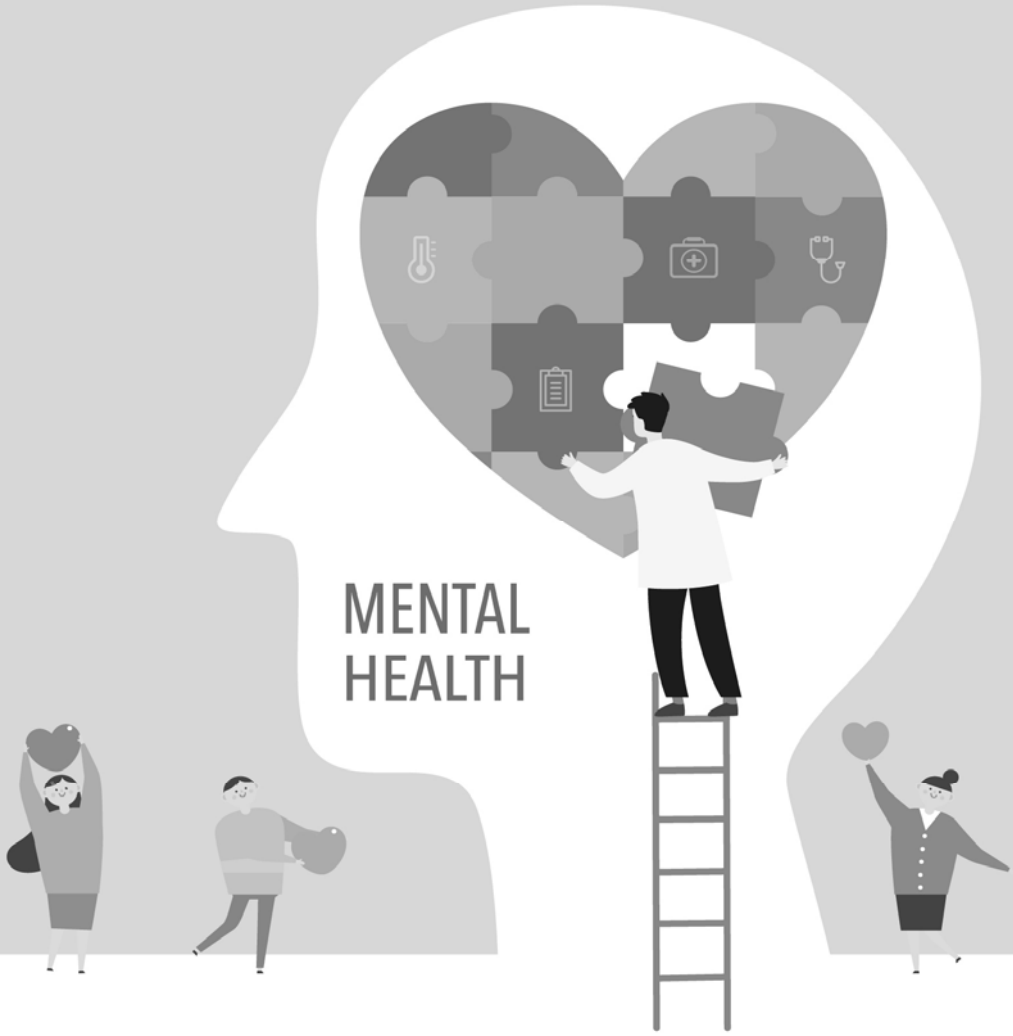
Thank you for your attention.

sunjaejung@yuhs.ac

발표 3

정신건강의 사회적 결과와 지역사회 접근

기명 (고려대학교 보건대학원 교수)

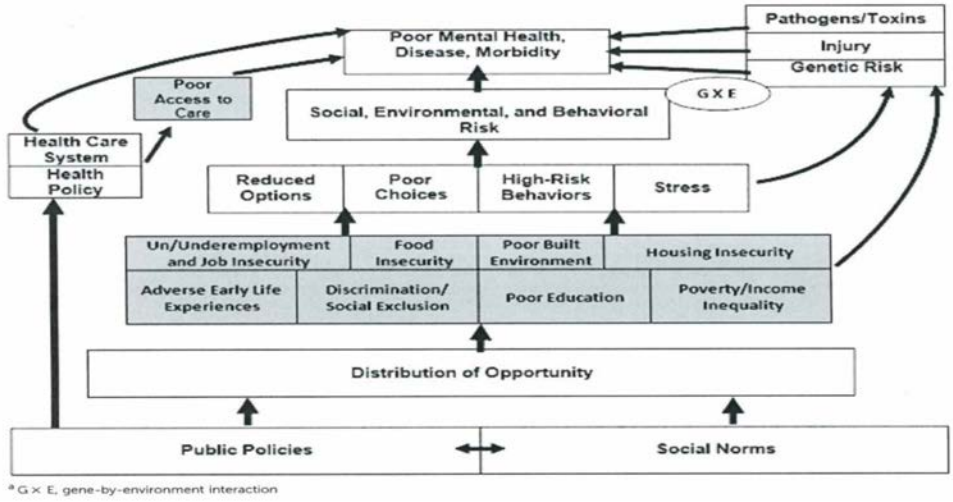


정신건강의 사회적 결과와 지역사회접근

보건사회연구 콜로키움 (2022.6.29)
고려대 보건대학원 국제지역보건학과/ 기 명

정신건강과 사회적 요인의 연관: 두 가지 과정 (단계)

1. Social Determinants of Mental Health: social causation



[Compton TM, 2015, The Social Determinants of Mental Health]

2. Social consequences of mental health: social selection and drift

- Individual differences in mental health lead to differences in social advantage, which is the selection/drift hypothesis

[Muntaner et al, Sociology of Mental Health, p219]

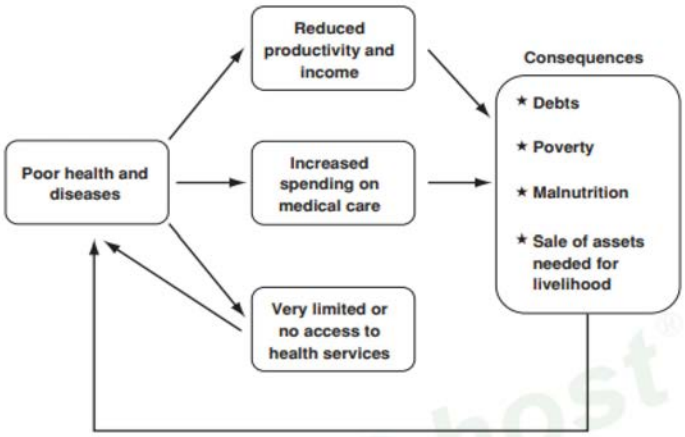


Figure 3.1.5 Linkages between poor health and poverty.
Source: adapted from Dahlgren and Whitehead (2007), Figure 2.1.

정신건강에 대한 사회적 영향의 두 차원

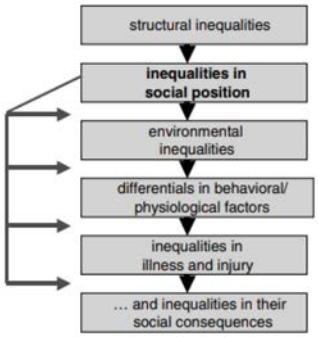


FIGURE 2. Social Determinants of Health Inequalities

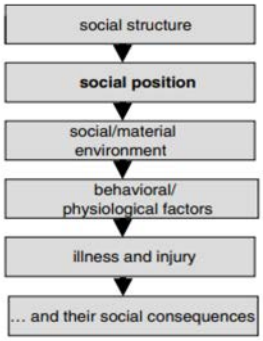


FIGURE 1. Social Determinants of Health

[Hilary Graham et al, 2009. Understanding Health Inequalities. Oxford Press]

- 사회적 요인의 "분포"가 인구집단의 건강의 분포를 결정하기도, 사회적 요인은 개인의 건강을 결정하기도 함.
- 인구집단의 건강분포는 개인의 특성과 사회의 특성을 모두 반영함.
- 정신건강은 몇가지

목차

- 정신질환 이후의 사회적 결과 social consequences
- 사회적 결속(social integration)에 대한 주목
- Social interventions

Social inequalities in mental disorder

For many decades, studies have shown that mental health is the complex outcome of numerous biological, psychological and social factors, involving contextual factors beyond the individual.

[Silva et al, 2016. Social determinants of mental health: a review of the evidence. Eur J Psyc]

Table 6: Expanded number of studies reporting associations with higher rates of the common mental disorders, by indicators of less privileged social position.

		Less education	*Unemployment*	*Lower income or material circumstances*	*Low social status*
Number of studies reporting associations	Total reporting	9	9	7	8***
Positive association	Men & women separately	5**	5*	3	4
	Men & women combined (separate data not given)	2	3	4	1
	Total positive	7**	8*	7	5
No clear association		2	1	0	3
Inverse association		0	0	0	0

[Tom Fryers, 2005, The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe]

6

Socioeconomic Inequalities in Depression of prevalence, incidence, persistence

TABLE 3. Overall unadjusted odds ratios for major depression for the lowest socioeconomic status group versus the highest in prevalence, incidence, and persistence studies published after 1979

Type of study	No. of studies	Overall odds ratio in the random-effects model*	95% confidence interval	*p* value	Overall odds ratio in the fixed-effects model	95% confidence interval	*p* value	χ^2 (Cochran's *Q*)
Prevalence	51	1.81	1.57, 2.10	< 0.001	1.68	1.49, 1.89	< 0.001	332.655
Incidence	5	1.24	1.04, 1.48	0.004	1.21	1.06, 1.38	0.001	5.928
Persistence	4	2.06	1.39, 3.05	< 0.001	1.91	1.40, 2.60	< 0.001	4.920

"low-SES individuals had higher odds of being depressed (odds ratio = 1.81, $p < 0.001$), but the odds of a new episode (odds ratio = 1.24, $p = 0.004$) were lower than the odds of persisting depression (odds ratio = 2.06, $p < 0.001$). A dose-response relation was observed for education and income."

[Lorant et al, 2003. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. AJE]

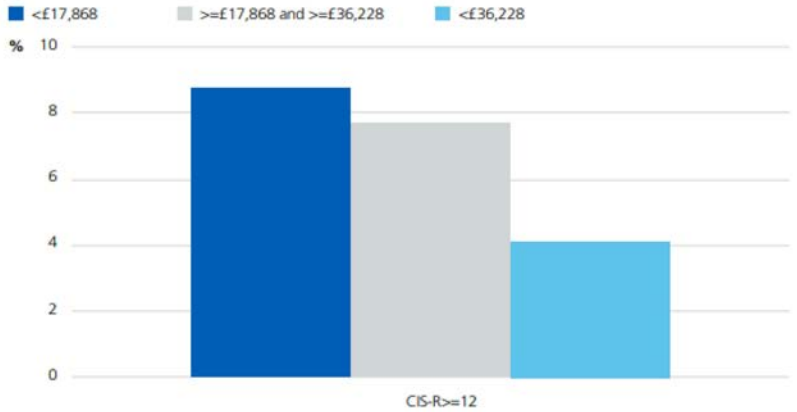
Various socioeconomic factors: income, adversity, life events, financial hardship..

	20-49			50-64		
	Model 1[a]	Model 2[b]	Model 3[c]	Model 1	Model 2	Model 3
Men						
Changes of hardship						
Absent over 2 years	1(Reference)	1(Reference)	1(Reference)	1(Reference)	1(Reference)	1(Reference)
Resolved	1.53(0.79-2.94)	1.31(0.68-2.53)	1.10(0.56-2.14)	2.11(1.27-3.51)*	1.10(0.65-1.85)	1.03(0.60-1.75)
Emergent	3.93(2.32-6.64)*	3.30(1.93-5.64)*	2.67(1.53-4.65)*	3.21(1.96-5.26)*	1.82(1.07-3.09)*	1.71(1.02-2.86)*
Persistent over 2 years	3.72(2.04-6.76)*	2.71(1.48-4.98)*	1.99(1.08-3.69)*	6.03(4.12-8.83)*	2.46(1.64-3.71)*	2.24(1.48-3.38)*
Number of hardships (Ordinal)						
0	1(Reference)	1(Reference)	1(Reference)	1(Reference)	1(Reference)	1(Reference)
1-2	1.68(0.96-2.96)	1.41(0.83-2.41)	1.14(0.67-1.95)	2.75(1.87-4.03)*	1.37(0.92-2.02)	1.28(0.86-1.90)
≥3	3.22(1.16-8.95)*	2.11(0.76-5.90)	1.30(0.47-3.58)	5.51(3.34-9.08)*	2.39(1.43-4.00)*	2.11(1.26-3.54)*
Number of hardships (Continuous)	1.43(1.16-1.76)*	1.27(1.03-1.58)*	1.11(0.89-1.39)*	1.59(1.43-1.78)*	1.27(1.12-1.44)*	1.23(1.08-1.39)*

[Choi et al, 2021. Financial hardship and suicide ideation: Age and gender difference in a Korean panel study. JAD]

Requested but not received particular mental health treatment in past 12 months in adults with CIS-R score 12+, by equivalised household income

Base: all adults



[Mental Health and Wellbeing in England Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014]

The report "Sick on the Job? Myths and realities about mental health and work" (OECD, 2012) has shown that in OECD countries only about 50% of people with severe mental ill-health and 30% of those with moderate complaints receive treatment.

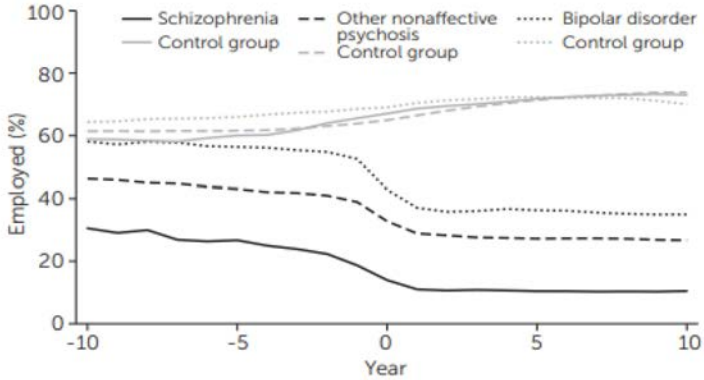
[OECD, 2015. Fit Mind, Fit Job]

Social consequences of mental illness

Employment Status and Personal Income Before and After Onset of a Severe Mental Disorder: A Case-Control Study

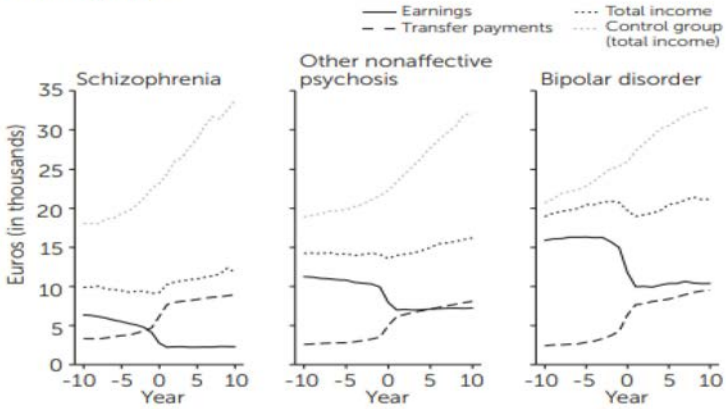
FIGURE 1. Mean employment levels for participants with schizophrenia, other nonaffective psychosis, or bipolar disorder and their matched control groups[a]

[Hakulinen et al, 2020 from Finland data]



Individuals with serious mental disorders had notably low levels of employment before, and especially after, the diagnosis of a severe mental disorder

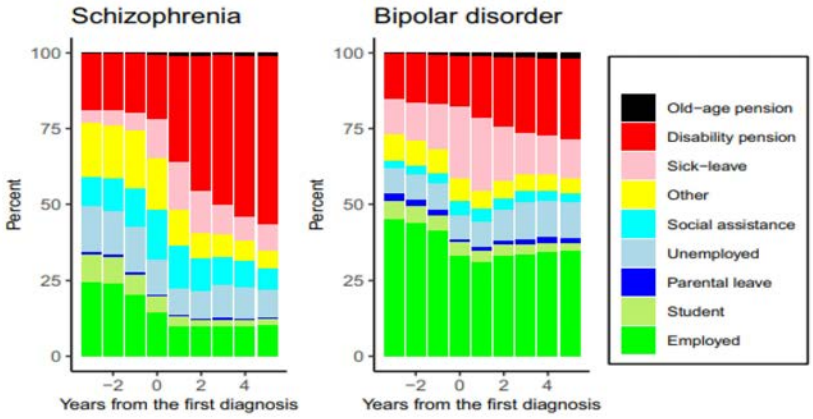
FIGURE 2. Mean levels of earnings, income transfer payments, and total income for participants with schizophrenia, other nonaffective psychosis, or bipolar disorder and their matched control groups[a]



Their total income was mostly constituted of transfer payments, and this was especially true for those diagnosed as having schizophrenia

[Hakulinen et al, 2020 Employment Status and Personal Income Before and After Onset of a Severe Mental Disorder: A Case-Control Study from Finland data]

Employment rate after the first register diagnosis for schizophrenia and bipolar disorder

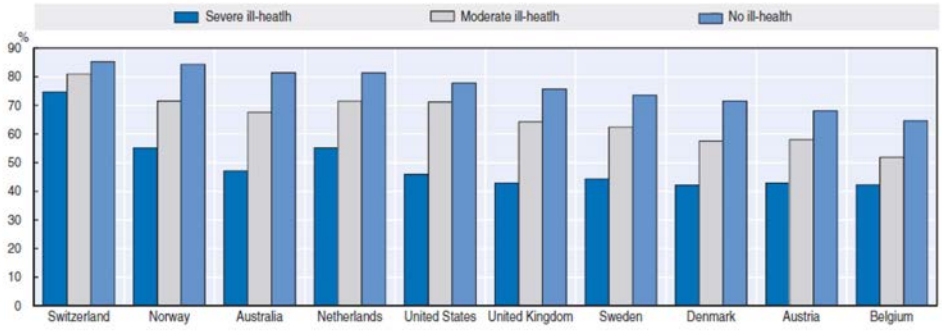


Three years before the first psychosis or bipolar disorder diagnosis, 24% of the individuals with schizophrenia and 45% of the individuals with bipolar disorder were employed. However, the employment rate dropped around the time of the first diagnosis. Five years later, 10% of the individuals with schizophrenia and 34% of the individuals with bipolar disorder were employed

[Holm et al, 2020. Employment among people with schizophrenia or bipolar disorder: A population-based study using nationwide registers]

Employment and unemployment gaps are considerable for people with mental ill-health

A. Employment-population ratio (employed people as a proportion of the working-age population), by severity of mental ill-health, latest available year



Most people with poor mental health are in work. Even among those with severe disorders some 50% have a job (only in Switzerland is the rate much higher). The employment gap is nevertheless significant

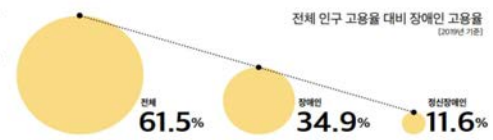
[OECD, 2015. Fit Mind, Fit Job]

[장애 유형별 취업 인구 및 취업률(2017년 기준)]

(단위: 명, %)

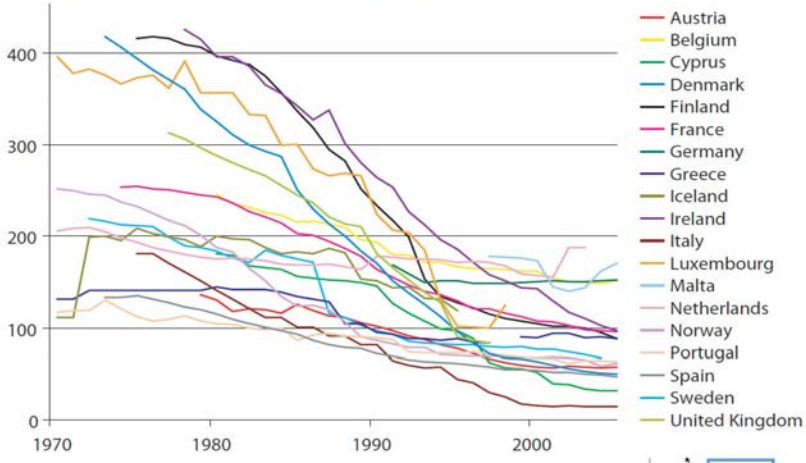
구분	15세 이상 인구	경제활동인구			비경제 활동인구	경제활동 참가율	취업률	실업률	인구대비 취업자 비율
		계	취업	실업					
지체장애	1,257,683	604,119	577,191	26,928	653,564	48.0	95.5	4.5	45.9
뇌병변장애	277,492	35,859	33,731	2,128	241,633	12.9	94.1	5.9	12.2
시각장애	259,681	120,882	113,654	7,228	138,799	46.6	94.0	6.0	43.8
청각장애	279,988	92,185	87,898	4,286	187,804	32.9	95.4	4.6	31.4
언어장애	15,363	7,272	6,702	570	8,091	47.3	92.2	7.8	43.6
지적장애	173,564	61,957	59,361	2,596	111,608	35.7	95.8	4.2	34.2
자폐성장애	12,693	3,593	2,923	671	9,100	28.3	81.3	18.7	23.0
정신장애	103,628	19,889	16,246	3,643	83,739	19.2	81.7	18.3	15.7
신장장애	83,583	19,481	18,405	1,077	64,102	23.3	94.5	5.5	22.0
심장장애	5,839	1,130	1,130	0	4,709	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
호흡기장애	14,033	1,973	1,640	332	12,060				
간장애	10,992	4,483	5,483	0	5,509				

•인구대비 취업자 비율은 15.7%, 경제활동 참가율은 19.2%
•가구소득 (만원)
-전체인구가구: 361.7-장애인가구: 242.1
-정신장애인가구: 180.4

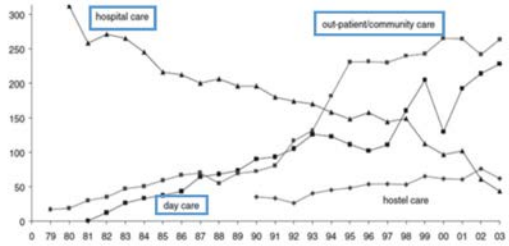


유럽에서의 탈원화

Figure 1: Trends in availability of psychiatric beds in Western Europe, 1970–2005,



MHEEN, 2008. Shifting Care from Hospital to the Community in Europe: Economic Challenges and Opportunities



이탈리아 베로나 남부(South-Verona) 정신장애인 케어서비스 변화 추이(Tansella et al, 2006)

Recovery as a goal

Table 2 Recovery processes

Recovery processes	Number (%) of 87 studies identifying the process
Category 1: Connectedness	75 (86)
Peer support and support groups	39 (45)
Relationships	33 (38)
Support from others	53 (61)
Being part of the community	35 (40)
Category 2: Hope and optimism about the future	69 (79)
Belief in possibility of recovery	30 (34)
Motivation to change	15 (17)
Hope-inspiring relationships	12 (14)
Positive thinking and valuing success	10 (11)
Having dreams and aspirations	7 (8)
Category 3: Identity	65 (75)
Dimensions of identity	8 (9)
Rebuilding/redefining positive sense of identity	57 (66)
Overcoming stigma	40 (46)
Category 4: Meaning in life	59 (66)
Meaning of mental illness experiences	30 (34)
Spirituality	6 (41)
Quality of life	57 (65)
Meaningful life and social roles	40 (46)
Meaningful life and social goals	15 (17)
Rebuilding life	19 (22)
Category 5: Empowerment	79 (91)
Personal responsibility	79 (91)
Control over life	78 (90)
Focusing upon strengths	14 (16)

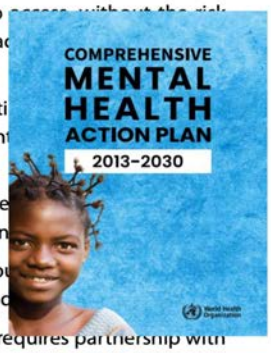
[Leamy et al, 2011. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review]

- "In the 1960s and 1970s, the focus of community treatment was on symptom control and the goal was to help people remain stable and stay out of the hospital. In the 1980s attention turned to rehabilitation, and the goal became to help people function in adult societal roles, such as worker, student, parent, or spouse. And in the 1990s the ideology of community mental health shifted to the theme of recovery with the goal to help people pursue independence, self-management, personally meaningful activities, and better quality of life. As the ideology has changed, the techniques of intervention have changed in correspondence."

[Drake et al, 2003. The History of Community Mental Health Treatment and Rehabilitation for Persons with Severe Mental Illness]

WHO Comprehensive mental health action plan 2013-30

1. **Universal health coverage.** Regardless of age, sex, socioeconomic status, race, ethnicity or sexual orientation, and following the principle of equity, persons with mental disorders should be able to access, without the risk of impoverishing themselves, essential health and social services that enable them to ac highest attainable standard of health.
2. **Human rights.** Mental health strategies, actions and interventions for treatment, preventi be compliant with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and other int human rights instruments.
3. **Evidence-based practice.** Mental health strategies and interventions for treatment, pre need to be based on scientific evidence and/or best practice, taking cultural consideration
4. **Life-course approach.** Policies, plans and services for mental health need to take accou needs at all stages of the life-course, including infancy, childhood, adolescence, adulthood
5. **Multisectoral approach.** A comprehensive and coordinated response for mental health requires partnership with multiple public sectors such as health, education, employment, judicial, housing, social and other relevant sectors as well as the private sector, as appropriate to the country situation.
6. **Empowerment of persons with mental disorders and psychosocial disabilities.** Persons with mental disorders cacy, policy, planning,



UNITED NATIONS
HUMAN RIGHTS
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER

HOME ABOUT US ISSUES

English > Your Human Rights > Health > The right to mental hea

In his **ground-breaking 2017 report on mental health** (A/HRC/35/21), the Special Rapporteur recalls that the modern understanding of mental health is shaped by paradigm shifts often marked by a combination of improvements and failures in evidence-based and ethical care. He elaborates on the current status quo, which is preoccupied with the excessive use of biomedical treatments and non-consensual measures. This creates an environment which is not conducive for realizing the right to mental health. He calls instead for **a recovery- and community-based model** which promotes social inclusion and offers a range of rights-based treatments and psychosocial support. Further, the right to health requires that mental health care be brought closer to primary care and general medicine.

The right to mental health

The modern public mental health approach emerged on the global scene at the end of the twentieth century. It

About Special Procedures

목차

- 정신질환 이후의 사회적 결과 social consequences
- 사회적 결속(social integration)에 대한 주목
- Social interventions

Unemployment and suicide

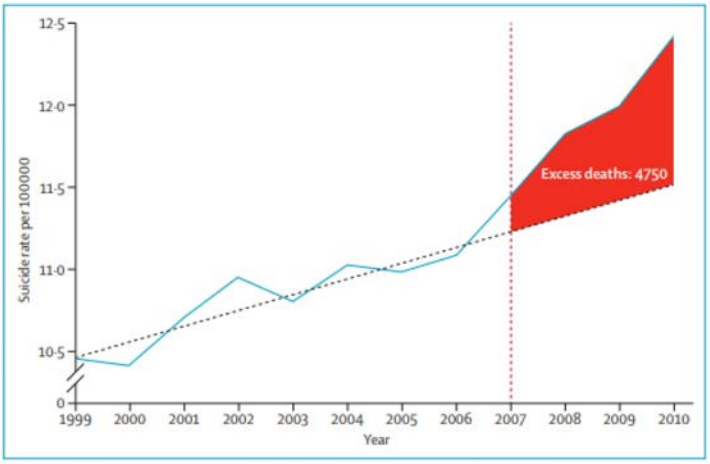


Figure: Time trend analysis of suicide rate in 50 US states and District of Columbia between 1999 and 2010
Vertical line shows onset of recession.

In the years before the onset of the crisis (from 1999 to 2007), the suicide mortality rate in the USA was rising on average at a rate of **0 ·12 per 100 000 per year** (95% CI 0 ·09–0 ·14; fi gure). Coinciding with the onset of the recession, the suicide rate accelerated. There were an additional **0 ·51 deaths per 100 000 per year (95% CI 0 ·28–0 ·75) in 2008–10**. This acceleration corresponds to an additional 1580 suicides per year (95% CI 860–2300). Thus, during the recessionary period after 2007, there were an estimated **4750 excess suicide deaths** (95% CI 2570–6920).

Reeves et al, 2013. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. Lancet Psych

실업으로 인한 충격의 상대적 크기: 기저 실업률

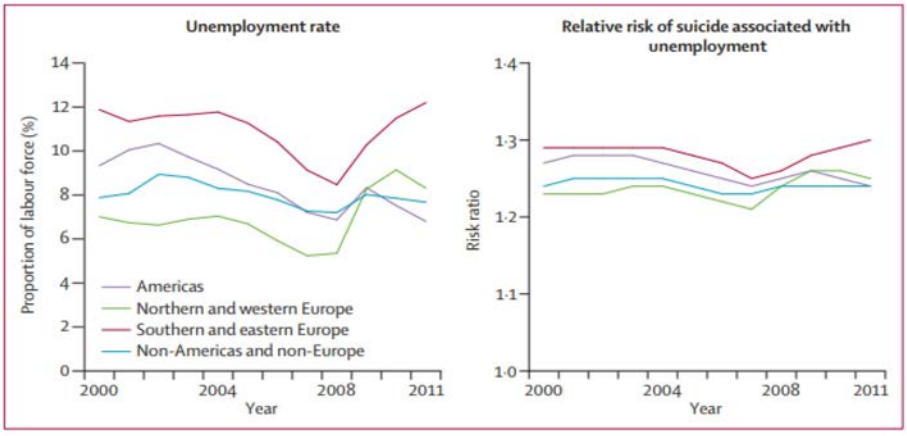


Figure 1: **Mean unemployment rates and estimated relative risks of suicide associated with unemployment in four world regions, 2000–11 (final model, overall)**

countries where unemployment is uncommon, an unexpected increase in the unemployment rate might trigger greater fears and insecurity than in countries with higher precrisis unemployment rates

[Nordt et al, 2015. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. Lancet Psych]

Similar trends was also found in "Chang SS, Stuckler D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries BMJ 2013"

조현병환자의 고용, 상대적 고용가능성

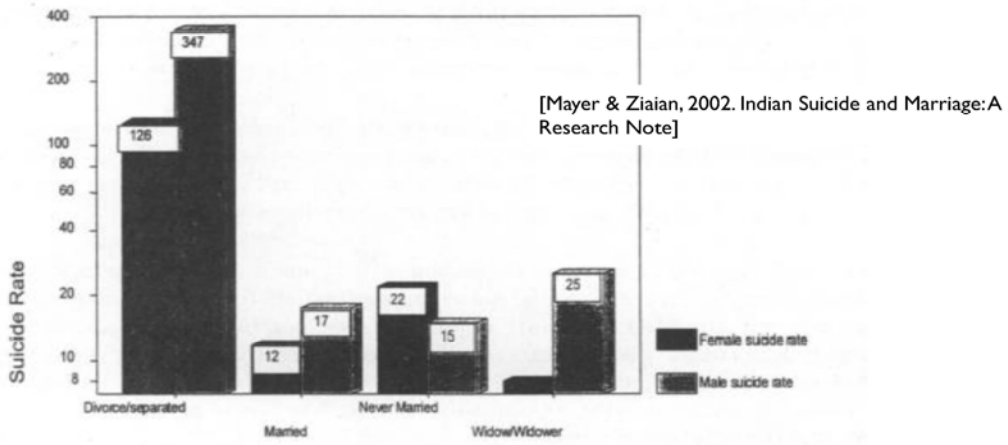
Table 1
Occupational outcome and associated variables

Variable	Occupational outcome				Statistical significance
	Good ($n=21$)		Poor ($n=19$)		
	n	%	n	%	
Nuclear family	17	81	14	64	$p=0.71$ NS*
Lower economic status	20	95	19	100	$p=1.00$ NS*
Secondary level education	12	57	10	53	$p=0.77$ NS
Employed before intake	17	81	14	64	$p=0.71$ NS*
Onset before 20 years age	13	62	15	69	$p=0.24$ NS
Insidious onset	8	38	12	63	$p=0.11$ NS
Duration before intake more than 1 year	3	15	4	21	$p=0.69$ NS*
Relapsing pattern of course	15	61	17	89	$p=0.24$ NS*
PSE syndrome at intake					
(1) Nuclear syndrome	16	66	15	69	$p=1.00$ NS*
(2) Residual syndrome	2	10	7	39	$p=0.06$ NS*
(3) Flat affect	6	29	10	53	$p=0.12$ NS
(4) Self neglect	4	19	6	32	$p=0.47$ NS*
(5) Slowness	9	43	8	42	$p=0.96$ NS
(6) Social unease	11	52	11	58	$p=0.72$ NS
(7) Simple depression	15	61	13	68	$p=0.83$ NS
Clinical outcome (good)	19	90	5	26	$p<0.0001$*
Social outcome (good)	18	86	3	16	$p<0.0001$*
Marital outcome (good)	16	76	7	39	$p<0.01$*

한 사회의 특성: 장애수준에도 불구하고 높은 고용가능성

- Being employed is not only an indicator of his/her well-being, but can als be related to symptomatic and social recovery
- The good rate of employment in this cohort could be related to their low education and economic status and the type of jobs undertaken by them (trade/service), which did not require much education or skills.

Social integration view of divorce and suicide



[Mayer & Ziaian, 2002. Indian Suicide and Marriage: A Research Note]

Figure 1 – Indian suicide rate by gender and marital status, 1995

- The suicide rate of divorced Indian men and women were 20 times and 11 times higher than married counterpart.
- "Marital status integration hypothesis: Statistically infrequent status such as being divorced and male are assumed to be inherently stressful and contribute to suicide risk"

[Stack et al, 2016. Handbook of Suicide Prevention, p243]

Durkheim's idea: Social integration

- 'suicide varies inversely with the degree of social integration of the social group of which the individual forms a part'
  ["Lester D.Why people kill themselves. Philadelphia: Charles C.Thoma. 1992" recited from Hassana_R. One Hundred Years of Emile Durkheim's Suicide_A Study in Sociology
- Having established the variation of the suicide-rate with the degree of integration of social groups, Durkheim is led to consider the fact of suicide in social groups where there is comparatively great integration of the individual [Simpson G. Editor´s preface in Durkheim - Suicide - A study in sociology]

We have thus successively set up the three following propositions:

Suicide varies inversely with the degree of integration of religious society.
Suicide varies inversely with the degree of integration of domestic society.
Suicide varies inversely with the degree of integration of political society.

The only quality satisfying this condition is that they are all strongly integrated social groups. So we reach the general conclusion: suicide varies inversely with the degree of integration of the social groups of which the individual forms a part.

[Durkheim - Suicide - A study in sociology. Free press (1951), p167]

23

- 종교의 이로운 영향력은 종교적 개념의 특성에서 나온 것이 아니다. 만일 종교가 인간을 자살 욕구로부터 보호한다면, 그것은 종교가 고유의 논증으로 인간에게 자신을 존중하도록 설교하기 때문이 아니라, 종교도 하나의 사회이기 때문이다. 종교사회를 구성하는 것은 신실하고 전통적이며 의무적인 여러 신념과 의식이다. 이러한 집단적 정신 상태가 강할수록 종교 공동체의 통합이 더욱 강해지며, 종교의 예방적 가치도 더 커진다. 교리와 의식의 세부사항은 부차적이다. 본질적인 것은 교리와 의식이 강렬한 집단적 삶을 지탱할 수 있다는 것이다. **개신교 교회는 다른 교회보다 결속력이 약하기 때문에 결국 자살을 억제하는 영향력이 적은 것이다.**

[Emile Durkheim, 2008. 에밀 뒤르켐의 자살론]

인구 1백만 명에 대한 자살자 수(1878~1887)	도의 수	인구 1천 명에 대한 독립자산 소유자 수의 평균(1886)
48~43	5	127
38~31	6	73
30~24	6	69
23~18	15	59
17~13	18	49
12~8	26	49
7~3	10	42

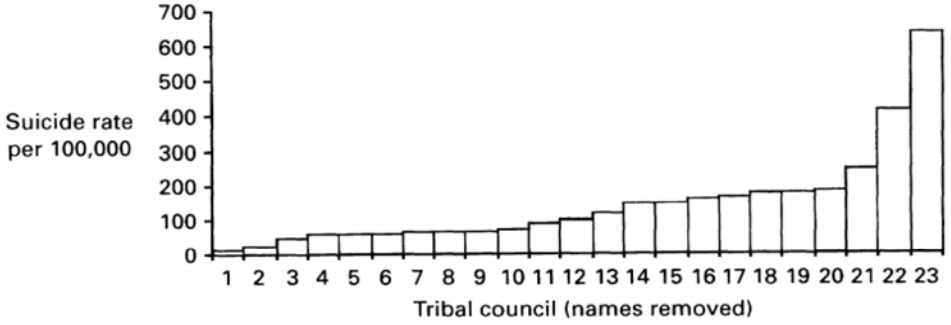
• 만일 산업이나 금융 위기가 자살을 증가시킨다면 그것은 그런 위기가 빈곤을 초래하기 때문이 아니다. 갑작스러운 번영도 같은 결과를 가져오기 때문이다. **자살이 증가하는 이유는 그것이 위기(고비)이기 때문이다. 즉 집단적 질서가 흔들리기 때문이다.**

• 설명은 **빈곤한 국가에는 자살이 현저하게 적다는** 사실로 뒷받침된다. 빈곤은 그 자체가 일종의 규제이므로 자살을 방지한다. 사람이 어떠한 노력을 하더라도 욕구는 어느 정도 자원에 의해서 결정된다.

[Emile Durkheim, 2008. 에밀 뒤르켐의 자살론]

문화적 연속성과 자살
Cultural continuity and suicide

캐나다 원주민 청소년 자살률에서 부족간 차이



• 자살의 90%는 200개의 부족 중 12%의 부족에서 발생

• 부족의 문화적 역사를 지키고 공동체의 미래를 스스로 촉진할 수 있는 부족은 자살률이 낮음

- 토지 점유권에의 참여, 자치의 정도, 교육 치안 보건 서비스에 대한 공동체의 통제 등

(마이클 마못. 건강격차, 2017; Michael J. Chandler, Christopher Lalonde, Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations , 1998)

Table 3

Multivariate association (OR [95% CI])‡ between sociodemographic and social capital variables and suicide ideation in the poor and non-poor communities.

	Poor communities			Non-poor communities		
	Model 1§	Model 2‖	Model 3¶	Model 1§	Model 2‖	Model 3¶
Marital status						
Without spouse	1 (Reference)	1 (Reference)				
With living spouse	2.15 (1.32–3.51)†	2.45 (1.47–4.10)†	1.42 (0.81–2.51)	4.85 (1.96–11.97)†	4.34 (1.7–11.12)†	3.83 (1.16–9.88)*
Household Income#						
Median income or higher	1 (Reference)	1 (Reference)				
Lower than median income	2.42 (1.25–4.68)†	2.14 (1.08–4.23)*	1.77 (0.86–3.62)	1.74 (0.38–7.93)	1.32 (0.28–6.23)	0.29 (0.05–1.80)
Self-rated health						
Good	1 (Reference)	1 (Reference)				
Bad	3.89 (1.67–9.03)†	4.51 (1.90–10.70)†	5.38 (2.17–3.62)†	5.15 (1.39–19.09)*	4.55 (1.21–17.11)*	3.32 (0.77–14.24)
Depression						
No	1 (Reference)	1 (Reference)				
Yes	3.85 (2.34–6.31)†	3.84 (2.30–6.40)†	3.60 (2.07–6.26)†	18.36 (6.91–48.78)†	18.40 (6.52–51.93)†	11.50 (3.75–35.29)†
Resilience						
Low	1 (Reference)	1 (Reference)				
High	0.21 (0.12–0.37)†	0.25 (0.13–0.45)†	0.19 (0.10–0.35)†	0.27 (0.10–0.70)†	0.28 (0.10–0.73)†	0.47 (0.15–1.46)
Social network						
Low	1 (Reference)	1 (Reference)				
High	0.90 (0.54–1.50)	0.90 (0.53–1.51)	1.03 (0.59–1.78)	0.74 (0.29–1.89)	0.73 (0.28–1.90)	0.55 (0.18–1.69)
Trust						
Low	1 (Reference)	1 (Reference)				
High	0.28 (0.14–0.59)†	0.32 (0.15–0.67)†	0.27 (0.12–0.58)†	0.62 (0.16–2.31)	0.71 (0.18–2.73)	1.18 (0.26–5.41)
Reciprocity						
Low	1 (Reference)	1 (Reference)				
High	0.28 (0.15–0.54)†	0.29 (0.15–0.56)†	0.24 (0.12–0.47)†	3.48 (0.65–18.53)	3.29 (0.58–18.77)	5.96 (0.82–43.19)
Social participation						
Low	1 (Reference)	1 (Reference)				
High	0.46 (0.25–0.86)*	0.52 (0.28–0.98)*	0.56 (0.28–1.16)	0.50 (0.16–1.60)	0.42 (0.13–1.35)	0.76 (0.20–2.84)
Bridging social capital						
Low	1 (Reference)	1 (Reference)				
High	0.63 (0.38–1.05)	0.56 (0.33–0.96)*	0.80 (0.45–1.42)	0.77 (0.32–1.86)	0.85 (0.35–2.08)	1.09 (0.38–3.11)

[Choi et al, 2020. Small but protective social capital against suicide ideation in poor communities. Medicine]

27

Integration관점에서 social intervention은 더욱 중요

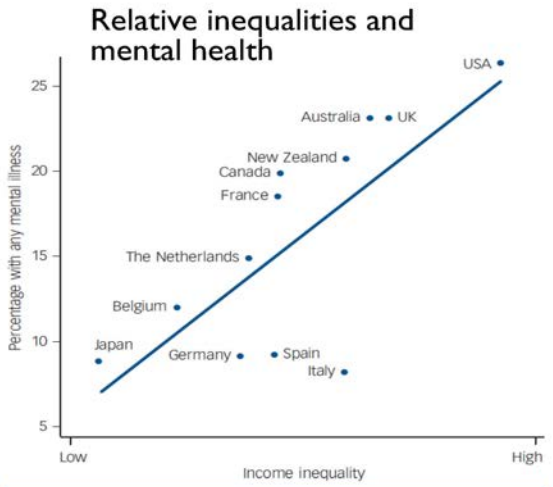


Fig. 1 More people have mental illnesses in more unequal countries.

Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress Kate E. Pickett and Richard G. Wilkinson

- 정신질환자의 social integration
- Living arrangement, community integration, supported independence에 대한 옹호가 필요
- 정신질환 stigma에 대한 도전
- 정신건강에 대한 접근성의 강화 : talk therapy
- 정신질환자에 대한 배제와 혐오: 근거기반의 사회적 중재와 당사자의 소리

목차

- 정신질환 이후의 사회적 결과 social consequences
- 사회적 결속(social integration)에 대한 주목
- Social interventions

Domains of social intervention

- Over half reported on the effectiveness of interventions delivered at the **service level** (supported accommodation, education or employment), while the remainder targeted **individuals directly** (community participation, family interventions, peer-led/supported interventions, social skills training). We identified good evidence for the Housing First model of supported accommodation, for the Individual Placement and Support model of supported employment, and for family psychoeducation

  [Killapsy et al, 2022. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review. World Psy]

- Twenty-one studies evaluated expansionary social security policies and seventeen studies evaluated contractionary policies. Overall, we found that policies that improve social security benefit eligibility/generosity are associated with improvements in mental health, as reported by fourteen of the included studies.

  [Simpson et al, 2021. Effects of social security policy reforms on mental health and inequalities: A systematic review. Soc Sci Med]

Community care model vs social intervention

Table 1. Features of different community care models

Program feature	Community care model: Broker case management	Clinical case management	Strengths	Rehabilitation	Assertive community treatment	Intensive case management
Staff to patient ratio	1:50(?)	1:30+	1:20–30	1:20–30	1:10	1:10
Outreach to patients					High	High
Shared caseload					Yes	No
24-Hour coverage					Often	Often
Consumer input					Low	Low
Emphasis on skills training					Moderate(?)	Moderate(?)
Frequency of patient contacts					High	High
Locus of contacts					Community	Community
Integration of treatment					High	High(?)
Direct service provision					High	High
Target population					SMI high service users	SMI high service users

Note.—(?) = area of model that is uncle

Individual Placement and Support, family psychoeducation, supported accommodation, supported education, supported employment, social inclusion (community participation interventions, family interventions, peer-supported/led interventions), social skills training interventions

[Mueser 1998_M ... rch on case management]

- "an obvious need to address the social impact of SMI and thus interrupt its bidirectional, negatively reinforcing relationship with social exclusion. Yet, the evidence base to support investment in social interventions has tended to lag behind that concerning pharmacological and psychological therapies, possibly due to their complex nature"
- "intensive case management is a well-described, manualized and internationally recognized model of community-based multidisciplinary support provided to people with severe mental health problems who are high users of inpatient care... However, it is not a psychological or social intervention in itself, but rather a vehicle for the delivery of pharmacological, psychological and social interventions. Despite this, it is often referred to as a psychosocial intervention."

[Killapsy et al, 2022. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review]

영국의 Housing options

2. What are the different types of housing?

Different types of housing will meet different needs. The main housing options are:

- independent living,
- supported accommodation, and
- living with family.

Housing Related Support Scheme[2]

Housing related support (HRS) used to be known as 'Supporting People.' You may be able to get help from HRS if you need support to live independently. HRS isn't available in all areas of the country and support will be different in different areas.

HRS is funded by the local authority but is often provided by ch
means that it is separate from support provided by the mental h
or social services.

You should be able to find out more information about HRS thr
local council website.

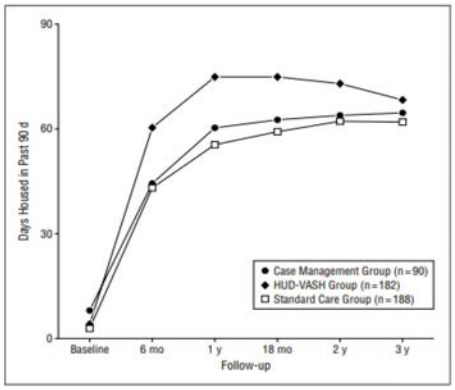
Cost of living independently

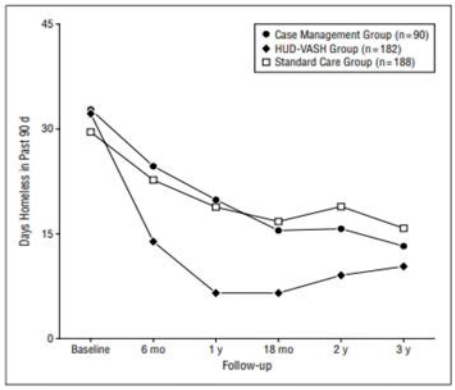
Living independently can be expensive. You should think about
will pay for the cost of housing and your living costs. Think abo
of the following things:

"Mental health services and local authorities should engage in regular monitoring of current and emerging models of housing provision for users of mental health services"

2022-06-20 32

Supportive housing and outcomes





Supported housing for homeless people with mental illness results in superior housing outcomes than intensive case management alone or standard care and modestly increases societal costs.

[Rosenheck et al, 2003. Cost-effectiveness of Supported Housing for Homeless Persons With Mental Illness]

국내 정신건강시설 현황

〈표 2-6〉 정신건강증진시설 현황

구분	종류		개소	총 이용자/종사자 수
정신의료기관[5]			1,449	정원 83,696명
정신요양시설[6]			59	정원 13,830명
정신재활시설 (336)	생활시설	입소생활시설	16	정원 2,570명 현원 2,039명(생활시설)
		주거제공시설	124	
	재활훈련시설	주간재활시설	96	정원 4,471명 현원 4,635명 (이용시설)
		공동생활가정	58	
		지역사회 전환시설	4	
		직업재활시설	11	
	중독자재활시설		5	
	종합시설		22	

※ 출처: 이용표 등(2017). 지역사회 정신장애인 현황조사 및 지원체계 연구. 보건복지부

- 거주를 제공하는 생활시설의 정원은 2,570명에 불과하여 정신병상의 3%에 그침
- 지역사회 이용시설의 경우에도 정원은 4,471명으로 수용병상의 5%에 미치지 못함

34

[이용표 등. 2021. 인권과 대안을 위한 정신건강 사회복지론. EM. Pp54-55]

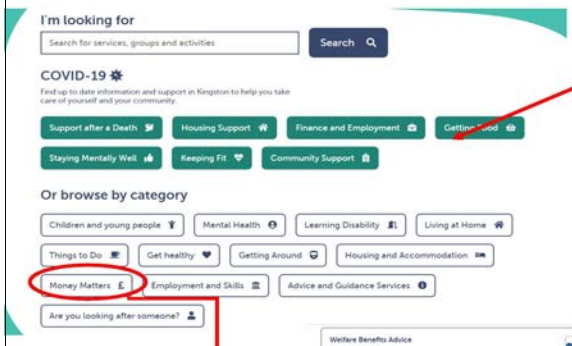
Social prescription

Social prescribing works for a wide range of people, including people:

- with one or more long-term conditions
- who need support with their mental health
- who are lonely or isolated
- who have complex social needs which affect their wellbeing.

[NHS Social prescribing https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/]

사회적 처방의 운영 사례: 영국 킹스턴 지역

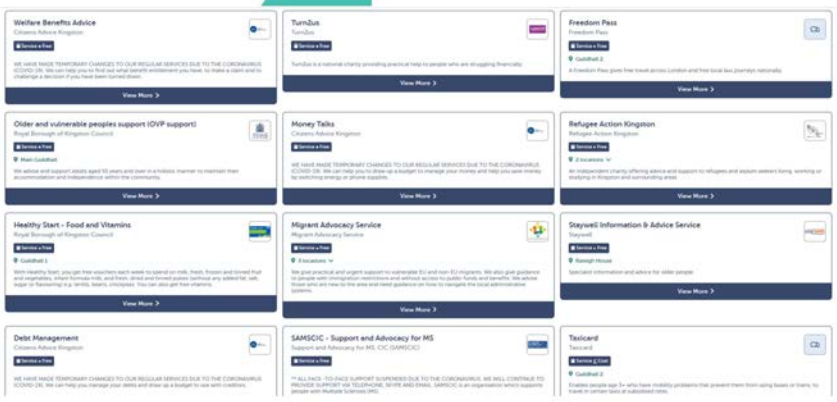


Connected Kingston Website
Web based directory of services in the community

Community Champions
Volunteers trained to have motivational conversations and sign-post people to local activities

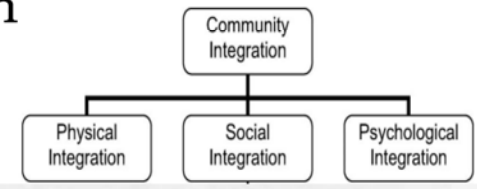
Community Connectors
Link workers who have a series of one-to-one interventions with people who need additional support to access opportunities in the community

(Source: KVA, 2020)



[강미화 등. 2021. 영국의 사회적 처방 도입과 운영 사례: 킹스턴 지역을 중심으로]

Community integration



Measures

Physical integration. A condensed version of Segal and Aviram's (1978) external integration scale was developed to measure physical integration. Specifically, the scale was composed of 12 items assessing an individual's frequency of involvement in different activities outside their household in the past month, such as eating in a restaurant, visiting a library, and walking in a park. Possible responses varied from never (0) to very often (4). The potential total score on the scale ranged from 0 to 48 with higher scores representing relatively higher levels of physical integration. Cronbach's alpha for the scale was 0.73 for persons with psychiatric disabilities and 0.74 for community residents.

Psychological integration. The 12-item sense of community scale developed by Perkins, Florin, Rich, Wandersman, and Chavis (1990) was used to operationally define psychological integration. Items in the scale presented statements to respondents about their sense of belonging, availability of help, feelings of influence, and emotional investment in relation to neighbours and the neighbour-

Aubry & Myner, 1996. Community integration and quality of life: a comparison of persons with psychiatric disabilities

TABLE 3

Comparison of Persons with Psychiatric Disabilities and Community Residents on Social Integration Items

	Persons with Psychiatric Disabilities ($n=51$)	Community Residents ($n=51$)	
Item	$\bar{X}$	$\bar{X}$	t
Said hello or waved	3.14	4.12	-4.08*
Received ride	1.57	1.54	0.15
Went on social outing	1.51	1.72	-1.14
Discussed neighbourhood	1.59	2.49	-4.33*
Took care of neighbour's house	1.18	2.22	-5.87*
Told of event	1.57	1.75	-1.07
Invited into home	1.72	2.20	-2.22
Assisted with household task	1.57	2.29	-3.12*
Talked about personal issues	1.69	2.24	-2.85
Borrowed things	1.33	1.92	-4.03*
Discussed home maintenance	1.35	2.30	-4.91*
Told about professional services	1.39	1.76	-2.40
Had conversation on street	2.39	2.90	-2.42

Note. 1 = never, 2 = rarely, 3 = occasionally, 4 = fairly often, 5 = frequently
*$p < .005$

Peer support

In Canada, the **Peer Support and Accreditation and Certification Canada (PSACC)** promotes the recognition, growth and accessibility of peer support. This is a national organization that has established the PSACC Standards of Practice. The organization uses **these standards as the platform** from which to promote mental health **peer support through education and awareness.** The organization also certifies qualified peer supporters and **accredits qualified peer support training programs.** Peer support workers can be found working in a variety of programs such as CMHTs and ACT teams as well as a range of residential programs and nonprofit organizations such as the Schizophrenia Society and Canadian Mental Health Association

[Addington et al, 2017. Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders]

국내 정신장애 동료지원활동의 유형

구분	유형A (장애인복지법)	유형B (시센터/국립센터)	유형C (파도손)
명칭	동료상담가	동료지원가	동료상담사
장애유형	비정신장애	정신장애(질환)	정신장애(질환)
관점	회복/장애학	의료/재활	회복/당사자
교육내용	자립생활, 동료상담개념, 인간의 본질, 감정의 해방, 장애를 갖고 있다는 것, 자립생활기술 훈련프로그램, 억압, 패턴, 역할극, 자기주장훈련	정신질환, 전달체계, 셀프케어, 인권 및 윤리, 상담, 실습	자기성찰과정, 대면상담기술, 상담행정기술, 동료상담 생태계 이해(사회구조맥락), 실습
교육시수	17시간	80시간	240시간
활동범위 (업무)	자립생활기술훈련, 정보제공, 권익옹호, 동료상담	대화상대, 경험공유, 활동보조, 정보제공, 서비스안내	회복내러티브 공유, 계획된 변화과정 유도 (심신 건강행동 실천 촉진, 정체성 이슈, 주도성 발달, 임파워먼트 등), 활동동행, 정보제공, 서비스안내
직업특성 (일자리)	전일제, 시간제	시간제 수당 온콜 활동	전일제, 서울시생활임금, 사대보험, 병휴가
자격조건	장애 당사자를 보편적으로 수용	정신질환 당사자 동료지원 교육이수	정신질환 당사자 동료상담 교육이수

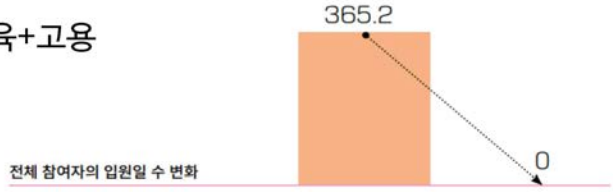
한국사회서비스연구원 (2022). 2022 정신질환자 동료상담가 일자리활성화 및 안정화방안 최종보고서.

동료상담가 활동 성과 (유형 C)

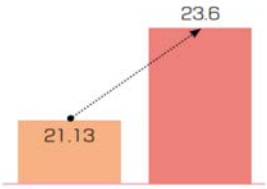
입원일수 경감 등의 사회적 가치 실현

동료상담가 양성사업 참여자들의 과거 정신과 입원 횟수와 일수를 고려할 때, 2020년 예상되는 입원일수는 365.2일입니다. 그러나 사업이 진행되었던 2020년 5월 11일부터 12월 31일까지 고용을 유지한 15명의 동료상담가는 단 하루도 입원하지 않았습니다.

- 17명의 동료상담가: 상담가 교육+고용

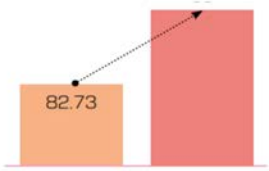


전체 참여자의 입원일 수 변화



삶의 만족도 증가

참여자의 삶에 대한 주관적인 만족도를 측정하기 위해 Diener, Emmons, Larsen, & Griffin(1985)이 개발한 「삶의 만족 척도」(The Satisfaction With Life Scale, SWLS)의 한국어 버전을 사용.



회복 증가

참여자들의 개인적인 정신건강 회복수준을 측정하기 위해 회복사정척도(Recovery Assessment Scale-Revised: RAS-R: Corrigan et al., 2004)의 한국판 회복평가척도(Korean version of the Recovery Assessment Scale: RAS-K)를 사용.

[파도손. 2020. 서울시 정신장애인 동료상담가 양성사업 성과보고서]

결론

- 정신건강과 사회적 요인의 연관성의 이해
- 정신질환의 전 과정 특히 질환발생 후의 사회적 결과가 중요
- 집단의 사회적 상태(종교, 이혼, 실업, 마이너리티) 자체와 더불어 그 상태가 결속력의 맥락에서 어떻게 해석되는지가 중요
- 정신질환관리(자살예방)에서 사회적 접근의 확대
- 서비스 차원에 대한 지원: 정신건강에 의해 새로운 (가장 강력한) 근거가 마련
- 결속에 근거한 개인화된 사회적 접근의 확대: 사회적 처방, 당사자의 동료지원 서비스 등
- 개인화된 사회적 접근의 기획은 상당히 지역사회(지자체)의 몫

경청해주셔서 감사합니다~~


열악한 보호실 환경

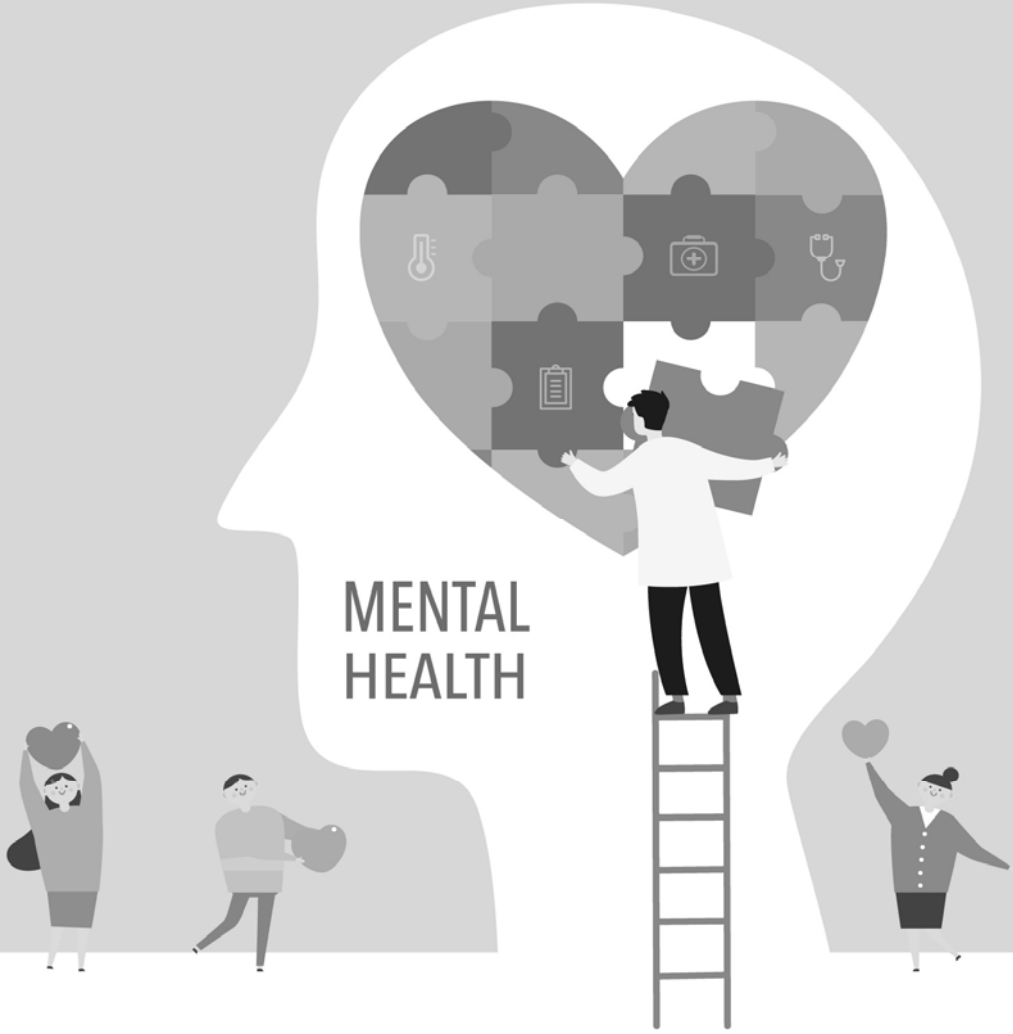

좁은 보호실

매드 프라이드

발표 4

한국의 정신건강복지서비스 전달체계에 거는 기대와 우려

전진아 (한국보건사회연구원 사회정신건강연구센터장)

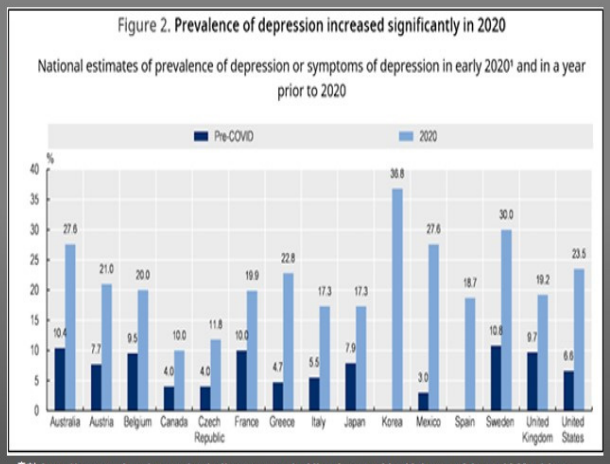


한국의 정신건강복지서비스 전달체계에 거는 기대와 우려

한국보건사회연구원 건강정책연구실 사회정신건강연구센터
전진아 연구위원

전 국민의 정신건강서비스에의 수요 증가

- 경기침체, 급속한 환경 변화를 경험하는 상황에서 발생한 코로나19의 장기간 유행과 대응 조치, 관계 단절과 고립으로 인한 정신건강 회복 수요 증가
  - 코로나 이전 대비 우울위험군 6배 증가('19, 3.2% -> '21, 18.9%)
  - 대명사가 된 '코로나 블루 ' 혹은 '코로나 우울'
  - 우울 등 많은 사람이 경험하는 정신건강 문제에 대한 예방과 개입을 정책적으로 고민하기 시작~!



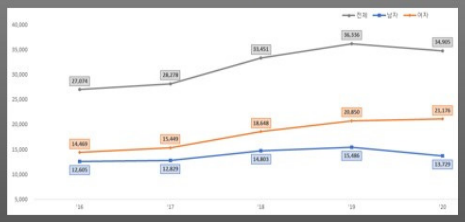
출처: https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0ccafa0b/

확인된 수요이나 지속 지원 강화가 필요한 수요

- 자살 및 중독 문제의 위험성
  - 코로나19 유행과 같은 대규모 재난 상황을 경험한 이후의 자살과 중독 문제 부상 가능
    - 대규모 재난으로 인한 사회경제적 기반이 흔들리는 경우 자살, 중독 문제의 위험성 존재
    - 코로나 이전 대비 자살생각률 2.5배 증가('19, 4.6% ->'21, 12.4%)
    - 여전히 높은 한국의 자살사망률('21, 인구 10만명당 23.5명, OECD 평균 10.9명)

<성별에 따른 가장 높은 자살 동기(2020)>

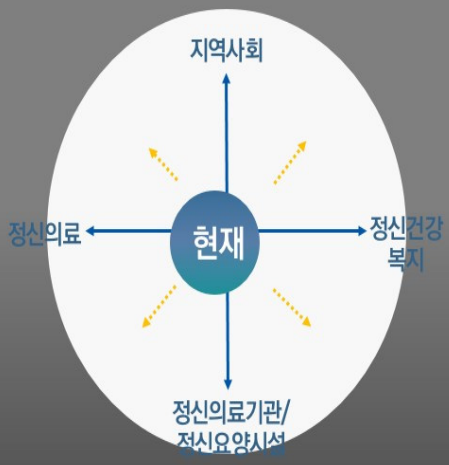
<2016-2020 성별 자해,자살시도자 추이>

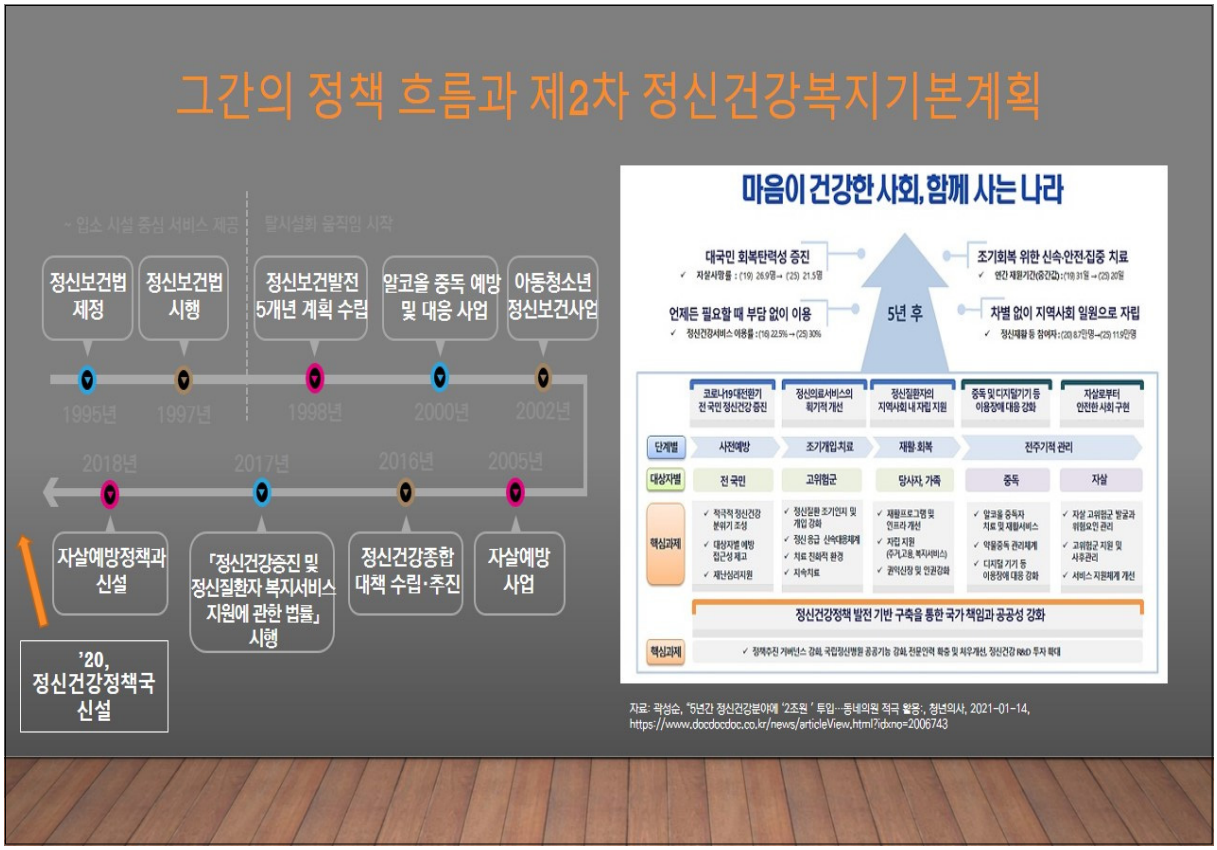


자료: 보건복지부, 2022 자살예방백서

확인된 수요이나 지속 지원 강화가 필요한 수요

- 정신질환자 당사자 중심 사회통합 및 회복 지원 서비스 부족
  - 수요자 중심의 포괄적인 서비스로~!
  - 응급개입 체계 강화 + 전문화된, 선진화된 치료 + 지역사회 기반 회복 지원 (사례관리 +건강/복지 서비스)
    - WHO QualityRights
    - 인권기반 사람중심 서비스





정신건강복지 전달체계현황

정신건강복지서비스 제공주체

〈표 1〉 2020년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 현황

(단위 : 개소)

구분			2020
계			2,661
정신건강증진시설	정신건강증진시설 소계		2,345
	정신의료기관[1]	종합병원 정신과	215
		병원 정신과	195
		정신병원	123
		정신과의원	1,403
		의료기관 소계	1,936
	정신요양시설		59
	정신재활시설		350
지역사회 재활기관	지역사회 재활기관 소계		316
	광역정신건강복지센터		16
	기초정신건강복지센터		244
	중독관리통합지원센터		50
	자살예방센터[2]		6

주: 1) 기관유형은 의료기관개설허가서 기준임.
2) 독립 자살예방센터[2] 포함, 정신건강복지센터부설 자살예방센터(45개소)는 미포함

- 최근의 정신건강복지정책 영역은 정신건강복지서비스 제공 인프라에 대한 높은 관심을 보이고 있음.
  - 정신의료기관의 환경 개선
  - 정신건강복지센터의 기능과 역할
  - 정신재활시설의 확충
  - 중독관리통합지원센터 확대
  - + 서비스 제공인력
    - 인력 확충, 인력 역량 강화(교육, 훈련), 인력 보호

정신건강복지센터

- 정신건강복지센터는 정신건강서비스의 핵심 전달체계로 지역사회에 보편적으로 설치되어 운영되는 공공 정신건강복지서비스 제공 주체임.
  - 국민의 50% 이상이 정신건강복지센터에 대해 인지하고 있음.
- Multi-tasking을 요구받는 정신건강복지센터
  - 업무가 표준화되어있지 않는 문제
  - 우울증 등 중저위험의 정신건강 문제에 대해서는 대응에 한계 존재

〈표 15〉 기초정신건강복지센터 수행사업 현황

(단위 : 개소)

구분	계소수	중증 정신질환	아동 청소년	자살예방	정신건강 증진	알코올/중독	재난관리 사업	노숙자	공동 모금회 지원	기타
전체	244	239	224	223	236	87	162	5	8	33
서울	25	25	25	23	25	21	18	0	0	4
부산	16	16	16	16	16	5	12	2	1	1
대구	8	8	8	8	8	0	5	0	0	0
인천	11	11	11	11	11	3	9	0	0	2
광주	5	5	5	5	5	1	3	0	0	2
대전	5	5	5	5	5	1	4	0	0	0
울산	5	5	5	5	5	0	5	0	0	0
세종	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
경기	37	33	32	25	31	13	26	0	2	5
강원	18	18	16	16	18	8	8	1	1	2
충북	14	14	14	14	14	4	8	0	0	2
충남	16	16	15	15	15	3	3	0	1	1
전북	14	14	13	13	14	3	5	0	0	1
전남	22	22	20	21	21	9	16	1	1	6
경북	25	24	20	23	25	7	21	1	1	3
경남	20	20	16	20	20	9	16	0	0	2
제주	2	2	2	2	2	0	2	0	1	1

최근의 정신건강복지 전달체계에 대한 관심은...

- 개별 인프라에 한정하는 것이 아닌 여러 인프라가 함께...
  - 정신의료기관과 지역사회 기반 정신건강복지서비스 전달체계 간 연계
  - 지역사회 내 보건과 복지, 행정 영역 간 연계
    - 정신건강복지센터, 정신재활시설과 읍면동사무소, 시군구청, 장애인복지관, 종합사회복지관 등
- 새로운 대상과 전달체계 모색 중
  - 전국민 마음건강 지키기 위한 전달체계
    - 기존의 정신건강복지서비스 제공 주체 활용?
    - 새로운 전달체계 모색?

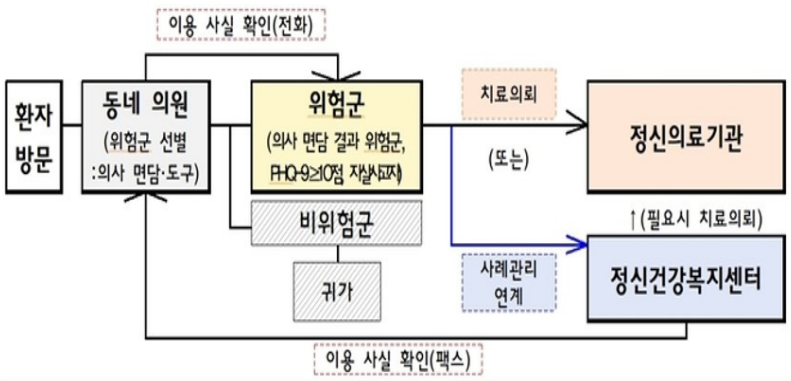
트라우마, 우울, 불안, ect

심리서비스?

지역사회 기반의 정신건강 전달체계에서의 시도

- 치료적 개입을 강화하여 우울증 등 정신건강 문제 조기 발견 및 조기 개입 도모

< 정신건강서비스 연계 흐름도(안) >



지역사회 기반의 정신건강 전달체계에서의 시도

- 아동 • 청소년 정신건강증진 서비스 지원 체계
  - 교육부, 여성가족부, 보건복지부, 사행산업통합감독위원회, 과학기술정보통신부에서 각기 아동 • 청소년의 정신건강증진을 위한 사업을 진행하고 있음.
  - 아동 • 청소년이 경험하는 정신건강 문제에 대한 관리는 주로 상담의 방식으로 진행되며, 학교 내(교육청의 Wee 사업), 학교 밖(여가부의 청소년상담복지센터)의 세팅에서 진행되고 있음.
  - 아동 • 청소년 대상 사업들의 경우 대상은 포괄적으로 설정하고 있기는 하나 보편적인 아동 • 청소년을 대상으로 예방적 교육이나 개입을 진행하기 보다, 고위험군 청소년 중심으로 서비스를 제공하고 있는 상황임(최정원 외, 2021).
    - 적극적인 대상자 발굴을 통한 개입이라기보다 청소년, 가족, 교사의 자발적 의지없이는 이용하기 어려운 구조로 서비스가 설계되어 소극적 개입 중심으로 진행
    - 상담 중심으로 이루어지는 지원으로 서비스의 충분성에서의 제약 존재

지역사회 기반의 정신건강 전달체계에서의 시도

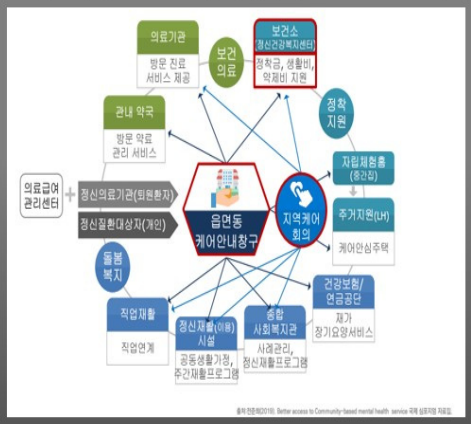
- 노인맞춤돌봄특화서비스
  - 노인맞춤돌봄서비스 사업 대상 노인 중 가족, 이웃 등과의 접촉이 거의 없어 고독사 및 자살위험이 높은 만 65세 이상 노인을 대상으로 사회관계활성화 프로그램 제공
  - 은둔형 집단, 우울형 집단을 대상으로 개별상담 및 집단 활동 프로그램 진행

지역사회 기반의 정신건강 전달체계에서의 시도

- 그 외 다양한 공공 영역에서의 정신건강문제 예방 및 관리를 위한 시도
  - 심리지원센터(서울)
  - 서울시청년활동지원센터(서울)
  - 건강가정지원센터(여가부), etc.

지역사회 기반의 정신건강 전달체계에서의 시도

- 화성시의 정신질환자 지역사회통합돌봄 선도사업



- 정신건강복지센터기반 회복지원 사업으로 모형 확장
  - 정신재활시설과의 기능과 역할 중복 이슈 여전히 존재

현재의 전달체계는...

- 다양한 전달체계 상 시도들이 지역사회를 기반으로 진행 중! 하지만 동시에 우려도 존재!!
  - 지역사회 기반 정신건강서비스 제공에서의 연계의 중요성은 지속적으로 강조
    - 예. 지역사회 통합돌봄 선도사업 등
- 보건복지부 내 각 사업과, 유관 부처의 주요 대상에 대한 정신건강문제 예방 및 개입의 1차적인 역할은 각 사업과 혹은 부처가 관할하는 기관에서 하는 것을 우선적으로 고려!
  - But, 1차적인 역할은 부처마다 다르게 인식함. 일부 기관은 1차적인 역할로 '발굴 ' 을 생각하기도 하며, 일부 기관은 '발굴, 사정(assessment), 1차적인 수준에서의 개입 ' 을 생각하기도 함.
- 공통적인 인식과 기대!!
  - 공통적으로 모든 대상, 모든 기관은 정신건강복지센터에서 자신들이 발견한 사례에 대한 개입을 충실히 해줄 것을 기대
    - '우리는 해줄 수 있는 게 없어', 혹은 '우리는 정신건강에의 전문성이 없어', 혹은 '정신건강복지센터가 있는데 굳이 우리가 왜 해야 하는거야 ' 의 인식
    - 이와 동시에 '센터에서는 해줄 수 있는 게 없어'라는 인식도 공존. 센터가 있음을 이미 공공서비스 전달주체들은 인지하고 있고, 센터가 어떠한 상황에 처해있는지도 알고 있음. 현재는 '센터에 보내도 그들의 여건 상 우리 사례들에 해줄 수 있는 것이 없어 ' 라는 인식도 팽배

현재의 전달체계는...

그럼 별도의 전달체계가 있어야 하는가?

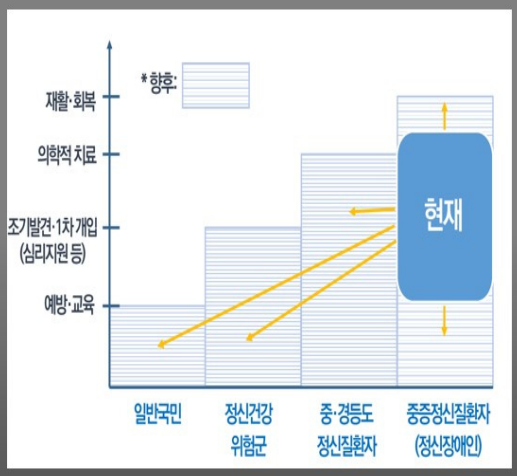
- 정신질환자를 중심으로 구성 및 운영되어 왔던 체계이기 때문에...
  - 경등도 정신건강 이슈를 경험하는 혹은 심리정서 지원을 필요로하는 다수의 사람을 위한 서비스 제공 체계는 부재 (물론 정신건강복지센터 내 일반상담이 진행되고 있기는 함)
    - 국민들이 심리정서적으로 불안할 때 관련 정보를 얻을 수 있고 상담을 받을 수 있는 체계 부족
    - 재난 상황 및 일상에서 경험하는 트라우마에서 회복할 수 있는 지원 체계 부족
- 물론 정신질환자를 위한 정신건강복지서비스 전달체계도..
  - 충분한 서비스 제공 인프라를 가지고 있지 못한 상황
  - 또한 가장 대표적으로 정신건강복지법에서 명시하는 '정신질환자 ' 에 대한 복지 서비스도 매우 제한적임.
    - 주거, 고용, 교육, 문화와 여가 등 서비스 자체가 부족한 상황임과 동시에 이들 서비스를 제공하는 주체도 매우 제한적임.

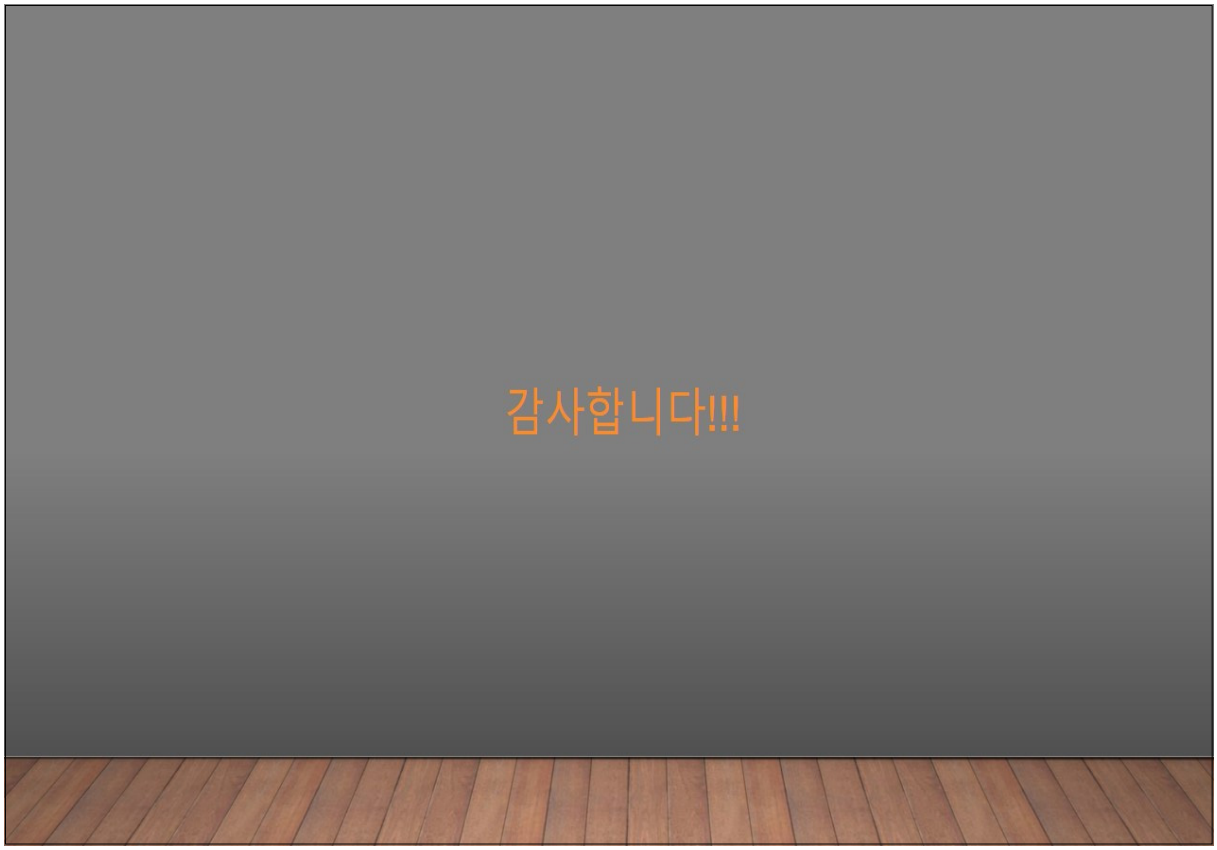
현재의 전달체계는...

- 일반 국민이든, 정신질환자 당사자이든, 연계는 정말 제대로 이루어지는가?
  - 연계, 협업, 협력의 중요성은 누구나 인지!
- 하지만 현실은...
  - 한 기관에서 서비스가 종료되면 그걸로 끝!
  - 서비스 의뢰와 연계는 형식적으로 이루어지며, 연계한 이후에 대한 follow-up은 없음.
    - 정신건강복지서비스 전달체계 외 지역사회 기반으로 이루어지는 우울증 등 정신건강문제 예방 및 관리를 위한 사업제공 주체들은 치료 필요성이 있는 대상자인 경우 의료기관으로 연계하고 있음
      - 정신의료서비스 이용에 대한 부정적인 인식과 편견은 여전히 존재

정신건강 전달체계에서 고려해야하는 이슈들

- 서비스의 접근성
- 서비스의 충분성
- 서비스의 질
- (잠재적) 이용자의 수요와 욕구
- 정신건강/질환/서비스 이용에 대한 부정적인 인식 개선
- 제공 주체 간 이해 기반 협업/연계




감사합니다!!!

국민의 마음행복을 위한 ‘대국민 정신건강 정책 아이디어 공모전’ 당선작

한국보건사회연구원에서는 지역사회를 기반으로 한 정신건강 서비스의 제공 확대 및 창의적이고 체감도 높은 정책을 발굴하기 위하여 대국민 정책아이디어 공모전을 실시하였다.
이를 통해 코로나19로 지친 우리 사회의 대국민 마음건강을 증진시키기 위한 다양한 정신건강 서비스 정책을 발굴하고 국민의 마음행복을 위한 정책 개발에 기여하기를 기대한다.

□ **공모 기간: 2022. 5. 16.(월) ~ 6. 10.(금) 18:00까지**

□ **당선작**

〈최우수작〉

○ 장애인을 가족으로 둔 비장애형제자매의 정신건강 증진을 위한 자조모임 지원사업
| 장은지, 김지선, 유서현

〈우수작〉

○ 디지털헬스(메타버스)를 활용한,
초기우울증 청(소)년의 자기효능감 증진을 위한 건강 행동 사업 제안 | 이은정

○ 1인장애인가구 마음챙김 사업 | 김성천

○ 20대 여성 노동(예정)자 정신건강 지원 정책:
‘이야기(이십대 여성노동자, 야! 기운내)’ 사업 | 정유진, 정세진

○ 가족 돌봄 청년의 지역사회 통합을 위한 커뮤니티 플랫폼 애플리케이션 개발 | 전다연

최우수작

장애인을 가족으로 둔 비장애형제자매의 정신건강 증진을 위한 자조모임 지원사업

제안자 : 장은지(서울대학교), 김지선(서울대학교)
유서현(서울시 통합건강증진사업지원단)

사업의 제안 배경	○ 현재 다양한 인구집단 대상 정신건강 증진 목적의 자조모임이 계획·운영되고 있으나, **비장애형제자매 자조모임에 대한 구체적 계획 부재**('22년 정신건강사업 안내서) - 일부 장애인가족지원센터, 사회복지관, 민간기관에서 비장애형제자매 자조모임을 운영하고 있으나 규모와 대상 범위, 지원 기간이 협소 ○ **비장애형제자매의 정신건강은 생애 전반에 걸쳐 위기**에 처할 수 있으며, 이들에 대한 **장기적인 추적과 지원 필요** - 비장애형제자매는 아동기부터 부모의 관심으로부터 소외되고, 장애형제자매에 대한 책임감을 느끼며 성장하여 높은 스트레스에 노출 - 청소년기에 이르러서는 우울, 불안, 위축 등의 문제행동을 보이며, 부모의 부담을 고려해 자신의 감정을 내재화 - 성인기에 이르러 진로와 직업 선택, 결혼에 있어 형제자매 돌봄이 선택을 제약하고 부모 노화 시 형제자매에 대한 부양 부담으로 경제·사회적인 어려움 가중 ○ 정보공유 및 지지체계 형성을 위한 **자조모임을 통해 비장애형제자매 정신건강 증진을 위한 체계적인 정책** 필요 - 친구에게 장애형제자매의 존재를 은폐하거나 가족의 부담을 고려하여 부모에게 자신의 정신적 어려움을 토로하지 못하는 상황 - 비장애형제자매 자조모임은 성장기 자아형성, 장애형제자매 이해 증진에 기여하며, 성인기 생애 변화에 따라 필요한 정보공유 및 지지체계 형성 가능
사업의 지원 대상	○『장애인복지법』상 장애인의 형제자매(형제 또는 자매가 장애인인 경우) * 연령(아동·청소년·성인 포함) 및 소득은 지원 대상 선정 시 미고려
사업의 지원 내용	○ **비장애형제자매 자조모임 현황 파악 및 다양성 확대** - 비장애형제자매 자조모임 규모, 내용, 운영 방식 등 파악 - 우수 모임 사례 발굴 및 사례 공유 플랫폼 운영 - 지역별 참여자의 실질적인 수요를 고려, 장애 유형 및 활동 방식에 따른 다양한 자조모임 구성 * 예: 장애 유형(발달장애, 정신장애, 지체장애 등), 활동 방식(친목, 권익 옹호, 취미/여가/예술 활동 등) ○ **생애 맞춤형 비장애형제자매 자조모임 운영 활성화 및 네트워크 구축** - 아동기, 청소년기, 성인기의 생애주기적 특성을 반영한 주제로 자조모임 운영(아래 표)

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>생애주기</th><th>자조모임 주제(예시)</th></tr>
<tr><td>아동기</td><td>비장애형제자매로서 정체성 수용, 장애형제자매와 부모 관계 갈등 조율,
학교 생활 적응 및 교우 관계, 공공장소에서의 행동과 문제 대처 등</td></tr>
<tr><td>청소년기</td><td>학업 스트레스와 진로상담, 직업군 정보 제공, 운동/명상요법 배우기,
도움 요청이 가능한 공공기관/시민단체/종교시설 정보 등</td></tr>
<tr><td>성인기</td><td>직업 선택 및 채용 정보 공유, 경제적 독립, 연인/배우자 찾기, 결혼 및 가족
계획 어려움, 장애 형제 돌봄 지원 관련 정보, 노후 계획 수립 등</td></tr>
</table>
- 자조모임 자치활동 활성화를 위한 공간, 예산, 진행자(facilitator) 등 확보
- 자조모임 간 교류 및 연대가 가능한 전국·지역 단위의 네트워크 구축
* 예: 오티즘 엑스포, 정신장애인 형제자매 자조모임 ‘나는’ 등

○ 자조모임 기반 보건의료 및 복지 서비스 연계
- 자조모임 운영 담당자가 참여자의 정신건강 상태를 주기적으로 파악, 정신적 어려움 해소를 위한 전문의 및 상담센터를 연결
- 비장애형제자매의 경제·사회적 어려움 기반, 법률 지원정보 및 맞춤형 교육 등 지역사회 내 복지 서비스 연결
* 예: 법률지원(장애인 후견인 제도, 재산관리, 신탁제도 등), 맞춤형 교육(장애 유형별 돌봄교육, 성교육 등)

※ 해외 사례
- 미국: 「Center for Siblings of People with Disabilities」, 「Sibling Support Project」, 「The Arc」
- 영국: 「Sibs」, 「YCNet」, 「The Children’s Society」
- 호주: 「Siblings Australia INC」, 「Family Support WA」, 「Association for Children with a Disability」
</td></tr>
<tr><td>사업의
기대 효과</td><td>○ 비장애형제자매의 안전한 지지체계 및 사회자본 형성을 통한 정신건강 증진
- 자조모임을 통해 비장애형제자매가 자신의 경험을 솔직하고 안전하게 공유할 수 있는 지지체계를 구축하고, 자기돌봄 및 자기계발을 돕는 사회자본 형성
- 일반인구 집단 대비 비장애형제자매의 경험률이 높은 우울, 불안, 식이장애, 학습장애, 자해/자살 등 정신질환 예방

○ 비장애형제자매의 정서 지원을 통해 전체 장애인 가족 구성원의 포괄적인 삶의 질 향상
- 비장애형제자매의 돌봄 역량을 강화하고, 장애인 당사자와 가족 구성원의 경제·사회적 어려움 해소를 통해 정신건강 위기 극복</td></tr>
<tr><td>시행기관</td><td>○ 보건복지부 산하 정신건강복지센터를 중심으로 하되, 지역사회 기관 연계 필요
- 광역 및 기초지자체의 정신건강복지센터(광역 16개소, 기초 239개소) 중심 지역·권역별 자조모임 형성 및 모집
- 지역사회의 종합복지관, 장애인복지관, 장애인가족지원센터 등과의 협업을 통해 비장애형제자매의 자조모임 홍보 및 참여자 연결</td></tr>
</table>

우수작

디지털헬스(메타버스)를 활용한, 초기우울증 청(소)년의 자기효능감 증진을 위한 건강 행동 사업 제안

제안자 : 이은정(한국사회보장정보원)

사업의 제안 배경	○ 코로나블루 등 우울감을 호소하는 청(소)년이 급증하였지만 **격리로 인한 시설이용제한 및 사회적 편견과 낙인 등으로 정신건강 서비스 이용률 저조*** * 2021년 국민정신실태조사 결과 ○ **청(소)년층의 극단적 선택 시도, 우울감, 취업 애로 등 심리적 문제 해소·치유하고자 정신건강의학 및 전문심리상담 수요와 사회적 비용이 급증** - 청년 정신건강 고위험군 및 사례관리 대상자 증가 15,000명(21년), 20~30대 사망원인 1위 자살 (복지부) ○ MZ세대 주축으로 각종 정신증 관련 초기증상을 조기에 발견, 적절한 치료 및 서비스를 소비하려는 지각된 심각성 및 지각된 취약성 등의 **니즈 발견** - (건강 행동을 극대화할 수 있는 **공간에 대한 재해석**) 제한된 공간(집, 병원, 상담실) 탈피 **→ 청(소)년에게 친숙한 가상공간에서의 회복과 치유에 대한 기대** - (전략적 콘텐츠 부재) 정신질환자에 대한 사회적 낙인 인식으로 적절한 치료 저해 **→ 행동 변화를 촉구할 변인 및 인식 변화 콘텐츠 개발**
사업의 지원 대상	○ (대상) 만 15세 이상 34세 이하 초기 청(소)년 정신질환 의심군 - 세상이 꺼려하는 대상에서 긍정적 세계관(아이덴티티) 제시
사업의 지원 내용	○ MZ세대의 플랜테리어라는 라이프스타일을 '메타버스'로 구현 - 가상 캐릭터**'그루워(재배하는 사람, 성장하는 사람)들의 아이덴티티를 공유**하며 커뮤니티를 활성화시켜 신체 및 건강한 일상생활 유지에 도움 ○ 가상재배 플랜테리어 시뮬레이션 경험으로 '스텝바이스텝 과업 성취' - (가상공간) 헤븐리 가든 : 실제 지역의 공터 및 자투리 공간 등을 실사·일러스트로 구현 - (캐릭터) 아바타 '그루워' : 신분, 성별 구분 없는 중성 이미지 ○ **그루워 아이덴티티를 공유하며 소속감을 부여한 커뮤니티** - 그루워만의 온·오프라인 행사(캠페인) 참여로 사회성 향상 · (예시①) (오프라인) 실제 버려진 공터 녹지 환경 만들기 … 참여자에게는 실제 묘목과 헤븐리가든에서 사용할 수 있는 식물영양제 등 관련 상품 제공 · (예시②) (온라인) 1개 이상의 씨앗을 보유한 그루워만 북한과 우크라이나 가상 담벼락에 '플라워스탬프'를 찍을 수 있고 개수만큼 기부할 수 있음

	○ 지속가능한 콘텐츠(자가진단테스트 등)로 지역병원 및 상담센터 연계 - 가상공간에서의 정신건강 상담 및 도움을 청해보는 행동(학습) ○ 지역사회와의 연계 : 헤븐리 가든(권역별 민간 정원 등) - (강원도권) 강릉 안반데기 치유공원, (충청권) 청주 공간정원, (전라권) 고창 꽃객 프로젝트 (경상권) 칠곡 비밀의 화원, (제주권) 제주 생각하는 정원 등 
사업의 기대 효과	○ **청(소)년에게 친숙한 가상공간에서의 자기효능감 증진 효과** - 디지털헬스(메타버스) 플랫폼에서 집단건강행동 및 자기효능감 상승 기대 ○ 우울감 등 정신질환 관련 사회적 비용 감소 ○ 정신건강질환에 대한 사회적 공감 및 인식 제고
시행기관	보건복지부, 한국보건산업진흥원, 국립정신건강센터 등

우수작

1인장애인가구 마음챙김 사업

제안자 : 김성천(무지개마을)

사업의 제안 배경	○ 1인장애인가구의 증가로 인한 고독사, 자살등이 사회문제로 대두되고 있음 특히 중증장애인 1인가구는 가구의 특성상 장기간 외부와 단절이 되어 고립된 생활을 해야만 한다. 1인가구의 증가로 정부,지자체 정책이 다양하게 만들어지고는 있으나 장애인1인가구에 대한 정책은 현실과 많이 괴리를 보이고 있다. 장애인1인가구는 비장애인1인가구에 달리 장애특성을 고려하지 않은 정책은 그 효과를 낼수가 없다. 신체적, 정신적으로 어려움에 처할 위험이 그 어느 계층보다 높다. 또한 우울증등의 정신과적 질환에 쉽게 노출이 될 우려가 크다. 이에 1인장애인가구의 마음챙김사업을 제안한다. ○ 관련 보도기사 2020년 장애인가구 중 1인가구 비율은 27.2%, 약 71만 3천명으로 추정된다. 이는 2011년(17.4%)보다 약 10%p 증가한 것이다. 장애인 1인가구의 61.9%가 65세 이상 노인이었는데, 이 역시 2011년 56.5%에서 크게 증가했다.~~~(중략) 장애인 1인가구는 주관적 건강상태가 나쁘다고 인식하는 비율이 63.4%로 다인가구(48.2%)보다 높았다. 또한 장애인 1인가구의 만성질환 보유 비율은 90.2%로 매우 높았다. 일상생활에서 1인가구의 건강관리가 다인가구에 비해 취약함을 알 수 있다. 정신건강과 관련해 장애인 1인가구는 슬프거나 절망을 느낀 경우가 24.1%로 다인가구(16.5%)보다 높았고 자살 생각을 해본 적이 있거나 시도한 적이 있다는 비율도 상대적으로 높았다. 또한 불안이나 우울하다고 느끼는 비율도 장애인 1인가구(41.1%)가 다인가구(34.8%)에 비해 높았다. ※ 출처 : 데일리팝(http://www.dailypop.kr/news/articleView.html?idxno=59534,정단비 2022.05.11. 14:34)
사업의 지원 대상	○ 1인장애인가구 - 장애인가구 중 1인으로 구성된 가구 - 연령: 성인이상 - 소득수준(기준중위소득 100% 이하, 중증장애인의 경우 140%이하)
사업의 지원 내용	○ 지원대상 발굴 및 수요조사 - 각 지자체의 장애인등록현황 파악 - 장애인등록 가구중 1인장애인가구 파악 - 설문, 인터넷등을 활용하여 수요 파악

	- 수요에 따른 예산 확보(중앙+지자체) ○ 수요 파악후 지역사회서비스투자사업의 일환으로 진행 - 국민행카드를 이용한 바우처 사업으로 맞춤형 사업 진행 - 지원대상자의 욕구를 파악후 신체적건강, 정신적 상담등 실행 ★ 정신건강에 초점을 맞추어 지원대상자들이 겪는 정신적 고충을 고려한 상담에 중점을 둠 - 각 가구의 장애의 특성을 고려한 맞춤 서비스 실시 (지체, 시각, 뇌병변등) - 활동지원을 받는 장애인에게는 활동지원사와 함께 장애인의 고충을 해결할 수 방안을 강구함 - 1인장애인 가구가 겪는 위기대처 능력 확대 - 다양한 1인장애인가구의 그룹 상담을 통한 사회적응력을 키워줌 ○ 지역자원 연계 및 서비스제공인력 - 지역의 장애인관련단체 등과 연계하여 다양한 서비스를 제공할 수 있도록 함 - 서비시 제공은 정신건강전문요원, 사회복지사, 임상심리사등의 자격을 갖춘자로 함 ○ 우수사례 관리 - 각 지자체에서 우수 사례를 수집하여 사례 공유 및 피드백 - 사례관리를 통해서 나타난 문제점 개선
사업의 기대 효과	○ 1인장애인 가구가 겪는 정신적 외로움 해결 ○ 급속히 사회문제가 되고 있는 1인장애인가구의 고독사, 자살등의 사회문제 감소 기대 ○ 지역사회서비스의 민간참여 유도로 민간 일자리 창출 ○ 바우처 사업으로 수요자의 욕구에 맞는 맞춤형 복지 실현 (기존 정신건강토탈케어서비스는 정신장애인과 정신질환자를 대상으로 하여 지원대상자의 제한이 있었음)
시행기관	- 사업의 지침은 정부(보건복지부)에서 계획하고 각 지방자치단체의 실정에 맞게 자율적으로 실시 - 지역사회서비스 투자사업으로 민간참여 유도

우수작

20대 여성 노동(예정)자 정신건강 지원 정책: '이야기(이십대 여성노동자, 야! 기운내)' 사업

제안자 : 정유진(성균관대학교), 정세진(국립암센터)

사업의 제안 배경

○ 20대 여성은 '청년'과 '여성'으로서 노동시장에서 이중고를 겪고 있음

	청년으로서 어려움	여성으로서 어려움
취업 전	- 노동시장 진입 자체가 어려움. · 2010년부터 2021년까지 청년실업률은 8.7%로, 전체실업률 3.6%의 2.4배를 기록했음(한국경제연구원, 2021).	- 여성은 각종 차별로 인해 취업과정에서 어려움을 겪고 있음 · 여성의 취업 장애요인에 대한 사회조사에 따르면, 여성에 대한 사회적 편견과 관행이 16.7%, 불평등한 근로조건이 13.2%로 나타났음(통계청, 2019).
취업 후	- 노동시장에 진입해도 질 좋은 일자리를 보장받고 있지 못함 · 청년 임금근로자의 40.4%는 비정규직이며, 27.0%는 저임금 일자리에 종사하고 있음. 청년 중 시간제 근로자의 비율이 2019년에는 31.7%에서 2020년 34.4%로 증가하였음 (보건복지부, 2020).	- 일터에서의 성차별이 여전히 존재하고 있음 - 임신 후 경력단절, 일터에서의 성희롱 및 성차별 문제는 여전히 대두되고 있음

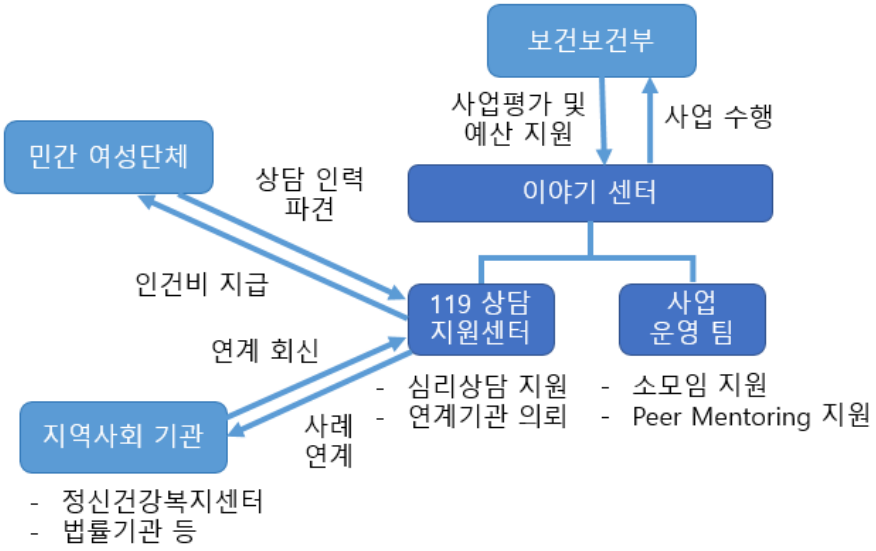
○ 노동시장에서의 어려움은 20대 여성의 정신건강에 부정적인 영향을 미침

- 실업, 하향취업, 직업 불안정, 노동시장에서의 차별 등은 정신건강에 부정적인 영향을 미침(McGregor & Holden, 2014; Clark & Oswald, 1994; 김정숙, 2018). 해당 연구 결과는 차별이 심리적 스트레스, 삶에 대한 만족, 우울증 불안 및 행복수준을 포함하는 정신건강에 부정적인 영향을 미친다는 연구결과(Williams et al., 2003)를 뒷받침 함.
- 특히 20대 여성은 비정규직 노동자가 될 확률이 높은데, 비정규직 근로자일수록 우울 및 불안장애가 있을 가능성이 높은 것을 파악됨(정세정, 2016).
- 20대 여성의 정신건강이 좋지 못한 상황임. 보건복지부의 2021년 1분기 조사에 따르면, 20대 우울위험군 비율은 30.0%로, 60대(14.4%)에 비해 2배 이상 높았음. 특히 우울점수는 20대 여성이 7.1로 가장 높았음.(보건복지부, 2021)

○ 기존 사업은 노동시장에서 겪는 어려움에 대해 자원연계 등 법적 문제해결에만 초점을 둔다는 한계가 있음.

- 고용평등상담실, 노동자 종합지원센터, 노동센터 및 노동권익센터 등 노동시장 진입 전후 상황에 있는 개인들을 주요 대상자로 설정한 사업들은 많음.

	- 그러나 해당 센터들은 법적 문제해결 등에 초점을 두고 있어, 대상자들이 겪는 우울감, 스트레스를 해결하기 위한 심리적, 사회적 지지를 제공함에 있어 부족한 실태임. - 따라서 대상자들이 겪는 우울감, 스트레스를 해결하기 위한 심리적, 사회적 지지를 제공하는 사업이 추가로 이루어져야 함. ○ 또한, 기존 사업은 20대 청년 여성에 대한 특화성이 부족함. - 20대 여성이 노동시장에서 가지는 특수성을 고려하여, 이들을 주요 대상자로 설정한 지원체계가 필요함. ○ 본 사업은 20대 여성이 노동시장에서 겪는 '청년 여성'으로서의 정신건강 위험을 감소시키고자 함. - 청년과 여성의 정체성을 모두 가지고 있는 20대 여성의 취업 전과 취업 후에 발생하는 정신건강 위험요소를 예방하고, 건강하게 대처해나갈 수 있도록 지원하고자 함. - 본 사업을 통해 20대 청년 여성이 취업 과정에서 마주하는 정신건강 위협을 감소시켜 우울증의 감소와 정신건강 증진을 목표로 함.
사업의 지원 대상	○ 20대 여성 고위험군 - 노동시장에서의 어려움을 호소하고 우울 등 정신건강이 악화된 20대 여성 ○ 20대 여성 일반 대상군 - 노동시장에 진입할 예정이거나 진입한 20대 여성
사업의 지원 내용	○ 고위험군 대상 119 상담·지원센터 운영 - 대상: 노동시장 진입 전과 후에서 '청년 여성'으로서 어려움을 겪고 있는 20대 여성 고위험군 - 운영내용: · 20대 여성의 특성을 고려한 전화 및 카톡 비대면, 대면 상담 진행. 무료 상담. · 단순 심리정서 상담 외에 자살사고가 있거나 법적조치가 필요한 사안일 경우, 연계기관에 의뢰 후 협업하여 내담자를 위한 전폭적인 지지 제공 - 운영방식: 여성주의 관점에서 여성의 노동시장 차별에 대해 구조적, 실체적으로 파악하고 있는 상담사 배정. 월요일부터 금요일 9시~6시 상시 운영. ○ 20대 여성 소모임 지원 - 대상: 5인 이상 20대 여성으로 구성된 커뮤니티 - 지원규모: 소모임 별 연간 50만원 활동비 지원 - 운영내용: 여성 노동시장 관련 자유주제로 운영되는 커뮤니티 지원(마음챙김, 여가활동 등) ○ 20대 여성 노동자 동료 멘토링(peer-mentoring) 운영 - 대상: · 멘토: 노동시장 진입 전 후 과정에서 어려움을 겪었으나, 극복한 20대 여성 · 멘티 type 1: 노동시장 진입 전 후 과정에서 어려움을 겪고 있는 20대 여성 · 멘티 type 2: 노동시장 진입에 관심이 있는 20대 여성 - 운영내용:

<table>
<tr><td></td><td>· 노동시장 진입 전 후 과정에서 겪는 어려움에 대해 공감대를 형성하고 동료로써 서로 의지할 수 있는 사회적 지지체계 형성 지원
· 멘토 신청자에 한해 활동비 지급</td></tr>
<tr><td>사업의
기대 효과</td><td>○ 20대 여성 고위험군에 대한 시기적절한 개입이 가능함
- 119 상담·지원센터 운영을 통해 초기 긴급개입이 필요한 고위험군에 대한 적절한 대처가 가능하여 정신건강 증진에 도움을 줌.
- 20대 여성 고위험군에게 원스톱 서비스를 제공하여 대상자의 불편을 줄임.
○ 20대 여성 노동(예정)자들의 사회적지지 구축을 지원함
- 스트레스-대처 전략(Lazarus & Folkman, 1984)에 따르면, 사회적 지지체계 구축은 스트레스 해소의 적극적인 전략으로 개인의 긍정적인 적응에 도움을 줌.
- 소모임 지원과 동료 멘토링을 통해 같은 공감대를 가진 20대 청년 여성들 간 사회적 지지체계를 구축하여 스트레스 수준을 낮춰 정신건강에 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것임.</td></tr>
<tr><td>시행기관</td><td> 

<table>
<tr><th>기관명</th><th>유관 기관별 주요 업무</th></tr>
<tr><td>보건복지부</td><td>- 이야기 센터 사업평가
- 이야기 센터 예산 지원</td></tr>
<tr><td>민간 여성단체</td><td>- 119 상담 지원 센터 여성주의 전문가 상담 인력 파견</td></tr>
<tr><td>지역사회기관</td><td>- 지원센터 사례 연계 회신</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

우수작

가족 돌봄 청년의 지역사회 통합을 위한 커뮤니티 플랫폼 애플리케이션 개발

제안자 : 전다연(성균관대학교)

사업의 제안 배경	○ 가족 돌봄 청년 지원의 필요성 대두 - 2021년 11월, 22세 청년이 부친을 간병하던 중 생활고로 인한 정신적 고통에 시달리다 부친을 방치하여 사망에 이르게 한 사건이 언론 보도를 통해 알려짐. - 가족 돌봄 청년들이 어린 나이에 돌봄을 수행하게 되어 진로 설정 및 직업 교육의 기회를 빼앗기고 사회적으로 고립된다는 문제 제기는 이전부터 있었음. 해당 사건이 대중들에게 알려진 뒤 가족 돌봄 청년 위기 지원이 시급하다는 여론이 형성되었고, 정부 차원에서 가족 돌봄 청년 전수조사와 가족 돌봄 청년 지원 시범사업을 기획 및 시행 중임. ○ 가족 돌봄 청년이 겪는 정신적 문제와 맞춤형 지원 방식의 부재 - 한국의 경우 가족 돌봄 청년의 정신건강 실태는 알려진 바가 적음. 그러나 학교에 재학 중인 영국 14~25세 가족돌봄청소년·청년을 대상으로 한 조사에서 이들의 38%가 정신건강에 문제가 있다고 답변함. 이들의 범위를 대학생으로 좁혔을 때, 정신건강 문제를 가지고 있다고 답변한 비율은 45%로 증가함. 이를 통해 가족 돌봄 청년의 정신건강 문제가 그렇지 않는 청년에 비해 심각하다는 것을 짐작할 수 있음. - 현재 시행 중인 가족 돌봄 청년 지원 사업을 검토한 결과, 가족 돌봄 청년에 대한 정신건강 지원 방안은 지원금의 일부를 상담 비용으로 쓸 수 있게 하는 것뿐이었음. 정신적 문제를 치유하는 데 있어 상담비를 마련하는 것은 매우 중요하지만, 가족 돌봄 청년이 경험하는 정신적 문제의 원인은 지역 사회와 또래 집단으로부터의 고립이라고 볼 수 있음. - 따라서 단순히 금전적 지원을 하는 것뿐만이 아니라 커뮤니티에 소속감을 느끼고 고립감을 해소할 수 있는 방안 필요.
사업의 지원 대상	○ 연령 - 청년기본법에 근거하여 만 34세 이하 대상으로 하되, 독립적 생활 기반 구축이 되어 있지 않고 학교에서 또래 집단으로부터 소외되기 쉬운 청소년 및 초기 청년(만 24세 미만)에 집중할 필요가 있음. ○ 돌봄의 내용 및 형태에 대한 기준 - 급성질환이 아닌 만성질환과 영구적 손상이 있는 가족을 돌보는 자로 한정함. - 피돌봄자의 일상생활 제약 수준과 지속성 등을 토대로 하여 판단함. - 피돌봄자은 민법상 가족 범위 안에 드는 자로 제한함.
사업의	○ 가족 돌봄 청년 모바일 커뮤니티 기능

지원 내용	- 가족 돌봄 청년들이 이용할 수 있는 지역 기반 모바일 커뮤니티 구축 - '에브리타임' 등 익명 커뮤니티 기능을 제공하는 애플리케이션을 모델로 하여, 가족 돌봄 청년들이 소통하고 정보를 공유할 수 있는 기회 마련 - 커뮤니티를 통해 스터디나 동호회 개설을 신청하면 활동 지원금 수여 ○ 지역사회 가용 자원 연계 - 대상자의 거주지 근방에 위치한 공공기관 또는 공익단체 지도 제공 - 해당 단체들이 주관하는 청년 대상 공익행사를 한데 모아 볼 수 있는 게시판 설치 - 이외에도 가족 돌봄 청년을 지원하고자 하는 개인이나 단체를 모집해, 위기 시 인근 지역에서 도움받을 수 있는 사람 또는 장소를 연결 ○ 정신건강 상태 기록을 통한 실시간 관리 - 가족 돌봄 청년이 우울, 불안, 대인관계, 수면 상태를 주기적으로 기록할 수 있도록 하여, 위기 상황에 처한 경우를 지역사회 사례관리자가 빠르게 인지하게 함 - 지속적인 참여를 촉진하기 위해 출석체크 이벤트를 진행하여 꾸준히 기록하는 대상자에게 보상 제공 ○ 무료 심리상담 제공 - 정신건강 기록 현황을 바탕으로 위험군을 가려내고 이들에게 전문가와의 무료 심리상담 연계 - 모바일 플랫폼의 장점을 살려, 비대면 실시간 상담 또는 문자를 통한 상담 서비스 시행 ○ 통합 애플리케이션 개발 및 배포 - 위 기능을 하나의 애플리케이션에 담아 간편하게 정신건강을 관리할 수 있게 함
사업의 기대 효과	○ 사회적 고립감 해소 - 같은 지역에 사는 가족 돌봄 청년들이 소통할 수 있는 창구를 형성하여, 학교 및 또래집단에서 느끼는 소외감을 완화함 - 가족 돌봄 청년이 위기에 처해도 지역사회에서 도움받을 수 있음을 인지하여 혼자 남겨져 있지 않다는 감각을 느끼게 함 - 이를 통해, 사회적 고립감이 가족 돌봄 청년의 정신건강에 악영향을 미쳐 진로 설정 및 학업에 지장이 생길 여지를 줄임 ○ 위기상황 시 빠른 개입 및 대처 가능 - 대상자의 정신건강이 위험에 처할 경우 공공부문에서 이에 대한 지원을 즉각 제공할 수 있음
시행기관	서울시 차원에서 시범사업 진행 후, 지자체 간 협력을 통해 적용 지역 확대할 예정임. 민간기업과 협업하여 앱을 개발하고, 검수 및 협력을 서울시에서 담당함.

2022년 『보건사회연구』 콜로키움

사회적 웰빙과 정신건강에 대한 다층적 모색