2014 정책연구-07

생애주기별 서울시 여성의 정신건강 지원방안

책임연구원 : 이선형(서울시여성가족재단 정책연구실 연구위원)
위촉연구원 : 송이은(서울시여성가족재단 정책연구실)

SWF

서울시여성가족재단
Seoul Foundation of Women & Family

발 간 사

통계청의 “2013 사망원인 통계”에 따르면 10대에서 30대까지 사망원인 1위가 자살이며, 세계보건기구(WHO)에서는 2030년 우울증이 고소득국가 질병부담 1위 질환이 될 것이라고 발표했습니다. 지역사회건강조사 정신건강 지표에서도 여성은 남성보다 정신건강이 더 안 좋은 것으로 보고되고 있습니다. 때문에 젠더 관점에서 정신건강 증진을 위한 정책적 개입이 더욱 절실하게 요구되고 있는 상황입니다.

이 연구는 청소년부터 노년기에 이르는 서울시 여성들의 정신건강 증진 지원방안을 모색하기 위한 연구입니다. 현장에서 여성의 정신건강 증진을 위해 노력하고 계신 전문가 분들과 정신건강 문제를 겪고 있는 여성들의 심층면접을 통해 여성의 정신건강에 위험을 끼치는 개인적·구조적 요인과 정책수요를 조사하였습니다. 연구결과 여성의 정신건강 증진에 있어서 친구, 가족, 지역의 관계망 회복이 무엇보다 중요하다는 점이 드러났습니다. 청년기 여성들은 우울감이 매우 높음에도 불구하고, 정신건강 지원 정책에서 사각지대에 놓여있습니다. 중·장년기 여성들의 경우 모성규범과 일·가족 양립 갈등, 한부모가족 여성가구주의 소득, 시간 이중빈곤 등의 문제가 이들의 우울감을 가중시켰고, 남성보다 기대수명이 길어진 노년기 여성들은 빈곤과 고독, 죽음에 대한 불안 등으로 힘들어했습니다. 이 연구는 이처럼 다양한 생애주기별 여성의 정신건강 문제를 짚어보고 서울시 정책현황 분석과 대안마련을 시도하였습니다.

이 연구보고서가 발간되기까지 많은 분들의 도움이 있었습니다. 무엇보다 어려움에도 불구하고 자신의 경험과 지혜를 나누어주신 분들께 깊은 감사를 전합니다. 또한 바쁘신 가운데 조언과 자문을 아끼지 않으신 전문가 분들께도 고마움을 전하며, 연구진의 노고에도 감사드립니다. 많은 분들의 도움으로 완성된 이 연구가 모든 여성이 평생 건강하고 활기찬 삶을 누리는데 기여 할 수 있기를 바랍니다.

2014년 12월

서울특별시여성가족재단

대표이사 이숙진

Contents

Ⅰ 서 론

1. 연구 배경 및 목적 ····· 3
2. 연구 내용 및 방법 ····· 4
   1) 정신건강의 개념과 정의 ····· 4
   2) 연구 내용 ····· 8
   3) 연구 방법 ····· 9
3. 연구 추진 체계 ····· 14
4. 연구의 의의와 한계 및 추후 과제 ····· 15
   1) 연구의 의의 ····· 15
   2) 연구의 한계와 추후 과제 ····· 15

Ⅱ 생애주기별 정신건강 선행연구 및 실태

1. 정신건강과 젠더 ····· 19
2. 서울시 생애주기별 정신건강 실태 ····· 23
   1) 서울시 여성의 우울증상 ····· 23
   2) 서울시 여성의 스트레스 ····· 25
   3) 서울시 여성의 자살행동 ····· 27

3. 생애주기별 여성의 정신건강 연구 ····· 30
1) 청소년기 여성의 정신건강 ····· 30
2) 청년기 여성의 정신건강 ····· 39
3) 중·장년기 여성의 정신건강 ····· 48
4) 노년기 여성의 정신건강 ····· 55

Ⅲ 생애주기별 정신건강 지원정책 현황

1. 서울시 여성의 생애주기별 정신건강 정책 현황 ····· 67
1) 청소년기 여성의 정신건강 지원 정책 ····· 67
2) 청년기 여성의 정신건강 지원 정책 ····· 73
3) 중·장년기 여성의 정신건강 지원 정책 ····· 74
4) 노년기 여성의 정신건강 지원 정책 ····· 77
5) 서울시 여성의 젠더·건강 정책 ····· 79
2. 해외 여성의 생애주기별 정신건강 정책 현황 ····· 81

Ⅳ 생애주기별 여성의 정신건강 실태와 정책 수요: 심층면접 분석

1. 조사 개요 ····· 95
1) 전문가 면접 조사 ····· 95
2) 당사자 심층면접 ····· 96

Contents

2. 청소년기 여성의 정신건강 ····· 96
1) 청소년기 정신건강 실태 ····· 96
2) 청소년기 정신건강 지원 정책 수요 ····· 103
3. 청년기 여성 정신건강 ····· 110
1) 청년기 정신건강 실태 ····· 111
2) 청년기 정신건강 지원 정책 수요 ····· 118
4. 중·장년기 여성의 정신건강 ····· 120
1) 중·장년기 정신건강 실태 ····· 121
2) 중·장년기 정신건강 지원 정책 수요 ····· 132
5. 노년기 여성의 정신건강 ····· 147
1) 노년기 정신건강 실태 ····· 148
2) 노년기 정신건강 지원 정책 수요 ····· 153
6. 심층면접 결과 요약 ····· 154

V 서울시 여성의 정신건강 증진을 위한 정책 제언

1. 서울시 생애주기별 정신건강 지원 정책 방향 ····· 165
1) 여성의 건강잠재력(health capability) 강화 ····· 165
2) 여성의 정신건강 문제에 대한 역사적·통합적 접근 ····· 166
3) 젠더 건강의 사회적 불평등 해소하기 위한 학교·가족·지역 중심 접근 ····· 167
4) 생애주기별 서울시 여성의 정신건강 증진을 위한 인프라 구축 ···· 168

2. 생애주기별 여성의 정신건강 지원 정책 ····· 169

1) 청소년기 여성의 정신건강 지원방안 ····· 169

2) 청년기 여성의 정신건강 지원방안 ····· 172

3) 중·장년기 여성의 정신건강 지원방안 ····· 175

4) 노년기 여성의 정신건강 지원방안 ····· 180

참고문헌 _ 183

영문초록(Abstract) _ 188

부록 _ 191

표 목차

▌표 Ⅰ- 1 ▌정신건강 관련 실태 조사 ····· 5
▌표 Ⅰ- 2 ▌전문가 FGI & 심층면접 참여자 ····· 10
▌표 Ⅰ- 3 ▌생애주기별 여성 심층면접 참여자 ····· 12
▌표 Ⅰ- 4 ▌심층면접 조사 내용 ····· 13
▌표 Ⅱ- 1 ▌건강 잠재력의 구성 요소 ····· 21
▌표 Ⅱ- 2 ▌생애주기 구분 ····· 22
▌표 Ⅱ- 3 ▌정신장애 평생 유병률 ····· 25
▌표 Ⅱ- 4 ▌스트레스 인식 정도(13세 이상 인구) ····· 26
▌표 Ⅱ- 5 ▌자살관련행동의 평생 유병률 ····· 28
▌표 Ⅱ- 6 ▌자살에 대한 충동 및 이유(13세 이상 인구) ····· 30
▌표 Ⅱ- 7 ▌청소년의 전반적인 자신의 정신건강 상태에 대한 인식 ····· 33
▌표 Ⅱ- 8 ▌청소년의 스트레스 정도 ····· 33
▌표 Ⅱ- 9 ▌지난 일주일 동안 느낀 본인의 상태 및 우울의 정도 ····· 34
▌표 Ⅱ-10 ▌청소년의 자살 생각 및 자살 시도 유무 ····· 35
▌표 Ⅱ-11 ▌청소년의 자살 생각 이유 ····· 36
▌표 Ⅱ-12 ▌청소년의 정신적 문제로 인한 상담 경험률 ····· 37
▌표 Ⅱ-13 ▌정신건강에 대한 본인과 보호자의 관심 정도 ····· 38
▌표 Ⅱ-14 ▌가족, 친구, 선생님 외에 믿고 의지할 곳의 유무 ····· 39
▌표 Ⅱ-15 ▌청년기의 일상생활에서 주관적 스트레스 인지 정도 ····· 43
▌표 Ⅱ-16 ▌청년기(20-29세)의 스트레스에 대한 전문가 상담 여부 ····· 44
▌표 Ⅱ-17 ▌청년기(20-29세)의 우울감 인식 정도와 전문가 상담 여부 ····· 45
▌표 Ⅱ-18 ▌청년기(20-29세)의 우울증 유병 및 진단 여부 ····· 45
▌표 Ⅱ-19 ▌청년기(20-29세)의 현재 우울증 유병 및 치료 여부 ····· 46
▌표 Ⅱ-20 ▌청년기(20-29세)의 우울증 진단 및 치료 여부 ····· 46
▌표 Ⅱ-21 ▌청년기(20-29세)의 자살생각 및 자살시도 여부 ····· 47

Contents

▌표 Ⅱ-22 ▌중장년기(30-59세)의 일상생활에서 주관적 스트레스 인지 정도 ···· 51
▌표 Ⅱ-23 ▌중장년기(30-59세)의 스트레스에 대한 전문가 상담 여부 ····· 52
▌표 Ⅱ-24 ▌중장년기(30-59세)의 우울감 인식 정도와 전문가 상담 여부 ····· 53
▌표 Ⅱ-25 ▌중장년기(30-59세)의 우울증 진단 및 치료 여부 ····· 54
▌표 Ⅱ-26 ▌중장년기(30-59세)의 자살생각 및 자살시도 여부 ····· 55
▌표 Ⅱ-27 ▌중장년기(30-59세)의 정신적인 문제로 상담받은 경험 ····· 55
▌표 Ⅱ-28 ▌노년기(60세 이상)의 일상생활에서 주관적 스트레스 인지 정도 ····· 58
▌표 Ⅱ-29 ▌노년기(60세 이상)의 스트레스에 대한 전문가 상담 여부 ····· 59
▌표 Ⅱ-30 ▌노년기(60세 이상)의 우울감 인식 정도와 전문가 상담 여부 ····· 60
▌표 Ⅱ-31 ▌노년기(60세 이상)의 우울증 진단 및 치료 여부 ····· 61
▌표 Ⅱ-32 ▌노년기(60세 이상)의 자살생각 및 자살시도 여부 ····· 62
▌표 Ⅱ-33 ▌노년기(60세 이상)의 정신적인 문제로 상담받은 경험 ····· 63
▌표 Ⅲ- 1 ▌청소년기 정신건강 관련 정책 현황 ····· 71
▌표 Ⅲ- 2 ▌청년기 정신건강 관련 조기 정신증 사업 ····· 73
▌표 Ⅲ- 3 ▌중장년기 여성의 정신건강 지원정책 현황 ····· 76
▌표 Ⅲ- 4 ▌노년기 여성의 정신건강 지원정책 현황 ····· 79
▌표 Ⅲ- 5 ▌서울시 여성건강 사업(2012년, 2013년) ····· 80
▌표 Ⅳ- 1 ▌청년기 여성 심층면접 참여자 ····· 110
▌표 Ⅳ- 2 ▌중·장년기 여성 심층면접 참여자 ····· 121
▌표 Ⅳ- 3 ▌노년기 여성 심층면접 참여자 ····· 147

그림 목차

▌그림 Ⅱ- 1▌서울시민의 성별, 연령별 우울증상 경험률 ····· 24
▌그림 Ⅱ- 2▌서울시민의 성별, 연령별 스트레스 인지율 ····· 27
▌그림 Ⅱ- 3▌서울시민의 성별, 연령별 자살생각률 ····· 29
▌그림 Ⅴ- 1▌서울시 여성의 생애주기별 정신건강 지원 정책 방향 및 세부 과제 ····· 167

연구요약

□ 연구 배경

○ 2013년 통계청이 발표한 “2013 사망원인 통계”에 따르면 10대에서 30대까지 사망원인 1위가 자살이며, 세계보건기구(WHO)는 2030년에 이르면 우울증이 고소득국가 질병부담 1위 질환이 될 것으로 전망하고 있음

○ 정신건강에 관한 서울시민 인식조사에서도 서울 여성들은 본인이 느끼는 정신적인 문제와 관련하여 다른 사람의 도움이나 상담을 받은 경험이 42.5%로 남성(31.2%)에 비해 높았지만, 도움 및 상담의 대상이 친구나 지인(51.2%), 가족 또는 친지(21.8%)로 대부분 비공식적인 부문을 통해 이뤄지고 있음(서울시정신건강증진센터, 2013). 이는 남성에 비해 여성이 사적인 관계망의 발전이 더 잘되어 있는 것으로도 볼 수 있지만 다른 한편에서 보면 현재 정신 건강 문제 해결을 위한 지원 체계가 여성의 요구에 적합하지 않는 것으로도 볼 수 있음.

○ 현재 정신보건 정책지원의 기본방향은 알콜중독 및 중증 정신질환자를 대상으로 이들에 대한 치료나 사회 복귀를 의료적 측면에서 지원하는 것이 주를 이루며, 정시건강에 보다 취약성을 보이는 여성에 대한 정신건강 증진 정책은 매우 취약함

□ 연구 목적

○ 본 연구는 기존의 정신건강 관련 통계자료 분석을 통해 생애주기별 서울시 여성의 정신건강 실태를 분석하고, 당사자와 전문가 심층면접을 통해 여성의 정신건강 문제와 정책수요를 조사하였음.

○ 현재 청소년기에서 노년기에 이르는 서울시 여성의 정신건강 정책 현황을 분석하고, 실태조사와 심층면접 결과를 바탕으로 추후 서울시 여성의 생애주기별 정신건강 지원 정책 방향과 세부과제를 도출하고자 함.

□ 연구 방법

○ 문헌연구: 생애주기별 여성의 정신건강 관련 선행연구 검토, 정신건강 관련 기존 통계 자료 분석을 통한 정신건강 실태 분석

○ 전문가 FGI & 심층면접: 생애주기별 서울시 여성의 정신건강 지원 전문가 FGI 및 심층면접을 통한 여성의 정신건강 실태 및 지원방안 수요 조사 분석.

- 조사대상: 서울시정신건강증진센터, 의료복지사회적협동조합, 중·고등학교 위클래스 상담실, 건강가정지원센터, 어르신상담센터, 노인자살예방센터 등의 전문가 16인
- 조사내용: 여성의 정신건강 실태 및 지원 현황, 향후 지원방안에 대한 정책 수요

○ 청소년부터 노년기 당사자 심층면접: 정신건강 문제를 겪고 있는 여성들에 대한 심층면접을 통해 정신건강 문제 원인과 지원방안 조사 및 분석

- 조사대상: 청소년기부터 노년기 서울 여성 중 정신건강에 문제 인식하는 여성 20인
- 조사내용: 정신건강 문제 발생 맥락, 정신건강 문제 해결을 위한 노력과 정책 수요

□ 연구 내용 및 결과

○ Ⅱ장에서는 정신건강 관련 기존 통계자료를 통해 생애주기별 서울시 여성의 정신건강 실태를 분석함. 「지역사회건강조사」(2012), 「국민건강영양조사」(2012) 자료에서 성별·연령별 우울, 스트레스, 자살행동의 측면을 비교 분석함. 청년기 여성이 모든 정신건강 지표에서 매우 불건강하게 나타남. 중장년기 여성은 가정 생활 영역의 스트레스와 우울감이 높게 나타남. 노년기 여성은 불건강하게 오래 사는 젠더 패러독스(gender paradox)로 인해 향후 정신건강 지원정책이 더 개발되어야 하는 부분임

○ Ⅲ장에서는 정신건강과 관련된 서울시와 해외 정책 현황을 검토하고, 향후 생애주기별 정신건강 지원방안에 필요한 시사점을 도출하였음. 「서울시 젠더·건강 종합계획」으로 여성 건강에 대한 젠더 접근의 정책 마련이 시작되기는 하였지만, 정신건강의 지원 정책은 여전히 미흡함. 고위험군 학생 조기 선별을 중심으로 한 청소년기 정신건강 지원정책은 학생들 내부에서 낙인의 문제가 야기될 수 있으며, 근본적으로 건강권보다 학습권을 중요하게 생각하는 교육 정책의 한계가 있음. 청년기는 정신건강 지표가 매우 낮게 나타남에도 불구하고 지원정책의 사각지대에 놓여 있어 향후 정책 과제 발굴이 매우 시급하게 나타남. 중·장년기 여성을 대상으로 한 정책은 가족지원 서비스를 통한 정신건강 지원이 주를 이루고 있었으며, 기존의 정신보건 정책에서 중·장년기 여성의 정신건강을 대상으로 한 서비스는 매우 취약한 것으로 나타나므로, 정신보건정책에서 중·장년기 여성을 대상으로 한 서비스 발굴과, 기존의 가족정책에서 여성의 정신건강 지원 서비스를 강화하는 방향이 필요함. 노년기 여성의 정신건강 역시 매우 취약하게 나타나며, 노인자살예방 및 상담 센터를 중심으로 정신건강 지원 서비스가 제공되고 있음. 향후 노인의 사회적 관계망 확충, 일자리 제공 등을 통해 정신건강 지원 방향을 모색할 수 있음. 해외 사례에서는 정신건강 정책 수행에 있어서 국가 및 지방정부 차원의 여성건강정책 총괄 기구의 중요성, 생애주기별 접근의 중요성, 지역에 기반한 정책 개발의 중요성, 여성의 정신건강에 있어서의 트라우마의 중요성을 확인할 수 있었음.

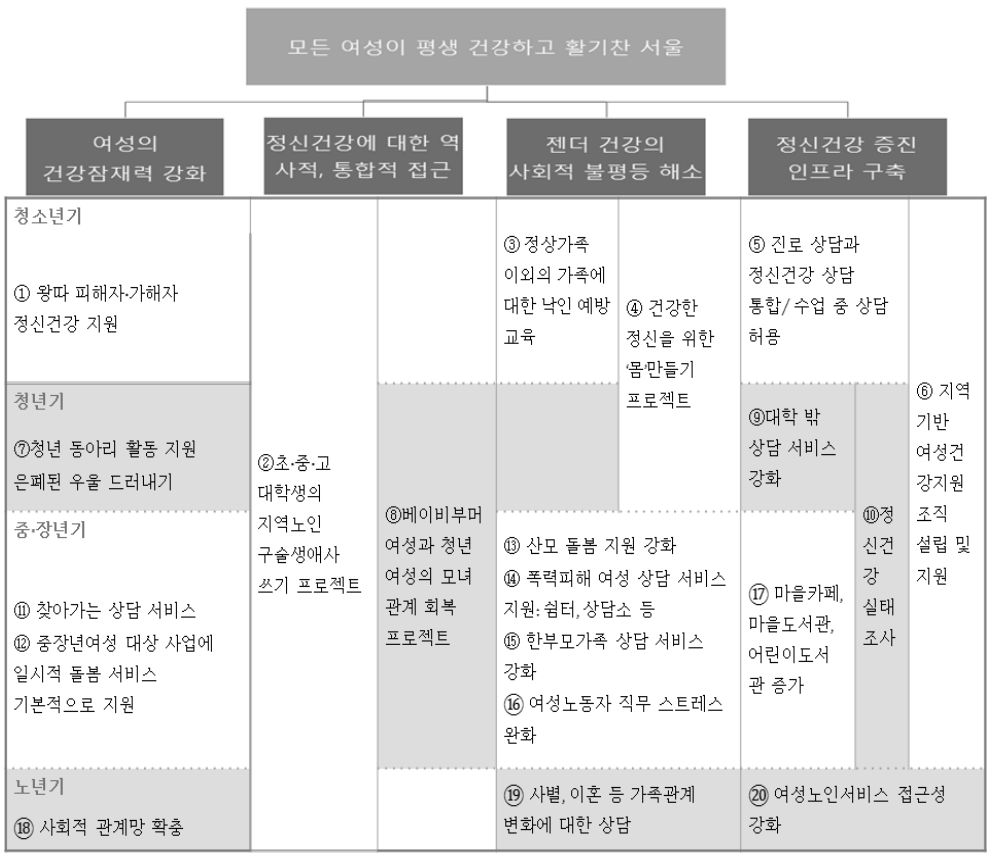
○ Ⅳ장에서는 정신건강에 문제가 있다고 생각하는 생애주기별 여성과 전문가 심층면접을 통해 정신건강 문제와 지원에 필요한 정책수요를 조사하였음. 청소년기 여성들은 왕따에서 폭력과 우울이 시작되었으며, 한부모 가족에 대한 낙인, 외모로 인한 놀림, 스마트폰 채팅 중독과 우울증에 관한 이슈들이 문제로 제기되었으며, 이를 해결하기 위해서는 학교 현장에서 건강권이 학습권에 선행하는 분위기가 형성되어야 하며, 낙인문제를 해결하기 위한 방편의 하나로 심리와 진로를 통합한 종합적인 상담 시스

템, 교사·부모의 공감과 지지가 무엇보다 중요하다는 점이 확인되었음. 청년기 여성들은 실태조사에서는 정신건강이 매우 취약하게 나타나지만 심층면접을 통해 자신의 우울을 은폐하고 있는 경우가 발견됨. 모녀관계에서 발생하는 갈등이 정신건강에 영향을 미치고 있어, 세대간 통합정책이 필요함. 강박적 다이어트와 몸가꾸기를 통한 취업준비가 우울의 원인이 됨. 대학 졸업후 청년 여성의 정신건강 지원체계가 필요함. 중·장년기 여성은 모성에 대한 사회적 규범이 산후우울과 육아스트레스를 가중시키며, 이를 모녀관계의 문제로 환원시켜 해석하는 문제를 보임. 이를 해결하기 위해서는 이들의 사회적 활동 지원, 돌봄 부담 해소, 일·가족양립 지원 정책의 실효성을 높이는 것 등 사회적 차원의 해결이어야 함. 이혼·사별의 위기를 경험한 여성에게 긴급 상담이 필요함. 노년기 여성들은 정신건강이 매우 취약하게 나타나며, 도움이 많이 필요한 연령군이지만 도움을 받는 것에 대한 수치심, 정신건강에 대한 인식 부족 등의 이유로 서비스 개발이 어려움. 성인자녀 및 배우자, 본인의 질환 등에 대한 돌봄은 여성 노인의 우울의 한 요인. 전 생애에 걸쳐 축적된 가족문제와 노화로 인한 문제에서 촉발되는 정신건강 문제 해결 지원이 필요함.

□ 정책 방향 및 세부 과제

○ 연구 결과를 바탕으로 생애주기별 서울시 여성의 정신건강 지원정책의 방향과 세부과제를 제시함. “모든 여성이 평생 건강하고 활기찬 서울”만들기의 비전을 갖고, 첫째 여성의 건강 잠재력 강화, 둘째 정신건강에 대한 역사적·통합적 접근, 셋째 젠더 건강의 사회적 불평등 해소, 넷째 정신건강 증진 인프라 구축 등의 영역에서 생애주기별 20개의 세부과제를 아래와 같이 제시함

○ 서울시 여성의 생애주기별 정신건강 지원정책 방향 및 세부 과제



I

서 론

1. 연구 배경 및 목적
2. 연구 내용 및 방법
3. 연구 추진체계
4. 연구의 의의와 한계 및 추후 과제

Seoul
Foundation of
Women &
Family

Ⅰ 서론

1. 연구 배경 및 목적

“한국 자살률 OECD 최고 수준…지난해 하루 평균 40명 스스로 목숨 끊어”[1] 언제부턴가 한국의 높은 자살률에 대한 기사는 크게 놀랄 일도 아니게 되었다. 2013년 통계청이 발표한 “2013 사망원인 통계”에 따르면 10대에서 30대까지 사망원인 1위가 자살이며, 작년과 비교 했을 때 30대에서 50대에서의 자살 사망자 비율이 증가했다고 한다. 또한 세계보건기구(WHO)는 2004년 전세계 질병부담의 13%를 정신질환이 차지하고 있으며, 2030년 우울증이 고소득국가 질병부담 1위 질환이 될 것으로 전망하고 있다. 이를 증명하듯이 2011년 기준 ‘심한 스트레스 반응 및 적응장애’로 건강보험 진료를 받은 환자는 11만 5942명으로 2007년 9만 8,083명 대비 약 2만명 증가되었고, 남성환자에 비해 여성환자가 1.5배 수준으로 나타나고 있다. 하나의 산업으로까지 발전하고 있는 ‘힐링’ 담론과 열풍 역시 피로사회(한병철, 2012)에 찌든 현대인들의 정신건강 상태를 보여주는 현상이기도 하다. 많은 여성들이 스트레스와 우울 등 정신건강의 문제를 해결하기 위하여 자기 계발서를 탐독하거나, 강연을 듣고, 인터넷을 검색한다. 정신건강에 관한 서울시민 인식조사에서도 서울 여성들은 본인이 느끼는 정신적인 문제와 관련하여 다른 사람의 도움이나 상담을 받은 경험이 42.5%로 남성(31.2%)에 비해 높았지만, 도움 및 상담의 대상이 친구나 지인

1) <서울신문> 2014년 9월 24일

(51.2%), 가족 또는 친지(21.8%)로 대부분 비공식적인 부문을 통해 이뤄지고 있음을 알 수 있다(서울시정신건강증진센터, 2013). 이는 남성에 비해 여성이 사적인 관계망의 발전이 더 잘되어 있는 것으로도 볼 수 있지만 다른 한편에서 보면 현재 정신건강 문제 해결을 위한 지원 체계가 여성의 요구에 적합하지 않는 것으로도 해석될 수 있다.

현재 정신보건 정책지원의 기본방향은 알콜중독 및 중증 정신질환자를 대상으로 이들에 대한 치료나 사회 복귀를 의료적 측면에서 지원하는 것이 주를 이루고 있다. 그러나 중증 질환자를 제외한 인구, 특히 정신건강에 보다 취약성을 보이는 여성에 대한 정신건강 사업은 정신질환에 대한 인식 개선 및 홈페이지를 이용한 자가 진단 또는 지역정신보건센터를 통한 상담 안내에 그치고 있다.

본 연구는 서울시에 거주하는 생애주기별 여성들의 정신건강 지원방안을 위해 필요한 정책 방향과 과제를 제안하고자 한다. 이 연구에서 정신건강은 남성보다 여성에게서 많이 나타나는 우울, 스트레스, 자살과 관련된 문제를 다룬다. 청소년기부터 노년기에 이르는 여성들의 우울, 스트레스, 자살의 문제를 해결하기 위한 서울시 정책 현황을 분석하고, 전문가와 당사자 심층면접을 통해 생애주기별 서울시 여성의 정신건강 지원을 위해 필요한 정책 방향과 과제를 도출할 것이다.

2. 연구 내용 및 방법

1) 정신건강의 개념과 정의

세계보건기구에 따르면(WHO, 2001) 건강은 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태로서 단순히 질병이나 장애가 없는 상태가 아니다.[2] 정신 건강은 “개인이 자신의 능력을 알고, 일상적인 스트레스에 대처하며, 생산적으로 일을 하고 사회에 기여할 수 있을 정도의 정서적, 사회적 안녕상태”(WHO, 1999)를 말한다. 아동의 정신건강은 발달적인 측면이 강조되어, “긍정적인 자아상을 갖게 되고, 배우려고 하며, 학습을

2) WHO. 2001. Basic Documents, 43rd edition, Geneva, World Health Organization.

통해 궁극적으로 사회에 전적이고 적극적으로 참여하는 것뿐 아니라 생각과 감정을 관리할 수 있고 사회적 관계를 구축할 수 있는 것"으로 정의하고 있다.[3)]

본 연구는 여성의 정신건강을 의학적 관점에서만 접근하는 것이 아니라 여성·가족정책과 보건정책의 접점에서 여성의 정신건강 지원방안을 도출하기 위한 연구이기 때문에 '정신건강'이 의학적 정신질환 혹은 성격장애가 없는 상태로 한정하지 않는다. 기본적으로 정신건강에 대한 WHO의 정의에 기초하되, 구체적인 연구 범위 및 대상은 건강통계에서 사용되고 있는 정신건강 지표를 참고하여 정의한다. 아래 <표 I-1>은 이 연구에서 생애주기별 여성의 정신건강 실태를 파악하기 위한 기초자료이다.

▌표 Ⅰ-1 ▌정신건강 관련 실태 조사

조사명	대상	조사기간	조사기관
	정신건강 관련 내용		
국민건강영양조사[4)]	만1세 이상	2012 제5기 3차년도 조사	질병관리본부
	수면시간, 스트레스 인지, 우울증상, 자살, 정신문제상담, 삶의 질, 주관적 건강인지 등		
지역사회건강조사[5)]	만19세 이상 성인	2012	질병관리본부
	스트레스 인지율, 우울감 경험률, 자살생각률, 정신문제 상담 경험률		
청소년건강행태 온라인조사[6)]	중·고생	2013	질병관리본부
	스트레스 인지, 주관적 수면 충족, 잠자는/일어나는 시각, 우울감 경험, 자살 생각, 자살 시도, 자살 계획 등		
정신질환실태 역학조사[7)]	만18세 이상~ 만74세 이하	2011	서울대학교 의과대학
	니코틴 사용장애, 신체형 장애, 불안 장애, 우울증·기분부전장애, 양극성 장애, 정신병적 장애, 식이장애, 알코올 사용장애, 강박장애 및 외상후스트레스 장애 등		
아동·청소년 정신건강실태조사[8)]	초4~고3	2011 ~ 2013	한국청소년정책연구원
	우울, 불안, 게임중독, 자살, 스트레스, 비행, 생활만족도, 자아존중감, 자기효능감, 정서조절 등		

3) WHO, 1999. Strengthening Mental Health Promotion, WHO Fact Sheet No 220. WHO, Geneva.

4) 국민건강영양조사는 만1세 이상 가구원을 대상으로 국민건강증진법 제16조 에 근거하여 실시하는 국민의 건강행태, 만성질환 유병현황, 식품 및 영양섭취실태에 관한 법정조사이며, 현재까지 제1기(1998), 제2기(2001), 제3기(2005), 제4기(2007-2009), 제5기(2010-2012)조사를 실시하였다.

5) 지역사회건강조사는 만19세 성인을 대상으로 2008년부터 매년 실시되는 조사이며, 흡연, 음주, 안전, 운동, 식생활, 비만, 구강, 정신건강, 검진, 질환 이환 등 258개 조사문항(180개 지표)으로 구성되어 있다.

6) 청소년건강행태온라인 조사는 2005년부터 중·고생을 대상으로 흡연, 음주, 신체활동, 식습관, 정신

이 중에서 정신건강에 초점을 맞춘 「정신질환실태역학조사」와 「아동·청소년정신건강실태조사」에서 다루고 있는 '정신건강' 접근법은 매우 상이하다. 「정신질환실태역학조사」는 한국어판 CIDI(Korean version of the Composite International Diagnostic Interview)를 사용하여 정신질환 유병률을 조사하였다. 이 조사의 정신질환 항목은 니코틴 사용장애, 신체형 장애, 불안장애, 우울증·기분부전장애, 양극성 장애, 정신병적 장애, 식이장애, 알코올 사용장애, 강박장애 및 외상후스트레스 장애 등이다(조맹제 외, 2011). 이에 반해 「아동·청소년 정신건강실태조사」에서는 아동·청소년의 정신건강과 관련된 지표를 개인영역, 가족영역, 지역사회영역, 학교영역으로 나누어 살펴봄으로써 아동·청소년의 정신건강 문제의 증상을 진단하는 것 보다는 정신건강 문제를 둘러싼 환경적 요인을 중심으로 살펴보고 있음을 알 수 있다.

「국민건강영양조사」, 「지역사회건강조사」, 「청소년건강행태온라인조사」에서 정신건강은 우울·스트레스·자살행동(자살시도 및 생각)과 관련된 항목이 기본 지표이다. 이 조사에서 우울증상 경험율은 "지난 1년동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 사람의 비율"이며, 스트레스 인지율은 "평상시 생활 중에 스트레스를 대단히 많이 혹은 많이 느끼는 사람의 분율"로 정의된다(김남순 외, 2013). 자살 행동 역시 지난 1년 동안 심각하게 자살을 생각하거나 시도한 사람의 분율이다. 「정신질환실태역학조사」에서 국제적으로 공인된 정신질환 진단 범주에 근거하여 한국인의 정신질환 유병률을 조사하였다면, 그 밖의 조사에서는 조사대상자가 일상적으로, 주기적으로 느끼는 자신의 기분에 대한 주관적 판단에 근거하고 있음을 알 수 있다.

이 연구에서 '정신건강'을 어떻게 정의할 것이며, 향후 심층면접의 대상자를 어떤 기준에 의해서 선정할 것인가의 문제는 매우 중요하다. 이 연구의 목적이 서울에 거주하는 여성들이 자신의 정신건강에서 문제를 겪고 있을 때 이들의 문제에 현재

건강 등 15개 영역 126개 설문에 대해 온라인으로 조사하고 있다.

7) 1995년 제정된 정신보건법 제4조 2항에 따라 매 5년마다 전국 정신질환자실태조사를 하게 되어 있으며, 2001년, 2006년, 2011년에 만 18세 이상 만 74세 이하 성인을 대상으로 주요 정신질환실태를 조사하고 있다.

8) 한국청소년정책연구원에서 전국의 초·중·고등학교에 재학 중인 학생들을 대상으로, 전국 16개 시·도의 초등학생(초4~6학년), 중학생(1~3학년) 그리고 일반계고와 전문계고를 포함한 고등학교에 재학 중인 남, 여 고등학생(1~3학년)을 대상으로 실시한 조사임.

서울시는 어떠한 공적 서비스를 지원하고 있으며, 향후 정책 방향을 도출하기 위한 것이라는 점에 비추어 볼 때, '정신 건강 문제'를 어떻게 정의하느냐에 따라서 연구 내용과 범위 대상자가 결정되기 때문이다.

우선 이 연구에서는 정신건강 문제를 판별하기 위하여 「정신질환실태역학조사」에서 사용하고 있는 '객관적'인 진단도구를 사용하지 않는다. 첫째 "정신의학의 '성경'"으로 불리고 있는 진단 통계 편람(DSM, Diagnostic and Statistical Manual)이 정상성과 정신 질환의 경계라는 결정적 기준을 설정함으로써, 진단 과열이 일어나고 있기 때문이다(Frances, 2014). 이 같은 진단 과열은 현대사회가 요청하는 스트레스를 잘 견디고 유연한 노동에도 잘 적응하는 '즐거운 로봇(cheerful robot)'을 양산하는(요시야스, 2014) 것에 일조한다. 둘째 여성들이 경험하는 정신건강 문제에 대한 진단과 약물 처방으로 이루어지는 치료과정에서 발견되는 몰성적(gender-blinded)관점 때문이다. 여성의 높은 우울증 유병률을 호르몬 탓으로 돌려 부적절한 치료를 하고, 생산과 재생산의 사회적 관계에 대한 검토가 필요한 경우에도 여성의 정신건강을 생물학적 성차, 생식기의 문제로 환원해 왔기 때문이다(Doyal, 2010[1995]:41). 진단에 초점을 맞추는 것은 문제를 개인화하고 고통을 질병으로 두고 분석의 장소를 상황과 맥락에서 개인으로 옮겨놓는다(브라운, 1994[2012]: 184). 셋째, 무엇보다 이 연구는 여성의 정신건강 실태를 밝히는 것이 주목적이기 보다는 여성들이 느끼는 정신건강의 문제를 해결하기 위한 정책적 개입을 통해, 정신보건정책과 여성·가족정책의 접점에서 여성의 정신건강 증진을 위한 정책 방향을 제시하는 것을 목적으로 하고 있기 때문이다. 따라서 중요한 것은 현재 여성들 스스로가 자신의 정신건강 문제를 어떠한 언어로 정의하고 있으며, 이들의 문제를 해결하기 위한 정책은 여성의 정신건강을 둘러싼 젠더 질서에 어디까지 개입하고 있는지 이다. 그렇기 때문에 이 연구에서 여성의 정신건강 문제는 기존의 건강 통계에서 광범하게 정의하고 있는 '우울, 스트레스, 자살(충동, 시도 등 행동)'의 기준을 따라 스스로 지각하는 인지율을 따를 것이다.

2) 연구 내용

본 연구의 내용은 다음과 같다.

구분	분석대상	분석내용
정책 현황 분석	중앙 및 서울시에서 추진하고 있는 정신건강증진 정책에서 여성의 정신건강 관련 프로그램	프로그램 내용
	서울시 여성·가족 정책 추진체계에서 정신건강관련 프로그램	정신건강과 관련되는 정책 추진체계 및 프로그램 내용
여성의 정신건강 실태 파악	지역사회건강조사, 국민건강영양조사, 사회조사, 정신질환실태역학조사	생애주기별 서울시 여성의 정신건강 실태와 특징, 사회경제적 변수와의 관계
	정신건강 지원체계 및 여성·가족지원 시설 지원체계 종사자, 전문가 면접	내담자의 정신건강문제 내용과 유형
정책 수요 파악	전문가 FGI ·정신건강 및 여성·가족지원 시설 종사자(상담) ·서울시 담당 공무원	현재 정책 추진체계의 문제점 향후 정책 과제 및 프로그램 제언
	생애주기별 여성	생애주기별 정신건강문제 해결에 필요한 정책 제언

○ 연구 대상 범위:

- 서울시 거주 10대~60대 이상 여성
- 서울시 여성의 정신건강 증진 서비스 전문가

○ 연구 내용:

- 2차 데이터 분석을 통해 서울시 거주 여성의 정신건강 실태 분석
- 생애주기별 서울시 여성의 정신건강 관련 정책 현황 분석: 정신보건 정책과 여성·가족정책을 중심으로
- 여성의 정신건강 증진 서비스 전문가 그룹 면접조사
- 정신건강 문제를 경험하고 있는 여성 심층면접
- 정책 제언 도출을 위한 전문가 FGI

3) 연구 방법

(1) 문헌 연구

문헌 연구를 통해 생애주기별 여성의 정신건강 관련 선행연구와 서울시 여성의 정신건강 실태를 분석하였다. 「국민건강영양조사」, 「지역사회건강조사」, 「청소년 건강행태 온라인 조사 통계집」, 「정신질환실태역학조사」, 「아동·청소년 정신건강 실태조사」, 「한국 여성건강 통계」 등을 참고하였다.

또한 현재 서울시에서 추진하고 있는 생애주기별 여성의 정신건강 지원정책 현황을 조사하였다. 서울시 '여성·젠더 건강 종합계획'은 정신건강을 포함하여 생애주기별 여성의 건강 정책을 모두 포괄하고 있는 기본 계획으로서 본 연구의 정책 방향 도출에서도 가장 중요하게 참조하였다. 정신보건정책 추진체계에서 정신건강증진센터를 여성가족정책 추진체계에서는 건강가정지원센터를 중심으로 정신건강 관련 사업 중에서 생애주기별 여성을 대상으로 하고 있는 사업 현황을 검토하였다.

(2) 전문가 면접 조사

이 연구의 목적이 여성의 정신건강 문제를 지원하기 위한 정책 과제에 초점을 맞추고 있기 때문에 실제 현장에서 여성들의 이야기를 듣고 서비스를 제공하는 전문가 그룹의 면접 조사는 매우 중요하다. 현재 시행되고 있는 정책의 효과성 및 문제점을 가장 민감하게 체감하고 있는 그룹이기도 하며, 향후 개선되어야 할 정책의 방향에 대해서 가장 실질적인 의견을 낼 수 있는 그룹이기 때문이다.

조사에 참여한 전문가 그룹은 당사자 심층 면접 대상자 모집에서도 매우 중요한 역할을 하였다. 우울, 스트레스, 자살(충동)의 문제를 겪고 있는 여성들을 만나기 위해서는 일차적인 라포 형성이 되어 있는 전문가의 소개를 통할 수밖에 없기 때문이다. 조사는 7월~8월에 걸쳐 이루어졌으며 개별 혹은 그룹의 형태로 진행되었다. 연구에 참여한 전문가 그룹은 다음과 같다.

▌표 Ⅰ-2▐ 전문가 FGI & 심층면접 참여자

일련번호	사례	생애주기	소속
1	A	전체	서울시정신건강증진센터
2	B		서울시자살예방센터
3	C		마포 의료복지사회적협동조합(준)
4	D		노원 함께걸음의료생활협동조합
5	E		은평 살림의료복지사회적협동조합
6	F	청소년기	○○여자 중학교 위클래스 상담실
7	G		○○여자 고등학교 위클래스 상담실
8	H		○○중학교 위클래스 상담실
9	I	청년기	서울시정신건강증진센터
10	J	중·장년기	(재)한국건강가정진흥원
11	K		동작구 다문화가족지원센터
12	L		서초구 건강가정지원센터
13	M		정신분석 심리상담소
14	N		○○대 종교연구소
15	O	노년기	서울시 어르신상담센터
16	P		서대문 노인자살예방센터

각 전문가 그룹이 지원하고 있는 서비스의 생애주기는 각 지원기관에서 초점을 두고 있는 생애주기를 표시한 것이며, 실제 서비스 내용에서는 두 개 이상의 생애주기에 걸쳐 서비스를 제공하기도 한다. 정신건강증진센터와 자살예방센터, 지역기반 활동을 하고 있는 의료사회적협동조합 활동의 경우에는 전체 생애주기 범주에 들어가 있지만 이후 분석에서는 생애주기별 사업에서 나누어 살펴볼 것이다.

전문가 면접조사는 실제 상담 현장에서 이들이 느끼는 생애주기별 여성의 정신건강 문제 현황과 지원 서비스 내용, 그리고 향후 정책 제언을 중심으로 질문하였다. 다년간의 경험을 통해 청소년기에서 노년기에 이르는 여성들이 호소하는 정신건강 문제의 현황과 변화 추이를 비롯하여, 지원 체계의 문제점 및 개선 방안에 초점을 두었다.

(3) 당사자 심층 면접

생애주기별 서울시 여성의 정신건강 지원방안을 도출하기 위하여 본 연구는 정신건강 문제를 겪고 있는 여성들을 심층 면접하였다. 총 20명의 여성들을 1:1로 만나 심층면접 하였으며, 1회 인터뷰 시간은 2시간에서 3시간이 소요되었다. 8월~9월에 걸쳐 조사가 진행되었다.

우울, 스트레스, 자살 충동 등의 정신 건강 문제를 겪고 있는 여성들의 면접은 이들과 신뢰관계를 형성하고 있는 전문가의 소개를 통한 것이었음에도 불구하고 쉽지는 않았다. 모든 면접에 앞서 심층면접을 수행하고 있는 연구자는 전문적인 치료자가 아님을 분명하게 밝히고, 면접 진행 도중 이야기가 어려운 경우에는 언제라도 중단할 수 있다는 것을 알렸다. 다행히 중간에 면접을 중단한 경우는 없었지만, 사전에 계획된 면접을 당일에 취소한 경우는 20대 중에서 2명이 있었다.

10대 면접자는 중·고등학교 상담교사의 추천을 받았다. 20대 청년기 여성 면접자는 여성들이 많이 사용하는 인터넷 게시판을 활용하였다. 대학교 상담센터를 이용한 경험이 있으면서 우울·스트레스·자살(충동)의 정신건강 문제를 겪고 있는 여성들을 모집하는 글을 올리자마자 엄청난 수의 지원자로부터 연락이 왔다. 그 중에서 정신건강 증진 서비스 이용 경험이 있으면서 취업 준비생, 대학생, 직장인인 여성들을 심층면접 하였다. 30대에서 50대에 이르는 중·장년기 여성들은 일차적으로 건강가정지원센터, 한부모가족지원센터, 지역 의료사회적협동조합에서 연령대별로 소개를 받았으며, 특정 사례의 경우 주변에서 소개를 받았다. 60대 이상의 노년기 여성의 경우에는 노인자살예방센터를 통해 소개를 받았다. 이 여성들의 경우 노인종합복지관에서 복지 서비스를 받는 여성들로 모두 1인 가구 여성들이다. 연구에 참여한 심층면접 대상자의 기본 정보는 다음과 같다. 심층면접 대상자 사례 번호는 10년 단위 연령과 알파벳으로 순번을 표기하였다.

▌표 Ⅰ-3▐ 생애주기별 여성 심층면접 참여자

구분	사례	출생 연도	학력	혼인 상태	자녀 수(연령)	직업
1	10A	2000	중학생	-	-	-
2	10B	2000	중학생	-	-	-
3	10C	2000	중학생	-	-	-
4	20A	1990	대졸	비혼	-	회사원
5	20B	1992	대학생	비혼	-	인턴
6	20C	1991	대학생	비혼	-	취업준비
7	30A	1981	고졸	한부모	2명 (8세, 4세)	무직(수급자)
8	30B	1977	대졸	비혼	없음	무직
9	30C	1977	전문대졸	유배우	2명 (7세, 4세)	교사
10	30D	1982	대졸	유배우	1명 (5세)	전업주부
11	30E	1980	전문대졸	유배우	2명 (5세, 2세)	전업주부
12	40A	1969	고졸	한부모	5명 (23세, 22세, 20세, 15세, 13세)	마을상담원 (수급자)
13	40B	1975	대학원졸	비혼	없음	학생
14	40C	1968	대졸	유배우	3명 (22세, 9세, 3세)	전업주부
15	50A	1960	방통대재	한부모	2명 (22세, 20세)	요양보호사
16	50B	1961	*	유배우	2명 (33세*, 30세)	무직(수급자)
17	50C	1955	고등중퇴	한부모	1명 (24세)	무직(수급자)
18	60A	1946	초등중퇴	사별	1명(45세)	무직
19	70A	1938	대졸	사별	2명(51세, 48세)	무직
20	80A	1933	*	사별	5명(2명은 사망, 61세, 50대 후반)	무직

정신건강 문제를 겪고 있는 당사자 심층면접에서는 먼저 당사자들이 진단하는 자신의 정신건강 문제의 주요한 내용과 원인을 조사하였다. 면접에 참여한 여성들이 민간 혹은 공공 기관에서 제공하는 상담 서비스를 통해 자신의 정신 건강 문제를 언어화 한 경험이 있었기 때문에 자신의 증상을 명명할 수 있었다. 그러나 본 연구의 심층면접이 전문적인 치료 및 상담이 아니기 때문에 증상의 원인을 파악하는 것에 초점을 맞추기 보다는 여성들이 자신의 정신건강에 문제가 있음을 자각하였을 시 어떠한 노력을 기울여 왔으며, 어떠한 서비스에 접근 가능한지, 이용한 서비스에 대한 평가 및 개선 방안, 가족 관계와 사회적 관계망의 특징에 좀 더 초점을 맞추었다.

▌표 Ⅰ-4▐ 심층면접 조사 내용

<table>
<tr><th>주제</th><th colspan="3">세부 내용</th></tr>
<tr><td>정신 건강 문제 인지</td><td colspan="3">·자신의 정신 건강에 문제가 있다는 것을 인지하게 된 시점, 계기, 상황</td></tr>
<tr><td>정신 건강 문제의 구체적 내용 : 스트레스, 우울, 자살충동</td><td colspan="3">·면접자가 인지하는 정신 건강 문제의 내용
·생애주기별 집단의 특수한 상황 속에서 발생하는 문제
<table>
<tr><th>생애주기별 집단</th><th colspan="2">예상되는 정신 건강 문제 요인</th></tr>
<tr><td>10대 청소년기</td><td colspan="2">·학업 스트레스, 부모와의 갈등, 외모, 교우 관계, 외로움</td></tr>
<tr><td>20대 청년기</td><td colspan="2">·환경의 변화, 자기 결정권의 획득, 진학, 취업, 종사상 지위, 직장생활, 성생활</td></tr>
<tr><td rowspan="4">30~50대 중·장년기</td><td>비혼</td><td>·일과 결혼에 대한 사회적 규범, 종사상 지위, 직장 생활</td></tr>
<tr><td>산모</td><td>·산후 우울증, 육아</td></tr>
<tr><td>전업모</td><td>·양육, 자녀, 부부, 부모 관계</td></tr>
<tr><td>취업모</td><td>·일·가정 양립 스트레스, 자녀, 부부, 부모 관계</td></tr>
<tr><td>60대 이상 노년기</td><td colspan="2">·배우자 및 본인 퇴직, 자녀, 부부, 부모 관계
·자녀의 결혼으로 인한 새로운 가족관계, 배우자 및 지인의 사망, 경제적 어려움, 이혼</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>문제 대처 방법</td><td colspan="3">·치료 혹은 상담 여부와 그 방법을 선택한 이유
·대처 방법의 효용성
·가족 및 주변 인물들과의 관계 변화</td></tr>
<tr><td>정신 건강 증진 관련 서울시 정책 인지도</td><td colspan="3">·서울시에서 제공하는 정신건강 증진 서비스 인지도
·정신건강 서비스를 알게 된 계기
·정신건강 서비스에 대한 평가</td></tr>
<tr><td>정책 요구 사항</td><td colspan="3">·여성의 정신 건강 증진을 위해 가장 필요한 서비스
·낙인, 차별, 방임을 해결하기 위한 방법
·가족, 지역사회, 공공, 민간 영역별로 필요한 도움</td></tr>
</table>

본 연구의 구성은 다음과 같다. Ⅱ장에서는 기존의 자료를 바탕으로 생애주기별 여성의 정신건강 실태를 분석한다. 지역사회건강조사, 국민건강영양조사, 아동·청소년 정신건강 실태조사, 청소년 건강행태 온라인 조사 등을 참고하였다. Ⅲ장에서는 현재 생애주기별 서울시 여성의 정신건강을 지원하기 위한 정책 현황을 분석하였다. 정신보건정책 추진체계와 여성·가족정책 추진체계를 두 개의 축으로 삼았다. Ⅳ장은 정신건강을 지원하고 있는 전문가와 생애주기별 당사자 면접을 통해 현재 정신건강 실태와 지원 현황, 정책수요를 파악하였다. Ⅴ장에서는 조사 결과를 바탕으로 서울시 여성의 정신건강 증진에 필요한 정책 방향과 과제를 도출하였다.

3. 연구 추진 체계

본 연구의 추진 체계는 다음과 같다.

<table>
<tr><th>단계</th><th colspan="2">주요내용</th><th></th></tr>
<tr><td rowspan="4">1단계
연구 기획 및 착수</td><td colspan="2">시행계획서 작성 및 제출</td><td rowspan="4">연구방향 및 주요 연구내용 도출</td></tr>
<tr><td>문헌연구 및 통계자료 분석</td><td>- 여성의 정신 건강 관련 선행 연구 검토
- 통계자료 분석: 지역사회건강조사(질병관리본부), 사회조사(통계청), 정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사(서울시정신건강증진센터)</td></tr>
<tr><td>착수자문회의</td><td>- 대상: 학계 전문가, 서울시 담당자, 재단 내부 전문가
- 논의내용: 연구방향 및 설계 적절성, 연구방법 타당성, 연구내용의 적절성 등</td></tr>
<tr><td colspan="2">착수결과보고서 작성 및 제출</td></tr>
<tr><td rowspan="3">2단계
조사 단계</td><td>전문가 그룹 FGI</td><td>- 기관 방문 내담자 유형 및 특징
- 서비스 제공 현황
- 정책적 요구사항
- 심층면접 참여자 소개</td><td rowspan="3">생애주기별 여성의 정신건강 실태 및 정책 요구 분석</td></tr>
<tr><td>생애주기별 심층면접</td><td>- 정신 건강 문제 인지 시점, 계기, 상황
- 생애주기별 집단의 정신 건강 문제의 내용
·10대 청소년기, ·20대 청년기
·30~50대 중·장년기, ·60대 노년기
- 문제 해결 대처 방법
- 정신 건강 증진 관련 서울시 정책 인지도
- 정책 요구 사항</td></tr>
<tr><td>정신 건강 증진 지원 정책 현황 분석</td><td>- 서울시 정신건강 관련정책에 대한 젠더 관전 분석
- 서울시 여성·가족정책에서 여성의 정신건강 증진과 관련되는 정책 분석</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3단계
정책 방안 도출</td><td>정책방안 마련을 위한 FGI</td><td>- 정신 건강 서비스 제공 전문가
: 의사, 상담자, 서비스 기관 담당자
- 심층면접 참여자 중 일부
- 연구진</td><td rowspan="2">정신 건강 실태와 정책 요구에 근거한 생애주기별 서울시 여성의 정신 건강 증진 방안 도출</td></tr>
<tr><td>정책방안 도출 및 정리</td><td>- 여성의 정신 건강 문제에 대한 생애주기별 접근에 기반한 정신 건강 실태 파악
- 생애주기별 여성의 정책 요구에 기반한 서울시 여성의 정신 건강 증진 방안 모색</td></tr>
<tr><td>4단계
최종 보고</td><td colspan="3">최종심의 및 최종보고
연구보고서 발간</td></tr>
</table>

4. 연구의 의의와 한계 및 추후 과제

1) 연구의 의의

본 연구는 현재 서울시에서 추진하고 있는 여성의 정신건강 지원방안과 관련된 정책현황을 분석하고, 생애주기별 여성의 정신건강을 지원하고자 하는 정책 과제를 제안하고자 하였다. 그 동안 정신건강 관련 실태조사에서 젠더 격차가 보였던 우울감, 스트레스, 자살생각 등의 영역을 생애주기별 여성의 질적 자료를 통해 구체적으로 실태와 정책 수요를 조사하고자 하였다. 이 연구를 통해 청소년기부터 노년기에 이르는 생애주기별 접근은 여성의 정신건강에 위험을 미치는 요인들이 특정 시기의 한 사건에만 연루된 것이 아니라 오랫동안 축적된 시간의 산물임을 보여주었다.

2) 연구의 한계와 추후 과제

청소년기부터 노년기까지 생애주기 전반에 걸쳐 여성의 정신건강을 지원하기 위한 정책적 방안을 모색하고자 했던 본 연구는 광범한 연구범위로 인하여 몇 가지 한계를 안고 있다.

첫째, 각 생애주기별 여성의 정신건강에 영향을 미치는 사회·경제적 요인과 관련된 분석에 깊이를 더하지 못하였다. 이는 본 연구의 제약 속에서 심층면접에 참여할 수 있는 면접자를 다양하게 모집할 수 없었기 때문이기도 하다. 본 연구에서는 생애주기별 정신건강 실태보다는 지원방안 모색에 초점을 맞추었기 때문에 각 생애주기별 여성들이 정신건강 문제 해결을 위한 노력의 부분과 향후 정책 수요와 관련된 조사에 역점을 두었다.

둘째, 정신건강 지원방안 서비스를 이용하고 있지 못하는 여성들의 수요를 다루지 못하였다. 지원방안 모색이라는 연구 목적에 따라 현재 서비스를 이용하고 있거나 과거 이용한 경험이 있는 여성들을 심층면접 대상자 모집의 기준으로 정하였지만, 보다 심층적인 연구를 위해서는 서비스 이용 밖에 있는 여성으로까지 확대하는 것이 필요하다. 본 연구의 정책 제언으로 여성의 정신건강 실태조사를 추후 과제로 제안하여 보다 다양한 여성들을 위한 정책 개발의 근거가 될 수 있도록 하였다.

셋째, 생애주기별 정신건강 정책에 대한 본 연구 결과를 토대로 청소년기와 청년기, 중·장년기, 노년기 여성의 정신건강과 관련된 심화된 세부 연구를 통해 생애주기별 젠더·건강 정책을 발전시키는 것이 필요하다.

Ⅱ

생애주기별 정신건강 선행연구 및 실태

1. 정신건강과 젠더
2. 서울시 생애주기별 정신건강 실태
3. 생애주기별 여성의 정신건강 연구

Seoul
Foundation of
Women &
Family

Ⅱ 생애주기별 정신건강 선행연구 및 실태

1. 정신건강과 젠더

보건 정책에서 젠더관점의 중요성은 많은 연구자들에 의해서 강조되어왔다(장필화·조영미, 2001; 송다영, 2001; 천희란·정진주, 2008). 여성의 건강이 임신·출산을 비롯한 생물학적 차이에서만 비롯되는 것이 아니라 사회적·경제적·문화적 권력관계의 측면에서도 남성과 다른 질서 속에 배치되어 있다는 사실과 관련되어 있기 때문이다. 건강에 대한 젠더 분석은 건강에 영향을 미치는 사회문화적 요인 분석을 통해 여성뿐만 아니라 남성 역시 현재의 젠더 질서 하에서 건강불평등을 경험하는 것을 밝혀낸다. 여성에 비해 더 많은 자원과 권력을 갖고 있지만 그것은 또 다른 신체적·정서적 건강의 손실, 짧은 수명으로 이어지기 때문이다.

건강에 대한 젠더 분석은 양성간의 차이를 전제로 여성 건강의 고유한 요구에 초점을 두는 '여성 건강 필요 접근법(women's health needs approach)'과 여성의 취약함, 불이익과 관련된 젠더 역할을 강조하는 '젠더 형평 접근법(gender equity approach)'으로 구분하기도 한다.[9] 여성의 건강에 대한 관점의 변화는 여성의 경험, 몸에 대한 인식론의 변화를 반영한다. 즉 섹스(sex)에서 젠더(gender)로 분석틀을 확장하면서 '젠더'를 정치적·역사적·사회적 분석 범주로 자리매김해 온 (Scott, 1988) 이론적 발

9) Liverpool School of Tropical Medicine, *Guidelines for the analysis of gender and health group* (http://www.lstmliverpool.ac.uk/research/departments/international-public-health/gender-and-health-group/guidelines)

전 속에서 여성의 건강을 분석하는 프레임도 같이 변화해왔다. 그러나 이같은 섹스와 젠더의 구분은 그 자체로 완결된 것이 아니라 여전히 논쟁적인 범주이다. 섹스에 대한 역사적 구성(라커, 2000[1990])과 젠더가 섹스를 자연화시킨다는 버틀러(Butler, 1990)의 비판은 섹스에 대한 우리의 인식조차 젠더화되어 있음을 보여주는 것이다. 따라서 건강 연구에서 여성 고유의 건강 문제라 일컬어지는 모성·양육·성(sexuality)을 여성 건강 영역으로 환원하는 것은 섹스와 젠더에 대한 기존 관점의 반복이다. 이렇게 본다면 여성 건강 필요 접근법과 젠더 형평 접근법 역시 분명하게 구분되기 어렵다. 건강에 대한 여성의 요구는 여성만의 고유한 요구가 아니라 취약한 젠더 질서 속에서 도출된 것이기 때문이다.

이같은 관점은 여성의 정신건강 연구에서 특히 중요하다. 남성에 비해 높은 유병률을 보이는 여성의 우울증이나 불안에 대해서 정신건강 분야의 전문가들은 여성들이 겪는 어려움을 호르몬의 문제로 환원하여, 개인의 문제로 국한시키고, 여성들 개인이 환경에 적응하는 것을 주요한 목표로 삼음으로써(최윤경, 2010), 여성의 정신건강을 결정짓는 생산과 재생산의 사회적 관계를 간과한다(Doyal, 1995). 생애주기별 여성의 정신건강 지원방안을 도출하기 위한 본 연구에서는 건강잠재력(health capability, Ruger, 2010) 개념에 주목하였다. 건강잠재력은 기본적으로 사람들이 결과적으로 건강이 좋은 상태(good health)만을 추구하는 것이 아니라 그 결과를 추구할 수 있는 능력을 모두 원한다는 사실에서 출발한다. 따라서 건강과 관련된 사회정책 패러다임에서 건강 기능(health functioning)과 건강 행위성(health agency)을 통합한 패러다임을 제시한다. 건강불평등의 격차가 없는 공정한 건강 사회는 모든 개인들로 하여금 건강이 아니라 건강할 수 있는 능력을 실질적으로 보장하는 것이어야 한다(김남순 외, 2013). 청소년부터 노년기 여성에 이르기까지 여성의 정신건강이 개인적 자기관리에서 비롯되는 것이 아니라 여성이 건강할 수 있는 능력을 실질적으로 사회가 보장하는가의 여부에 주목해야 한다. 건강잠재력의 구성요인을 내적요인과 외적요인으로 나누어 설명하고 있는 러거(Ruger, 2010: 45)에 따르면, 사회적 규범과 건강을 위한 사회적 네트워크, 사회적 소속감 등이 건강잠재력을 구성한다.

▌표 Ⅱ-1▐ 건강 잠재력의 구성 요소

내적 요인	외적 요인
A. 건강 상태와 건강 기능 B. 건강 지식 C. 건강 추구 기술과 믿음 D. 건강 가치와 목표 E. 건강을 위한 자기통치, 관리, 그에 대한 인지 F. 건강을 위한 효과적인 의사결정 G: 내적 동기 H. 긍정적 전망	A. 사회적 규범 B. 건강을 위한 사회적 네트워크와 자본 C. 사회적 그룹 소속감 D. 물질적 환경 E. 경제적, 정치적, 사회적 안전 F. 건강 서비스 이용과 접근성 G. 공중보건과 보건의료 체계

출처: Ruger(2010),김남순 외(2013) 참고

건강 잠재력의 내적요인은 건강 행위성의 개인적 수준에서 판별하고 결정될 수 있는 요인이다. 정신건강의 측면에서 살펴보자면 자신의 정신건강 상태를 정확하게 판단하고, 우울감과 스트레스 요인을 극복하고 관리할 수 있는 관리 능력, 자신의 정신적 불건강을 야기시키는 사회적 규범에 저항할 수 있는 능력 등을 포함한다. 외적 요인은 개인의 건강 잠재력에 영향을 미치는 구조적 차원을 포함한다. 알콜, 성적 행동, 비만 등에 관한 사회적 규범, 차별, 사회적 네트워크와 활동의 차원, 소득과 고용상태 등의 경제적 차원 등이 여기에 속한다. 여성의 정신건강에서 외적 요인은 매우 중요하다. 사회적으로 여성에게 부과되는 생애주기별 성역할 규범은 여성들의 건강잠재력을 심각하게 훼손하기 때문이다.

생애주기별 여성의 정신건강 지원방안을 모색하기 위한 본 연구에서는 여성들의 심층면접 조사와 분석에 있어, 여성들이 현재 정신적 건강 상태뿐만 아니라 이들이 지금까지 자신의 건강잠재력 형성과 관련된 삶의 경험에 관심을 둘 것이다. 청년기 여성의 우울함을 이 여성의 건강잠재력 형성과정에 관심을 둔다면 어느 시기, 어떤 상황에서 이 여성의 건강잠재력이 훼손되었는지를 볼 수 있을 것이다.

여성의 정신건강에 대한 지원방안을 모색함에 있어 본 연구는 생애주기별 접근을 취하고 있다. 여성의 건강에 대한 생애주기별 접근은「서울시 젠더·건강종합계획」을 비롯하여 해외의 여성 건강 정책에서도 중요한 관점이다. 기존의 여성건강 정책에서 생물학적 성차에 근거한 건강 영역만을 여성건강으로 보는 것에서 벗어나 건강에 대한 젠더 관점을 도입한다면 전 생애주기에 걸쳐 여성 건강에 대한 정책적

개입이 당연히 요청되기 때문이다.

생애주기(life cycle)는 보편적이고 규범적인 생의 사건을 중심으로 구분하며, 인간의 생애주기는 출생에서 사망에 이르는 전 생애의 기간을 몇 개의 단계로 구분한다. 구체적인 구분은 아래 표에서 보는 바와 같이 연구의 성격이나 배경에 따라 다르며, 본 연구에서는 기존 연구의 생애주기 분류를 참고하여, 총 다섯 단계의 생애주기로 나누었다.

▌표 Ⅱ-2▐ 생애주기 구분

<table>
<tr><th></th><th>본 연구</th><th>신복지체계</th><th>유럽연합(EU)
사회정책 핵심지표</th><th>개인·가족
생애주기 이론</th></tr>
<tr><td rowspan="6">생애주기</td><td rowspan="3">영·유아기·아동기</td><td rowspan="3">아동·청소년기
(0~24세)</td><td rowspan="4">0~17세</td><td>태아기</td></tr>
<tr><td>영·유아기(0~6세)</td></tr>
<tr><td>아동기(7~12세)</td></tr>
<tr><td>청소년기 (13~19세)</td><td>청소년기(13~19세)</td></tr>
<tr><td>청년기 (20~29세)</td><td>18~44세</td><td>성인기(20~39세)</td></tr>
<tr><td>중·장년기(30~59세)</td><td rowspan="2">성인기
(25~64세)</td><td>45~54세</td><td rowspan="2">중·장년기(40~64세)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">노년기(60세 이상)</td><td>55~64세</td></tr>
<tr><td>노년기
(65세 이상)</td><td>65세 이상</td><td>노년기(65세 이상)</td></tr>
</table>

참고: 박시내 외, 2013

정신건강 지원방안을 모색하고자 하는 본 연구에서 청소년기는 중·고등학교로 범위를 제한하였다. 우울감, 스트레스, 자살충동 등과 같은 내용으로 초등학생을 대상으로 심층면접을 수행하기에는 무리가 있다고 판단되었기 때문이다. 청년기에서는 20대를 다루었으며, 30대에서 50대에 이르는 시기를 중·장년기로 포괄하여 다루되, 실태조사에서는 연령을 세분화하여 다루었다. 다른 연령대와 달리 중·장년기에 30년에 해당하는 연령집단을 포함시킨 것은 이 시기 여성의 생애주기가 더 이상 표준화할 수 없이 다양해졌기 때문에 연령보다는 결혼·출산·양육·노동, 비혼 등의 생애사건을 중심으로 접근하는 것이 더 연구 목적에 더 부합하기 때문이다. 60대 이후의 연령집단은 노년기로 분류하였다.

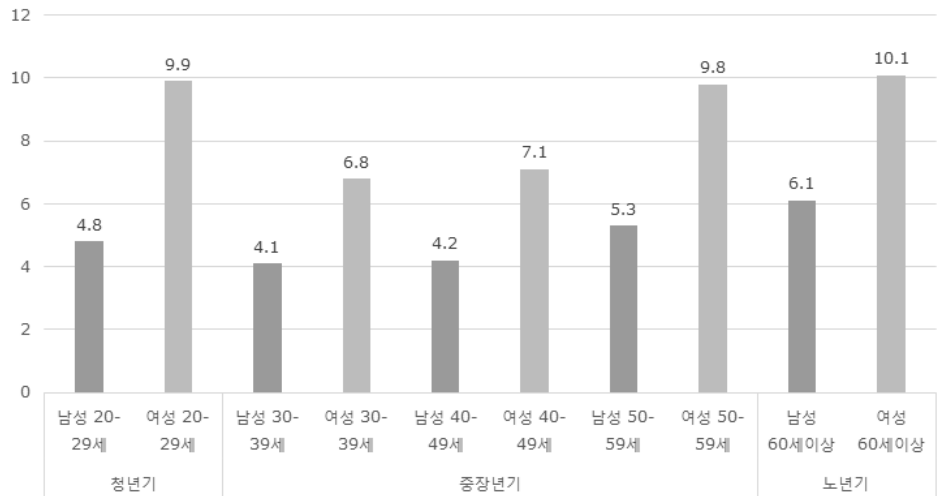
2. 서울시 생애주기별 정신건강 실태

1) 서울시 여성의 우울증상 경험률

기존의 정신건강 관련 통계 자료를 활용하여, 서울시 여성들의 우울, 스트레스, 자살행동과 관련한 지표의 연령별 비교 분석을 실시하였다. 각 지표의 정의는 다음과 같다. 먼저 우울감 경험률은 "최근 1년(365일) 동안 연속적으로 2주(14일) 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감(슬픔이나 절망감 등)을 경험한 사람의 분율"(지역사회건강조사), 스트레스 인지율은 "평소 일상생활 중 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 사람의 분율"(지역사회건강조사), 자살생각률은 "최근 1년 동안 자살을 생각해 본 적이 있는 사람의 분율"(국민건강영양조사), 자살생각자의 자살시도율은 "최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 한 사람 중 실제로 자살시도를 해 본 적이 있는 분율"(국민건강영양조사)을 의미한다. 「지역사회건강조사(2012)」에서 서울시민의 우울증상 경험률을 살펴보면 모든 연령층에서 젠더 격차가 발생하고 있는 것을 알 수 있다. 청년기 여성의 우울증상 경험률은 같은 연령대 남성과 비교해서도 가장 큰 격차(5.1%p)가 나타난다. 50대 이후의 여성들에게서 우울증상 경험률이 높게 나타나기 시작하여 60대 이후의 여성 노인의 우울증상 경험률이 가장 높게 나타나고 있다. 본 연구에 참여한 청년기 여성들의 심층면접 결과를 살펴보면 청년기 여성들은 가족관계를 비롯하여 친밀한 관계에서의 어려움이 취업과 결혼 등에 대한 생애전망을 어렵게 만들고 있는 것으로 나타났다. 여기에 체중조절과 몸만들기 등이 취업 준비의 하나로 들어오고 있는 상황은 청년 여성들의 정신건강에 위험요소로 작동하고 있었다. 본 연구에 참여한 여성노인들의 정신건강은 다른 연령대의 여성들에 비해 심각한 상황은 아니었다. 1인가구주 노인 여성임에도 불구하고 종교 및 고향 모임 등 사회적 관계망이 활발하게 작동하거나 사회복지사와 긴밀한 관계를 맺으면서 사회적 안전망에 들어와 있는 경우 정신건강의 측면에서도 훨씬 안정적인 모습을 보였다. 그러나 「국민건강영양조사」(2012)를 살펴보면, 노년기 여성의 우울증상 경험률은 연령이 높아질수록 높게 나타나고 있어(60대 18.4%, 70대 이상 22.3%)[10] 노년기 여성 우울증상에 대한 별도의 연구가 필요하다고 하겠다.

▌그림 Ⅱ-1▐ 서울시민의 성별, 연령별 우울증상 경험률

(단위: %)



자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 서울지역 자료 성별·연령별 재구성

우울증은 여성이 남성에 비해 2배 이상의 유병률을 보이고 있으며, 2020년까지 전세계적으로 질병부담의 두 번째 순위를 차지할 것으로 예측되고 있다(Murray & Lopez 1996, 질병관리본부, 2013:337 재인용).

정신장애 평생유병률에서도 남성과 여성이 다른 양상을 보인다. 남성은 알코올이나 담배로 인한 정신장애 유병률이 높고, 여성은 기분이나 불안장애에 의한 정신장

10) 국민건강영양조사(2012)에서 나타난 여성의 우울증상 경험률은 다음과 같다.

구분	전체	여성
12-14세	6.7	6.2
15-18세	13.0	19.3
19-29세	9.3	13.1
30-39세	10.8	13.2
40-49세	12.9	17.5
50-59세	15.0	17.4
60-69세	15.1	18.4
70세 이상	17.9	22.3

자료: 『국민건강영양조사(2012)』 재분석 (단위: %)

애 유병률이 높다. 기분장애는 주요우울장애, 기분부전장애, 양극성 장애로 구분할 수 있는데, 이 가운데 주요우울장애가 가장 큰 비율을 차지하였다(남자 4.3%, 여자 9.1%, 전체 6.7%). 주요우울장애의 위험은 여자가 남자에 비해 1.5배의 위험을 보였으며, 55세 이상에 비해 18-34세에서 1.9배의 위험을 보이고 있다(조맹제, 2011).

▌표 Ⅱ-3▐ 정신장애 평생 유병률

구분	전체	남성	여성
알코올 사용장애	13.4	20.7	6.1
니코틴 사용장애	7.2	12.7	1.7
정신병적 장애	0.6	0.3	0.9
기분장애	7.5	4.8	10.1
불안장애	8.7	5.3	12.0
섭식장애	0.2	0.1	0.2
신체형장애	1.5	0.7	2.2

자료: 조맹제 외(2011),『정신진활실태역학조사』

2) 서울시 여성의 스트레스

스트레스는 적응이 필요한 생애사건에 노출되거나 개인이 자신의 능력에 벗어나는 것을 요구받는 상황에 놓여 있을 때 발생한다(Adler et al., 1994, 질병관리본부, 2013: 352 재인용). 통계청 사회조사에서 나타난 생활 영역별 스트레스 인식정도를 살펴보면 전반적인 생활에서 스트레스를 인지하는 서울이 72.4%로 전국 69.6%에 비해 비교적 높게 나타나는 것을 볼수 있다. 특히 서울 여성의 경우 전반적인 생활에서 스트레스 인지율이 74.0%로 전국 평균을 4.4%p 선회하고 있다. 가정생활에서의 스트레스 인지율을 살펴보면, 서울 남성이 41.6%, 서울 여성이 58.6%로 17%p나 높게 나타나고 있다. 직장생활과 가정생활에서 느끼는 스트레스 인지율에서 모두 젠더 격차가 발생하지만, 가정생활에서 느끼는 젠더 격차가 압도적으로 높게 나타난다.

▌표 Ⅱ-4▐ 스트레스 인식 정도(13세 이상 인구)

전반적인 생활		느낌			느끼지 않는 편	전혀 느끼지 않음
			매우 느낌	느끼는 편		
전국	전체	69.6	11.5	58.1	26.9	3.5
	남자	68.8	10.9	57.9	27.4	3.8
	여자	70.3	12.1	58.2	26.5	3.2
서울	전체	72.4	12.8	59.6	25.1	2.6
	남자	70.6	12.7	57.9	26.4	3.1
	여자	74.0	12.8	61.2	23.9	2.1

가정생활		느낌			느끼지 않는 편	전혀 느끼지 않음
			매우 느낌	느끼는 편		
전국	전체	48.1	7.4	40.7	41.5	10.5
	남자	40.9	5.6	35.3	46.5	12.6
	여자	55.1	9.2	45.9	36.6	8.3
서울	전체	50.3	7.9	42.4	40.1	9.6
	남자	41.6	6.4	35.2	46.6	11.8
	여자	58.6	9.3	49.3	34.0	7.4

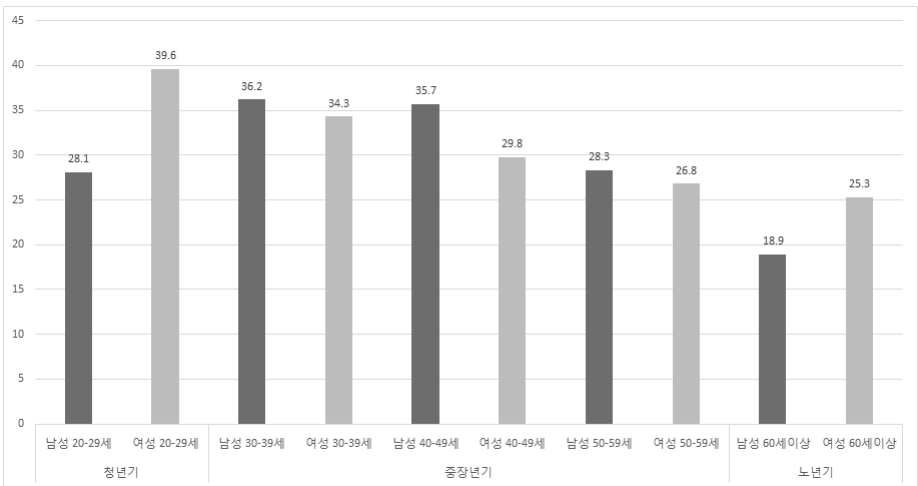
직장생활		느낌			느끼지 않는 편	전혀 느끼지 않음
			매우 느낌	느끼는 편		
전국	전체	74.1	17.5	56.6	21.4	4.5
	남자	75.2	18.0	57.2	20.3	4.5
	여자	72.7	16.9	55.8	23.0	4.4
서울	전체	77.6	21.3	56.3	18.6	3.8
	남자	77.7	21.5	56.2	18.0	4.3
	여자	77.2	20.9	56.3	19.5	3.2

자료: 통계청(2012), 사회조사

지역사회건강조사(2012) 자료에서 서울시민의 성별 스트레스 인지율을 살펴보면 여성이 31%, 남성이 30%로 여성이 근소하게나마 높게 나타난다. 이를 연령별로 다시 세분화하면, 청년기 여성의 스트레스 인지율이 매우 높게 나타나며, 노년기에서도 젠더 격차가 크게 나타난다. 다른 연령대에서는 남성의 스트레스가 여성보다 높게 나타나는 것을 볼 수 있다. 이는 앞의 사회조사에서 살펴본 바와 같이 직장생활과 가정생활 영역에서의 스트레스 차이의 남녀격차가 중·장년기 여성의 스트레스 인지율에 반영되었을 것으로 보인다.

▌그림 Ⅱ-2▐ 서울시민의 성별, 연령별 스트레스 인지율

(단위: %)



자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 서울지역 자료 성별·연령별 재구성

우울증상 경험률과 더불어 스트레스 인지율에서도 청년기와 노년기 여성은 정신건강 지표에서 주목해야 할 인구집단으로 등장하고 있다. 노년기 여성의 경우 우울감 인지율과 달리 스트레스 인지율은 이전 연령집단의 여성에 비해 낮아지는 추세를 보이고는 있지만 남성 노인과 비교해 볼 때 여전히 높다는 점에 주목해야 한다. 여성이 남성에 비해 기대수명은 길지만 건강하게 살 수 있는 기간은 훨씬 길어 젠더 패러독스(gender paradox)로 불리는 현상은 노년기 여성의 정신건강 지원방향에서 주목해야할 부분이다.

3) 서울시 여성의 자살행동

서울시의 성별에 따른 연령별 자살사망률은 모든 연령대에서 남성이 모두 높은 빈도를 차지하는 것으로 나타난다. 남성의 경우는 연령대가 높아질수록 자살사망률이 증가하는 반면, 여성의 경우는 30대까지 증가추세를 보이다가 40대에서 60대까지 증가와 감소를 반복하다가 70대부터 큰 폭으로 증가한다.

연령대별 자살사망자 비율에 있어서는 남성은 50대가 22.5%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 다음 순서로는 40대 19.5%, 20대 15.8% 등으로 나타났으나 여성은 20

대가 22.1%로 가장 높은 비율을 차지했으며, 다음 순서로는 50대 137명(17.2%), 40대 127명(16.0%)으로 나타났다.

2011년 정신역학 실태조사에서는, 자살관련 행동으로서 자살사고(suicidal idea), 자살에 대한 계획(suicidal idea), 자살시도(suicide attempt)에 대해 조사한 결과 자살관련행동에 대한 평생유병률은 자살사고 15.6%, 자살계획 3.7%, 자살시도는 3.2%로 나타났다. 자살사고는 "자살하는 것에 대해 진지하게 생각한 적이 한번이라도 있습니까?"라는 질문으로, 자살 계획은 "자살하려고 구체적으로 계획을 세운 적이 있습니까?"로, 자살시도는 "자살을 시도한 적이 있습니까?" 항목으로 측정되었다. 조사결과대로라면 일반 성인의 15.6%는 자살에 대해 진지하게 생각한 적이 있는 것으로 해석할 수 있다.

▌표 Ⅱ-5 ▌자살관련행동의 평생 유병률

구분	전체	남자	여자
자살사고	15.6	13.4	17.9
자살계획	3.3	2.4	4.1
자살시도	3.2	2.4	4.1

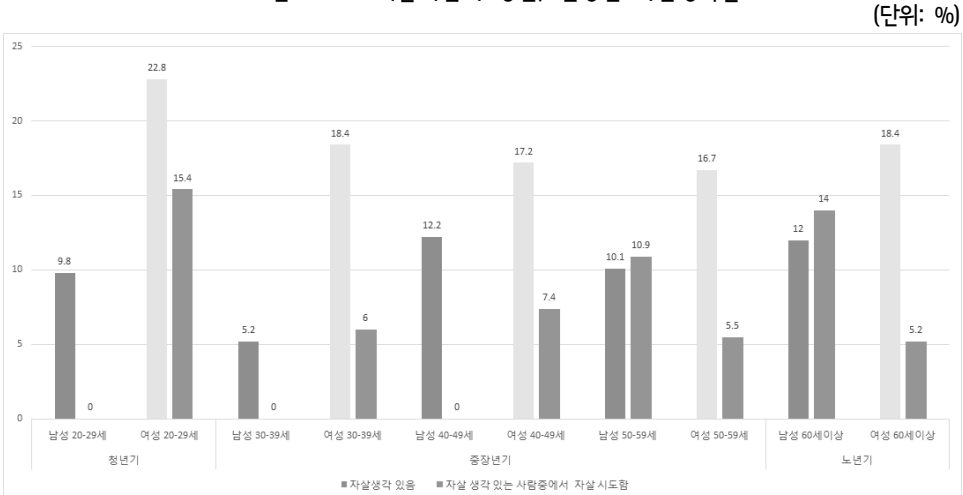
자료: 「정신질환실태역학조사」, 조맹제 외(2011).

「국민건강영양조사」(2012)에 나타난 성별·연령별 자살생각률과 자살시도율을 살펴보면 자살생각은 모든 연령대에서 여성이 높게 나타난다. 남성의 경우 자살생각률은 낮게 여성보다 낮게 나타나고, 자살시도는 나타나지 않다가 50대 이후에 들어 자살시도율에 있어 여성보다 급격하게 증가하고 있음을 알 수 있다. 이는 「사회조사」(2012)에서 자살에 대한 충동 및 이유에서 '경제적 어려움'이 가장 높은 응답률을 보인 것에서도 알 수 있듯이, 남성의 실직 및 해고로 인한 생계부양자 위치의 상실이 남성의 자살시도율을 높이고 있는 것으로 해석 할 수 있다. 그러나 다른 한편에서는 50대 이후 남성의 정신건강에 필요한 사회적 관계망의 취약함을 보여주는 것이기도 하다. 여성들의 경우 자살생각률은 매우 높지만 자살시도율은 낮게 나타나는 것은 자살생각에서 실제 자살시도에 이르는 중간 단계에서 정신적 긴장을 완화 할 수 있는 사회적 관계망이 발달되어 있다. 본 연구에 참여한 노년기 여성들의

경우에서도 자살 생각을 많이 하고, 자살 시도 경험이 있던 여성 노인의 경우 종교 활동을 통해 만난 사람들과의 관계, 사회복지사와의 관계 등을 통해 친밀함을 나누고 있었다. 사별로 인한 우울증으로 자살생각을 했던 50대 여성의 경우에도 정신적 고립감을 벗어 날 수 있도록 손을 내밀어 준 이웃 여성들과의 관계가 있었기 때문에 극단적인 선택을 하는 것을 막을 수 있었다. 이에 반해 남성들의 경우 자살생각을 한다는 것에 대해서 다른 사람들에게 도움을 청할 수 있는 기회가 매우 적기 때문에 자살시도, 나아가 자살이라는 극단적인 선택을 하게 만든다.

▌그림 Ⅱ-3▐ 서울시민의 성별, 연령별 자살생각률

(단위: %)



자료: 「국민건강영양조사(2012)」, 서울지역 자료 성별·연령별 재구성

「사회조사」(2012)의 자살충동에 대한 이유에서 나타나는 젠더 격차뿐만 아니라 자살행동에서 보이는 젠더 격차를 고려한 성별·연령별 정신건강 증진 정책 마련이 필요하다. 생애주기별 여성의 정신건강 지원방안을 마련하고자 하는 본 연구의 목적에 벗어나 연구에 포함시키지는 못했지만 50대 이후 남성의 자살생각에 대한 지표에 근거한 정신건강 지원 정책 마련이 시급하다. 이런 점에서 서울시 베이비부머 응원 종합계획에서 추진하고 있는 베이비부머 대상 정신건강 검진과 심리검사 서비스 제공 사업은 매우 시의적절한 정책이라고 할 수 있다.

▌표 Ⅱ-6▐ 자살에 대한 충동 및 이유(13세 이상 인구)

(단위: %)

구분	계	남성	여성
자살충동 있었다	9.1	7.5	10.6
경제적 어려움 때문에	*39.5*	*44.2*	*36.2*
이성문제가 원만치 않아서	4.2	4.7	3.9
신체적·정신적 질환, 장애때문에	12.1	10.9	12.8
직장문제 때문에	7.1	9.5	5.5
외로움, 고독 때문에	13.0	10.3	*14.9*
가정불화로 인해	13.6	11.4	*15.1*
학교성적, 진학문제 때문에	6.3	6.3	6.3
친구나 동료들과의 불화 및 따돌림 때문에	1.4	0.8	1.7
기타	2.9	1.9	3.5
자살충동 없었다	90.9	92.5	89.4

자료: 통계청(2012), 사회조사

앞서 스트레스 인지율과 마찬가지로 자살 충동에 대한 이유를 묻는「사회조사」(2012)에서도 남성과 여성이 영역별로 다른 응답률을 보이고 있다. 남성과 여성 모두 경제적 어려움으로 인한 자살생각이 가장 높게 나타나고, 여성은 남성에 비해 '외로움, 고독', '가정불화', '신체적·정신적 질환, 장애' 등의 항목에서 높은 응답률의 보였다. 남성은 '이성문제', '직장문제'에서 여성보다 높은 응답률을 보였다. 그러나 전반적으로 남성의 경우에도 '가정불화', '외로움, 고독', '신체적·정신적 질환, 장애'등의 이유로 자살충동을 느끼는 사람들이 많았다.

3. 생애주기별 여성의 정신건강 연구

1) 청소년기 여성의 정신건강

10대의 높은 자살률과 학교 폭력은 청소년기의 정신 건강에 대한 정책적 차원의 관심을 환기시켰다. 청소년기의 정신건강은 이후 건강한 성인기 진입에 필요한 자존감 형성과 스트레스 관리 능력 증진의 측면에서도 중요하기 때문이다. 한국청소년정책연구원에서 2011년부터 수행한『아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방

안 연구』에 따르면 게임중독과 비행을 제외하고 우울과 불안, 자살 생각/계획, 스트레스를 받는 정도가 남성보다 여성에게서 더 큰 것으로 나타났다. 또한 자아 존중감, 자기 효능감, 정서조절, 낙관주의 등 개인적 심리요인을 살펴보면 여성의 심리요인이 남성에 비해 더 낮은 것으로 나타났다. 연령이 증가할수록 개별 세부 요인에서 부정적인 결과를 보여주고 있는데, '부모지원' 여부가 개인적 심리요인에 긍정적인 역할을 하는 것으로 나타나 청소년기 정신건강 문제에 가족 및 부모자녀 관계가 중요한 영향을 미치는 것을 알 수 있었다. 이는 10대 청소년 자살충동의 주요 이유가 가정불화인 것으로 밝혀졌던 2012년도 통계청 사회조사 자료와도 일치하는 결과이다. 가구 유형별로 보면 조손가족과 한부모가족의 응답자가 양부모가족보다 다소 부정적인 응답을 보여, 이들 유형 가족의 청소년들에게 사회적 관심과 지원이 필요함을 보여주고 있다.

청소년기 여성의 정신건강에 관한 선행연구에서는 정신건강 실태조사를 포함하여(최인재 외, 2011, 2012; 모상현 외, 2013), 청소년 정신건강 지원체계 및 운영 프로그램의 효과성에 관한 연구(최은진, 2013), 그리고 정신건강에 영향을 미치는 관련 요인을 세부적으로 분석한 연구들이 있다. 신소영(2012)은 여자 중학생들의 자아 인식이 남자 중학생들보다 더 부정적이며, 어머니의 교육 정도와 부모의 수용성이 여학생의 자아개념에 유의미한 영향을 끼치고, 부모와의 관계로부터 받는 영향이 남학생에 더 크다는 것을 보여주었다. 이는 청소년기 여성의 정신건강 연구에서 젠더 관점을 도입할 경우 모녀 관계의 중요성을 보여준다. 자아존중감, 사회적지지 및 대인관계 요인, 가족 관계 등이 청소년기의 정신건강을 설명하는 주요요인으로 지목되고 있다(이창호 외, 2005; 박현숙 외, 2007; 김지수, 2012; 전경숙 외, 2012; 최인재 외, 2012; 모상현 외, 2013; 김원경, 2014; 박병금, 2007; 문대근 외, 2013). 여학생들의 학교 폭력의 주요한 기제인 '왕따'는 남학생들의 신체 폭력에 비하여 교사와 학부모들이 학교 폭력으로 인지하는 것이 둔감하기 때문에(문용린 외, 2007) 여학생들의 정신건강 관련하여 더 섬세한 분석이 요구된다. 이 밖에 청소년기 여성이 지각하는 속박감(perceived entrapment)이 우울에 미치는 영향을 조사한 천숙희(2008)의 연구에 따르면 여학생들은 지속된 스트레스 상황에서 벗어나고자 노력하나 그 노력이 빈번히 좌절되고 극복할 수 없다고 느끼는 감정이 크게 작용한다고 한다. 따라서

청소년기 여성의 정신건강 증진을 위해서는 학업, 가족, 사회 및 자신과 관련된 스트레스 상황에서의 속박감을 완화시키는 방식의 정책이 요구된다.

청소년기 여성들이 남성에 비해 우울 등 정신건강 수준이 낮게 나타나지만, 이런 정신병리적인 측면이외에 낙관성이나 창의성, 자신에 대한 만족도, 교사의 지지 등 정신건강을 유지하도록 하는 요인 또한 높게 나타나고 있음에 주목해야 한다(이창호 외, 2005). 이는 청소년기 여성이 남성에 비해 정신건강 관련 문제를 쉽게 발견하고, 그 해결을 위한 노력 또한 적극적인 경향이 있으며, 이는 정신건강 문제에서 드러나는 젠더 격차는 여성이 심리적으로 취약하다는 것만을 보여주는 증거라기보다는 여성의 관계적 자아의 특성에 근거한 정신건강 증진 방안의 마련이 필요함을 시사한다.

다음으로 기존의 통계자료를 분석하여 청소년기 여성의 정신건강 실태를 알아보겠다. 자신의 정신건강 상태에 대한 청소년들의 주관적 인식 정도에 관한 조사 결과에 따르면 여학생이 남학생보다, 학년이 올라갈수록, 경제적 형편이 어려울수록 한부모 가정 학생들이 자신의 정신건강 상태를 부정적으로 인식하고 있다. 물론 이 결과 역시 여학생들이 자신의 정신건강 상태에 대한 만족의 기준이 훨씬 높기 때문에 더 부정적으로 인식하는 것으로 조사되었을 수 있지만 그럼에도 불구하고 여학생들이 느끼는 주관적 삶의 질이 낮은 것에는 변함이 없다.

‘청소년 건강행태 온라인 조사’에 따르면 평소 스트레스를 느끼지 않는다고 응답한 비율은 17.2%에 불과하였다. 스트레스를 대단히 많이 또는 많이 느끼는 남학생은 34.3%로 여학생 49.3%보다 낮았다. 청소년들이 스트레스를 많이 느끼는 항목은 학업문제, 진로문제, 외모, 부모님과의 관계 순으로 조사되었다. 성별로는 여학생이 남학생보다 모든 영역에 대한 스트레스를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 학교 급별로는 중학생에 비해 고등학생의 각 항목별 스트레스 평균 점수가 높게 나타났다.

▌표 Ⅱ-7▐ 청소년의 전반적인 자신의 정신건강 상태에 대한 인식

(단위: %, 명)

구분		전혀 건강하지 못하다	건강하지 못한 편	건강한 편	매우 건강함	계
전체		1.3	12.6	49.9	36.1	100.0(8,553)
성별	남성	1.3	10.7	48.4	39.5	100.0(4,383)
	여성	1.3	14.7	51.5	32.6	100.0(4,170)
교급별	초등(4~6)	0.5	6.3	43.4	49.8	100.0(3,080)
	중등	1.6	14.4	51.1	32.9	100.0(2,941)
	고등	2.0	18.2	56.4	23.3	100.0(2,532)
가족 유형	양부모가정	1.2	11.9	50.2	36.6	100.0(7,531)
	한부모가정	2.3	19.8	48.9	29.0	100.0(687)
	조손가정	1.4	14.8	47.2	36.6	100.0(142)
	기타	1.2	13.3	43.6	41.8	100.0(165)
주관적 경제 상태	못 사는 편	8.0	29.7	43.7	18.6	100.0(350)
	보통	1.1	13.3	53.9	31.7	100.0(6,417)
	잘 사는 편	0.8	6.5	36.4	56.4	100.0(1,730)

자료: 「2012 아동·청소년 정신 건강 실태조사」 재분석

▌표 Ⅱ-8▐ 청소년의 스트레스 정도

구분	전체	성별		교급별	
		남	여	중등	고등
부모님과의 관계	2.19	2.06	2.33	2.19	2.18
형제·자매와의 관계	1.91	1.79	2.02	2.02	1.78
외모(키, 몸매, 생김새 등)	2.34	2.05	2.64	2.27	2.42
신체건강	1.75	1.61	1.89	1.68	1.83
심리건강	1.81	1.58	2.06	1.71	1.93
가정형편(경제적 문제)	1.71	1.58	1.85	1.59	1.85
친구와의 관계(친구갈등, 폭력 등)	1.76	1.54	2.00	1.76	1.76
이성과의 관계	1.56	1.50	1.63	1.49	1.64
선·후배 관계	1.34	1.28	1.40	1.33	1.35
선생님과의 관계	1.52	1.46	1.59	1.51	1.54
진로문제(장래 또는 미래)	2.62	2.42	2.83	2.36	2.93
학업문제(시험, 성적문제 등)	2.89	2.69	3.10	2.79	3.00

주: 각 항목은 ①전혀 받지 않는다, ②별로 받지 않는다, ③조금 받는다, ④매우 많이 받는다의 4점 척도로 측정함.

자료: 「2012 아동·청소년 정신 건강 실태조사」 재분석

▌표 Ⅱ-9▐ 지난 일주일 동안 느낀 본인의 상태 및 우울의 정도

구분		전체	성별		교급별	
			남	여	중등	고등
죄책감 /자기혐오	슬픔	0.36	0.28	0.44	0.33	0.39
	실패	0.41	0.37	0.45	0.37	0.45
	죄책감	0.34	0.33	0.34	0.33	0.35
	벌	0.42	0.39	0.46	0.43	0.42
	자신에 대한 실망	0.59	0.50	0.68	0.52	0.67
	자책	0.51	0.44	0.58	0.46	0.57
	자살	0.47	0.34	0.60	0.49	0.44
부정적 자기상 /정신운동 지연	타인에 대한 관심	0.40	0.37	0.43	0.35	0.46
	결정	0.55	0.50	0.61	0.54	0.57
	자신의 매력	0.57	0.44	0.72	0.53	0.62
	일할 의욕	0.40	0.35	0.46	0.35	0.46
	성욕	0.26	0.35	0.16	0.31	0.20
신체적 측면	잠	0.35	0.32	0.39	0.34	0.36
	피곤함	0.83	0.74	0.93	0.80	0.87
	식욕	0.34	0.32	0.35	0.33	0.35
	체중변화	0.23	0.26	0.21	0.24	0.23
	건강에 대한 염려	0.26	0.20	0.33	0.22	0.31
정서적인 표현 /부정적 인지	앞날에 대한 기대	0.50	0.45	0.56	0.45	0.56
	일상생활 만족	0.61	0.54	0.70	0.56	0.68
	울기	0.25	0.12	0.38	0.26	0.23
	짜증	0.73	0.61	0.86	0.73	0.72

주: 각 항목은 0-3의 4점 척도로 측정되었음. 예를 들어, 슬픔의 경우 ⓪나는 슬프지 않다, ①나는 슬프다, ②나는 항상 슬프고 기운을 낼 수 없다, ③나는 매우 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다로 측정함.

자료: 『2012 아동·청소년 정신 건강 실태조사』 재분석

'청소년 건강행태 온라인 조사'에서 최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있느냐는 질문에는 30.9%가 우울감을 느낀 경험이 있다'고 응답하였다. 학교급별로는 특성화계고(남 26.4%, 여 41.4%), 일반계고(남 27.6%, 여 37.8%), 중학교(남 22.9%,여 35.7%)순으로 높았다. 연도별 추이는 중·고등학교 남녀학생 모두 2008년부터 감소경향이었으나, 여학생은 2013년에 증가하였다. '2012 아동·청소년 정신 건강 실태조사'에서 지난 일주일 동안 청소년 응답자가 느낀 자신의 정신건강 상태와 우울 요인은 <표 Ⅱ-9>와 같다. 죄책감이나 자기혐오,

부정적 자기상이나 정신운동 지연, 신체적 측면, 정서적인 표현이나 부정적 인지의 4가지 주요 우울영역에서 여성 청소년은 죄책감이나 자기혐오에 있어서 남성보다 우울 정도가 약간 높은 경향을 나타내었다. 자신에 대한 실망, 자책감, 자살 등의 점수가 높아 정서적 지원이 필요한 것으로 보인다. 또한 여성의 경우 타인에게 매력없어 보일까봐 걱정하거나 이로 인한 우울의 정도가 남성에 비해 비교적 높은 것으로 조사되었다. 학교급별로는 실패감, 자신에 대한 실망, 자책감, 앞날에 대한 기대, 일상생활에 대한 만족 등에서 고등학생의 우울감이 더 큰 것으로 나타났지만, 자살에 있어서는 중학생의 점수가 더 높은 것으로 나타나 분별력이 낮은 어린 학생의 우발적이고 충동적인 사고를 미연에 방지하기 위한 제도 마련이 필요할 것으로 보인다.

▌표 Ⅱ-10▐ 청소년의 자살 생각 및 자살 시도 유무

(단위: %, 명)

구분		자살 생각		계	자살 시도		계
		있다	없다		있다	없다	
전체		23.7	76.3	100.0(8,618)	14.7	85.3	100.0(2,000)
성별	남성	17.6	82.4	100.0(4,423)	13.3	86.7	100.0(765)
	여성	30.1	69.9	100.0(4,195)	15.5	84.5	100.0(1,235)
교급별	초등(4~6)	17.0	83.0	100.0(3,129)	17.0	83.0	100.0(519)
	중등	29.7	70.3	100.0(2,949)	16.3	83.7	100.0(863)
	고등	25.0	75.0	100.0(2,540)	10.5	89.5	100.0(618)
가족 유형	양부모가정	23.3	76.7	100.0(7,574)	14.2	85.8	100.0(1,728)
	한부모가정	28.0	72.0	100.0(700)	15.5	84.5	100.0(193)
	조손가정	24.8	75.2	100.0(145)	13.9	86.1	100.0(36)
	기타	22.9	77.1	100.0(170)	28.9	71.1	100.0(38)

자료: 『2012 아동·청소년 정신 건강 실태조사』 재분석

최근 1년, 자살을 생각해 본 적이 있느냐는 질문에 23.7%가 '생각해 본 적 있다'고 응답하였다. 성별에 따라서는 남성보다 여성이 자살을 생각해 본 경험이 12.5p% 많은 것으로 나타났다. 청소년 건강행태 온라인 조사에서도 자살 생각률은 16.6%로 나타났고, 남학생의 경우 13.1%, 여학생의 경우 20.4%로 여학생의 자살 생각률이 높게 조사되었다. 한편, 학교급별로는 중학생의 경우 29.7%가 자살을 생각해본 적이

있다고 응답하였다. 즉, 중학생 열 명 중 세 명은 자살을 생각해 봤다는 것이다. 가족유형별로는 한부모 가정의 학생들이 자살 생각 경험이 많은 것(28.0%)으로 조사되었다.

자살을 생각해본 학생 중 자살을 시도해 본 경험을 묻는 질문에는 14.7%가 생각에만 그치는 것이 아니라 실제로 자살을 시도해 보았다고 응답하였다. 자살 시도 경험률도 자살 생각과 같이 남성에 비해 여성의 경험률이 높았다. 학교급별로는 학년이 올라갈수록 실제 자살 시도 경험률이 떨어지는 것으로 나타났는데, 어린 학생들에 대한 자살 예방 상담창구의 운영이나 예방교육, 홍보 등의 지원이 필요할 것으로 판단된다.

▌표 Ⅱ-11 ▌청소년의 자살 생각 이유

(단위: %, 명)

구분		① 경제적 문제	② 학업진로문제	③ 건강 문제	④ 학교 폭력	⑤ 외모 문제	⑥ 가정 불화	⑦ 이성 문제	⑧ 기타	계
전체		2.7	38.6	1.2	8.0	2.0	25.0	2.2	20.1	100.0(1,939)
성별	남성	2.4	41.2	1.3	8.3	1.9	25.2	2.4	17.2	100.0(745)
	여성	2.9	37.0	1.2	7.9	2.1	24.9	2.1	21.9	100.0(1,194)
교급별	초등(4~6)	2.5	27.6	2.3	14.2	2.3	28.5	1.0	21.6	100.0(522)
	중등	2.0	40.1	0.7	8.4	1.9	25.3	2.0	19.4	100.0(830)
	고등	3.9	46.3	1.0	2.0	1.9	21.5	3.6	19.8	100.0(587)
가족유형	양부모가정	2.4	40.4	1.3	8.3	2.0	23.7	2.0	19.8	100.0(1,678)
	한부모가정	4.9	24.7	-	4.9	2.7	39.6	3.8	19.2	100.0(182)
	조손가정	2.8	30.6	-	11.1	2.8	27.8	2.8	22.2	100.0(36)
	기타	5.3	34.2	5.3	5.3		13.2	5.3	31.6	100.0(38)

자료: 「2012 아동·청소년 정신 건강 실태조사」 재분석

청소년이 자살을 생각한 이유로는 학업 및 진로 문제가 38.6%로 가장 많았고, 부모와의 관계 등 가정 불화(25.0%), 학교 폭력(8.0%)의 순이었다. 성별로는 남성 청소년의 경우 학업이나 진로 문제 때문에 자살을 생각했다는 응답이 비교적 높았다. 학교급별로는 고등학생의 경우 학업이나 진로 문제로 인한 경우가 많았으나, 초등학생의 경우 학업보다는 가정불화(28.5%), 학교폭력(14.2%) 등 사회·정서적 원인으

로 인한 자살 충동이 많은 실정이다. 가족유형별로는 양부모가정에서는 학업이나 진로 문제로 인한 경우가 많았으나 한부모 가정의 경우 부모와의 관계 등 가정 불화에서 자살을 생각하는 비율(39.6%)이 높은 것으로 보고되고 있다.

2012년 국민건강영양조사에서 최근 1년 동안 정신적인 문제 때문에 방문, 전화, 인터넷 등을 통해 상담을 받아 본 경험이 있는지 조사한 결과에 의하면 응답자의 4.1%가 상담을 받은 경험이 있다고 응답하였다. 성별로는 남성보다는 여성의 상담 경험률이 3.9%p 높게 나타났다. 학교급별로는 중학생의 상담 경험률이 5.1%로 가장 높았고, 고등학생의 경우 1.0%로 매우 저조하였다.

▌표 Ⅱ-12 ▐ 청소년의 정신적 문제로 인한 상담 경험률

(단위: %)

구분		있다	없다	계
전체		4.1	95.9	100.0
성별	남성	2.3	97.7	100.0
	여성	6.2	93.8	100.0
학교급	초등	4.6	95.4	100.0
	중등	5.1	94.9	100.0
	고등	1.0	99.0	100.0

자료: 『국민건강영양조사(2012)』, 13-19세 재분석

본인의 정신건강에 대한 본인과 보호자(부모)의 관심 정도는 '관심 있다(조금 관심 있다+매우 관심 많다)'가 본인 85.3%, 보호자 87.9%로 상당히 높은 것으로 조사되었다. 여성이 남성에 비해 자신의 정신건강에 높은 관심을 나타내고 있는데 반해 보호자가 자신의 정신건강에 관심이 있다고 느끼는 응답률은 여성이 더 낮게 나타나고 있다. 청소년기 여성의 정신건강에 영향을 미치는 요인으로서 가족 관계 및 부모의 지지, 모녀 관계의 질이 중요하다는 선행 연구에 비추어 볼 때 정신건강에 높은 관심을 갖는 여학생들이 부모에 대한 기대가 그 만큼 높은 것으로 해석할 수 있다. 가족유형별에서는 계속해서 한부모 가정에서 정신건강에 대한 관심이 낮게 나타나고 있다.

▌표 Ⅱ-13 ▌정신건강에 대한 본인과 보호자의 관심 정도

(단위: %, 명)

구분		본인		보호자		계
		관심 없다	관심 있다	관심 없다	관심 있다	
전체		14.7	85.3	12.1	87.9	100.0(8,733)
성별	남성	15.3	84.7	11.3	88.7	100.0(4,488)
	여성	14.1	85.9	13.1	86.9	100.0(4,245)
교급별	초등(4~6)	9.0	91.0	7.0	93.0	100.0(3,180)
	중등	16.1	83.9	12.1	87.9	100.0(2,981)
	고등	20.3	79.7	18.4	81.6	100.0(2,572)
가족 유형	양부모가정	14.2	85.8	11.5	88.5	100.0(7,674)
	한부모가정	20.5	79.5	17.3	82.7	100.0(707)
	조손가정	12.9	87.1	15.0	85.0	100.0(147)
	기타	17.8	82.2	16.6	83.4	100.0(175)

자료: 「2012 아동·청소년 정신 건강 실태조사」 재분석

2012 아동·청소년 정신 건강 실태조사에서 중학생과 고등학생들에게 가족, 친구, 선생님 외에 믿을 만한 사람이 있는지를 조사한 결과, '믿을 만한 사람이 없다'고 응답한 비율이 29.6%로 약 30% 가까이 되었다. 성별로는 남성보다 여성이 믿을만한 사람이 없다고 느끼고 있었고, 가족유형별로는 조손가정의 청소년이 믿고 의지할 곳이 없다고 느끼는 비율이 높았다. 또한 '내가 힘들 때 도와줄 수 있는 사람이 없다'고 느끼는 비율은 31.1%로 나타났고, '도움을 받을 수 있는 기관이나 시설이 없다'고 느끼는 비율은 51.0%로 매우 높았다.

청소년기의 정신건강에서 가족·친구·교사의 지지와 공감은 매우 중요하다. 본 연구에 참여한 여성들의 경우에도 청소년기 폭력 피해 경험에 대해서 부모와 교사의 공감과 지지 여부는 향후 이들의 건강잠재력 형성에도 중요한 영향을 미쳤다. 따라서 일차적으로 청소년기 가족·친구·교사 그룹으로부터의 지지망을 확보하는 것이 중요하지만, 이들로부터의 정서적 지지를 받지 못할 경우 이들을 지원할 만한 공적 서비스가 충분하지 않음을 보여준다. 다른 한편 가족, 친구, 교사 집단으로부터 폭력 피해를 경험할 경우에도 여기에 대해서 도움을 요청할 수 있는 신뢰할 만한 기관이 없다는 것을 뜻하므로, 여기에 대한 정책적 고려가 있어야 하겠다.

▌표 Ⅱ-14▐ 가족, 친구, 선생님 외에 믿고 의지할 곳의 유무

(단위: %, 명)

구분		가족, 친구, 선생님 외에 내가 믿을 만한 사람이 없다	내가 힘들 때 도와줄 수 있는 사람이 없다	도움을 받을 수 있는 기관이나 시설이 없다	계
전체		29.6	31.1	51.0	100.0(5,555)
성별	남성	24.8	27.1	45.6	100.0(2,854)
	여성	34.8	35.4	56.8	100.0(2,701)
교급별	중등	26.3	27.4	43.7	100.0(2,985)
	고등	33.5	35.5	59.6	100.0(2,570)
가족 유형	양부모가정	29.5	30.9	50.8	100.0(4,848)
	한부모가정	30.9	33.8	54.9	100.0(517)
	조손가정	38.8	37.5	45.0	100.0(80)
	기타	23.4	26.6	45.7	100.0(94)

자료: 「2012 아동·청소년 정신 건강 실태조사」 중·고등만 분석

2) 청년기 여성의 정신건강

본 연구의 생애주기 구분에 따라 20세에서 29세 사이의 집단에 해당하는 청년기 여성들의 정신건강에 관련한 선행 연구들을 분석하였다. 특히 20대 여성들이 당면한 환경의 변화, 자기 결정권의 획득, 진학, 취업, 종사상 지위, 직장생활, 성생활 등을 정신건강의 주요 영향 요인으로 보았다. 대학 진학률이 80%가 넘는 상황을 고려하여 20대 초반은 대학생들을 대상으로 한 정신건강 관련 연구를, 20대 중후반에는 20대 비혼/미혼 여성, 미혼자녀, 취업준비생 등 다양한 집단을 망라할 수 있는 연구를 참고하였다.

스트레스는 자살생각률 등 정신건강 악화에 직접적인 영향을 미치는 주요 요인이다(서울시정신건강증진센터, 2013). 정신건강에 직접적이고 부정적인 영향을 미치는 스트레스를 가장 많이 받는 집단은 20대 여성으로 나타나고 있다. 국민건강통계에 따르면 스트레스는 다른 연령대 남성과 여성보다 20대 여성에서 가장 높으며, 2007년 34.9%에서 2012년 45.5%로 무려 10.6% 가량 스트레스 인지율이 늘어나 그 정도가 심해지고 있음을 알 수 있다. 청년기는 정신건강 상의 젠더 격차가 가장 크게 나타난다(표정선, 2006) 스트레스 인지율과 우울증상 경험률 모두 19세 이상의 전 연령대에서 여성이 남성보다 높게 나타났다. 특히 20대에서 남녀 스트레스 인지

율의 차이가 가장 크게 나타났으며, 우울 증상 경험률에서도 20대 남녀의 경험률은 각각 5.5%와 14.6%로 거의 3배 가량 여성이 높다. 특히 장래 질병부담이 가장 큰 질병으로 지목되고 있는 우울(전진아, 2014)에서 청년기 여성의 유병률이 같은 생애주기에 해당하는 남성에 비해 높다는 점은 시사하는 바가 크다. 특히 학력수준, 경제수준, 신체적 정신적 건강상태가 낮을수록 스트레스 등 정신건강 정도가 나쁜 것으로 도출되었던 관련 연구들에 비추어 볼 때(서울시정신건강증진센터, 2013) 제시된 통계 결과가 단지 생물학적 차이로만 이해될 것이 아니라, 정신건강 제반 여건이 여성에게 악영향을 미치는 것으로 해석할 수 있을 것이다. 청년기 중요한 사회경제적 요소들의 차이와 정신건강 특히 기분장애에서의 젠더 차에 대한 구조적 설명과 접근이 필요해 보인다.

청년기는 성인으로서 스스로의 삶에 자기 결정권을 가지고 진학과 취업과 같은 중요한 결정을 내리며 원가족으로부터 자립 하는 것이 일차적인 과업이라 할 수 있다. 이 과정은 새로운 관계망의 형성 및 관계 재조정의 기간이기도 하다. 부모자식 간의 관계의 재조정을 비롯해 성적 친밀감을 공유하는 연애관계, 직장에서의 계약관계, 새로운 준거집단의 형성 등이 요구된다. 삶의 중요한 국면이 되는 결정을 스스로 내려야 하는 시기인 만큼 이들은 자신이 마주한 사회경제적 조건을 직시하고 자신의 자원을 협상하는 데서 고도의 판단력을 발휘해야 하는데, 이 과정은 적잖은 스트레스와 불안, 갈등의 요소가 된다. 연구들은 다른 생애주기의 여성들과 마찬가지로 청년기 여성에게서 역시 스트레스가 가장 강력한 우울 설명 요인이 된다고 밝히고 있다(이경숙 외, 2013). 이런 맥락에서 선행연구들은 청년기 여성들의 현저한 불안과 스트레스의 원인을 그들이 마주한 20대 생애사건 전반의 사회경제적 조건의 열악함(임인숙, 2004; 곽삼근 외, 2005; 신희천 외, 2008; 박기남, 2011)과 자존감, 건강 등 개인적 요인(신혜숙・백승남, 2003; 임인숙, 2004; 이병혜, 2009; 이경숙 외, 2013), 사회적 지지망과 관계 문제(권미애・김태현, 2004; 서경현・양승애, 2010)등을 정신건강의 측면에서 설명하였다.

청년기에는 남녀 간에 성평등의식 수준에 있어서 격차가 발생하기 시작하고, 성별분업의 현실에서 진로선택에 대한 고민을 하게 된다. 연구에서 졸업을 앞둔 여대생들이 취업 현장에서 소외되고 있다는 인식을 표출하였으며, 이것이 성불평등의

가장 핵심적인 요소라고 강조하기도 하였다(곽삼근 외, 2005). 이러한 입장은 구직 스트레스와 관련한 스트레스 요인들 중 성별이 주요한 설명요인이 된다는 관련 연구들과도 입장을 같이 하고 있다. 구체적으로 여학생들이 남학생들에 비해 진로결정, 직업탐색, 구직효능감, 자존감은 낮은데 비해 구직 스트레스는 더 많이 받고 있는 것으로 보고된 바 있다(신현균・장재윤, 2003).

청년기 여성들은 외모 지상주의 사회가 젊은 여성에게 요구하는 외적인 기준을 맞추는데도 적잖은 어려움을 느끼고 있다. 여대생들이 외모 때문에 놀림감이 되거나, 외모로 인해 피해를 받은 경험은 여대생들의 상대적 박탈감으로 연결되고 있으며(임인숙, 2004), 다이어트, 성형수술 등 외모에 대한 지나친 통제는 자존감에 부정적 영향을 미친다(신혜숙・백승남, 2003; 이병혜, 2009). 이경숙 외(2013)는 우울한 경우 자기 가치감을 획득하고 유지하는데 어려움이 있고, 대학생에서 자존감은 긴장감소나 공격성에 유의미한 영향을 미치므로, 자존감은 우울과 스트레스를 중재할 수 있는 주요 요인으로 보고 있다. 따라서 대학생의 우울 완화를 위해서 자아존중감 증진 전략을 지지하고 있다.

자아존중감과 자기애는 여대생들이 겪고 있는 대인관계 스트레스와 우울에도 긍정적 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(서경현・양승애, 2010). 하지만 자기존중감과 자기애와 같이 대인관계 스트레스 및 사회적 지지망에서 발현되는 개인적 요소들은 통계적 접근 뿐아니라 임상적 후속 연구 과제를 요청한다. 즉 질적 연구를 통해 설문지법으로는 접근하기 힘든 다양한 통제 불가능한 요소들 및 상황과 맥락을 고려한 다면적 연구를 통해 사회적, 정책적 함의를 이끌어 낼 수 있을 것으로 본다.

통계청 2012년 사회조사를 통해 서울시민의 스트레스 경험률을 살펴보면 전 연령대에 비해 20대의 가정생활 스트레스 경험률이 가장 높은 것으로 나타났다(통계청, 2012). 이는 곧 부모와 성인 자녀 간의 세대갈등의 양상으로 해석될 수 있는데, 부모와 청년기 자녀 간의 갈등에 관한 연구는 세대 간의 가치관의 차이를 주요 갈등 요인으로 파악하고 있다(정현숙, 2009). 전통적 유교적 가치관이 현대 사회에서 요구하고 있는 합리주의, 개인주의, 평등주의 등과 부딪쳐 가족원들 간 갈등의 원인이 된다는 것이다. 이에 더하여 정현숙(2009)은 의사 소통 방식의 세대 간 차이도 가족

간 갈등을 일으키는 주요 원인으로 지목하고 있다. 특히 모녀간 갈등 원인으로는 합리적이고 논리적이니 방식의 말하기를 하는 딸과 감정적이고 지나친 통제와 비난이 주를 이루는 어머니의 의사소통 방식의 차이가 오랜 시간 지속되며 갈등의 골이 더욱 깊어지는 것을 발견할 수 있었다. 가부장적인 성별위계와 권위적 의사소통 방식에 익숙한 기성세대의 가치관과 의사소통 방식이 다음 세대의 가치관과 의사소통하는 과정에서 갈등은 증폭된다. 이 경우 전통적으로 집안에 부재해 왔던 아버지보다는 가족의 돌봄과 양육 역할을 주로 담당하며 자녀들의 생활에 깊숙이 개입되어 있는 어머니가 갈등의 직접 당사자가 될 수 있음을 암시한다.

청년기 여성들의 일시적이고 임시적인 고용형태도 이들의 정신건강에 부정적 영향을 미치고 있다. 통계에 따르면 2013년 8월 기준 서울시 거주 20대 여성 임금 근로자 4,509천명 중 49.5%는 비정규직, 한시적, 시간제, 비전형 일자리 종사자이다(남정연 외, 2013). 고용형태와 주관적 경제수준에 따른 대인 갈등와 심리적 안녕감 간의 관계를 분석한 김진영・송예리아(2012)의 연구에 의하면 비정규직의 경우, 주관적 경제수준이 낮을 경우 가족갈등이 잦으며 우울 수준이 높다. 또한 비전일제 비정규직은 직장 내 갈등경험도 높은 것으로 나타났다. 여성 근로자의 고용상태와 고용변화가 각기 여성 근로자의 우울감에 유의미한 영향을 주고 있다는 박세홍 외(2009)의 연구도 불안정 고용과 정신건강 간의 상관관계를 지지하고 있다. 안정적인 일자리가 개인의 정서적 안녕에 영향을 미치며, 일자리에의 위협 및 상실은 개인의 삶에 위협으로 작용한다는 것을 시사한다. 상대적으로 열악한 환경에 있는 청년기 여성들의 정신건강 증진을 위해 이들의 가족 및 직장 내 관개 개선이 시급하며, 근본적으로는 고용형태를 포함한 근로조건 개선의 중장기적 정책 과제가 제시되어야 하는 이유다.

□ 청년기 여성의 스트레스

다음은 실태조사에 나타나는 청년기 여성의 정신건강을 살펴보겠다. 일상생활에서 개인이 느끼는 스트레스 인지율은 87.9%로 매우 높은 편이었고, 스트레스를 느끼지 않는다는 12.1%에 불과하였다. 성별로는 남성에 비해 여성의 스트레스 인지율이 90.7%로 높은 편이었고, 지역별로는 서울시가 89.2%로 여타의 광역시나 시도에

비해 높았다. 경제활동 상태에 따라서는 경제활동을 하는 경우 90.0%로 스트레스 인지율이 높았고, 임금근로자(90.4%)가 고용주이거나 자영업자(86.6%) 혹은 무급가족봉사자(82.7%)에 비해 높게 조사되었다.

▌표 Ⅱ-15▐ 청년기의 일상생활에서 주관적 스트레스 인지 정도

(단위: %)

구분		대단히 많이 느낌	많이 느끼는 편	조금 느끼는 편	거의 느끼지 않음	계
전체		4.6	25.7	57.6	12.1	100.0
성별	남성	3.8	22.3	59.2	14.7	100.0
	여성	5.5	29.4	55.8	9.3	100.0
지역별	서울특별시	5.4	28.5	55.3	10.8	100.0
	광역시	4.8	24.4	59.1	11.6	100.0
	시도	4.1	25.1	57.8	13.0	100.0
학력	고졸 미만	10.5	21.6	48.6	19.4	100.0
	고졸	7.1	30.1	52.2	10.7	100.0
	초대졸 이상	4.0	24.9	58.7	12.3	100.0
경제활동 여부	활동함	5.4	28.4	56.3	10.0	100.0
	활동 안 함	3.5	22.0	59.4	15.2	100.0
고용형태	고용주/자영업	6.8	30.7	49.0	13.4	100.0
	임금근로자	5.4	28.4	56.6	9.6	100.0
	무급가족봉사자	1.3	17.6	63.8	17.3	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 20-29세 연령군 분석

동 조사에서는 스트레스를 대단히 많이 느낀다, 많이 느끼는 편이라고 응답한 응답자에게 스트레스에 대해 의료기관, 전문상담기관, 보건소 등 전문가의 상담을 받아본 적이 있는지를 조사하였다. 그 결과 상담을 받은 경우는 5.7%로 저조하였다. 성별로는 남성(4.3%)보다 여성(6.8%)의 상담 경험률이 높았고, 혼인상태별로는 사별(18.4%), 배우자가 있으되 함께 살지 않는 경우(10.7%), 이혼(8.6%)의 순이었다.

▌표 Ⅱ-16 ▌청년기(20-29세)의 스트레스에 대한 전문가 상담 여부

(단위: %)

구분		상담 받았다	상담 받지 않았다	계
전체		5.7	94.3	100.0
성별	남성	4.3	95.7	100.0
	여성	6.8	93.2	100.0
지역별	서울특별시	6.4	93.6	100.0
	광역시	5.7	94.3	100.0
	시도	5.3	94.7	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 20-29세 연령군 분석

국민건강영양조사에서도 스트레스 인지율과 최근 1년 동안 정신적인 문제 때문에 방문, 전화, 인터넷 등을 통한 상담 경험률을 조사한 바 있는데, 91.5%(대단히 많이 느낌 + 많이 느낌 + 조금 느낌)가 스트레스를 인지하고 있었던 것에 비해 2.5%만이 정신적인 문제에 대해 상담받은 경험이 있다고 응답하였다. 성별에 따라 상담 경험률은 남성은 0.4%로 매우 저조하였고, 여성은 4.8%로 남성에 비해 다소 높은 편이었다. 여성의 경우 감정이나 정서적인 부분이 섬세하여 스트레스 인지율도 높은 편이나 문제 해결을 위해 상담을 이용하는 등 남성에 비해 비교적 적극적인 모습을 보이고 있다. 따라서 상담채널이나 방법을 다양화 하거나 지원함으로써 건전한 정신건강 생활 영위를 위한 노력이 도모되어야 할 것이다.

□ 청년기 여성의 우울감

2012년 지역사회건강조사에서는 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있는지를 통해 우울감을 조사하였다. 우울감을 느끼는 경우는 전체 응답자의 5.0%였고, 성별로는 남성이 3.2%, 여성이 7.1%로 여성의 우울감 인식도가 높은 편이었다. 또한 지역별로는 서울시 거주자의 우울감 인식도가 7.3%로 타지역에 비해 높았다. 혼인상태별로는 이혼(28.4%), 사별(26.1%), 배우자 비동거(15.3%)의 순으로 나타났다.

우울감을 인식하고 있는 응답자를 대상으로 전문가 상담 여부를 조사한 결과 상담을 받은 경우는 15.7%였고, 성별에 따라서는 남성이 15.1%, 여성이 16.0%였다.

▌표 Ⅱ-17▐ 청년기(20-29세)의 우울감 인식 정도와 전문가 상담 여부

(단위: %)

구분		없다	있다	전문가상담 받음	전문가상담 받지 않음	계
전체		95.0	5.0	15.7	84.3	100.0
성별	남성	96.8	3.2	15.1	84.9	100.0
	여성	92.9	7.1	16.0	84.0	100.0
지역별	서울특별시	92.7	7.3	18.2	81.8	100.0
	광역시	95.3	4.7	11.9	88.1	100.0
	시도	95.8	4.2	16.0	84.0	100.0
학력	고졸 미만	91.5	8.5	28.9	71.1	100.0
	고졸	92.4	7.6	20.0	80.0	100.0
	초대졸 이상	95.5	4.5	14.1	85.9	100.0
경제활동 여부	활동함	94.9	5.1	13.8	86.2	100.0
	활동 안 함	95.1	4.9	18.5	81.5	100.0
고용형태	고용주/자영업	92.8	7.2	10.4	89.6	100.0
	임금근로자	95.0	5.0	14.0	86.0	100.0
	무급가족봉사자	95.4	4.6	17.4	82.6	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 20-29세 연령군 분석

개인이 주관적으로 느끼는 우울감과는 별도로 병으로서 우울증을 앓은 적이 있는지 조사한 국민건강영양조사 제5기 자료에 의하면 20~29세 청년기의 우울증 유병률은 8.6%이다. 이중 의사에게 진단을 받은 경우는 34.6%로 나타났다. 성별로는 남성의 우울증 유병률(3.7%)에 비해 여성의 우울증 유병률이 14.1%로 상당히 높게 나타난 반면, 실제로 의사를 통해 진단받은 경우는 남성이 59.0%, 여성이 27.4%로 남성이 적극적인 태도를 나타내었다.

▌표 Ⅱ-18▐ 청년기(20-29세)의 우울증 유병 및 진단 여부

(단위: %)

구분		우울증 앓은 적 없음	우울증 앓은 적 있음	진단 받음	진단 안 받음	계
전체		91.4	8.6	34.6	65.4	100.0
성별	남성	96.3	3.7	59.0	41.0	100.0
	여성	85.9	14.1	27.4	72.6	100.0

자료: 『국민건강영양조사(2012)』, 20-29세 재분석

동 조사에서 우울증을 앓은 경험이 있는 응답자를 대상으로 현재도 우울증을 앓고 있는지 조사한 결과 현재 우울증을 앓고 있다고 응답한 비율은 10.2% 였다. 성별로는 남성이 6.9%, 여성이 11.2%로 현재 우울증을 앓고 있는 비율은 여성이 높았다. 현재 우울증을 치료받고 있는 비율은 9.5%였는데, 성별로는 남성이 6.9%, 여성이 10.3%로 여성의 우울증 치료율이 다소 높게 조사되었다.

▌표 Ⅱ-19 ▌청년기(20-29세)의 현재 우울증 유병 및 치료 여부

(단위: %)

구분		현재 앓고 있지 않음	현재 앓고 있음			계
				치료 받음	치료 안 받음	
전체		89.8	10.2	9.5	90.5	100.0
성별	남성	93.1	6.9	6.9	93.1	100.0
	여성	88.8	11.2	10.3	89.7	100.0

자료: 『국민건강영양조사(2012)』, 20-29세 재분석

▌표 Ⅱ-20 ▌청년기(20-29세)의 우울증 진단 및 치료 여부

(단위: %)

구분		진단 안 받음	진단 받음			계
				치료중	치료 안 함	
전체		98.6	1.4	25.8	74.2	100.0
성별	남성	99.0	1.0	32.6	67.4	100.0
	여성	98.1	1.9	21.8	78.2	100.0
지역별	서울특별시	98.3	1.7	34.5	65.5	100.0
	광역시	98.6	1.4	19.8	80.2	100.0
	시도	98.6	1.4	24.3	75.7	100.0
혼인 상태	배우자 동거	98.1	1.9	15.5	84.5	100.0
	배우자 비동거	95.4	4.6	9.5	90.5	100.0
	사별	91.5	8.5	-	100.0	100.0
	이혼	92.5	7.5	54.6	45.4	100.0
	미혼	98.7	1.3	28.2	71.8	100.0
학력	고졸 미만	96.2	3.8	19.6	80.4	100.0
	고졸	97.3	2.7	23.2	76.8	100.0
	초대졸 이상	98.8	1.2	27.3	72.7	100.0
경제활동 여부	활동함	98.7	1.3	19.8	80.2	100.0
	활동 안 함	98.3	1.7	32.2	67.8	100.0
고용형태	고용주/자영업	98.3	1.7	14.1	85.9	100.0
	임금근로자	98.8	1.2	19.1	80.9	100.0
	무급가족봉사자	97.9	2.1	63.8	36.2	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 20-29세 연령군 분석

한편, 2012년 지역사회건강조사에서도 주관적으로 느끼는 우울감 외에 의사를 통해 우울증을 진단받은 경험을 조사하였는데 우울증 진단경험률은 1.4%였다. 의사로부터 우울증을 진단받은 응답자 중 현재 우울증을 치료중인 경우는 25.8%였다. 성별로는 여성(1.9%)이 남성(1.0%)에 비해 우울증 진단 경험률이 높았으나, 치료를 받고 있는 경우는 남성(32.6%)이 여성(21.8%)에 비해 높았다. 이는 국민건강영양조사에서도 일관되게 나타나는 결과이다. 학력별로는 학력이 낮을수록 우울증 진단률이 높았으나, 현재 치료율은 학력이 높을수록 높아지는 경향을 보였다.

□ 청년기 여성의 자살행동

최근 1년동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있냐는 질문에 13.0%가 '그렇다'라고 응답하였다. 자살 생각은 남성(4.2%)보다 여성(22.9%)이 더 많이 하는 것으로 나타나 여성의 정신건강 보호를 위한 정책마련이 시급한 것으로 보인다. 한편, 자살생각을 해 본 적이 있는 응답자를 대상으로 실제 자살 시도 여부를 물어보았더니 7.1%가 실제 자살 시도 경험이 있다고 응답하였다. 자살 시도 경험은 근소한 차이이긴 하지만 남성(7.5%)이 여성(7.0%)보다 다소 높았다. 자살 생각은 여성이 많이 하나 실제 실행에 옮기는 결단력은 남성이 우세한 것으로 보인다. 따라서 성별에 따라 차별화된 지원시스템의 도입이 강구되어야 할 것이다.

▌표 Ⅱ-21 ▐ 청년기(20-29세)의 자살생각 및 자살시도 여부

(단위: %)

구분		자살생각 없음	자살생각 있음			계
				시도함	시도 안 함	
전체		87.0	13.0	7.1	92.9	100.0
성별	남성	95.8	4.2	7.5	92.5	100.0
	여성	77.1	22.9	7.0	93.0	100.0

자료: 『국민건강영양조사(2012)』, 20-29세 재분석

2013년 사망원인통계에서 청년기(20~29세)의 가장 주요한 사망원인이 자살로 나타났으며, 자살생각률이 높게 나타나는 청년기 여성의 정신건강 증진을 위한 대책마련이 시급하다.

3) 중·장년기 여성의 정신건강

본 연구에서 30대~50대에 이르는 중·장년기 여성은 임신·출산·육아, 가족의 확장과 축소, 이혼·사별 등으로 인한 가족의 변화를 비롯하여 노동자이자 어머니로서 일·생활 균형으로 고군분투하는 시기이다. 이 시기 여성들의 정신건강에 영향을 미치는 요인들은 몇 가지로 정리해 볼 수 있다. 첫째 여성들의 모성경험이다. 출산 이후 우울감 인지율은 높게 보고되지만, 한국에서 분만을 제외한 산전후기 관리 진단은 많은 경우 여성 개인이나 가족에 의해 부담되고 있다(송다영, 2001). 산후 우울은 호르몬의 변화 뿐 아니라 출산 이후 정체성의 변화를 경험하는 여성의 스트레스와 우울감이다. 따라서 산후 우울에서 중요한 것은 출산과 더불어 새롭게 부과되는 정체성과 그에 따른 역할 재조정이 얼마나 성공적인가가 산후우울에서 중요한 과제로 보인다. 산후 우울을 보이는 여성들을 조기 발견하고 정서적 모성 적응 프로그램을 개발하는 것(정연이·김혜원, 2014; 배정이, 1996), 더불어 남편과 친정부모, 시부모 등의 정서적 지지를 포함한 사회적지지(남궁연옥 외, 2007)를 강조하는 것은 산후우울의 사회적 맥락을 강조한다. 그러나 다른 사회적, 관계적 변인보다 자신의 능력에 대한 자신감, 자기가치에 대한 확신으로서 자기효능감이 낮아지는 것이 산후우울에 영향을 준다는 연구도 있다(신유경 · 최연실, 2013). 즉 출산을 통해서 큰 변화를 겪는 산모가 가족생활 안에서의 스트레스 대처와 문제 해결에 어려움을 겪게 되면서 발생하는 우울증인 것이다. 그 중에서도 양육스트레스는 출산경험을 한 산모에게 가장 직접적으로 우울증을 유발하는 원인이 된다(김경숙 외, 2012). 특히 중산층 가정에 비해, 유아기 자녀를 둔 저소득층 가정의 여성에게 가사노동과 자녀양육은 만성적 스트레스로 작용하며 이는 우울증에 직접적인 영향을 끼친다(김진이, 2009).

한부모 가족 여성 가구주의 정신건강에 관한 연구에서 이들의 정신건강에 영향을 미치는 요인은 경제적 스트레스로 나타났다(김유심·곽지영, 2010). 어머니와 노동자라는 이중의 역할을 혼자서 부담해야 하는 상황에서 경력단절 여성에게 현실적으로 가능한 선택지는 정규직 일자리가 아닌 불안정한 저임금의 비정규직 일자리인 상황에서 이들은 시간빈곤과 소득빈곤이라는 이중빈곤에 처할 위험이 높다(노혜진·김교성, 2010). 한부모 가족의 여성은 친인척, 가족, 친구들과의 사회적 연결망이 거의 없거나 축소되어 도움을 받을 수 없는 상황이기 때문에 이들에 대한 정서적

지지가 필요하다(김오남, 2005). 같은 한부모라 하더라도 사별보다는 이혼의 경우 생활만족도가 낮게 나타났으며, 모자녀간 갈등이 여성가장의 우울에 많은 영향을 미치는 것으로 나타났다. 한부모 가족 가구주의 성차에 따른 차이를 연구한 김정란·김혜신(2014)의 연구에 따르면 남성에 비해 여성 가구주의 경우 사회적 차별경험이 우울에 상당한 영향을 주며, 남성은 부모-자녀관계에서, 여성은 과거 부부관계의 질이 대인관계에 영향을 미쳐 스트레스를 경험하는 것으로 나타났다(이수인·임애덕, 2007).

여성들의 양육 스트레스는 가사 노동을 둘러싼 인식의 차이, 노동 경험의 차이, 결혼에 대한 만족도에 따라 달라지는가에 대한 연구들이 이루어졌다. 가사노동을 둘러싼 인식의 측면에서는 남성은 보수적인 태도를 유지할 때 더 우울하고, 여성은 공평한 가사분담을 이상적으로 생각할 때 더 많은 우울을 경험한다(임인숙 외, 2012; 송리라·이민아, 2012). 전업주부는 전통적인 성역할 태도를 유지할 때, 취업주부는 진보적인 성역할 태도를 유지할 때 심리적 안녕감을 가질 수 있다(조금숙·조증열, 2004)는 연구 결과는 여성들의 정신건강에 있어 젠더 관계에 대한 기대와 현실 간의 괴리가 중요하게 작동하고 있음을 보여준다.

취업모는 전업주부에 비해 아이 양육과 교육에 있어서 부족한 엄마로 스스로를 자책하고 죄책감을 가지게 되며, 직장에서의 스트레스, 피로와 더불어 상당한 육체적 소진을 경험하게 된다(김나현 외, 2013). 이와 같은 상황에서 많은 취업모는 양육을 친정부모나 시부모에게 맡기게 되는데, 그렇게 손자녀를 돌보게 되는 조모 여성들의 우울증과 스트레스도 상당하게 된다(백경흔, 2009; 이지연 외, 2008). 노년기 여성의 손자녀 돌봄의 부정적 측면은 고립된 돌봄 노동으로 인한 외로움과 우울증, 신체적 어려움이다. 그러나 다른 한편에서 손자녀 돌봄이 자녀와의 관계를 증진시키는 경우 정신건강을 지지한다는 연구도 있다(오소이·전혜정 ,2014). 이와 달리 공적 영역에서 유급 노동을 지속하고 있는 중·하층 계급 중년여성들은 일의 자발적 선택여부와 상관없이 가정형편상 지속적으로 일로 내몰렸음에도 불구하고 자기 존중감이나 자기효능감이 높은 것으로 나타났다(임인숙, 2013). 즉 이들은 자신의 남편보다 더 많이 가정경제에 기여했다는 자부심을 가지고, 다른 사람에게 의존하지 않고 산다는 독립감을 가지면서, 일의 경험을 정신적으로 육체적으로 건강하고 활

력 있는 삶을 만드는 동력으로 가져가고 있다.

중·장년기 비혼 여성은 경제적 안정성과 주거 안정성에서 취약한 모습을 보인다. 『서울시 비혼여성 1인가구 정책지원방안 수립』(이성은 외, 2012)에 따르면 '상용직 임금 근로자가'가 78.8%에 이르지만, 이들의 직장 근속연수는 1~2년에 그치는 비율이 32.0%로 가장 높게 나타났으며, 비혼여성 1인 가구 중 88.1%의 주거점유형태가 전/월세로 나타났다. 4-50대 비혼여성들은 비혼자에 대한 사회적 편견이나 불필요한 호기심에 대한 어려움을 호소하기도 한다(성미애, 2014). 기혼자-성인이라는 문화적 인식 때문에 동등한 어른으로서 존중받지 못한다거나, 자녀로 인한 기쁨을 누리지 못하고, 기존의 관계들은 죽음을 통해 축소됨으로써 "기쁠 일 없는 우울한 삶"으로 여겨지기도 한다. 또한 노동시장에서 상대적으로 안정된 지위를 갖지 못한 이들은 결혼을 경제력과 등치시키면서, 비혼 여성으로서 노후 불안정에 대한 걱정이 많이 있었다. 노후의 삶을 잘 영위하기 위해서 이들이 가장 염두에 두는 것은 결국 보험이나 안정적인 경제력에 기반한 자기 돌봄이다. 그렇기 때문에 비혼 여성들은 가족의 불안정성과 친밀한 관계에 투자하는 것보다 생계와 경제적 독립을 해결해주는 일자리와 자신의 경력을 중시한다(박기남, 2011).

□ 중·장년기 여성의 스트레스

일상생활에서 개인이 느끼는 스트레스 인지율은 87.3%로 매우 높은 편이었고, 스트레스를 느끼지 않는다는 12.7%에 불과하였다. 성별로는 여성(86.9%)에 비해 남성의 스트레스 인지율이 87.8%로 높은 편이었고, 지역별로는 서울시가 88.2%로 여타의 광역시나 시도에 비해 높았다. 경제활동 상태에 따라서는 경제활동을 하는 경우 88.5%로 스트레스 인지율이 높았고, 임금근로자(89.2%)가 고용주이거나 자영업자(87.1%) 혹은 무급가족봉사자(84.6%)에 비해 높게 조사되었다.

▌표 Ⅱ-22 ▌중장년기(30-59세)의 일상생활에서 주관적 스트레스 인지 정도

(단위: %)

구분		대단히 많이 느낌	많이 느끼는 편	조금 느끼는 편	거의 느끼지 않음	계
전체		3.8	26.0	57.5	12.7	100.0
성별	남성	4.3	27.5	56.0	12.2	100.0
	여성	3.3	24.5	59.0	13.1	100.0
지역별	서울특별시	4.7	27.3	56.2	11.8	100.0
	광역시	3.4	25.4	58.5	12.7	100.0
	시도	3.7	25.8	57.5	13.0	100.0
혼인 상태	배우자 동거	3.6	25.7	58.1	12.7	100.0
	배우자 비동거	4.6	24.8	55.9	14.6	100.0
	사별	4.2	23.9	54.3	17.6	100.0
	이혼	6.4	30.0	51.4	12.2	100.0
	미혼	4.8	27.7	56.1	11.4	100.0
경제활동 여부	활동함	3.9	27.4	57.1	11.5	100.0
	활동 안 함	3.6	21.3	58.6	16.4	100.0
고용형태	고용주/자영업	4.4	29.0	53.6	12.9	100.0
	임금근로자	3.7	26.9	58.5	10.8	100.0
	무급가족봉사자	2.9	25.7	56.0	15.4	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 30-59세 연령군 분석

2012년 지역사회건강조사에서는 스트레스를 대단히 많이 느낀다, 많이 느끼는 편이라고 응답한 응답자에게 스트레스에 대해 의료기관, 전문상담기관, 보건소 등 전문가의 상담을 받아본 적이 있는 지를 조사하였다. 그 결과 상담을 받은 경우는 5.2%로 저조하였다. 이는 청년기의 상담률 5.7%와 비슷한 수준이다. 성별로는 남성(3.3%)보다 여성(7.4%)의 상담 경험률이 높았고, 혼인상태별로는 이혼이 10.3%로 가장 높고, 사별(9.3%), 배우자가 있으되 함께 살지 않는 경우(7.5%)의 순이었다.

▌표 Ⅱ-23▐ 중장년기(30-59세)의 스트레스에 대한 전문가 상담 여부

(단위: %)

구분		상담 받음	상담 받지 않음	계
전체		5.2	94.8	100.0
성별	남성	3.3	96.7	100.0
	여성	7.4	92.6	100.0
지역별	서울특별시	6.2	93.8	100.0
	광역시	5.1	94.9	100.0
	시도	4.8	95.2	100.0
혼인 상태	배우자 동거	4.7	95.3	100.0
	배우자 비동거	7.5	92.5	100.0
	사별	9.3	90.7	100.0
	이혼	10.3	89.7	100.0
	미혼	5.5	94.5	100.0
학력	고졸 미만	7.4	92.6	100.0
	고졸	5.3	94.7	100.0
	초대졸 이상	4.6	95.4	100.0
경제활동 여부	활동함	4.0	96.0	100.0
	활동 안 함	10.2	89.8	100.0
고용형태	고용주/자영업	3.5	96.5	100.0
	임금근로자	4.1	95.9	100.0
	무급가족봉사자	6.2	93.8	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 30-59세 연령군 분석

□ 중·장년기 여성의 우울감

2012년 지역사회건강조사에서는 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있는지를 통해 우울감을 조사하였다. 우울감을 느끼는 경우는 전체 응답자의 5.1%였고, 이는 청년기의 우울감 경험률 5.0%와 유사한 수준이었다. 성별로는 남성이 3.5%, 여성이 6.7%로 여성의 우울감 인식도가 높은 편이었다. 또한 지역별로는 서울시 거주자의 우울감 인식도가 6.2%로 타지역에 비해 높았다. 혼인상태별로는 이혼(12.0%), 사별(11.7%), 배우자 비동거(7.4%)의 순으로 나타났다.

우울감을 인식하고 있는 응답자를 대상으로 전문가 상담 여부를 조사한 결과 상담을 받은 경우는 15.5%였고, 성별에 따라서는 남성이 12.0%, 여성이 17.40%였다. 청년기에서 남성과 여성의 전문가 상담 경험률이 각각 15.1%, 16.0%로 비슷했던 것에 비하면 중장년기에는 성별의 차이가 두드러진다고 하겠다.

▌표 Ⅱ-24 ▌중장년기(30-59세)의 우울감 인식 정도와 전문가 상담 여부

(단위: %)

구분		없다	있다	전문가상담 받음	전문가상담 받지 않음	계
전체		94.9	5.1	15.5	84.5	100.0
성별	남성	96.5	3.5	12.0	88.0	100.0
	여성	93.3	6.7	17.4	82.6	100.0
지역별	서울특별시	93.8	6.2	14.3	85.7	100.0
	광역시	95.3	4.7	16.1	83.9	100.0
	시도	95.2	4.8	15.8	84.2	100.0
혼인 상태	배우자 동거	95.6	4.4	14.3	85.7	100.0
	배우자 비동거	92.6	7.4	19.1	80.9	100.0
	사별	88.3	11.7	18.4	81.6	100.0
	이혼	88.0	12.0	20.3	79.7	100.0
	미혼	94.3	5.7	16.4	83.6	100.0
학력	고졸 미만	92.3	7.7	18.6	81.4	100.0
	고졸	94.8	5.2	15.1	84.9	100.0
	초대졸 이상	95.9	4.1	14.0	86.0	100.0
경제활동 여부	활동함	95.9	4.1	12.8	87.2	100.0
	활동 안 함	91.7	8.3	19.9	80.1	100.0
고용형태	고용주/자영업	95.8	4.2	10.0	90.0	100.0
	임금근로자	96.0	4.0	13.7	86.3	100.0
	무급가족봉사자	95.2	4.8	19.3	80.7	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 30-59세 연령군 분석

한편, 주관적으로 느끼는 우울감 외에 의사를 통해 우울증을 진단받았는지 여부를 조사하였는데 우울증 진단률은 1.8%로 청년기의 우울증 진단률(1.4%)에 비해 다소 높은 수준이었다. 의사로부터 우울증을 진단받은 응답자 중 현재 우울증을 치료중인 경우는 38.2%로 청년기의 25.8%에 비해 높았다. 성별로는 여성(2.8%)이 남성(0.9%)에 비해 우울증 진단률이 높았으나, 치료를 받고 있는 경우는 남성(49.5%)이 여성(34.7%)에 비해 높았다. 성별에 따른 이러한 차이는 청년기(20~29세)에서도 유사하게 확인되었다. 또한 학력별로는 학력이 낮을수록 우울증 진단률이 높았으나, 현재 치료율은 학력이 높을수록 높아지는 경향을 보였다.

▌표 Ⅱ-25▐ 중장년기(30-59세)의 우울증 진단 및 치료 여부

(단위: %)

구분		진단 안 받음	진단 받음			계
				치료중	치료 안 함	
전체		98.2	1.8	38.2	61.8	100.0
성별	남성	99.1	0.9	49.5	50.5	100.0
	여성	97.2	2.8	34.7	65.3	100.0
지역별	서울특별시	98.0	2.0	39.0	61.0	100.0
	광역시	98.2	1.8	39.3	60.7	100.0
	시도	98.2	1.8	37.4	62.6	100.0
혼인 상태	배우자 동거	98.5	1.5	34.9	65.1	100.0
	배우자 비동거	97.6	2.4	39.4	60.6	100.0
	사별	93.4	6.6	40.7	59.3	100.0
	이혼	94.5	5.5	43.7	56.3	100.0
	미혼	98.0	2.0	50.4	49.6	100.0
학력	고졸 미만	96.1	3.9	42.4	57.6	100.0
	고졸	98.1	1.9	37.2	62.8	100.0
	초대졸 이상	98.8	1.2	34.9	65.1	100.0
경제활동 여부	활동함	98.7	1.3	33.4	66.6	100.0
	활동 안 함	96.3	3.7	43.7	56.3	100.0
고용형태	고용주/자영업	98.9	1.1	35.6	64.4	100.0
	임금근로자	98.7	1.3	32.0	68.0	100.0
	무급가족봉사자	97.1	2.9	40.4	59.6	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 30-59세 연령군 분석

□ 중·장년기 여성의 자살행동

중장년층에서 최근 1년동안 자살을 생각해 본 경험이 있는 응답자는 11.9%에 이른다. 이는 청년기(19~29세) 13.0%보다 약간 낮은 정도이다. 또한 자살 생각을 해본 사람은 청년층과 마찬가지로 여성이 14.0%로 남성에(9.8%) 비해 많았다. 실제로 자살을 시도해 보았다는 응답자는 4.2%였다. 청년기엔 여성에 비해 남성이 실제 자살 시도 비율이 높았던 것에 비해 중장년층에서는 남성(1.8%)에 비해 여성(6.0%) 자살 시도율이 높았다.

자살의 예방차원에서 전문적이든 비전문적이든 상담은 매우 중요하다. 하지만, 2012년 국민건강영양조사 결과에 따르면 정신적인 문제 때문에 방문, 전화, 인터넷 등을 통해 상담을 받아본 경험이 있는 응답자는 2.6%에 불과하였다. 남성은 이보다 낮은 1.5%로 매우 저조한 것으로 드러났다.

▌표 Ⅱ-26▐ 중장년기(30-59세)의 자살생각 및 자살시도 여부

(단위: %)

구분		자살생각 없음	자살생각 있음			계
				시도함	시도 안 함	
전체		88.1	11.9	4.2	95.8	100.0
성별	남성	90.2	9.8	1.8	98.2	100.0
	여성	86.0	14.0	6.0	94.0	100.0

자료: 『국민건강영양조사(2012)』, 30-59세 재분석

▌표 Ⅱ-27▐ 중장년기(30-59세)의 정신적인 문제로 상담받은 경험

(단위: %)

구분		상담 받음	상담받지 않음	계
전체		2.6	97.4	100.0
성별	남성	1.5	98.5	100.0
	여성	3.7	96.3	100.0

자료: 『국민건강영양조사(2012)』, 30-59세 재분석

중·장년기 남성이 정신적인 문제로 상담받은 경험이 낮게 나타나는 것은 앞서, 자살생각과 자살시도율에 있어서의 젠더 격차에 대한 설명을 가능케 하다. 앞서 지적하였듯이 사회적 관계망을 정서적 지지로 활용할 수 있는 측면에서 남성과 여성의 차이와 더불어, 상담에 있어서도 남성이 여성보다 적극적이지 않은 것으로 나타다는 것은 남성에게 정신적인 긴장을 완화할 수 있는 기제가 훨씬 부족한 것을 의미한다.

4) 노년기 여성의 정신건강

60대 이상의 노년기 여성의 정신건강에 관한 선행 연구를 살펴보면, 다른 생애주기에서와 마찬가지로 우울증, 자살 생각 등의 영역에서 젠더 격차가 보고되고 있다(표정선, 2009). 이는 여성이 사적/공적 영역 내에서 위치한 사회적 지위와 환경이 여성건강에 영향을 미치며, 모성건강에만 초점이 맞춰져 있는 여성건강정책에서 노년을 비롯한 생애주기에 따른 건강지표의 개발과 정책으로 확장되어야 한다는 것을 보여준다(표정선, 2009; 송다영, 2013). 65세 이상 84세 이하의 노인들을 대상으로 한

〈고령화연구패널조사〉를 분석한 연구에 따르면, 여성노인이 남성노인에 비해 우울도가 높지만, 사별이나 이혼, 별거와 같은 결혼해체의 경험유무가 우울도에 미치는 영향은 남성에 비해 여성노인이 낮은 것으로 나타났다(이민아, 2009). 즉 나이가 들어서도 전통적인 성역할에 따라 돌봄노동을 해야 했던 여성노인이 갖는 스트레스는 배우자의 존재로 인한 고독감의 감소효과를 상쇄시키는 것으로 보인다.

사별 여성 노인과 자녀동거여부에 따른 삶의 만족도를 조사한 연구에서는 미혼자녀와 동거하는 여성 노인의 경우 자녀를 결혼시켜야 한다는 부담감과 가사노동에서 벗어나지 못한다는 스트레스로 인해 삶의 만족도가 떨어지는 것으로 나타났다(최경원 외, 2012). 그러나 여성독거노인에게 별거하는 자식의 존재는 정서적 유대감을 제공해준다는 점에서 우울증을 낮춰줄 수 있는 원인이 될 수 있다. 물론 자식이 존재함에도 무관심하거나, 방문을 등한시하게 되면 오히려 우울증을 증가시키겠지만, 주말에 방문하거나 자신을 위해 옷을 사주고 외식을 시켜주는 자녀는 여성독거노인에게 기쁨과 만족감을 주는 요인이 된다(김춘미 외, 2008).

여성독거노인에게 사별한 남성, 출가한 자식은 한편으로는 돌봄노동으로부터의 해방, 독신생활의 자유로움을 느끼기도 하지만, 고독감을 많이 인식할수록 미래에 대한 희망을 잃어버리고, 자신의 삶에 대한 무력감을 느끼게 되면서 결국 자살위험에 빠지게 될 수 있다(권중돈 외, 2012). 여성 독거 노인은 경제적 취약계층으로 남성 노인들에 비해 우울이 발생할 위험이 더 높은 인구집단이다(김희경 외, 2010). 그러나 저소득층, 독거노인 계층을 대상으로 한 사업들은 대부분 심뇌혈관, 치매, 지체장애와 같은 신체적 질병에만 초점이 맞춰지고 있는 것이 문제로 지적된다(김혜령, 2014).

이에 본 연구에서 노년기 여성들이 느끼는 우울과 스트레스의 구체적인 맥락을 살펴, 노년기 여성의 정신건강 지원 방안을 마련하고 궁극적으로 노년의 삶의 질을 높이는 정책을 제언하고자 한다. 여성 노인들의 사회적 고립, 우울, 자살 생각과 같은 정신적 불건강 상태를 해소하기 위해서는 가족 관계를 벗어나 다양한 사회 활동에의 참여를 촉진하는 방법이 있다. 특히 가족으로부터의 사회적 지지를 기대할 수 없는 많은 독거여성노인들에게 보다 유의미한 지원이 될 수 있는 것은 자원봉사나, 여가, 오락, 교육 프로그램과 같은 사회활동에 참여하는 것일 수 있다. 이를 통해

여성노인들이 자기 삶에 대한 주관적 통제감을 높임으로써, 일상생활에서 경험하는 다양한 스트레스를 해결할 수 있는 자원과 능력을 가질 수 있다(남현주, 이현지, 2005). 또 다른 연구에서도 신체적 건강을 유지하고 있는 여성노인들 중 경제활동과 사회활동에 참여를 하는 것이 삶의 만족도를 높이는 데 영향을 주었고, 보살핌노동 활동은 하지 않는 것이 만족도를 높이는 것으로 나타났다(김동배, 박은영, 2007).

이처럼 평생 동안 보살핌노동을 하고 가난한 임금노동자로 살아왔던 여성노인들이지만, 정작 이들이 몸이 쇠약해지고, 배우자의 사별과, 자식의 출가로 사회적 관계가 점점 얇아져가는 상황에서 국가나 사회로부터 제대로 된 보살핌을 받지 못하는 것이 여성노인의 처한 구조적 상황이다. 이동옥(2005)은 보살핌을 인간 삶의 조건으로 이해하는 '보살핌의 윤리'를 주장하면서 개별 가족의 책임이 아닌 공적책임으로서 국가와 지역사회가 여성노인의 삶을 돌보면서 이들이 고독감과 무망감에 시달리지 않고 노년기에 이르러서도 다양한 사회적 관계망 속에서 성장의 가능성을 열어두는 삶의 가능성을 주장하고 있다. 즉 모든 것을 경제적 인간의 기준에서 사회적 생산성 여부에 따라 보살핌이 이루어지는 것이 아닌, 보살핌이 필요한 자의 요청에 따라, 여성노인의 권리 주장에 따라 이들에 대한 보살핌의 사회적 책임이 수행되어야 한다는 것이다. 그럼으로써 평생 다른 가족구성원들을 위해 보살핌 노동을 수행해왔던 여성노인도 보살핌을 받는 상태가 수치스럽거나 비정상적인 것이 아님을, 보살핌을 베푸는 자에게 편안하게 몸을 의탁하고 삶의 만족도를 높일 수 있을 것이다.

□ 노년기 여성의 스트레스

또한, 동 조사에서 일상생활에서 개인이 느끼는 스트레스 인지율은 69.0%로 청년기(87.9%)나 중장년기(87.3%)에 비해 상당히 낮았다. 성별로는 남성(65.2%)에 비해 여성의 스트레스 인지율이 72.0%로 높은 편이었고, 지역별로는 다른 생애주기 단계와 마찬가지로 서울시가 70.8%로 여타의 광역시나 시도에 비해 높았다. 경제활동 상태에 따라서는 청년기나 중장년기에서 임금근로자의 스트레스 인지율이 가장 높았던 것과 달리 무급가족봉사자의 스트레스 인지율이 75.0%로 임금근로자(73.9%)가 고용주이거나 자영업자(69.6%)에 비해 높게 조사되었다.

▌표 Ⅱ-28 ▌노년기(60세 이상)의 일상생활에서 주관적 스트레스 인지 정도

(단위: %)

구분		대단히 많이 느낌	많이 느끼는 편	조금 느끼는 편	거의 느끼지 않음	계
전체		3.1	19.8	46.1	31.0	100.0
성별	남성	2.3	15.8	47.0	34.8	100.0
	여성	3.8	22.9	45.3	28.0	100.0
지역별	서울특별시	3.7	18.7	48.4	29.2	100.0
	광역시	3.5	20.5	46.0	30.1	100.0
	시도	2.8	19.9	45.3	32.0	100.0
가구구성 세대유형	1세대	3.0	19.6	44.9	32.5	100.0
	2세대	3.5	20.8	48.1	27.6	100.0
	3세대	2.8	18.5	46.7	32.0	100.0
혼인 상태	배우자 동거	2.9	19.4	47.9	29.8	100.0
	배우자 비동거	4.1	23.7	47.3	24.9	100.0
	사별	3.3	20.0	41.7	35.0	100.0
	이혼	5.4	26.3	42.3	26.0	100.0
	미혼	6.6	19.2	45.8	28.4	100.0
학력	고졸 미만	3.5	21.4	44.3	30.9	100.0
	고졸	2.4	17.5	50.9	29.2	100.0
	초대졸 이상	1.8	13.8	49.4	34.9	100.0
경제활동 여부	활동함	2.3	20.2	49.5	28.0	100.0
	활동 안 함	3.6	19.6	44.1	32.7	100.0
고용형태	고용주/자영업	2.2	19.8	47.6	30.4	100.0
	임금근로자	2.3	19.6	52.0	26.1	100.0
	무급가족봉사자	2.5	24.2	48.3	25.0	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 60세 이상 연령군 분석

2012년 지역사회건강조사에서는 스트레스를 대단히 많이 느낀다, 많이 느끼는 편이라고 응답한 응답자에게 스트레스에 대해 의료기관, 전문상담기관, 보건소 등 전문가의 상담을 받아본 적이 있는 지를 조사하였다. 그 결과 상담을 받은 경우는 8.3%로 저조한 편이었으나, 청년기 상담률 5.7%, 중장년기 상담률 5.2%에 비해 다소 높은 수준이었다. 성별로는 중년기와 마찬가지로 남성(5.9%)보다 여성(9.54%)의 상담 경험률이 높았다. 또한 학력이 높아질수록 전문가 상담률이 높아지는 경향을 보였다.

▌표 Ⅱ-29 ▌노년기(60세 이상)의 스트레스에 대한 전문가 상담 여부

(단위: %)

구분		상담 받음	상담 안 받음	계
전체		8.3	91.7	100.0
성별	남성	5.9	94.1	100.0
	여성	9.5	90.5	100.0
지역별	서울특별시	8.3	91.7	100.0
	광역시	8.7	91.3	100.0
	시도	8.1	91.9	100.0
혼인 상태	배우자 동거	8.5	91.5	100.0
	배우자 비동거	6.8	93.2	100.0
	사별	7.7	92.3	100.0
	이혼	9.5	90.5	100.0
	미혼	10.9	89.1	100.0
학력	고졸 미만	8.0	92.0	100.0
	고졸	8.7	91.3	100.0
	초대졸 이상	10.0	90.0	100.0
경제활동 여부	활동함	5.3	94.7	100.0
	활동 안 함	9.9	90.1	100.0
고용형태	고용주/자영업	5.2	94.8	100.0
	임금근로자	5.0	95.0	100.0
	무급가족봉사자	7.1	92.9	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 60세 이상 연령군 분석

□ 노년기 여성의 우울감

2012년 지역사회건강조사에서는 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있는지를 통해 우울감을 조사하였다. 우울감을 느끼는 경우는 전체 응답자의 6.9%였고, 이는 청년기의 우울감 경험률 5.0%, 중장년기의 우울감 경험률 5.1%에 비해 다소 높은 수준이다. 성별로는 남성이 4.8%, 여성이 8.6%로 여성의 우울감 인식도가 높은 편이었다. 또한 지역별로는 서울시 거주자의 우울감 인식도가 8.3%로 타지역에 비해 높았다. 학력에 따라서는 학력이 낮아질수록 우울감 인식도가 높아지는 경향을 나타냈다.

우울감을 인식하고 있는 응답자를 대상으로 전문가 상담 여부를 조사한 결과 상담을 받은 경우는 19.2%로 청년기(15.7%), 중장년기(15.5%)에 비해 다소 높았다. 노년기에는 생업으로부터 은퇴한 후 노인대학, 사회복지관 등 전문적인 상담기관이나

의료기관의 방문이 증가하기 때문인 것으로 추정된다.

성별에 따라서는 남성이 14.4%, 여성이 21.3%로 여성의 전문가 상담 경험이 많았다. 청년기에서 중장년기를 거쳐 노년기로 오면서 여성과 남성의 상담 경험률의 격차는 점점 커지는 경향을 보였다. 혼인상태별로는 이혼(21.4%)과 사별(18.7%)의 상담 경험률이 높게 나타났다. 경제활동 여부에 따라서는 경제활동을 하는 경우 우울감이 있다고 응답한 비율이 95.3%로 경제활동을 하지 않는 경우(91.8%)보다 높으나, 전문가 상담률은 경제활동을 하는 경우(15.4%)가 경제활동을 하지 않는 경우(20.4%)보다 낮게 조사되었다.

▌표 Ⅱ-30 ▐ 노년기(60세 이상)의 우울감 인식 정도와 전문가 상담 여부

(단위: %)

구분		우울감 없다	우울감 있다	전문가상담 받음	전문가상담 받지 않음	계
전체		93.1	6.9	19.2	80.8	100.0
성별	남성	95.2	4.8	14.4	85.6	100.0
	여성	91.4	8.6	21.3	78.7	100.0
지역별	서울특별시	91.7	8.3	18.6	81.4	100.0
	광역시	92.6	7.4	19.4	80.6	100.0
	시도	93.7	6.3	19.4	80.6	100.0
혼인 상태	배우자 동거	94.2	5.8	19.7	80.3	100.0
	배우자 비동거	89.4	10.6	14.9	85.1	100.0
	사별	91.2	8.8	18.7	81.3	100.0
	이혼	84.5	15.5	21.4	78.6	100.0
	미혼	86.7	13.3	14.8	85.2	100.0
학력	고졸 미만	92.4	7.6	18.5	81.5	100.0
	고졸	94.2	5.8	23.4	76.6	100.0
	초대졸 이상	95.3	4.7	18.7	81.3	100.0
경제활동 여부	활동함	4.7	95.3	15.4	84.6	100.0
	활동 안 함	8.2	91.8	20.4	79.6	100.0
고용형태	고용주/자영업	3.9	96.1	16.5	83.5	100.0
	임금근로자	5.3	94.7	14.8	85.2	100.0
	무급가족봉사자	5.1	94.9	16.1	83.9	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 60세 이상 연령군 분석

한편, 주관적으로 느끼는 우울감 외에 의사를 통해 우울증을 진단받았는지 여부를 조사하였는데 우울증 진단률은 4.0%로 청년기의 우울증 진단률(1.4%), 중장년기의 우울증 진단률(1.8%)에 비해 다소 높은 수준이었다. 의사로부터 우울증을 진단받은 응답자 중 현재 우울증을 치료중인 경우는 45.4%로 청년기의 25.8%, 중장년기의 38.2%에 비해 높았다.

성별로는 여성(5.5%)이 남성(2.0%)에 비해 우울증 진단률이 높았으나, 치료를 받고 있는 경우는 남성(48.7%)이 여성(44.57%)에 비해 높았다. 치료를 받고 있는 성별 격차는 여성이 남성보다 지속적으로 우위를 나타내기는 하지만 청년기나 중장년기에 비해 그 폭이 많이 좁아지는 경향을 나타내었다.

▌표 Ⅱ-31 ▌노년기(60세 이상)의 우울증 진단 및 치료 여부

(단위: %)

구분		진단 안 받음	진단 받음	치료중	치료 안 함	계
전체		96.0	4.0	45.4	54.6	100.0
성별	남성	98.0	2.0	48.7	51.3	100.0
	여성	94.5	5.5	44.5	55.5	100.0
지역별	서울특별시	95.5	4.5	42.5	57.5	100.0
	광역시	95.5	4.5	43.3	56.7	100.0
	시도	96.4	3.6	47.7	52.3	100.0
혼인 상태	배우자 동거	96.6	3.4	45.8	54.2	100.0
	배우자 비동거	95.4	4.6	40.8	59.2	100.0
	사별	95.1	4.9	45.7	54.3	100.0
	이혼	91.9	8.1	38.0	62.0	100.0
	미혼	95.2	4.8	62.4	37.6	100.0
학력	고졸 미만	95.7	4.3	47.3	52.7	100.0
	고졸	96.6	3.4	42.1	57.9	100.0
	초대졸 이상	97.0	3.0	34.0	66.0	100.0
경제활동 여부	활동함	97.7	2.3	36.4	63.6	100.0
	활동 안 함	95.1	4.9	47.8	52.2	100.0
고용형태	고용주/자영업	98.1	1.9	37.0	63.0	100.0
	임금근로자	97.5	2.5	30.5	69.5	100.0
	무급가족봉사자	96.8	3.2	51.7	48.3	100.0

자료: 「지역사회건강조사(2012)」, 60세 이상 연령군 분석

극심한 우울증은 자살 등의 극단적인 생각으로 이어질 수 있다. 2012년 국민건강영양조사에서 최근 1년 동안 죽고 싶다고 생각해 본 적이 있는지 조사한 결과, 17.9%가 있다고 응답하였다. 이는 청년층(13.0%), 중장년층(11.9%)에 비해 비교적 높은 수치이다. 또한 자살 생각을 해 본 응답자에게 실제로 자살을 시도한 경험이 있는지 물었는데, 응답자의 4.1%가 시도해 보았다고 응답하였다.

□ 노년기 여성의 자살행동

60세 이상 노년기 여성의 경우 불건강한 상태로 더 오래 살게 되는 젠더 패러독스(gender paradox)로 인해 남성 노인에 비해 정신건강의 측면에서 더 안 좋은 결과를 보일 가능성이 높다. 노년기 여성의 자살행동에서도 여성은 남성에 비해 높은 자살생각률을 나타낸다. 그러나 자살시도율에서는 남성이 여성보다 높게 나타나 남성 노인의 정신건강 지원 체계를 마련함에 있어 자살충동을 완화할 수 있는 중간단계의 지원을 모색할 필요성을 보여준다.

▌표 Ⅱ-32 ▌노년기(60세 이상)의 자살생각 및 자살시도 여부

(단위: %)

구분		자살생각 없음	자살생각 있음			계
				시도함	시도 안 함	
전체		82.1	17.9	4.1	95.9	100.0
성별	남성	86.8	13.2	5.2	94.8	100.0
	여성	78.6	21.4	3.6	96.4	100.0

자료: 『국민건강영양조사(2012)』, 60세 이상 재분석

2012년 국민건강영양조사 결과에서도 정신적인 문제 때문에 방문, 전화, 인터넷 등을 통해 상담을 받아본 경험이 있는 응답자는 2.3%에 불과하였다. 남성은 이보다 낮은 1.3%로 매우 저조한 것으로 드러났다. 자살은 자연사가 아닌 인위적 행위라는 점에서 예방으로 인한 효과를 기대할 수 있다. 하지만 현재 자살 등 정신건강 보호를 위한 지원 체계와 이의 활용은 미비한 수준임을 알 수 있다.

▌표 Ⅱ-33 ▌노년기(60세 이상)의 정신적인 문제로 상담받은 경험

(단위: %)

구분		상담 받음	상담받지 않음	계
전체		2.3	97.7	100.0
성별	남성	1.3	98.7	100.0
	여성	3.0	97.0	100.0

자료: 『국민건강영양조사(2012)』, 60세 이상 재분석

또한 본 연구의 심층면접에서 나타난 바, 여성 노인의 자살충동을 완화할 수 있는 것은 가족을 포함한 사회적 관계망의 회복이었다. 남성 노인을 위한 사회적 관계망 지원 정책이 추후 마련되어야 할 것이다.

Ⅲ

생애주기별 정신건강 지원정책 현황

1. 서울시 여성의 생애주기별 정신건강 정책 현황
2. 해외 여성의 생애주기별 정신건강 정책 현황

Seoul
Foundation of
Women &
Family

Ⅲ 생애주기별 정신건강 지원정책 현황

1. 서울시 여성의 생애주기별 정신건강 정책 현황

1) 청소년기 여성의 정신건강 지원 정책

청소년기 정신건강은 다른 생애주기에 비하여 중앙 및 지방 정부 차원에서 가장 적극적으로 정책적 개입이 이루어지고 있다. 「청소년건강행태온라인조사」(질병관리본부), 「아동·청소년 정신건강실태조사」(한국청소년정책연구원) 등은 청소년기 정신건강 지원 정책의 근거가 되고 있으며, 여성가족부·보건복지부·교육과학기술부 등에서 위기청소년 관리 차원에서 수행되고 있는 정책들을 청소년기 정신건강 지원정책으로 볼 수 있다. 학교 내 상담기관, 지역아동센터, 지역사회청소년통합체계(Community Youth Safety Network: CYS-Net), 아동자립지원센터, (청소년)보호관찰소, 건강가정지원센터 등에서 청소년기 정신건강 지원 서비스가 제공되고 있다.

□ 위기청소년 정신건강 사업(여성가족부)

여성가족부에서는 기존에 운영하고 있는 청소년 사업 중 하나로 학교 부적응 학생 및 학업중단 학생 등을 위기청소년으로 정의하고 이들에 대한 지원사업을 수행하고 있다. 위기청소년의 위험요인으로 약물, 성, 가출, 폭력 등의 품행문제와 우울, 불안과 같은 정신건강상의 문제, 낮은 자존감 및 동기 부족과 같은 심리적 문제, 학습 장애 및 학습부진과 같은 학습문제 등으로 진단하고, 이들에 대한 실질적 서비스

를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다.

지역사회 위기청소년 통합지원체계(CYS-net)는 위기청소년의 현황, 요구, 인적·물적 자원 등에 관한 정보 네트워크를 형성하여 종합적으로 지원·관리할 수 있는 통합지원체계로 상담·구조·치료·자활 등 원스톱 종합지원서비스를 지향하고 있다. 상담·가출 신고전화(1588-0924)등 여러 종류의 청소년 긴급전화를 청소년 전화 '1388'로 통합 운영하여, 가출·인터넷중독 등 위험노출 청소년별 특성에 따라 문제 발생 초기부터 사회복귀에 이르기까지 전 과정을 지원하고 있다. 인터넷 중독의 경우 교육과학기술부와 연계하여 초4·중·고1 학생 전수를 대상으로 선별검사를 진행하여 학교 내 예방교육을 강화하고 있다. 인터넷중독 선별 검사에서 고위험군으로 선별된 학생들은 청소년상담복지센터, 정신건강증진센터, 치료협력병원들과 연계하여 상담·치료 서비스를 제공하고 있다.

□ 학생정신건강관리사업: Wee센터(교육부)

교육부에서는 빈곤, 부모의 이혼 등과 같은 가족 위기, 학습부진 및 학업중단으로 인한 교육적 위기, 범죄·가출·폭력·흡연 등으로 인한 개인적 위기에 처한 학생이 증가함에 따라 교육청 차원에서 Wee 프로젝트를 실시하고 있다. 학교, 교육청, 지역사회의 협력 체계 속에서 '진단-상담-치료'에 대한 종합적인 안전망을 구축하고자 하고자 하는 목적에서 실시되었다.

2010년부터 초4·중1·고1학년을 대상으로 '학생정신건강선별검사'를 실시하여 고위험군 학생의 경우 부모 동의에 따라 정신보건센터로 연계하여 심층사정평가를 실시하고, 정도에 따라 정신의료기관 연계, 개인 및 집단상담 서비스를 제공하기 시작하였으며, 2012년부터 학교 내 폭력과 정신건강문제를 해결하기 위해 모든 초·중·고등학교의 전체 학생을 대상으로 정신건강선별검사를 시행하고 있다.

□ 아동·청소년 정신보건 사업, Health Plan 2020 학교보건 (보건복지부)

보건복지부의 아동·청소년 정신보건사업은 교육부보다 좀 더 포괄적인 대상으로 정신보건 사업을 지원하고 있다. 2002년 지역정신보건센터 16개소에 아동·청소년

정신보건사업을 별도로 운영하고, 정신건강상태검사(개인 및 집단평가)를 통한 조기발견사업, 교사 및 학부모, 지역주민 교육, 홍보사업 등을 수행하였다. 2007년부터 교과부와 정신건강을 위한 조기발견 및 조기개입 사업을 수행하고 있다.

Health Plan 2020 학교보건은 학생들의 질병과 사고를 예방하고 건강에 대한 올바른 지식을 습득하며 건강한 태도 및 습관의 형성으로 성인기의 질병예방과 평생건강의 기틀을 형성하는 것을 목표, 8가지 세부목표 중 학생들의 정신건강증진, 인터넷 중독 감소가 포함되어 있다. Health Plan 2020에서 제시하고 있는 사업 이외에도 보건복지부 정신건강정책과는 청소년들의 정신건강 조기검진 및 조기중재사업을 진행하여 청소년들의 스트레스 및 우울증을 조기발견하고 긴급구조 및 위기개입, 맞춤형 사후관리 서비스를 제공하고 있다. 자살예방교육, 교내외 및 인터넷 상담, 동료 멘토결성 지원, 방과 후 학교스포츠 클럽의 결성과 지원 등의 사업을 수행하고 있다.

□ 서울시 I'WILL 센터

서울시에서는 서울시 꿈나무 프로젝트의 일환으로 2007년부터 인터넷 과다 사용 및 중독 지원 기관으로 I'will 센터를 운영하고 있다. 광진, 보라매, 명지, 창동, 강북, 강서에서 운영되고 있으며, 인터넷 중독 문제로 어려움을 겪고 있는 청소년들에게 중독의 위험 정도에 따라 상담에서 치료까지 원스톱으로 맞춤형 상담·치료 서비스를 진행하고 있다. 인터넷중독 예방교육, 상담프로그램, 전문 상담사 양성, 캠페인 등을 진행하며 개인상담, 심리검사, 심리치료 등을 제공함으로써 인터넷 중독에 따른 생활 전반적인 적응능력과 문제해결력 향상을 목적으로 운영한다. I WILL 센터 외에도 인터넷중독대응센터, 청소년미디어중독예방센터, 한국마약퇴치운동본부 마약류 및 약물남용예방상담센터 등의 중독관련기관이 있다.

□ 서울시정신건강증진센터 소아청소년보건정책: 마음건강학교, KIWI

서울시정신건강증진센터는 지역사회 아동청소년 정신보건 환경 조성을 위해 아동청소년 유관기관 협력체계 구축 및 교육자료 개발, 교육청 및 학교와의 협력체계

구축을 통한 정신건강 문제 조기발견 및 조기개입 사업을 진행 중이다. 그 일환으로 2005년 서울시 소아청소년 정신건강 유병률 조사사업, 홈페이지를 통한 자가검진 서비스 및 온라인 캠페인을 시행하였다. 2011년에는 학교기반의 아동청소년 정신건강 문화조성 및 우호적 협력관계 구축을 위해 '서울시 마음건강학교 프로젝트' 프로그램을 개발하였고 시범운영을 통해 확대 시행을 해 나아가고 있다. 또한 '희망의 토닥임'을 통해 학교기반 자살 사후중재 시스템을 운영함으로써 자살위험 학생을 조기 발견하고자 하는 노력을 하고 있다.

특히 서울시는 2014년부터 아동·청소년을 위한 정신건강브랜드 키위(KIWI)를 운영한다. 'Kid's Insight Warm Insight'의 약자인 KIWI는 서울시 정신건강브랜드 '블루터치'의 아동·청소년 버전으로, 아동·청소년 정신건강 키위는 향후 함께 듣고, 이야기하고, 웃는 가장 기본적인 관심과 배려를 중심으로 우울증, 인터넷 중독, 반항장애, 자살 등을 예방하고, 아동·청소년의 정신건강 증진을 도모하는 것을 목적으로 한다. 서울시는 시를 비롯한 각 자치구 정신건강증진센터에서 추진 중인 아동·청소년 정신건강 사업을 키위브랜드를 활용해 정신건강 대한 인식개선에 도움을 주고 접근성을 높이고 있다. 이상에서 살펴본 청소년기 정신건강 관련 정책 현황을 정리하면 다음 표와 같다.

▌표 Ⅲ-1▐ 청소년기 정신건강 관련 정책 현황

사업명	지원내용
위기청소년 정신건강사업 (여성가족부)	- 지역사회 위기청소년 통합지원체제(CYS-Net)를 통한 상담·구조·치료·자활 원스톱 지원서비스 제공 - 상담,가출신고전화(1588-0924) 등 여러 종류의 청소년 긴급전화를 청소년전화 '1388'로 통합 운영 - 인터넷 중독 선별검사, 고위험군 학생에 대한 서비스 연계
Health Plan 2020 학교보건 (보건복지부)	- 정신건강증진센터에서 아동·청소년정신보건 사업 수행, 2007년부터는 교과부와 함께 학생 정신건강을 위한 조기발견 및 조기개입 사업을 수행 - Health Plan 2020 8가지의 세부목표 중 정신보건 영역의 접근으로는 학생들의 정신건강증진, 학생들의 인터넷 중독 감소가 포함 - 자살예방교육, 교내외 및 인터넷 상담, 동료 멘토결성 지원, 방과후 학교스포츠 클럽의 결성과 지원
Wee센터 (교육부)	- 위기학생에 대한 종합적인 안전망 Wee 프로젝트 실시 - 2010년 교과부는 초4·중1·고 1학년을 대상으로 학생정신건강선별검사를 실시, 고위험군 학생에게 서비스 연계, 2012년부터 모든 초·중·고등학교 전체 학생을 대상으로 정신건강선별검사 시행
I WILL 센터	- 청소년 인터넷 중독 문제에 대해 상담에서 치료까지 원스톱으로 서비스 제공 - 인터넷중독 예방교육, 상담프로그램, 전문 상담사 양성, 캠페인 등을 진행하며 개인상담, 심리검사, 심리치료 등을 제공
서울시 정신건강증진센터	- 2005년 서울시 소아청소년 정신건강 유병률 조사사업, 홈페이지를 통한 자가검진 서비스 및 온라인 캠페인을 시행 - 2011년에는 학교기반 '서울시 마음건강학교 프로젝트' 프로그램 개발, 확대 운영 (15개교 -> 25개교) - '희망의 토닥임'을 통해 학교기반 자살 사후중재 시스템을 운영함으로써 자살위험 학생을 조기 발견 - 2014년부터 아동·청소년을 위한 정신건강브랜드 키위(KIWI)를 운영
아이존 운영	- 정신건강문제아동 및 환경(가족,학교 등)에 대한 전문적이고 다학제적인 프로그램 제공 - 개별 및 집단 프로그램: 놀이·음악·미술·인지·학습치료 등 - 가족기능강화 프로그램: 부모·형제상담 및 심리상담 - 학교, 지역사회 연계 프로그램
성매매 위기 십대여성 전용 일시지원시설 운영	- 건강특화형 지원시설: 청소녀건강센터「나는 봄」 - 전문진료, 심리 및 교육 지원, 기초문진, 건강상담, 전문진료 등 의료지원, 심리검사, 성·건강 교육지원, 식사 등 일시 생활지원 서비스 제공 - 지역 병원, 의료기관 등과 협력체계 구축(희망진료센터, 의료생협 등) - 서울시 103개 돌봄약국 공동사업 추진
두드림 청소년직업체험 및 건강상담센터 설치	진로직업체험 및 건강상담프로그램 운영('14.4월~). 청청소년 적성검사, 미래의 직장 방문, 직업인 특강 등의 직업프로그램과 가출·저소득 청소년의 신체적·정신적 건강상담프로그램 운영

자료: 서울시 내부 자료(2014) 재구성

□ 분석 및 시사점

지금까지 살펴본 청소년기 정신건강 지원 정책 현황 분석의 시사점은 네 가지로 정리할 수 있다. 첫째, 청소년기 정신건강 정책에서 고위험군 학생 조기발견은 여성가족부, 교육부, 보건복지부 정책의 중요한 출발이 되고 있다. 초등학교 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년 시기에 학생 전수를 대상으로 정신건강상태검사(개인 및 집단 평가), 인터넷 중독 검사를 통해 고위험군으로 선별된 학생에 대해 청소년상담복지센터, 정신보건센터, 정신의료기관 연계 등을 통해 치료하고 있다. 정신건강선별검사 결과는 학교 내 정신건강 지원대상 선별의 중요한 근거가 된다. 그러나 이 같은 선별검사는 학생들에게 과도한 '낙인'이 될 위험이 있다. 고위험군 학생에 대한 충분한 서비스 지원 인프라가 마련되어 있지 않은 상황에서 고위험군 학생을 선별해내는 작업은 잠재적 문제집단을 '과학적'으로 규정하는 것에 다름 아니기 때문이다. 본 연구에 참여한 중학교 상담교사는 검사 결과의 신뢰도를 높이기 위해서는 학생들에게 정신건강에 대한 인식 및 교육이 병행되어야 하며, 상담교사의 관찰과 판단에 따라 고위험군 학생에 대한 상담이 이루어져야 함을 강조하였다.

둘째, 학교 부적응 및 학업중단 학생인 위기청소년에 대한 정신건강 지원 정책 강화가 필요하다. 성매매위기 십대여성을 대상으로 한 청소녀건강센터, 「두드림 청소년 직업체험 센터 및 건강상담센터」와 같은 가출·저소득 청소년의 신체적 정신적 건강 상담 프로그램, 「청소년보호종합지원센터」를 통한 청소년 복귀 시스템 등은 위기 청소년의 정신건강 지원을 위해 향후 적극적으로 강화될 필요가 있다.

셋째, 폭력 경험의 피해와 정신건강에 대한 적극적인 지원 정책이 필요하다. 청소년기 여성들의 우울과 스트레스가 왕따와 같은 학교 폭력으로부터 시작되고, 이 경험은 이후 성인기에 이르기까지 매우 중대한 영향을 미치기 때문에 이를 겨냥한 적극적인 지원 정책이 마련될 필요가 있다.

넷째, 청소년기의 정신건강은 학교 안에서의 해결 뿐 아니라 가족 및 지역사회의 개입을 통한 장기적인 전략 체계를 수립하는 것이 무엇보다 중요하다. 학교 기반 폭력예방 프로그램의 효과성에 대한 기존 연구에서도 교사, 부모, 지역사회를 포괄하는 다차원적인 전략의 필요성이 제기되고 있다(윤초희 외, 2014).

2) 청년기 여성의 정신건강 지원 정책

청년기에 해당하는 20대 여성의 정신건강 지원 정책은 전 생애주기에 걸쳐 가장 취약하다. 「청소년기본법」제3조에서 “청소년”이 9세 이상 24세 이하인 사람으로 정의되어 있을 수밖에 없는 조건 속에서 20대 초반 여성의 경우 청소년 대상 지원정책의 대상이 될 수도 있으며, 성인을 대상으로 한 정신건강 지원 정책 대상에 포함될 수도 있다. 하지만 삼포세대(결혼, 취업, 연애 포기 세대), 88만원세대 등 청년 세대의 빈곤과 실업, 가족구성의 어려움 등은 청년층의 정신건강에 위험요소로 작동하며, 특히 20대 여성은 다른 연령대에 비해 우울감, 스트레스, 자살생각 등의 지표에서 가장 취약한 모습을 보이는 것으로 나타나 별도의 지원방안을 마련하는 것이 필요하다. 현재 서울시정신건강증진센터의 청년 정신건강증진 사업의 구체적인 내용은 다음과 같다.

▌표 Ⅲ-2▐ 청년기 정신건강 관련 조기 정신증 사업

사업명	지원내용
청년 정신건강증진 환경조성사업	· 정신건강 조기검진 홈페이지 운영 · 대중매체 홍보: 청년층 대상 온라인 광고 · 온라인 검진 이벤트: SEMIS 홈페이지 검진활성화 유도 · 청년정신건강 인식개선사업: 대학홈페이지에 평가서비스 공지, 대학신입생 대상 마음건강책갈피 보급 등
조기정신증 조기발견체계 활성화 사업	· 조기정신증 집중평가 및 관리 서비스 · 온라인검진 고위험군 개별서비스 · 조기정신증 조기발견 컨텐츠 제작 · 조기발견체계구축 간담회
만성화 예방체계구축 지원사업	· STEP(Social Treatment for Early Psychosis, 초발정신질환 사례관리 프로그램) 활성화 실무자 교육 · 당사자 및 가족용 안내서 제작 · 정신보건전문가 안내서 제작

자료: 서울시정신건강증진센터 내부 자료

□ 분석 및 시사점

청년층 정신건강 지원 정책의 특징을 살펴보면, 첫째 청년층의 정신건강 지원 정책 역시 조기발견에 목적을 둠으로서 청년층의 고유한 사회·문화적 환경이 유발하

는 정신건강 문제에 집중하지 못하고 있다. 예를 들어 한국 사회 남성의 군대 경험과 정신건강 문제, 20대 여성의 성폭력 경험과 정신건강 지원, 주거 불안과 정신건강 등 좀 더 구체적인 사안에 대한 청년층 지원 방안이 마련되어야 할 것이다.

둘째 지금의 한국 사회의 청년층은 부모로부터의 실제적인 독립이 어려운 시기로서, 이 시기 정신건강 문제를 다룸에 있어 가족의 문제를 간과할 수 없다. 특히 20대 여성의 경우 어머니와의 갈등 관계, 정서적 지지 여부의 문제는 우울과 스트레스에 중요한 영향을 미치기 때문이다. 연령으로 볼 때는 성인이지만 사회적으로 여전히 부모의 영향력 아래에 있기 때문에 부모와의 관계에서 발생하는 갈등을 해결 할 수 있도록 하는 정책적 지원이 필요하다. 20대의 부모세대인 50대 베이비부머 세대와의 통합 지원 서비스 등을 고려해 볼 수 있다.

3) 중·장년기 여성의 정신건강 지원 정책

본 연구에서 중·장년기에 속하는 30~50대 연령층의 여성들은 표준적인 생애주기로 묶을 수 없는 다양한 생애사건의 맥락에 놓여있다. 기존의 생애주기별 건강 정책에서는 가임기 여성의 모성건강에 대한 지원이 주를 이루었으며, 이것이 곧바로 '여성 건강'으로 등치되기도 하였다(장필화·조영미, 2001). 본 연구에서는 젠더 관점에서 여성들이 중·장년기에 경험할 수 있는 사건들과 여성의 정신건강 문제를 다루기로 하겠다. 현재 여성의 모성 수행에서 경험하는 산후우울은 보건소, 정신건강증진센터의 일부 사업에서 지원하고 있으며, 가족 내에서 경험하는 갈등과 문제는 건강가정지원센터의 가족상담으로 지원하고 있다. 서울시에서는 50대 베이비부머의 정신건강 검진을 실시함으로써 예비노인세대의 정신건강을 지원하고 있다.

□ 모성과 정신건강 지원: 보건소

모성 지원 정책은 기존의 건강정책에서 오랫동안 여성건강정책으로 추진되어 왔다. 보건소에서 산모의 건강과 관련하여 임부의 산전·산후관리, 태아와 모성의 건강증진 프로그램은 산전혈액검사와 철분제, 엽산제, 산후우울증 관리 등의 영역에서 사업을 진행하고 있다. 특히 정신건강 분야에서 우울, 스트레스, 자살위험 관련

검진 기능이 탑재된 보건소의 정신건강 무인검진기를 활용할 수 있다. 출산 예정일 40일 전이나 출산 후 30일 이내의 출산 가정에 산모 · 신생아 건강관리사가 방문해 2주일 이내로 산모의 영양관리, 유방관리, 산후체조, 신생아 돌보기, 감염 예방 · 관리 등을 해주고 있다. 전국 가구 월평균 소득 150% 이하인 저소득 난임 부부에게는 체외수정시술(6회까지) 및 인공수정시술(3회까지 회당 50만원 이내) 등의 시술비를 지원하고 있다.

□ 가족 상담: 가족지원서비스(건강가정지원센터, 한부모가족지원센터 등)

현재 학교, 보건소, 정신건강증진센터 등에서 정신건강 문제가 가족 문제와 연결되어 있을 경우 가족지원서비스와 연계되고 있다. 건강가정지원센터의 가족상담 및 교육, 다문화가족지원센터, 한부모가족지원센터의 상담, 폭력피해여성 쉼터에서의 상담 등이 대표적이다. 정신건강증진센터 및 청소년 및 청년 층 상담 지원기관에서 개별 상담이 아닌 가족 상담이 필요하다고 판단될 경우 건강가정지원센터의 가족상담 서비스로 연계하고 있다.

현재 서울시 25개 자치구별로 건강가정지원센터가 설치, 운영되어 서울시 가족정책에 대한 주요한 전달체계의 기능을 하고 있다. 그러나 여성의 정신건강 지원 체계로서 가족지원체계의 상담 서비스는 그 수요를 충족시키지 못하고 있다. 본 연구에 참여한 서비스 이용자들의 경우 대기시간이 길거나 상담 서비스의 제한적 이용 등의 문제로 인하여 민간상담센터를 이용한 경우도 나타났다. 모든 여성의 수요를 충족시킬 수는 없겠지만, 저소득층 및 위기상황의 여성에게 정신건강 지원과 가족 문제를 결합하여 서비스를 지원할 수 있는 방안을 모색하는 것이 필요하다. 아울러 다문화가족, 한부모가족, 1인가구 등 향후 가족구성의 다양성에 다른 정신건강 지원 과제도 특화되어야 할 것이다.

□ 베이비부머 대상 정신건강 검진 지원

중·장년기를 대상으로 한 정신건강 사업 중 서울시의 '베이비부머 대상 정신건강 검진'사업은 특정 세대를 대상으로 한 정신건강 지원정책이다. 더불어 만 55세 이상

암 검진 비용 지원, 음악, 미술, 뮤지컬 등의 예술 참여 활동 지원, 인생이모작을 위한 교육 프로그램 등의 개설은 50대 베이비부머의 정신건강 검진과 더불어 이 연령층의 삶의 질을 높이기 위한 방안으로서 넓게 보아 정신건강 증진 사업으로 볼 수 있다. 고령화 시대를 맞이하여 50대의 우울, 자살률의 증가는 베이비부머를 대상으로 한 정신건강 지원 정책의 중요성을 환기시키고 있다.

이에 서울시는 베이비부머 세대만을 위한 전용 교육공간을 2020년까지 25개 자치구마다 1곳씩 마련하고, 정신건강 검진 및 심리상담 지원, 적극·활동적 문화 여가생활프로그램 확대 등을 통해 건강 관리와 여가 기회도 확충할 계획이다.

▌표 Ⅲ-3 ▌중장년기 여성의 정신건강 지원정책 현황

사업명	지원내용
행복한 가족 커뮤니티센터 설치	- 가족형태별·생애주기별 교육, 상담, 문화지원 프로그램 운영을 통해 가족 문제 발생을 예방하고 위기가족에 대한 보편적 지원(건강가정지원센터, 다문화가족지원센터와 연계된 프로그램 운영) - 가칭 '세대 통합형 부모지원센터' (예정지역 : 성북구)
베이비부머 응원 종합계획 추진	- 어려운 경제여건 속에서 준비 없이 은퇴를 맞이하고 있는 베이비부머 세대의 인생이모작 응원을 위해, 교육·일자리·사회공헌·건강 등의 각 영역에서 50대의 인생후반전 준비를 종합적이고 체계적으로 지원하고자 함 - 건강·여가 분야 : 암 검진 본인부담금 지원, 정신건강검진 실시
발달장애부모 심리상담지원서비스 사업	- 발달재활서비스 제공기관, 대학부설상담소, 장애인복지관 - 지원대상: 발달장애인 부모 중 우울증이 의심되는 자 - 발달장애인 부모에게 전문 심리상담 제공
임산부·영유아 가정방문 건강관리	- '13년 3개구 ⇒ '14년 8개 자치구로 확대, 강북구, 동작구, 강동구, 중랑구, 도봉구, 서대문구, 양천구, 구로구 - 임산부영유아 가정방문 건강관리 서비스 제공, 신생아건강평가, 산후우울평가, 모유수유 및 신생아 돌보기 교육, 그룹활동 지원 등 - 가정방문 전문인력 교육과정 개발 및 기본·심화교육 실시, 영유아 발달단계에 따른 교육 및 아기마사지, 심리학적 평가, 자살예방, 가족파트너십 훈련 등 과학적으로 검증된 내용으로 진행

자료: 서울시 내부 자료(2014) 재구성

□ 분석 및 시사점

중·장년기 여성의 정신건강 증진 관련 지원 정책의 특징을 살펴보면 다음과 같

다. 첫째, 성인 여성의 정신건강은 임산부·영유아 건강 증진 등 임신 및 출산 초기 모성 건강에 집중되어 있다. 그 내용을 살펴보면 임산부·영유아를 대상으로 한 가정방문 건강관리를 통해 산후우울 평가 실시, 모유수유 및 신생아 돌보기 교육 등 산모의 신생아 돌봄 지원 정책에 가깝다. 출산은 여성의 생애주기 상에서 매우 중대한 사건으로, 신체적·정신적 변화는 물론이고 사회적 역할의 변화를 요구받는 계기가 된다. 산후 우울을 호르몬의 변화로만 접근하는 것이 아니라 이 시기 여성이 경험하는 갈등과 스트레스를 종합적으로 검토하여 지원하는 것이 필요하다.

둘째, 가족에 대한 지원 서비스가 턱없이 부족하므로, 이를 세분화한 정책이 필요하다. 여성이 가정생활에서 스트레스를 느끼는 비율은 남성보다 높다. 중·장년 시기 가족 안에서 발생하는 갈등과 스트레스에 대한 세분화된 지원 정책이 필요하다. 육아 스트레스, 가족 관계, 이혼, 사별, 한부모 가족, 다문화 가족 등 다양한 가족 유형별 정신건강 문제 영역에 대한 지원 정책 마련이 필요하다. 현재 「발달장애부모 심리상담 지원서비스」와 같은 사업은 돌봄을 수행하는 부모의 정신건강을 지원하는 세분화된 정책의 사례가 될 것이다.

셋째, 중·장년기 여성은 일·생활 균형의 어려움으로 인한 스트레스가 매우 높게 나타나는 시기이다. 노동자이자 어머니, 주부 등 다양한 정체성 과업을 달성해야 하는 시기에 놓인 여성들의 삶을 겨냥한 정신건강 지원 서비스가 개발되어야 할 것이다. 우선 중·장년기 여성에 대한 서비스 접점을 찾는 것이 필요한데, 현재 맞춤형 방문건강관리 서비스를 강화하여 접점을 늘리는 것 뿐만 아니라 지역 기반 서비스 거점을 새롭게 구축할 필요가 있다. 서울시에서 「직장인을 위한 마음치유 공간 '속마음 버스'운영」사업을 실시하고는 있지만 이 사업으로 포괄 할 수 있는 대상은 매우 제한적이다.

4) 노년기 여성의 정신건강 지원 정책

□ 노년기 여성 종합상담 지원: 서울시어르신상담센터

서울시어르신상담센터는 정신건강 문제뿐만 아니라 60세 이상 어르신과 그 가족

에게 건강한 노후 행복한 가족생활을 지원하는 종합상담센터로서 심리, 인지, 성격 유형검사, 성상담, 심리상담, 가족상담, 생활상담, 학대상담, 법률상담, 소비자상담 등 노년기에 겪을 수 있는 모든 문제를 망라한다. 24시간 전화상담과 내방, 인터넷 게시판 상담을 동시에 진행하고 있다. 노년기 우울증 예방과 자살 예방 캠페인 등을 통해 정신건강에 대한 인식 개선 사업을 수행하기도 한다.

□ 노인자살예방센터 및 상담센터

노년기 정신건강 지원체계의 중요한 부분은 노인종합복지관에서 운영하는 노인상담센터와 노인자살예방센터이다. 영등포구 노인상담센터((사)대한노인회 영등포지구 위탁운영), 노원구 노인자살예방센터(노원1종합사회복지관), 서대문구 노인자살예방센터(서대문노인종합복지관) 등이 있다. 노인자살예방센터에서는 게이트키퍼 교육을 실시하여 자살위험성을 평가하고 노인 tele-check 프로그램을 통해 자살 고위험군에 대한 관리를 강화하여 자살을 예방한다.

□ 서울시 치매센터

노년기 정신건강에서 치매는 당사자 뿐 아니라 가족의 정신적·육체적·경제적 부양부담을 증가시키는 질병으로 서울시에서는 증가하는 치매 노인에 대한 사회적 차원에서의 통합관리를 위해 치매지원센터를 운영하고 있다. 2005년에 서울시광역치매지원센터를 개소하여 단계적으로 자치구 센터를 개소하여 현재 25개 자치구에서 치매지원센터를 운영하고 있다. 치매센터에서 노인들의 치매에 대한 불안, 스트레스 관리사업을 강화한다면 노년기 여성의 정신건강 증진에 더 도움이 될 것이다.

□ 분석 및 시사점

이상에서 살펴본 노년기 여성의 정신건강 지원 정책의 특징은 첫째 노인자살률을 감소를 목적으로 한 자살예방 사업이 중요하게 다뤄진다는 것이다. 특히 자살취약지역 영구임대 거주 독거노인과 같은 취약계층에 대한 집중관리가 이루어지고 있다. 둘째 노인종합복지관 등 기존의 노인 복지 정책과 정신건강 지원 서비스가 같이

이루어짐으로써 정신건강 추진체계의 발달은 미약해 보일 수 있으나 노년기 정신건강의 복합적 측면에 대처할 수 있다는 점에서는 장점으로 보인다.

▌표 Ⅲ-4 ▌노년기 여성의 정신건강 지원정책 현황

사업명	지원내용
서울시 어르신 상담센터	- 노인전문 종합상담센터로서 심리, 인지, 성격유형검사, 성상담, 심리상담, 가족상담, 생활상담, 학대상담, 법률상담, 소비자상담 등 제공 - 노년기 우울증 예방과 자살 예방 캠페인 등을 통해 정신건강에 대한 인식 개선 사업을 수행
노인자살예방센터 및 상담센터	- 노인종합복지관의 노인상담센터와 노인자살예방센터의 자살고위험군 관리
서울시 치매센터	- 증가하는 치매 노인에 대한 사회적 차원에서의 통합관리를 위해 치매지원센터를 운영
65세 이상 어르신우울증 전수조사	- 자살집중지역의 65세이상 어르신 우울증 전수조사 실시, 5개구 시범
독거어르신 콩나물 기르기사업	- 자살취약지역 영구임대 거주 독거어르신(상계3.4동 / 중계2.3동) 대상 생명사랑 콩나물 기르기 사업 지원하여 소득창출 및 공동체 활동 지원

5) 서울시 여성의 젠더·건강 정책[11)]

본 연구는 서울시 여성의 젠더·건강 정책의 일환으로서 2012년부터 서울시에서 추진해 온 지역사회 차원의 여성건강증진 사업과의 연계성 속에서 정책과제를 도출하고자 한다. 앞에서 여성의 정신건강에 대한 생애주기별 접근의 관점에서 정책을 분석하였다면, 서울시 젠더·건강 종합계획은 정신건강에 국한된 것은 아니지만 여성 건강에 대한 젠더 관점의 종합계획으로서 여성의 정신건강 지원 정책에서도 주요하게 참조하였다. 「서울시 여성·젠더건강 종합계획」은 "여성의 건강문제를 생애주기별과 젠더관점에 기반하여 가정·노동환경·사회환경 등 모든 생활영역을 아우르는 체계적인 계획수립을 통해 서울시 모든 여성·젠더 건강에 대한 종합적인 추진전략 구축"으로 제시하고 있다(정진주 외, 2013). 2012년부터 4개 자치구를 시작으

11) 이 부분은 『생애주기별 여성건강관리시범사업 모니터링 보고서』(정진주 외. 2013)을 참고하였다.

로 2013년 6개 자치구에서 여성건강시범사업을 실시하였다. 시범사업의 내용은 다음과 같다.

▌표 Ⅲ-5 ▌서울시 여성건강 사업(2012년, 2013년)

분야	사업명	자치구 (연도)	내용
네트워크	더불어 만드는 여성건강마을	도봉구 (2013)	여성건강협의체 운영 활성화 참여형 여성건강리더 워크숍 여성건강리더 역량강화 교육 함께 만들고 더불어 즐기는 여성건강축제
	지역여성건강 네트워크 구축	도봉구 (2012)	지역 내 4개 기관 네트워크 구축 여성건강카페 운영 참여형 워크숍 및 여성건강축제
	장애여성 건강지원 네트워크 구축	강동구 (2013)	장애여성을 위한 민관지역사회 협력 거버넌스 구축 장애친화 보건소 만들기 지역사회 장애여성의 건강수준 향상 장애인 친화 의료기관 참여 활성화
젠더 관점	젠더관점에서의 지역보건사업 발전방안	강동구 (2012)	여성건강지표 개발 및 정책방향제시 여성의 주요 건강문제 13가지 선정
취약 근로 여성	전통시장 근로여성 건강관리	동대문 (2013)	전통시장 근로여성 건강실태 및 요구도 조사 작업환경 위험요인 평가 및 작업환경 개선 헬스존 설치 운영
	여성근로자 건강관리	은평구 (2013)	여성근로자 건강관리 프로그램 운영 근골격계지환 예방, 정신건강 예방관리 여성근로자 전문역량강화: 건강지킴이
	돌봄여성 건강관리	은평구 (2012)	돌봄기관 416기관 종사자 건강관리 근골격계질환 예방 스트레칭 교실 심리상담교실 운영 돌봄여성근로자 쉼터 개소
	가산디지털산업단지 여성건강관리	금천구 (2012)	여성노동자 건강증진 요구도 파악 서비스업종 여성건강일터 만들기 사업 찾아가는 여성건강 교실 운영
여성 노인	행복한 노후, 제2의 인생시작	성동구 (2013)	주민건강 사랑방 설립 자살/치매/낙상 예방, 혈관/관절 튼튼 교실 운영 등
	허약노인 중심의 건강관리	서초구 (2013)	마을건강 사랑방 만들기 허약노인예방 프로젝트 노인여성건강지표 만들기

□ 분석 및 시사점

이 계획은 기존의 여성건강이 임신·출산에 집중함으로써 여성의 삶 전체를 관통하는 건강 정책을 수립하지 못했다는 문제인식에서 출발하고 있다. 젠더 관점에서

의 건강 정책을 수립함으로써 궁극적으로 건강불평등, 성불평등을 해소하고자 하는 목적은 본 연구의 기본 방향과 일치한다.

그러나 정신건강과 관련된 정책의 관점에서 보자면 생애주기별 여성의 우울과 스트레스를 유발하는 요인 중에서 가족과 관련된 부분이 큰 부분을 차지함에도 불구하고 계획에서 빠져있다. 중·장년기 여성의 정신건강에서 일·가족양립 갈등을 비롯하여, 임금 노동에 참여하지 않는 여성들의 경우 개별 가족에 고립된 채 이들의 정신건강에 대한 해결과 지원 역시 서비스 접점을 찾기가 어렵다는 이유로 사각지대에 놓여 있다. 가족지원서비스를 통해 가족상담 등이 이루어지고 있기는 하지만 여전히 역부족이라는 점에서 여성의 정신건강 지원 정책에서 가족에 대한 고려가 필요하다. 이에 반해 중·장년기 여성의 노동 경험에서 비롯되는 우울과 스트레스에 주목하여, 돌봄 노동 및 감정 노동을 수행하는 여성 노동자의 스트레스와 정신건강에 대한 프로그램을 지역 건강 네트워크를 통해 구체화시키고 있다는 점은 향후 여성의 건강증진 정책 방향과 사업에서 더욱 발전시켜나가는 것이 필요하다. 이 연구에서도 지역을 근거로 여성의 사회적 관계망을 회복하고 가족에 고립되어 있는 여성들의 사회활동을 촉진함으로써 궁극적으로 여성의 정신건강을 증진시키기 위한 방안을 모색하였다.

2. 해외 여성의 생애주기별 정신건강 정책 현황[12)]

1) 미국

미국의 여성건강정책은 1960년대와 1970년대를 걸쳐 급속히 성장한 여성건강운동의 역사속에서 발전해왔다. 미국의 여성건강운동 확산에 중추적인 역할을 수행한 곳은 전국여성건강네트워크(The National Women's Health Network, NWHN)였는데 현재에도 이 조직은 미국 내 여성의 목소리를 담기 위해 지역 지관을 연결하는 미국

12) 해외 사례는 "한국의 여성건강증진 정책 추진전략을 위한 외국 사례연구"(김영택 외, 2013), "우리나라 여성의 정신건강증진방안"(국립정신보건교육연구센터, 2012)를 참고하였다.

의 대표적인 여성건강관련 조직이라고 할 수 있다(김영택 외, 2013: 9). 1990년대에 이르러 여성건강평등법의 통과, 국립보건원 내 여성건강국의 설립 등은 여성건강이 국가 정책으로 적극적으로 고려될 수 있는 기반이 되었고, 여성건강국은 여성건강 증진 정책을 통해 생애주기별 질병 예방에 초점을 맞추어 청소년시기부터 건강 관련 정보를 전달하고 여성 건강의 중요성에 대한 홍보를 강화하고 있다(위의 글, 47).

미국의 여성건강정책에서 정신건강 정책을 살펴보면, 트라우마, 폭력, 학대가 여성의 정신건강에 미치는 영향, 정신질환자와 그의 가족을 향한 사회적 낙인, 편견, 차별의 근절을 목표로 사업을 수행하고 있다. 여성정신건강사업에는 조사연구, 전문가의 젠더 감수성 훈련, 정신건강 치료 접근성의 불평등 감소, 정신질환 이슈에서의 젠더 차이의 중요성, 여성 퇴역군인의 정신건강, 생애주기와 세대간 이슈 등을 다루고 있다(국립정신보건교육연구센터, 2012: 91-92).

특히 미국 약물남용 및 정신건강청(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)은 2011년에 젠더 기반의 행동보건의료서비스를 수행하는데 필요한 역량을 확인하기 위한 프로젝트를 수행하였는데 이를 수행하기 위한 지침을 마련할 때 청소년기의 어린 여성에게 특별한 관심을 기울였다. 이들의 정서적 발달과 정신질환으로부터의 발달과 회복에 있어 관계적이고 문화적인 맥락이 중요함을 강조하였다. 더불어 이들 내부의 차이, 즉 문화, 연령, 사회경제적 지위, 종교, 장애 여부, 인종적, 성적 정체성에 따라서 다른 건강결과를 가져올 수 있다는 것을 강조한다. 또한 청소년기뿐만 아니라 임신, 폐경기 전후 등 여성의 생애주기에 따른 변화에도 예민하게 인식하고 있음을 알 수 있다(위의 글, 99-100).

위와 같은 정책 배경 하에서 미국에서는 다양한 여성건강정책을 실시하고 있다. 아래에서는 미국의 여성건강정책을 모두 소개하기 보다는 다양한 여성건강정책 중 생애주기별 접근과 정신건강 정책에 초점을 맞추어 소개한다.

□ 뼈 건강 캠페인(The National Bone Health Campaign, NBHC)

미국의 청소년기 여성을 포함한 생애주기별 여성의 건강증진 정책의 하나로 9세부터 14세까지의 여아 및 그들의 부모를 대상으로 청소년기 여성의 건강이 평생에 걸쳐 튼튼한 뼈를 위해 매우 중요한 시기임을 이해시키고, 이를 위해 건강한 행동습

관을 만들도록 하는 전국적인 캠페인이다(김영택 외, 2013: 13~17).

□ 전국 낭창 인식의 날 캠페인(National Lupus Awareness Campaign)

결핵성 피부병 중 하나인 낭창이 젊은 여성의 삶에 미치는 영향을 인식하고 낭창 인식프로그램에 기초하여 많은 지역사회를 후원하는 정책이다. 낭창으로 인한 합병증의 증가와 늦은 진단이 미치는 영향에 대해 경각심을 일깨우고 여성의 가족, 친구, 고용주의 관심과 주의를 환기하고 있다(위의 글, 17-18).

□ 여성심장질환 인식 캠페인(The Heart Truth: Heart Disease in Women Awareness Campaign)

40세에서 60세의 여성을 주 대상으로 여성의 심장 질환 위험에 대한 인식과 경각심을 증진시키고자 하는 활동으로 여성건강국에 의해 진행된 캠페인이다. 이 캠페인에서는 심장질환이 10대에 시작되어 점진적으로 발전할 수도 있기 때문에 젊은 여성들에게도 중요성을 알리고 있다(위의 글, 18).

□ 전국 성인 및 청소년기 여성의 HIV/AIDS 인식의 날(National Women and Girls HIV/AIDS Awareness Day)

성인 및 청소년기 여성의 심각한 공통보건문제인 하나인 HIV/AIDS에 대한 지식을 공유하고 이를 예방하자는 취지에서 매년 1000명의 사람들과 지역단체, 주·지역 공중보건사무소가 모여 정보를 공유하고 성인 및 청소년기 여성의 HIV/AIDS 예방방법을 전달하는 등 다양한 방법으로 활동하고 있다(위의 글, 19).

□ 캠퍼스의 여성폭력 종결 프로그램

미국에서 젊은 여성 사망의 두 번째 주요원인이 상해로 인한 것인데, 이를 예방하고 학교 캠퍼스의 비폭력과 여성폭력방지를 위한 안전 증진에 초점을 둔 프로그램을 제공하는 정책이다(위의 글, 25).

□ **임신과 출산여성을 위한 프로그램(Pregnant and Postpartum Women Program, PPW)**

미국에서는 15세에서 44세 여성의 5.2%가 1개월 이내에 금지약물을 사용한 것으로 보고되고 있으며 특히 15세에서 17세의 어린 소녀들은 22.65%가 금지약물을 사용하는 것으로 조사된다(국립정신보건교육연구센터, 2012: 95). PPW 프로그램은 임신과 출산 여성, 산후 물질남용의 영향을 받은 자녀를 위해 지속적이고 포괄적인 치료, 회복, 가족서비스의 이용가능성을 확대하는 데 초점을 둔다. 금지약물을 남용한 여성이 임신기간 동안 여성과 가족, 자녀의 생활의 질을 향상시키는 데 도움이 되는 포괄적 서비스를 제공한다(위의 글, 같은 쪽).

□ **트라우마 관련 서비스**

미국 여성의 정신건강 정책에서는 제공되는 서비스가 트라우마에 기반한 실천을 하기 위해서는 서비스제공 조직, 관리, 전달체계가 트라우마가 개인의 생활에 어떻게 영향을 주는지를 이해하고 있어야 함을 강조한다. 「트라우마 회복과 역량강화 모델(Trauma Recovery and Empowerment Model, TREM)」은 신체적 혹은 성적 폭력에 노출된 생존자를 위해 설계된 젠더 특화 모델로, 정신건강, 물질남용, 동반장애, 형사체계 등 전 분야에 적용가능한 모델로 제시하고 있다. 「트라우마, 중독, 정신강과 회복모델(Trauma, Addictions, Mental Health, and Recovery(TAMAR) Model」은 구금센터, 정신과병원, 지역사회에서 트라우마 이력이 있는 여성과 남성에게 제공되는 교육 모델로 표현치료와 정신교육 접근을 결합한 서비스이다(위의 글, 97-98).

2) 캐나다

캐나다는 여성건강정책을 연방정부, 주정부 차원에서 적극적으로 실행하고 지역사회의 구성원과 전문가가 결합하여, 성평등 관점에 정책 전반에 확산되도록 하고 있다(정진주, 2014: 155-156). 캐나다의 여성건강정책 인프라 구축에서도 여성운동이 크게 기여했다. 1960~1980년대에는 전세계적으로 여성운동이 활발한 시기였고

캐나다에서도 이 시기에 여성건강에 대한 관심이 증가하기 시작했다. 이 시기에 보건의료공급체계, 건강의 사회결정요인의 개발과 분석, 보건영역의 모든 측면에서 여성의 참여를 증가시키는 데 집중했다. 1984년에는 캐나다 건강법(Canada Health Act)가 도입되는 한편 여성건강활동가들은 여성중심적케어(women-centered care)에 대한 비전을 반영하는 프로그램을 개발하였다. 1980년대 후반부터는 여성건강운동의 백인중심성에서 탈피하여 다양한 인종과 원주민의 건강 문제가 증가하게 된 시기이다. 1970년대와 80년대 전국 여성단체들은 여성건강 분야에서 일하는 여성사이의 연대를 강화하고 그 연대를 전국적인 존재로 만들기 위해 여성건강네트워크를 형성하기 위한 초석을 다진다. 1990년대는 1995년 북경여성대회 이후 국제적으로 모든 정책의 성주류화흐름이 강조되었던 시기이다. 특히 캐나다는 UN으로부터 여성건강에 대해 선두적인 비전을 제시해줄 것을 요청받아 다른 국가보다 앞서 여성건강정책에 관심을 갖게 되었다(위의 글, 157-160).

□ 건강정책에서의 생애주기별 접근

캐나다 건강정책은 연방정부의 보건부에 의해 이루어지는데 그 중 여성정책과 젠더 정책은 전략정책분과(Strategic Policy Branch) 내에 있는 14개의 기구 중 하나인 여성건강과 젠더분석분과에서 운영하고 있다(김영택 외, 2013: 53). 한편 1993년에 신설된 여성건강국(Women's Health Bureau)은 여성건강에 관한 정책 실행을 목적으로 조직되었으며, 성인 및 청소년기 여성과 남성의 평등한 건강 수준 촉진, 생애주기 동안 여성건강의 생물학적 및 사회적 중요성 관련 인식 증진 등을 강조한다. 특히 청소년기의 건강을 강조하며, 여성건강국은 젠더에 기반한 분석(Gender-Based Analysis, GBA) 분석틀을 활용하여 성별 생물학적 및 사회학적 관점에서의 차이가 성별 건강에 영향을 주는 과정에 관한 지식 및 정보를 생산하고 대중에게 전달하는 역할을 한다(위의 글, 56).

□ 여성의 다양성을 고려한 여성건강계획

캐나다는 연방정부와 주정부 차원에서 각각 여성건강계획을 수립함으로써 여성

건강정책을 체계적으로 실행해왔다. 여성건강전략을 세울 때 여성을 단일한 집단이 아닌 장애, 인종, 민족문화적 배경과 성적 지향에 민감하고 여성건강뿐 아니라 여성건강과 보건체계 간의 상호작용에 다양한 영향을 미친다고 보았다. 즉 '다양성' 이슈를 포함한 여성건강전략은 이후 연방정부가 지원하는 여성건강센터들이 이주여성, 원주민여성, 저소득 및 주변화된 지역여성에 특별한 관심을 갖게 되었다(정진주, 2014: 162-163).

□ 여성건강센터(Centre of Excellence for Women's Health, CEWH)

여성건강센터 프로그램은 전국 각 지역의 여성건강 연구에 관련된 거점을 세워 학계와 공동체, 정책 및 서비스 체계를 연결시키는 기반구조를 만드는 것을 목표로 한다. 캐나다의 여성건강센터는 1993년 연방선거 캠페인 동안 발행된 캐나다 자유당(Liberal Party of Canada)의 정책강령인 '기회의 창출: 캐나다 자유당 계획(Creating Opportunity: The Liberal Plan for Canada)', 즉 일명 레드북(Red Book)에 의해 제안된 계획의 정책적 실천의 일환으로 설립되었다(김영택 외, 2013: 68). 1993년 레드북은 캐나다의 건강보장시스템이 다른 나라처럼 남성의 건강보다 여성의 건강에 덜 관심을 가져왔다고 지적하면서 여성 건강에 관심을 부여하기 위해 여성건강센터 프로그램을 추가로 설립할 것을 주장하고 있다(정진주, 2012: 39). 특히 브리티시컬럼비아주의 여성건강센터에서는 연방정부 및 주정부, 지역 공동체 및 학계 공동체, 국제적 파트너, 여성건강 단체들 등의 파트너십을 적극적으로 활용하고 이들이 소통할 수 있는 네트워킹에 주도적 역할을 하고 있다(위의 글, 40).

□ 여성건강네트워크(Canadian Women's Health Network, CWHN)

여성건강센터가 정부가 마련한 기반 거점이라면 시민사회 내에서 네트워크를 자발적으로 구축한 것이 캐나다 여성건강 네트워크라고 볼 수 있다. 1993년에 만들어진 이 네트워크는 지식, 아이디어, 정보, 전략, 영감 등을 수집하고 배분·공유함으로써 캐나다 및 세계 여성들의 건강과 삶을 증진시키려는 목적을 가지고 있다(김영택 외, 2013: 70). 이 네트워크는 건강과 안녕에 대한 여성중심적 비전을 따라 일하고

있으며 여성들의 다양한 요구와 실생활을 인식하고 존중하고 있으며 젠더, 인종, 종교, 성적 지향, 연령 등에 둔 차별을 방지하기 위해 능동적인 행보를 취하고 있다(위의 글, 같은 쪽). 또한 여성건강네트워크는 여성건강국과 긴밀하게 파트너십을 맺고 있는데 특히 여성건강센터 프로그램 및 지역 여성건강센터들의 연구 활동과 직간접적으로 관여·협력하는 것이 특징이다(정진주, 2012: 41).

3) 영국

영국에서 여성 정신건강이 정책의 초점이 된 것은 National Service Framework for Mental Health의 덕분이라고 할 수 있다. 이것은 영국 정신보건서비스의 근간이 되었고 평등과 공정성이라는 가치를 기반으로 국가 서비스 기준을 규정하였는데 이것이 제시한 첫 번째 기준에서 젠더 관점을 고려하는 여성정신건강증진을 내세웠다. 여성의 욕구를 정확히 파악하고 욕구에 맞는 이용자 중심의 서비스를 제공하고자 한 것이다(국립정신보건교육연구센터, 2012: 74). 영국에서 여성을 위한 차별화된 정신보건 서비스를 제공할 필요성이 대두된 것은 여성의 정신건강욕구 충족 실패에 대한 인식과 안전문제에 대한 것이었다(송진희, 2012: 81). 많은 연구들이 정신적 스트레스의 표현과 경험, 서비스와 선호의 경로에 있어 젠더 차이가 나타남을 보여주었고 정신보건서비스가 스트레스의 근원을 무시하고 그들의 사회적 어려움을 의료화함으로써 여성의 욕구 충족에 실패하고 있음을 밝혔다. 한편 안전에 대한 강조도 함께 이루어졌는데 이는 여성에 대한 학대가 많아 젠더 특화된 서비스를 제공하고 학대와 관련된 이슈를 해결해야 할 현실적인 필요성이 대두되었기 때문이다(위의 글, 같은 쪽).

영국에서 여성의 정신건강문제를 해결하기 위한 전략으로서 젠더 주류화 접근이 제시되었다. 여기에서 말하는 주류화란 사람들의 일상생활의 측면에서 문제를 구조화하고 문화와 구조를 변화시키기 위한 장기적인 전략을 말한다. 여성과 그들의 다양한 욕구와 경험을 정책의 중심에 두고, 정책의 수립 계획, 수행관리, 전달, 조사연구, 평가 전반에 걸쳐 총체적으로 젠더 관점에서 접근하는 것 등의 원칙을 제시하였다(위의 글, 82-83).

□ 심리치료접근성 향상(Improving Access to Psychological Therapies, IAPT)

이 프로그램은 우울과 불안장애 환자들이 치료를 위한 수단으로 오로지 약물에만 의존하는 상황에서 탈피해 환자에게 현실적이고 일상적인 치료를 제공하기 위해 2008년 개발되었고, 2011년 '이야기치료'라는 심리 프로그램을 전국적으로 확대하여 4년 동안 시행하였다. 이 프로그램의 내용은 치료자가 중증 우울이나 불안장애가 있는 사람들에게 집중적인 치료를 제공하고, 심리적 웰빙 실천가는 중간 우울에서 경미한 사람들에게 스스로를 관리할 수 있도록 안내를 제공하는 것이다. 초반에는 노동 가능 연령에게만 국한되어 시행되었으나 본 프로그램의 효과성이 검증되고 나서는 아동이나 노인과 같은 연령대의 사람들에게도 확대되었고 소수민족, 지역사회 사람들까지 포함하는 실천 지침을 개발하게 되었다(국립정신보건연구센터, 2012: 86). 이와 같은 검토과정을 통해 Working towards Women's Well-being(2010)에서는 향후 개선방향에 대해서 몇 가지를 제시하였는데 그 중 하나의 내용이 '학생, 어머니, 보호자, 근로자로서 독특한 생활 단계에 맞추어진 지지를 만드는 것'이다. 즉 향후의 정신건강을 위한 정책에서도 생애주기별 특정한 욕구에 맞추어 정책을 발전시키고자 하는 바를 분명히 드러내고 있다(위의 글, 같은 쪽).

4) 호주

호주 역시 위의 국가들과 마찬가지로 국가 차원의 여성건강정책과 여성건강운동이 활발하여 다양한 여성건강 프로그램들을 개발해왔다. 1989년에 국가여성건강정책인 National Women's Health Policy(NWHP)를 선포하고, 1992년 호주 정부 건강국은 여성건강을 '남성과 달리 여성에게 고유한, 더 빈번히 일어나는, 더 심각한 사회적 조건, 병 그리고 장애'라고 정의하고 각 주에서 건강 이슈에 있어서의 성평등을 위한 주요 타깃 영역을 정하고 있다(정진주, 2012: 42). 캐나다와 비슷하게 호주에서는 1974년부터 여성운동조직들에 의해 여성중심적인 통합적인 서비스를 제공하고 있다. 센터 내에는 클리닉, 자연요법의학, 각종 부인병 검진(지역파견진료), 상담, 건강교육, 지지그룹운용, 정보제공, 이슈파이팅, 법정 지원, 여성건강에 대한 조사연구 및 포럼 등의 다양한 활동 영역이 있다. 이들 여성건강센터는 호주 정부의 여성건강정책수립에 큰 기여를 했다(위의 글, 같은 쪽).

한편 1989년 마련된 NWHP를 2010년에 입법화하였다. 입법화된 조항에서는 보다 나은 건강관리를 통해 호주의 여성들의 수명연장을 목표로 하고 있다(임도희 외, 2014: 15). 여성건강관련 업무는 Department Family and Community Services(FaCS)의 The Office of Women과 Department of Health and Aging(DoHA)에서 수행하며 2006년에 독립적 법정기관이 된 National Health and Medical Research Council (NHMRC)에서는 건강한 호주는 건설하여 공공과 개인의 건강을 증진시키고 발달시키는 것을 목표로 국가 기관과 함께 연구 기금을 지원하고 있으며 정부, 의료 전문가, 간호사, 건강전문가, 연구자, 교육자, 연구 기관 등 매우 다양한 주체로부터 정보를 수집하고 있다(위의 글, 17). 호주의 여성정신건강 정책의 특징은 여성의 건강과 복지의 중요한 결정요인으로서 젠더의 중요성을 강조하고 여성의 건강에 대한 욕구가 생애 단계에 따라 다름을 인정한다는 것이다. 이에 따라 건강의 가장 높은 위험을 가진 여성의 욕구를 우선순위로 두고 있다(위의 글, 20).

호주의 생애주기별 정신건강 정책으로 빅토리아주의 정신건강 개혁 전략 2009~2019(Victorian Mental Health Reform Strategy 2009~2019)을 살펴볼 수 있다. 호주의 빅토리아주에서는 정신건강을 개선하기 위한 10년 간 계획을 수립하였는데 이 계획의 요점은 정신건강상의 문제를 가진 이들이 적절한 시기에 질 높은 서비스를 받고 병원이라는 장소에서 벗어나 지역사회에서 성공적인 삶을 살 수 있게 하려는 것이라고 볼 수 있다. 따라서 개혁 전략은 정신건강상의 문제를 예방하고 조기 개입하여 문제를 가진 사람을 회복하게 하고 결국 사회통합을 이루려고 하는 목적을 가지고 있다(강은정, 2009: 78).

빅토리아주 정신건강 개혁 전략의 실천 원칙에서는 사용자 중심성과 가족 및 보호자의 통합이 강조된다. 또한 개별적인 환자의 치료에 관한 의학적 접근이 아니라 인구집단 중심의 공중보건학적 접근을 원칙으로 하며 정신건강의 결정요인을 사회적 요인에서 찾고자 한다. 이는 정신질환이 다른 건강 및 사회적 문제들과 복잡한 상호관련성을 갖는다는 것을 강조하는 것으로서 삶의 부분들의 역량을 키우는 것을 통해 정신건강 문제를 예방하고 대응하도록 한다는 것을 의미한다(위의 글, 79). 또한 이 전략은 다양한 스펙트럼의 정신건강상태를 경험하는 사람들에 대응하는 프로그램과 서비스를 포함한다. 즉 심각한 정신질환에만 집중하는 것이 아니라 불안, 우

울, 품행 장애부터 인격 장애, 식이 장애, 정신분열에 이르기까지 다양한 수준의 문제에 대해 균형있는 노력을 유지해야 할 것을 강조하는 것이다. 특히 이 전략에서는 정신질환의 심각성이 낮은 초기에 투자하는 것이 장애 부담과 개인과 가족에 대한 생애에 걸친 영향을 줄이는 데 효과적이라는 것을 전제로 삼고 있다(위의 글, 80).

개혁 전략의 구체적인 내용은 여러 가지가 있지만 여기에서는 두 번째 개혁 영역인 생애 초기를 자세히 설명하도록 하겠다. 이 전략은 기본적으로 생애주기별 접근법을 가지고 있지만 생애주기 중에서도 아동과 청소년기(0~25세)에 주목하고 있다. 구체적인 목표로는 1) 조기 아동 서비스, 1차 의료 및 교육 환경을 포함해서 보편적 서비스를 통해 조기 발견과 개입 강화, 2) 새로운 혹은 기존의 정신건강문제를 가진 아동, 청소년, 청년과 그들 가족들을 위한 조기의 연령에 적합한 치료 제공, 3) 매우 취약한 청년 집단을 위한 대상화된 정신건강 자원의 제공, 4) 정신건강, 약물, 알코올 문제와 관련된 위험이 존재하는 곳에 보다 강한 가족의 형성 등을 제시하고 있다. 아동기부터 청년기라는, 생애주기에 있어 상대적으로 초기의 시기에 개입을 하는 이유는 치료의 효과를 보장하기 위해서 일뿐만 아니라 치료의 연속성을 보장할 수 있기 때문이다. 이를 위해 1차 의료나 초기 아동 서비스, 학교, 지역사회 서비스와 협력하고 학교의 보건 서비스 및 인력을 향상시키고, 청소년 서비스 센터와 같은 지역 기관을 통해 중등도 혹은 심각한 정신건강상의 문제를 가진 12-25세의 청소년들에게 쉽게 도움을 제공하고자 한다. 그리고 청소년기에 두드러지는 문제라고 할 수 있는 식이장애 문제를 가진 학생들에게도 지속적인 전문 치료를 제공하고자 한다.

5) 해외 사례의 분석 및 시사점

지금까지 살펴본 해외의 여성 건강 정책의 특징을 살펴보면 국가 및 지방정부 차원에서 여성건강정책을 총괄할 수 있는 기구가 존재함으로써 건강 정책의 성주류화의 방향 속에서 추진되고 있다는 점이다. 젠더 관점에서의 건강 정책의 수립과 시행은 성평등은 물론이고 인종, 계급, 성적지향 등 다른 차이에 근거한 차별을 제거하여 정책에서의 평등을 지향하는 방향으로 나아가고 있다. 서울시의 경우 「서울시 여성·젠더 건강 종합계획」의 수립을 통해 젠더 관점에서의 건강정책의 방향을 위한 시도를 하고 있지만, 좀 더 효과적으로 젠더 관점에서 건강 정책을 시행할 별도

의 추진체계를 마련하는 것이 필요하다.

여성의 정신건강 정책과 관련하여 생애주기별 접근의 중요성은 해외 사례에서도 발견된다. 임신, 출산 등 여성의 모성(maternity)과 관련된 건강이 여성 건강으로 협소하게 이해되고 있는 한국의 현실에서 볼 때 젠더 관점의 건강 정책의 수립 전략의 하나로서 생애주기별 접근은 매우 중요하다고 하겠다. 여성의 정신건강 정책에서의 트라우마를 강조한 미국의 사례는 본 연구에도 시사하는 바가 많다. 폭력 피해를 경험한 여성의 정신건강이 외상후스트레스장애(PTSD)의 형태로 생애 전반에 걸쳐 지속되므로, 여성의 정신건강 지원 서비스 기관에서 여성의 트라우마 이력에 기반한 서비스 제공을 염두에 두어야 한다.

여성의 건강과 삶의 질 향상에서 캐나다의 여성건강센터와 여성건강네트워크 등에서 보이는 지역 거점 정책은 서울시 젠더·건강 종합계획에서도 발견되는 바, 여성의 정신건강 지원에서도 주요하게 참조할 수 있다. 여성들의 일상에서 경증의 우울, 스트레스, 자살생각 등이 중증으로 발전되기 전에 도움을 받을 수 있는 지원 체계 마련의 가장 일차적인 방식은 젠더 관점에서 자신의 건강을 돌아 볼 수 있는 다양한 공간이 증가하는 것이다. 현재 서울시에서 3년째 추진하고 있는 지역별 여성건강네트워크 사업이 확대되어 상시적인 여성건강네트워크의 구축과 여성건강센터와 같은 종합적인 여성건강정책 추진체계가 마련되어야 할 것이다.

Ⅳ

생애주기별 여성의 정신건강 실태와 정책 수요: 심층면접 분석

1. 조사 개요
2. 청소년기 여성의 정신건강
3. 청년기 여성의 정신건강
4. 중·장년기 여성의 정신건강
5. 노년기 여성의 정신건강
6. 심층면접 결과 요약

Seoul
Foundation of
Women &
Family

Ⅳ 생애주기별 여성의 정신건강 실태와 정책 수요: 심층면접 분석

1. 조사 개요

4장에서는 생애주기별 여성의 정신건강 지원 서비스 기관에 종사하는 전문가와 정신건강에 문제가 있다고 생각하는 여성 당사자 심층면접 조사 결과를 중심으로 현재 생애주기별 서울시 여성의 정신건강 실태 및 정책 수요를 분석할 것이다.

면접조사는 크게 두 그 그룹으로 나누어 진행하였다. 우선 정신건강 증진과 관련하여 서비스를 제공하고 있는 전문가 집단에 대한 면접조사를 통해 여성의 정신건강 문제의 실태를 파악하고 현재 지원 정책의 문제점 및 현황을 파악하였다. 그 다음으로는 우울감, 스트레스, 자살충동 등의 정신건강 문제를 겪고 있는 여성 당사자 면접을 통하여 이들이 자신의 정신건강 문제를 해결하기 위한 과정에서 필요한 공적 서비스 요구를 조사하였다.

1) 전문가 면접 조사

청소년기, 청년기, 중·장년기, 노년기 여성을 대상으로 정신건강 문제를 지원하고 있는 전문가 면접을 진행하였다. 청소년기는 서울시 마음건강학교 프로젝트 시범 학교 중에서 중학교 상담교사 2명, 고등학교 상담교사 1명을 면접하였다. 청년기는 서울시 정신건강증진센터의 조기정신증 담당자를 만났다. 중·장년기는 가족지원 시설의 가족상담자, 심리분석가를, 노년기는 노인상담센터와 노인자살예방센터

의 담당자를 면접하였다. 면접의 주요한 내용은 전문가의 입장에서 바라보는 생애주기별 정신건강 문제에서의 젠더 특징, 현재 지원 서비스의 내용과 문제점, 향후 필요한 서비스의 방향에 대해서 질문하였다.

2) 당사자 심층면접

청소년부터 노년기에 이르기까지 우울, 스트레스, 자살과 관련하여 정신건강 문제를 안고 있는 여성들을 심층면접하여 생애주기별 여성들의 정신건강에 영향을 미치는 원인과 이들의 문제를 해결하기 위한 정책적 방안을 모색하였다.

본 연구의 심층면접에 참여한 여성들은 정신건강 및 가족상담 기관에서 상담 서비스를 받고 여성들 중에서 우울·스트레스·자살(충동) 등의 정신건강 문제를 겪고 있는 여성들을 전문가의 소개를 통해 만났으며, 산후 우울과 비혼의 경우 개인적인 연계망을 이용하였다. 참여자의 간단한 정보는 <표 I-3>과 같으며, 구체적인 생애이야기는 부록에 수록하였다.

2. 청소년기 여성의 정신건강

1) 청소년기 정신건강 실태

본 연구에서 청소년기 여성들의 정신건강 문제에 대한 심층면접은 대상자 모집에 가장 어려운 그룹이었다. 상담교사와 정신건강증진센터 이용자 학부모를 대상으로 학생들과의 만남을 시도하였으나, 부모 및 교사의 거부로 인해 만남 자체가 쉽지 않았기 때문이다. 결과적으로 한 학교에서 상담 경험이 있는 3명의 여학생이 섭외되었다. 그러나 10대의 정신건강 문제는 다른 생애주기에 속한 여성들의 심층면접에서도 발견되었다. 20대 여성들의 우울과 스트레스가 10대에 경험한 폭력에 기인하거나, 50대 여성의 20대 자녀가 10대부터 경험한 폭력 등 다른 생애주기에 속한 여성들의 이야기에서 10대의 정신건강 문제 현황과 해결방안을 다룰 것이다.

□ 청소년기 '왕따'에서 시작되는 폭력과 우울

청소년기 여성들의 정신건강은 사회적 지지와 또래와의 관계를 통한 대인관계가 정신건강에 지대한 영향을 미친다(신소영, 2012). '왕따'는 그런 점에서 청소년들이 폭력과 우울을 경험하는 시작이 된다. <사례 10C>는 자신의 우울감은 초등학교 때 경험한 왕따에서 시작했다고 했다. "어느 순간 따가 될 때"교사에게 사실을 알리고 도움을 청했으나 오히려 교사는 형식적인 대응에 그치고 일만 크게 만드는 바람에 친구들로부터 더 소외를 받을 수 밖에 없었다. "너도 뭔가 잘못한 게 있을 거"라는 어머니의 반응도 문제의 원인을 피해자에게 돌림으로써 지지를 해 주지 못하였다.

"(처음으로 자발적으로 적극적으로 대화에 개입함) 근데요. 우울한 게 발생한 원인이요. 초등학생 때 부터일거예요. 잘은 기억 안 나는데. 그냥. 저도 모르게 어느 순간 따. 따가 될 때 있잖아요. 그것 때문에 커져 가지고. 6학년? 잘 모르겠어요. 그 때 일단은 담임선생님한테 말했는데. 왜 말 하면 도움이 안되는 선생님 있잖아요. 일만 크게 하고. 그 선생님이 그냥 전부 다 반성. 자기가 잘못한 거 있으면 알아서 쓰라고. 근데 애들이 안 쓰니까. (연구자: 엄마한테는 얘기했어요?) 음... 처음에는 화내다가. 제가 계속 말하니까. "너도 뭔가 잘못한 게 있을 거"라고." (10C, 〈3.7 우울의 원인2: 전학과 놀림, 왕따〉)

초등학교 시절 친구 관계에서 받은 상처는 중학교에 가서도 나아지지 않았다. 중학교 2학년 여학생의 친구 관계의 동학은 배신, 절교, 친구를 뺏고 뺏기는 치열한 양상을 띈다.

"(연구자: 왜 뭐가 그렇게 **을 우울하게 아니면 기분 별로 안 좋게 만들었어요?) 음. 친구를 잘 못 믿으니까요? (쑥쓰러운 듯 눈썹 치켜올림) 배신이나. 당한게 많... 죠. 배신했다는 친구랑은요. 말을 안해요. (연구자: 그 친구랑은 정리가 되니까 마음이 좀 나아요?) (웃음. 눈물 고임) 음... 낫기는 한데. 언제 또 이런 일이 있을 거 같아서. ... (연구자: 혹시 어떤 배신이었는지 물어봐도 되요? 간략하게라도.) 어... 그러니까요 (잠시 생각 후, 인터뷰 시작 이후 거의 처음으로 말소리도 분명해지고 의지를 보임) 그냥 갑자기 저를 버리고 다른 친구랑 이렇게. 어울려 다니니까.... 그랬는데 꼭 싸우면요 일대일(1:1)로 싸우는 게 아니라 몇 명을 데리고 나와요. .... [그래서 나중에] 좀 그래서~ 한 명~ 다른 애랑 같이 다니는데, 그 애가 본 거예요. 걔가 내가 같이 다는데 애한테 너무 잘해줘 가지고 저 혼자 다니게 됐어요. 그러니까 그... 그... 저랑 싸운 애가요, 저랑 같이 다니는 애를 뺏은거죠."(10C, 〈3.3 우울의 원인1: 친구의 배신과 왕따〉)

10대의 왕따 경험은 이후 대인 관계에서 큰 영향을 미친다. 본 연구에서 30대 후반이었던 <사례 30B>는 현재 자신이 느끼는 정신건강의 문제가 고등학교 시절 왕따와 폭력경험에서 시작되었다고 하였다. <사례 30B>는 청소년기에 폭력의 피해자가 적절한 지지와 공감을 받지 못했을 경우 전 생애주기에 걸쳐 영향을 미칠 수 있는지를 잘 보여주는 사례이다. <사례 30B>는 고등학교 시절 자신이 학교에서 다른 친구들한테 따귀를 맞았고, 그 현장을 담임교사가 목격했음에도 불구하고 어떠한 조치도 취해지지 않았다는 사실, 오히려 담임교사가 흥미로운 장면이라는 듯이 쳐다보고 있었다는 사실에 큰 충격을 받았다.

"고3때 쯤에 청소년상담센터에 자살하고 싶다고 전화를 했었어요. 그런데 문제는 고등학교 그런 쪽으로 도와줄 선생님이 없었다는 거. 제가 아이들 때문에 되게 힘든데, 담임선생님이 방치하고. 제가 다른 애들한테 따귀를 맞는 걸 선생님이 봤어요. 봤는데 보고만 있는거." (30B, 〈1.3 적절한 도움을 받지 못한 경험(교사, 부모, 대학 상담실)〉).

<사례 30B>는 청소년 시기 여학생들이 겪는 학교 폭력의 문제에 부모 및 교사의 적절한 개입을 누차 강조했으며, '생애주기별 서울시 여성의 정신건강' 지원 방안에서도 중요하게 개입해야 하는 지점이라고 하였다.

중학교 여학생 <사례 10C>는 자신이 공부를 잘하고 피부가 하얗고 외모가 예쁘다면 왕따를 당하지 않았을 거라 생각한다. 그러나 <사례 30B>는 자신이 공부를 너무 잘하고 외모가 예쁘고 모든 면에서 튀었기 때문에 왕따를 당했다고 생각한다. 청소년기 여학생들이 경험하는 '왕따'문제를 여성의 생애주기별 정신건강 문제에서 중요한 주제로 다루어야 하는 이유가 여기에 있다. 자신을 비롯하여 부모 혹은 교사로부터 문제가 개인화되면서 해결의 실마리를 찾는 것이 더욱 어렵기 때문이다.

왕따 이야기는 50대 여성의 심층면접에서도 나타났다. 20대 딸의 정신건강 문제로 힘들어하는 50대 후반의 어머니는 왕따로 힘들어 하고 있던 딸이 "바지가랑이를 붙잡고" 매달릴 때에도 생계 때문에 딸의 이야기를 들어주지 못한 것이 결국 지금 세상과 소통하지 않는 딸을 만든 것만 같아 자책을 하고 있다.

"새벽 4시 동도 안 터서 새벽 4시에 나가서 밤 9시에 오고 그랬어요. … 그 때는 내가 아이가 이렇게 되리라 상상도 못 했고 그때 당시에 아이가 학교가 가기 싫어서 그런가 보다 그렇게 생각했지 설마 이럴 줄 알았으면 어떤 부모가 내버려 뒀겠어요? 나가는데 가랑이를 붙잡고 울고불고 사정을 하는 거예요. 내 얘기 한 마디만 듣고 가라고. 그 때 당시는 내가 한 마디로 속된 얘기로 악에 받쳤어요. 왜냐면 신랑하고 안 좋은 그런 관계에 있어서 그 때 빚이 좀 있었어. 많았어요. 수천 만원 되는데 남편이 한 마디로 일을 다 벌려 놓고 뒷감당을 하나도 못 하는 거야. 그러면 내 고통이 어떻다는 거 아시겠죠? 능력도 하나도 없어. 능력 없지, 개갈 안 나지, 속된 말로. 뭐 하는 게 없어요. … 그 때 그 일만 안 했어도 내가 아이를 저렇게 놔두진 않았을 거야. 근데 그 때 당시엔 내가 이를 악물었어요. … 그런데 아이가 아예 학교를 안 가고 막 그냥 엎드려 있어요. 남편 난리가 난거야. 저거 저거 왜 학교를 안 가냐고 막. 내 뒤통수에 대고 씨불거리지 난 막 중간에 미치는 거예요. 애는 안 가는데 애는 막 겁에 질려가지고. 남편이 소리지르거든요. 소리 꽥 지르면 애는 또 겁에 질려가지고 그래서 안 되겠더라고요. 도저히 안 되겠어서 보따리를 하나 싸들고, 그 때 고등학교 2학년 땐가? 1학년 후반인지 모르겠어. 안 돼. 남편하고는 뭐 말이 통하지를 않아. 가방 하나 들고 무조건 나와 버렸어요. 얘랑. 나와서 여기 사당동 고시원에 살았어요. 일단 애는 살려야 되겠더라고." (50C, 〈4.4. 스트레스의 요인: 남편과의 사별, 딸의 왕따〉)

〈사례 50C〉는 경제적 빈곤에서 벗어나고자 안간힘을 쓰던 그 시기가 바로 딸이 가장 힘들어하던 시기였고, 결국 딸이 학교를 포기하고 나서야 방법을 강구하기에 이른다. 〈사례 50C〉는 딸을 서울로 전학을 시킨 다음에는 청소년지원센터, 보건소 등 모든 수단을 동원하여 딸의 우울증 치료에 힘을 썼다. 그러나 딸의 우울증은 전혀 나아지지 않았고, 폭력적인 성향까지 발전해 있는 상태이다.

면접 당시 20대 중반이었던 〈사례 20C〉는 중학교 2학년 때 습관적으로 자해를 했다. 부모에 대한 반항, 친구들끼리의 동류의식 등이 자해를 잘못된 행동으로 인지하지 못하게 하였다. 일종의 '유행'처럼 중학교 여학생들 사이에서 자해가 유행하였던 적이 있다는 중학교 상담교사의 말을 증명이라고 하듯이 〈사례 20C〉는 스트레스 해소를 위해 자해를 했다.

"어렸을 때부터 모범생이었어요. 근데 중학교 2학년 때 딱 사춘기였던 거죠. 사춘기인데 약간 음 뭔가 내가 진짜 죽고 싶어서 했다기보다는 약간 뭔가 내가 살아있나 이런 걸 확인을 해 보고 싶었던 것 같아요. 그리고 사실 초등학교 (웃음) 6학년 때 티비같은 데

서 누가 죽고 이러는 걸 보면 어렸을 때 어린 마음에 내가 죽고 나면 엄마 아빠가 나 공부 시킨 걸 싫어하겠지 (일동 웃음) 그러면서 진짜 막 칼 같은 거 가지고 손목에 그어보고 했는데 다행히도 상처 안 났어요. 정말 다행이라고 생각을 하는데 어쨌든 그래서 있었는데 중학교 때 가다가 친구가 자기한테 엄마가 너무 뭐라고 해서 자기가 자해를 했다 이렇게 얘기를 하는 거에요. 근데 어, 남들도 다 하네? (웃음) 어, 괜찮은 건가, 해도? 이런 생각 때문에 한 것 같아요. 근데 약간 그런 거에서 자해를 하면서 스트레스도 풀고 그랬던 것 같은데 제가 학교에서 하면서 화장실에서 하면서 크게 문제가 됐던 것 같아요. ... 한 번으로 했던 게 아니라 그 때 잘 기억은 안 나는데 스트레스 받을 때마다 했으니까 좀 반복적으로 했던 것 같아요. (연구자: 그럼 스트레스 해소의 목적이었던 거죠?) 네네. 열 받을 때마다 긋고 그랬던 것 같아요." (20C, 〈2.3 과거 정신건강상 문제: 중학교 2학년 때 자해 경험〉)

□ 한부모 가족 청소년의 정신건강

청소년의 정신건강 실태조사에서 한부모 가족의 학생들은 양부모가족에 비해 우울과 스트레스를 느끼는 비율이 높게 나타난다. 심층면접 조사에서도 부모님의 이혼으로 어머니와 단둘이 살고 있는 〈사례 10C〉의 정신건강이 가장 안 좋게 나타났다. 「2012 아동·청소년 정신건강 실태조사」에 따르면 한부모 가족의 아동·청소년들이 양부모 가족의 아동·청소년에 비해 우울 및 스트레스의 정도에서 모두 높게 나타났다. 진로문제와 학업문제와 관련해서는 한부모 가족 청소년이 양부모 가족 청소년에 비해 우울·스트레스 정도가 더 낮게 나타났다. 그러나 이것이 한부모 가족 청소년이 양부모 가족 청소년에 비해 학업과 진로 문제에 대해서 스트레스가 적다는 것으로 해석하는 것은 맞지 않다. 한부모 가족 청소년의 스트레스 정도에서 가장 높은 점수를 보이는 것은 양부모 가족 청소년들과 마찬가지로 학업문제, 진로문제, 외모, 부모님과의 관계 순으로 나타났기 때문이다.

한부모 가족 청소년인 〈사례 10C〉가 느껴야 했던 스트레스는 한부모 가족에 대한 친구들의 낙인 때문이었다. 아래의 인용문에서 보는 것처럼 초등학교 때 믿었던 친구에게 "집안 이야기"를 했다가 그 친구가 "소문을 내고 다녔기" 때문에 자신이 친구들로부터 '왕따'를 당했다고 생각한다.

"마음 이야기는 잘 안해요. 애들한테. (눈물고임) 제가 초등학교 때 뭘 잘 모르고. 제가 믿었던 친구한테 집안이야기 이런 걸 다 말해가지고. 걔가 다 소문내고 다녔었어요. 그래가지고. 그것 때문에 될 수 있으면 안해요. … 엄청 몇 년 이상 친구 할 거 아니며는 그런 이야기를 잘 안 할려고 그래요. 그리고 인제 말만 막 우리 평생 친구하자 이러고 금방 싸울거 아니까. 그냥 밖에서만 그래그래 그러고. 너가 그러겠냐~이러고."(10C, 〈3.15 정신건강문제 해결에 장애물〉)

정신건강 실태 조사를 통해 특정 유형의 그룹이 정책적 지원 대상의 우선순위가 되는 근거를 도출하는 것은 가능하지만, 그것이 다시 특정 그룹에 대한 사회적 낙인이 되는 것은 경계해야 한다. 최근 군대에서 일어난 총기 난사 사건과 관련하여 보호 관심병사 등급을 분류하여 제시하였다. 여기에서 중점관리대상으로 분류 기준에 '결손가정'이 포함되어 한부모가족, 조존가족 등 정상가족 경계 밖의 가족에 대한 낙인과 인권침해가 지적된바 있다. 여성이 정신건강 지표에서 높은 수치를 나타낸다는 것이 곧바로 여성들의 정신건강 상태가 남성보다 안 좋다는 것을 의미하기 보다는 우울과 스트레스에 대한 지각 정도가 높을 수 있다는 점을 염두에 두어야 하는 것처럼, 한부모 가족 청소년의 경우 일상에 잠재되어 있는 사회적 낙인이 우울과 스트레스에 대한 지각 정도를 높이고 있는 것은 아닌지 자문해야 한다.

□ 청소년기 부정적 신체 이미지의 형성과 외모

청소년기 여성들이 외모로 고민하는 것은 그것이 친구 관계를 결정하는 중요한 요인이라고 생각하기 때문이다. 키, 몸매, 생김새 등과 같은 외모로 인한 스트레스는 전체 청소년들의 스트레스 요인에서 3번째로 높은 응답률을 보이는 항목이다. '외모'의 영역에서 〈사례 10B〉와 〈사례 10C〉의 이야기에서 공통적으로 나타나고 있는 부분을 보면 피부색에 대한 언급이다. 여학생들은 '하얀 피부'를 동경하고 노랗거나 까만 피부는 "한국인처럼 생기지 않은 것"으로 놀림의 대상이 된다. 피부색에 따른 차별과 편견이 〈사례 10C〉의 이야기에서처럼 인종적 차별에 근거한 것이라는 점은 분명해 보인다. 그러나 청소년기 여학생들의 '하얀 피부'에 대한 동경은 인종적 선망과 동시에 계급적 선망이 동시에 작동하는 것으로 보인다.

"딱 봐도 못 생겼고. 얼굴 까맣고. 좀 내가 한국인처럼 생기지 않았으니까. 막 인도사람? 이렇게 생겼으니까. (10C, 〈3.10 우울의 원인3; 외모로 괴롭히기〉).

여학생들의 외모에 대한 스트레스는 무리한 다이어트와 자신의 몸에 대한 부정적 이미지의 증가로 이어져 향후 섭식장애의 원인이 될 수도 있다. 아래에서 인용된 〈사례 10B〉의 이야기에서 보듯이 막연하게 다이어트에 대한 강박이 일상적인 식생활을 이미 지배하고 있음을 볼 수 있다.

"[나는] 왜 이렇게 생겼지? 왜 이렇게 못 생겼지? 그냥 다 마음에 안 들어요. 앉아 있는데 내려다 보면 다리살이 보여요. 살을 빼야겠다고 생각은 하는데 결심을 하면 그게 금방 무너져요. 조금 먹고 그래요. 근데 맛있는 게 있으면 살 빼야겠다는 생각을 싹 잊고 먹어. 그러고 나서 후회해요. 그런게 스트레스 받아요. 나는 뭐하는 거지 지금? 그런 생각 들어요. … 피부가 좀 더 하얘지면 좋겠어요. 엄마를 닮아서 약간 노란 게 있어요, 피부가. 아빠도 그렇게 하얀편은 아니니까"(10B, 〈2.5 외모고민〉, 〈2.6 스트레스〉)

이처럼 청소년기 여성들의 외모에 대한 스트레스는 단순히 체중의 문제와 더불어 피부색과도 연결이 되는 것으로 보아, 여성들의 부정적 신체 이미지에 대한 향후 교육 및 인식 개선 프로그램에서 젠더와 인종, 계급의 문제를 망라한 내용이 포함되어야 할 것으로 보인다.

□ 스마트폰 채팅 중독과 우울증의 경계에 선 청소년기 여성들

중·고등학교에서 상담을 진행하고 있는 상담교사들은 청소년기 정신건강 문제에서 성차가 가장 뚜렷하게 발견되는 지점은 매체 이용 양상으로서, 남학생들은 게임중독에 빠지고 여학생들은 스마트폰을 이용한 채팅중독에 빠지는 것을 들었다. 문제는 이 같은 중독을 금지시키기 위한 조치가 이들이 우울증에 빠지도록 만드는 결과를 가져올 수도 있다는 것이다. 자녀의 채팅 중독을 금지하기 위해 부모가 스마트폰을 압수하는 순간 부모와의 관계도 틀어지기 때문에 문제는 더 악화되기도 한다. 그렇기 때문에 일선에서 오랫동안 학생들을 관찰해 온 교사는 현재 청소년기 학생들의 정신건강 문제를 이해하고 해결하기 위해서는 무엇보다 이 세대의 문화와 가치관에 대한 이해가 선행되어야 함을 강조하였다.

"여학생들은 채팅중독이 남자애들보다 2.7배 내지 2.6배 더 많다. 최근에 카톡이나 스마트폰 중독 이런 것들도 여자애들이 더 심하다. 사교육 열풍 때문에 애들은 수면과 관련되는 멜라토닌 같은 것들이 늦게 나온다. 얘들이 특별히 잠자는 훈련이 안 돼 있으면 애들이 2시 넘어서 잔다. 학원 갔다 와서 씻고 하면 11시. 조금 쉬고 본격적으로 친구들하고 스마트폰 하는 시간이 12시 넘은 시간인 거다. 이것이 뇌에 어떤 영향이 있을지 정확히 알지 못한다. 작년에 세미나에 갔더니 작년에서야 스마트폰 중독이 뇌에 어떤 영향이 있을지 관심을 갖기 시작하더라. 분명 뇌에 영향을 미칠 것 같다. 뇌를 변화시킬 수 있을 거다. 몇몇 부모들이 애들을 단속을 심하게 하는데 그 결과는 아이가 우울증에 걸리는 것이다. 부모들이 걱정이 돼서 강한 엄마들이 스마트폰 사용을 강제로 줄였더니 애들이 우울증 걸리고 대인관계 엉망이 된 것이다. 여자애들은 스마트폰으로 남자애들은 게임으로 중독이 된다. ... 엄마가 강하게 하니까 지금도 그 아이가 애들하고 관계를 잘 못 맺는다. 그래서 올해 학부모 연수할 때 어머니들이 질문하시는데 스마트폰 중독하고 우울하고 두 가지 문제에 대해 내가 봤을 때는 둘 중에 하나를 선택할 수밖에 없는 것 같다. 우울이 더 큰 문제일까 스마트폰 중독이 더 큰 문제일까. 이 문제가 있다. 스마트폰 중독이라고 하는 것은 관계 문제가 참 많다. 아버지가 스마트폰을 뺏는 순간 아이하고 아버지하고 문제가 생긴다. 청소년 발달 단계에서 부모와 친구 관계를 스마트폰이라는 새로운 매개체가 강화시키고 부모가 이해할 수 있는 또 다른 세계로 편입되는 것이다. (중학교 위클래스 상담교사)

인터넷 중독은 중앙 및 지방 정부의 청소년 대상 정책에서 주요하게 관심을 갖는 영역이다. 청소년의 인터넷 및 게임 중독에 대한 접근에서 개인적인 중독이라는 측면에서만 접근하는 것이 아니라 인터넷 중독 청소년을 대하는 교사 및 학부모, 전문가의 청소년 문화에 대한 인식이 필요하다는 점은 다시 한 번 강조될 필요가 있다.

2) 청소년기 정신건강 지원 정책 수요

□ 학습권에 선행하는 건강권이 필요함

상담교사들은 현재의 상담 시스템이 청소년기 학생들의 정신건강 증진을 위한 정책이 되기에는 여전히 역부족임을 지적하였다. 위(wee) 시스템, 마음건강학교 프로젝트 등의 정책이 일선 학교에서 상담의 필요성을 각인시키고 최소한의 인프라를 구축하는 계기가 된 것은 부인할 수 없으나 여전히 현재 학교 시스템하에서 상담은

학생들의 정신건강 문제를 사전에 예방하기 위한 것이라기보다는 문제가 발생했을 때 사후처리 목적으로 학생에 대한 선도 혹은 처벌의 의미로 도구화되고 있다는 점을 지적하였다. 대표적으로 학생의 학습권이라는 명목 하에 교과 수업 중 상담을 금지시킴으로써 상담시간이 절대적으로 부족하고 수업 보다 상담이 필요한 학생들에게 적절한 서비스를 제공할 수 없다는 점을 호소하였다.

"선생님들이 상담을 의뢰하는 것은 생활태도 때문에 의뢰를 한다. 결석을 한다든가 아니면 친구랑 싸웠다든가 그런 것이 너무 많다. 선생님들께서는 학생의 정서적인 문제라기 보다는 학생의 잘못된 행동이 고쳐지기를 원해서 상담을 보내는 것이다. 물론 그런 경우도 있기는 하지만 대부분 직접 아이들이 오지 않으면 정서적인 문제로는 아주 심한 문제가 아니면 선생님 선에서 성찰교실에서 하는 경우가 많다. 교과에서도 안 되는 경우에 상담교사에게 보내는 것이며, 상담을 해서 그 아이를 변화시키기를 원하시는 것이다. 그 아이 얘기를 들어주고 오해를 풀어주는 그런 방향으로 하고 있기는 하다. 그런데 상담이 그래서 일종의 선도의 한 방법이 되고 있다. 그런데 가정의 문제나 폭력적인 성향이 내재 되어 있는 경우 상담교사가 한 번 본다고 해서 변화되는 것이 아니다. 여러 번 봐서 조금 변하는 것이다." (**중학교 상담교사)

"여고생들이 상담하는 문제는 교우관계, 따돌림 그런 부분이나 우울한 것, 학업 진로 등이다. 학업 진로는 이쪽으로 안 오고 진로상담 선생님 쪽으로 간다. 자발적으로 오는 애들이 그렇다는 것이다. 위클래스가 되고 나서 부터는 아직 자발적으로 오는 애들 보다는 선생님들이 의뢰하거나 정서행동중독검사나 인터넷 중독 검사 결과로 상담해야 하는 애들이 너무 많아서 의무상담이 많다." (**여자고등학교 상담교사)

위에서 인용된 고등학교 상담교사 역시 현재의 상담 시스템은 학생들이 자발적으로 상담을 하기 보다는 교사의 의뢰 혹은 고위험군으로 선별된 학생에 대한 의무상담 밖에 할 수 없는 구조임을 지적하였다. 정서행동검사에서 가출충동, 비행가능성, 자살충동, 왕따가능성 등이 높게 나온 학생을 스크리닝 하여 의무적으로 상담을 받게 하는 지금의 시스템 하에서는 자발적으로 자신의 정신건강을 상담하고자 하는 학생 상담을 할 수 없다.

□ 낙인 문제의 해결: 적성 및 진로 상담과의 통합

수업 중 상담 금지는 학생의 건강권보다 학습권을 우선하는 현재 교육 철학의 반영이기도 하지만 다른 한편에서는 수업을 빠지고 상담을 하는 학생의 경우 그것이 학생들 사이에서 낙인이 될 수 있기 때문이기도 하다. 그렇기 때문에 아래 인용문에서 보듯이 "진짜 문제가 있는 애들"은 상담을 회피할 수밖에 없는 것이다.

"(연구자: 위클래스에 반에서 몇 명 정도 와요?. 누가 오는지 서로 알아요?) 상담 선생님이 오셔서 부르시면 누가 오는지 알죠. 한 6명 7명 쯤 오는 것 같아요. 많지는 않아요. 오는 것 자체를 귀찮아하는 애들도 많고. 그런 애들이 있는가 하면 솔직히 진짜 왕따를 당하는 애라면 오는 게 정말 자기가 왕따라고 인정하는 것 같은 기분이 들 거 아니예요. 그래서 진짜 문제가 있는 애들이 안 오는 것 같아요. 그게 좀 문제인 것 같아요. … 자기가 왜 이런 성격이 생겼는지 여기서 도와주고 어떻게 고쳐나가야 할 건지 여기서 알려주고 했으면 좋겠는데 그 아이가 가면 정말 인정하는 꼴이 되어버리니까 부끄럽게 생각하는 것 같아요. 차라리 아닌 애들이 가면 애들이 아닌걸 아는데 진짜 그런 애들이 가면 좀. 차라리 선생님이 모두 다 부르시거나 의무적으로 일주일에 두 세 명씩 부르시면 의무적으로 가니까 뭐라고 안 할텐데 자발적으로 가는 건 인정하는 꼴이 된다고 생각할 거 같아요. 어차피 모든 애들이 한 번 씩 가는 거고 자기가 문제가 있는 건 아니라고 생각할 거 같고 그렇게 되는 게 좋을 것 같아요. 지금은 원하는 애들만 가죠. 여기서는 아마 부르는 건 싸움이 일어났을 때만 부르는 것 같아요."(10A, 〈1.9 위클래스 이용 학생 현황〉)

청소년기 학생들의 우울과 스트레스 관련 항목에서 가장 높은 부분을 차지하는 항목은 학업과 진로문제이다(2013 청소년 건강행태 온라인 조사). 진로 문제를 가장 스트레스로 꼽는 중학교 2학년 여학생 <사례 10A>는 자신이 중학교 3학년 수준 밖에 되지 않는 것을 스트레스로 꼽고 있다. 선행학습은 학생들에게 불안과 스트레스를 불러일으키는 주 요인으로 작동하고 있음을 알 수 있다. 따라서 학생의 진로 상담과 정신건강 상담이 별도로 존재하는 것 보다는 이를 통합·강화하는 것이 더 효과적일 것으로 보인다.

"가장 스트레스 받는 것은 진로? 요즘에 막 초등학교 때부터 고등학교 준비하는 애도 있고 중1때 고3꺼 하고 있는 애도 있고 이런데 제 친구들도 고3꺼 하고 있거든요. 그런데 저는 아직 중학교 3학년 그 정도 밖에 안하니까. 고등학교 들어갈 때도 막 추첨도

해야 되고 그런 것 때문에 되게 지금도 학원선생님들이 항상 미리 준비하라고 해서 되게 부담도 있고 그러거든요. 자사고 이런 거가 요즘에 가니까. 자사고 갔으면 좋겠는데 그게 좀 힘드니까. 차라리 성적으로 가면 노력하면 될 텐데 그게 뺑뺑이로 돌려서 가면 노력을 한다고 바뀌는 게 아니잖아요. (연구자: 뺑뺑이인데 고3까 공부하는 게 의미가 없지 않나?) 고등학교 가서 잘 따라간다고 그래서." (10A, 〈1.5 스트레스 요인〉)

아래 인용문에서 볼 수 있는 것처럼 위클래스 상담을 통해 자신의 성격과 기질에 대해서 검사를 받고 이야기를 나누게 됨으로써 그것이 진로와도 연결이 되므로 정신건강과 진로상담의 경계가 뚜렷한 것으로 보기도 어렵다.

"이런게[위클래스] 있는 게 되게 좋은 거 같아요. 와서 성격검사도 하면 내 성격도 알 수 있는 거고, 내가 성격검사를 찾아봐서 그렇게는 안 하니까. 학교에서 친구들이랑 와서 재밌게 하는 그런 식으로 하고 가서 좋은 것 같아요. 그리고 진로상담 했는데 별 다르게 얻은 게 없어서. 여기서는 얻은 게 있는데."(10B, 〈2.9 제언〉)

면접 당시 20대 중반으로 취업준비를 하고 있었던 <사례 20C>는 중학교 2학년 때 자해를 시도 한 후 부모님이 알아 본 병원에 가서 상담을 받았다. 당시<사례 20C>는 심리적 자존감, 정서적인 측면에 대해서 상담하기를 바랐는데, 20C가 받은 상담은 중·고생을 대상으로 집중력을 높여주고, 공부법을 가르쳐 주는 상담이었으며 그것은 "진짜 쓸모없는 상담"으로 평가하고 있었다.

"(연구자: 어렸을 때 병원에 갔었을 때는 효과가 없었었다고 했었잖아요? 왜 그렇게 느꼈어요?) 사실 음… 제가 상담을 받으면서 느낀 게 제가 진짜 어렸을 때부터 정말 자존감이 낮았어요. 원래도 낮았어요. 왜냐면 초등학교 때 너는 얼마의 가치를 지닌 사람인 것 같니? 라고 했을 때, 초등학교 3학년이었는데 그 때 제가 전 백원짜리 가치를 지니고 있다고 이럴 정도였거든요. 원래 되게 완벽한, 완벽해야 하고 근데 나는 내가 생각하는 완벽주의의 이상에 안 맞고 그래서 나는 되게 가치가 낮은 사람이고 이런 식으로 생각을 했었던 건데 사실 좀 그 정신과에서는 거기가 좀 공부법 상담? 이런 데 하는 거였고. 약간 집중력 치료하는 이런 데였어요. 그러다보니까 좀 내가 얘기를 하는데 도대체 내가 여기서 무슨 얘기를 하고 있는 거며 왜 하고 있는 거지? 그런 생각이 들었고 거기서 더 이상 얘기할 게 없었어요. 뭔가 일상 얘기를 하고 그 분은 그냥 들어주는? 그래서 지금 보면 되게 진짜 쓸모없는 상담 중에 하나였다고 생각이 들어요." (20C, 〈2.20 상담 서비스 이용 경험: 학생 상담센터, 병원〉).

이상에서 살펴본 바와 같이 전 학년을 대상으로 한 정신건강 선별검사와 그 결과에 따른 상담이 학생들 사이에서 낙인이 될 수 있다. 진정한 의미에서의 학생들의 정신건강을 지원하기 위한 정책이라기보다는 선도와 처벌의 도구로 변질될 수 있다는 지적은 지금의 정책의 한계를 잘 드러내는 것이다. 정교한 검사툴의 개발만큼이나 중요한 것은 학생의 정신건강을 돌아볼 수 있는 환경 조성이다.

□ 교사·부모의 공감과 지지의 중요성

본 연구에 참여한 여성들의 이야기는 청소년기에 겪었던 정신건강 문제의 해결 방향에서 교사와 부모의 역할이 얼마나 중요한가를 보여준다. 청소년기 정신건강에 대한 문제인식이 매우 초보적인 단계였던 1990년대 중반 십대를 보낸 <사례 30B>의 이야기와 위클래스나 마음건강학교 프로젝트, 그리고 열정적인 상담교사가 있는 2014년 현재 중학생인 <사례 10A>의 이야기는 여러 면에서 대조적이다. 자신이 친구로부터 폭력을 당하는 장면을 직접 목격하고도 개입하지 않는 교사를 만났던 <사례 30B>와 달리 아이들의 성격검사와 진로검사를 통해 끊임없는 관심을 보여주는 상담교사를 만난 <사례 10A>는 전혀 다른 생애과정을 겪게 될 것이다.

> "중2병 이런 게 심하다고 하는데 나는 중1때 중2병이 끝났어요. 중1때[공립공학] 친구들이 약간 사정이 있는 애들이 많았거든요. 아빠랑 엄마랑 이혼해서 새 아빠가 들어왔는데 맨날 내쫓아서 맨날 집에서 못자는 애들도 있었고 혼자서 너무 조용한 애도 있었고 너무 밝은 애도 있었고 섞여가지고 약간 불안정 상태였던 것 같아요. 그런데 여기[사립여중]에서는 날라리를 거의 못 봤어요. 그런데 거기 학교 공학에서는 반에 다섯 여섯명은 다 그렇고 그러니까 되게 좀 신경 쓰였어요. ... [여기는 사립이라] 한 학교에서 오래 있으시니까 애들한테 애정도 있으시고 애들한테 문제가 있으면 막 발 벗고 도와주시고 이러니까 애들도 선생님들하고 싸우는 적도 거의 없었고. 옛날 학교에서는 진짜 남자애들이 선생님이랑 막 선생님들도 욕을 하시고 애들도 화나가지고 수업시간에 나가버리고 학교 밖으로 나가서 싸우고 오는 애들도 많았거든요. 여기서는 그런 게 하나도 없어서 전학 와서 좀 놀랐어요. 그 전 학교는 선생님이랑 애들이 친구 같은 게 없었거든요.(10A, 〈1.3 왕따 원인〉)

> "중요한 게 저도 고등학생이었잖아요. 그 상황이 힘들다는 건 알지만 이게 뭔지 의식을 못해요. 어리기 때문에. 아, 힘들아, 무섭다, 막 괴롭다는 건 알지만, 내가 이걸 당하고

있는 거고 이게 어떤 영향인지는 아직 청소년이기 때문에 파악이 안 되고. 그냥 일방적으로 당하는 거죠. 어떻게 해야 될지 방법도 몰라요. 이건 전적으로 성인이. 그걸 인식하고 있는 성인이 딱 끄집어 내 줘야 알 수 있는 거예요. 학교 선생님들이 너무 싫어요. 그걸 알면서 어떻게 그렇게 인식이 없어요? 학교 선생님들이 이런 교육을 받아야 된다고 생각해. 이수 과목 중에서. … 담임을 하려면. 이런 거 과목을 이수를 해서 그거 개념이 있는 사람이 어떻게 대처를 해야 되고 이런 거를 아는 사람이 담임을 해야지. 무개념인 사람이 하면 안 돼요. 어떻게 다른데서 따귀를 때리고 있는데 창문에서, 표정도 우울한 표정도 아니고 웃으면서 지켜보고 있어요. 웃으면서. (연구자: 진짜요?) 네. 재 뭐지? 재밌는 구경이네. 이러면서. 그게 무슨 선생이야? 난 너무 싫어요. 그런 선생님이. '야 니네 뭐하니!' 이래야 되잖아요. 팔 걷어 붙이고. 그런데 웃으면서 쳐다보고 있는 거예요. (30B, 〈1.12 중고교시절 교사의 무관심〉)

〈사례 30B〉는 고등학교 시절 자신의 경험에 대해서 교사와 부모의 공감을 받지 못함으로써 이후 대인관계에서도 어려움을 겪었다. 폭력을 중지시키고 향후 폭력 재발의 책임이 있다고 생각되었던 교사의 방관은 이후 다른 사람에게 도움을 구하는 것조차 어렵게 만들었다. 다행히 30대에 들어서야 만나게 된 상담가의 도움으로 많은 안정을 찾기는 했지만, 청소년 시절 자신이 놓여 있었던 환경에서 겪어야 했던 피해는 완전히 없어지지 않았다.

□ 가족 상담과의 효과적인 연계

청소년기 정신건강에 중요한 영향을 미치는 것은 가족과 친구라는 관계의 두 축이다. 실제 상담교사들의 경우에도 청소년기 여성의 우울·스트레스·자살충동 등과 같은 정신건강 문제가 가족관계에서 기인하고 있는 경우가 많음을 보고하였다. 그러나 상담교사가 가족상담을 진행하는 것에는 어려움이 있기 때문에 건강가정지원센터나 민간상담시설 등 지역의 다른 기관에 연계를 하고 있지만 효과성 및 비용이라는 측면에서의 어려움이 있다.

특히 가정폭력 신고의무자로서 학생이 가정폭력 피해를 당한 경우 신고를 해야 하지만 학부모가 문제 및 소송을 제기할 경우 상담교사를 보호할 만한 장치가 없기 때문에 어려움이 있으며, 아동폭력 신고의 경우에도 학생의 상담 내용을 근거로 실제 폭력의 유무를 판별하는 것이 쉽지 않다고 한다. 그렇기 때문에 성폭력·가정폭

력·자살위험 등 생명과 관련된 문제, 비밀 보장 등의 심각한 문제의 경우 제일 먼저 무조건 부모에게 알려서 문제를 처리하고 있다고 한다.

이 같은 시스템 하에서는 청소년기 여성의 정신건강 문제가 가족으로부터 기인하고 있다고 하더라도 그 문제를 해결하기 위해서 다시 가족에게 그 책임을 모두 맡기게 되는 형국이다. 학교와 가족의 적절한 협력 하에서 가족이 안고 있는 문제를 해결하기 위하여 공적서비스의 지원을 늘리는 것이 필요하다.

□ 젠더 관점에서의 청소년 여성의 정신건강 지원 방안 수립

청소년기 여성들의 정신건강 지원방안에서 젠더 관점은 기본적인 방향이 되어야 한다. 우선 여학생들이 우울과 스트레스에 대해서 느끼는 정도가 남학생에 비해서 높게 나타난다는 점을 염두에 두어야 할 것이다. 남성 청소년에 비해 관계적 자아가 훨씬 발달되어 있는 여성 청소년은 우울·스트레스 등에 대해서 훨씬 민감하게 반응할 수 있으므로, 지원 정책에 있어서도 좀 더 섬세한 계획이 필요하다. 여자고등학교 상담교사는 현재 각 학교에 상담 교사 배치 기준을 여학교와 남학교를 다르게 해야 할 것을 제안하였다. 여학생들의 경우 남학생에 비해 상담 시간이 더 길게 요구 되기 때문에 상담 교사 1인이 커버할 수 있는 학생의 수가 훨씬 적어지게 된다. 이 점은 중학교 상담교사 역시 지적한 바 있다.

또한 청소년기 정신건강 관련 프로그램 및 창의체험 교과시간에 부정적 신체 이미지와 외모, 다이어트, 몸에 대한 긍정적 사고를 함양하는 내용을 포함해야 한다. 진로와 외모로 스트레스를 받고 있던 <사례 10B>는 위클래스 상담을 통해 자신의 진로와 성격에 대한 진단을 할 수 있었던 것을 가장 효과적인 것으로 꼽았지만, 자신의 외모와 체중조절에 대해서는 현재의 상담 시스템하에 특별한 조언을 받지 못하였다. 상담 교사를 대상으로 젠더 관점에서의 청소년기 여성에 대한 이해를 높이는 교육이 필요하다.

3. 청년기 여성 정신건강

20대 여성들의 경우 결혼, 취업, 미래에 대한 전망의 불투명성 등과 관련하여 우울증이 극심하나 이 문제를 해결하기 위해서 비용을 지불하기는 어려운 구조에 놓여 있다. 대학에 재학중인 경우에는 대학 내 상담지원서비스를 이용할 수 있지만 졸업 후에는 우울, 스트레스 요인은 더욱 커짐에도 불구하고 지원을 받을 수 있는 곳은 더욱 줄어들게 된다. 남성의 경우에도 크게 다르지 않다. 청년층의 상담 경험이 있던 복지사는 20대 남성의 경우 군대라는 공간에서 정신건강을 심각하게 훼손당하고 전역 이후 일상생활의 어려움을 호소하는 사례가 드물지 않다고 한다.

2006년 이후 국제적으로 조기정신증에 대한 관심이 높이지면서 청년층의 정신증 위험인자를 미리 예방하고자 하는 흐름 속에서 서울시정신건강증진센터와 학생상담소에서 청년층의 정신건강 문제에 관심을 갖고는 있지만 여전히 이 부분은 정책의 사각지대에 놓여 있는 것으로 보인다. 청년기 여성 사례는 여성들이 많이 가입되어 있는 인터넷 게시판에서 연구 참여자를 모집하였다. 주요한 조건은 병원 혹은 상담 시설의 서비스를 이용해 본 경험이 있는 여성들 중에서 우울·스트레스·자살(충동)의 문제가 있다고 생각하는 여성이었다. 게시판에 글을 올리기가 무섭게 많은 수의 여성들이 자원하였고, 그 중에서 3명을 만났다.

▌표 Ⅳ-1 ▐청년기 여성 심층면접 참여자

구분	사례	출생연도	학력	혼인상태	자녀 수(연령)	직업
4	20A	1990	대졸	비혼	-	회사원
5	20B	1992	대학생	비혼	-	인턴
6	20C	1991	대학생	비혼	-	취업준비

이 세 명은 모두 서울 소재 대학에 재학 중이거나 졸업한 여성들이며, 부모가 고학력 베이비부머에 해당한다. 이 그룹의 여성들은 모두 어머니와의 관계가 자신의 우울에 영향을 미치고 있었으며, 이 딸들의 이야기로 미루어 보건데 현재 정신건강에 문제가 있는 쪽은 이 딸들이 아니라 딸들의 어머니인 여성들이었다. 딸들은 대학

이라는 공간에서 지원을 받을 수 있지만 집에 고립되어 있는 어머니들은 오히려 어떤 도움도 받지 못하는 더 위험한 상황에 있는 것처럼 보였다.

1) 청년기 정신건강 실태

□ 은폐된 우울, 이름 없는 우울의 문제 Speak out

<사례 20A>의 삶은 밖에서 볼 때 대학교 입학, 졸업, 취업 등의 생애과정에서 뚜렷한 실패를 겪지 않은 평탄한 삶이다. 그러나 <사례 20A>는 면접에서 이야기를 꺼내자마자 눈물을 흘리기 시작하였다.

"사실 제가 우울한 걸 아무도 몰라요. 정말 아무도 몰라요. 정말. (울먹거림) 그래서 좀 정말 저를 아무도 모르는 사람한테 얘기를 좀 하고 싶다는 생각이 들었어요." (20A, 〈1.2 본 면접에 임하게 된 동기〉)

아래 인용문에서 <사례 20A>가 스스로 말하고 있듯이 자신은 생계에 어려움을 겪고 있지도 않으며, 건강이 심각하게 안 좋은 것도 아니고, 가족들과 다 같이 살기 때문에 외롭다고 얘기 할 수도 없다. 그러나 그렇기 때문에 우울감은 계속해서 은폐되고, 더 말할 수 없게 되고, 그러면 그럴수록 사람들로부터 이해받지 못하는 자신을 발견하게 되는 것이다.

"네 그런 거는… 그래서 더 그런 걸 하기가 힘들어요. 막연한, 너무 막연하다보니까 저도 이게 왜 이런지 잘 모르겠고 누군가한테 말을 하기에도 정말 제 주위에 친구들 생계의 어려움을 겪는 친구도 있고 건강이 너무 안 좋은 친구도 있고 정말… 홀로 유학 생활하는 친구도 있고 그런 친구들 앞에서 제 얘기는 도저히 못 하겠어요." (20A, 〈1.7 가족과의 관계/ 경제적 상황〉)

"(연구자: 부모님과 우울감에 대해서 얘기해 보거나 그런 적은 없어요?) 아… 어… (울먹거림) 일단 제가 이런 거를 정말 부정하실 것 같구요. 똑같은 얘기를 들을 것 같아요. 뭐가 그렇게 큰 고민이냐. (연구자: 네가 뭐가 부족한 게 있어서) 네. (울먹거림) 차라리 친구한테 들으면 그냥 그러려니 할텐데 부모님한테 들으면 더 그럴 것 같아서 얘길 하고 싶지 않아요. 얘기할 생각도 없어요. 그냥 말을 안 하면 안 했지…

예전에는 다 얘기를 했던 것 같아요. 근데 예전에 한 번 엄마한테 나 죽고 싶다고. 그 상담받을 때 그 때 아 죽고 싶다고 했으니까 나도 죽고 싶다고 네가 죽고 싶다고 하니까. (일동 웃음) 그러니까 더이상 뭐 말을 해야될지 모르겠는거에요. 그래서 아, 알았어 알았어(울먹거림). 그러다보니까 별로 얘기를 그 때 이후로 얘기를 별로 하고 싶지도 않고…" (20A, 〈1.7 가족과의 관계/ 경제적 상황〉)

삶에 대한 지독한 무력감과 권태는 친밀한 관계를 맺는 것 조차 어렵게 만든다. 20대 중반의 이 여성은 혼자 있는 시간을 만들지 않기 위해 매일 매일 빈틈없는 일과로 시간을 채운다. 청소도 운동도 토익도 일상의 지겨움을 잊어보고자 하기 위한 것이다.

"그러니까 그 정말 할 일 없으면 해요. 왜냐면 집에서 청소라도 하겠다는 생각을 안 하면 정말 아무 것도 안 하고 누워있으니까 그거를 방지하는 게 가장 큰. 의지도 욕망도 없는 타입이라서. 뭐 막 해야된다 이게 없으면 안 되는 것 같더라구요. 정말 할 게 없으면 토익이라도 봐요. (일동 웃음)… 그렇게 아무것도 안 하고 누워있으면 '아, 지겹다. 왜 사나' 이런 생각이 계속 들어요. '아 지겹다, 아 외롭다' 그러다 보니까 그런 시간을 최대한 줄이려고 노력하는 거에요." (20A, 〈1.29. 일상생활을 유지하게 하는 원동력: 규칙적인 생활〉)

20대 여성들은 모든 연령대에서 가장 높은 우울감이 나타난다고 보고되고 있지만, 본 연구의 심층면접에 참여한 여성들의 이야기에서도 나타나듯이 은폐되어 있는 우울감까지 더한다면 훨씬 더 심각한 상태라고 보여진다.

□ 모녀 관계와 여성의 정신건강

〈사례 20B〉는 어머니와의 갈등이 정신건강 문제가 시작된 계기로 이해하였다. 아래 인용문에서 보듯이 초등학교 때부터 '여성성'이라는 규범을 두고 어머니와 갈등을 일으킨 것으로 보인다. 어머니는 딸에게 젠더 질서에 맞는, 여자다운 딸이 되기를 원했으나 딸은 어머니의 기대로부터 계속 어긋나는 삶을 살게 되었다. 딸이 성인이 되었을 때 어머니와 딸의 어긋난 기대와 갈등은 '남자 친구'를 계기로 폭발하게 되고 급기야 딸은 집을 나오게 된다. '담배'와 성에 안 차는 '남자 친구'는 어머니가 절대로 용납할 수 없는 것이었다.

"[엄마하고는] 성향이 잘 안 맞는거 같아요. 엄마가 여자로서 지켜야 될 게 있고 엄마가 원하는 상이 있는데 그거를 따라가라는 걸 강요하고 복종하길 원하시는 스타일이예요. 근데 저는 그런걸 싫어해서 초등학교 때부터 갈등이 있었어요. 초등학생 때도 한 달 동안 말 안한거도 부지기수였고 그러다가 대학교 가서 남자친구 문제로 엄청 심했었어요. 되게 심했었어요. 상상을 초월할 정도로 심하게, 그러니까 그때 첫 남자친구 학벌이 별로 맘에 안 든대요 학벌이 성균관대였는데 마음에 안 든대요 (웃음) 그렇기도 하고, 다 안 맞았었어요. 그때 제가 담배에 손을 댔거든요. 그때 엄마한테 들키고, 저는 남자친구 만난지 일주일만에 남자친구한테 전화를 해서 헤어지라고. 데이트하는 현장 발각도 되고, 그런 다음에 통화기록도 다 추적되고, 그리고 나중에는 남친한테 전화해서 쌍욕하고 소리지르고 그러고 저는 막 매로 맞고 그랬었어요. 가출도 하고 그때가 제일 사이 안 좋았었어요." (20B, 〈3.4 최초 정신증, 우울증 발병 계기〉

〈사례 20B〉는 어머니의 삶을 통해 어머니가 자신에게 왜 그렇게 강압적으로 할 수 밖에 없는지, 자신이 짜 놓은 각본을 요구하는지를 자기만의 방식대로 이해하고 있었다. 〈사례 20B〉의 어머니는 1968년생이며, 대학 졸업 후 결혼을 하고 전업주부로 계속 지내왔다. 1992년과 1994년에 출산을 하였다. 딸은 어머니가 결혼을 도피처로 삼았으며, 자신에게 스스로의 삶을 투영하여 불행을 자초했다고 생각한다. 어머니는 딸에 대한 관심이고 소통이라고 생각하는 것이 딸에게는 조종으로 여겨진다.

"엄마는 그냥 미움을 많이 받았대요. 말도 안되는 이유로. 많이 외로웠대요. 엄마가 그랬어요 결혼을 도피처로 삼았다고. 그리고 되게 남들한테 보여지는 거에 신경을 많이 써요. 최근에 집을 샀거든요. 쭉 전세였어요. 엄마가 저한테 친구 없다고 뭐라고 하길래 '엄마도 친구 없잖아' 그러니까 전세라서 친구가 없다는 거예요. 이렇다거나 학벌을 너무 따지고, 남자친구 학벌, 친구 학벌. … 아빠가 서울대인데 엄마가 별로 유명하지 않은 대학? 아빠가 능력이 있으니까 누릴 수 있었던 거? 그런 게 되게 필요하다고 느끼셨대요. 솔직히 아빠가 남편으로서 학벌하고 능력 빼곤 매력이 없는 남성이라서요. 근데 엄마가 거기에 너무 무게를 두는 게 아닌가 싶은, 제가 보기엔 그랬어요. … 엄마가 고아라고 그랬어요. 엄마가 친구도 없고 외롭고 그러다가 저 생겨서 결혼하셨거든요. 저를 키우고 저랑 엄마밖에 없잖아요. 그래서 엄마가 저한테 투영을 많이 하신거 같아요. 학교 들어간 이후로 매일매일 코디를 해주셨거든요. 싸이 월드 많이 할 때도 싸이도 이렇게 꾸며라 싸이 브금, 백그라운드뮤직이 우울하다 이런 식으로 신경을 많이 써주셨어요. (연구자: 엄마가 딸의 싸이 브금이라는 최신용어까지 알 정도면 딸과 소통하려고 그러는 건데) 저는 조종, 조종이라고 느껴졌어요 저는. 귀걸이 반지 이런 거까지. 엄마의 입

장은 다른 애들은 이런 거 하고 싶어도 못 하는데 너는 해 준다고 해도 난리냐."(20B, 〈3.23 엄마의 가족이야기(2)〉).

딸의 이야기 속에서 어머니는 철저하게 고립되어 있다. 딸은 대학의 상담 센터를 통해 꾸준하게 상담을 받으면서 자신의 경험을 객관화시켜 보기도 하고, 상담자의 권유로 아버지와의 관계 회복을 통해 정서적 지지를 받기도 한다. 그러나 어머니는 가족 내에서 자녀와 남편과 소통이 단절된 채, 항상 폭력적 언사를 일삼는 여성이 되어 가고 있었다. 현재로서는 딸이 어머니를 이해할 길은 요원해 보인다.

취업 준비를 하고 있는 〈사례 20C〉는 재수 시절 어머니의 자살 시도를 목격한 것이 트라우마로 남은 경우이다. 엄마가 날 떠나지 않을까라는 불안, 가족으로부터 지지를 받지 못하는 데서 오는 불안감이 결혼을 포기하게 만들었다. 그리고 이것은 나중에 자신이 겪어야 할 1인 가구의 삶이 주는 불안감으로까지 이어졌다.

"약간 제가 원래도 되게 자해를 할 정도였고 어렸을 때도 자살생각을 할 정도였는데 내가 절대로 자살하면 안 되겠다고 생각한 계기가 재수할 때 (울먹거림) 집이 되게 힘들다보니까 (훌쩍 거림) (연구자: 천천히 하셔도 돼요) 네. 집이 되게 힘들다보니까 아빠가 또 그 때 거짓말을 했나봐요. 집도 힘든데 거짓말도 해서 엄마가 자살시도를 했더라구요. (계속 울먹거림) 근데 화장실 문을 열었는데 엄마가 거기 쓰러져 계셔서 그게 되게 트라우마로 남아 있어요. 재수하면서 엄마가 계속 너무 힘들다고 가출할 거라고 (울먹거림) 빨리 나가서 죽어버릴거라고 그러시는데 그거랑 자살시도 하신 거 본 거랑 그것 때문에 되게 트라우마가 돼서 항상 엄마가 날 버리지 않을까 그런 생각이 들고 그리고 결혼을 안 해야 되겠다는 그런 생각도 들었어요. 내가 만약에 딸을 낳아서 사실 가족이라는 곳이 굉장히 나한테 지지를 해 줘야 하는 건데 그런 게 없으니까 내가 좀 사실 약간 콩가루 집안 이런 거니까 내가 나중에 결혼을 해서도 이런 게 반복되지 않을까 이런 걱정도 들고 그래서 좀 그것 때문에 그게 되게 트라우마가 된 것 같아요. 사실 요즘도 되게 힘들어서 정말 끝내버리고 싶다 이런 생각도 드는데 가족, 엄마, 아빠 생각하면 못할 것 같고 그리고 저는 일단 좀 독신주의자거든요. 만약에 혼자 살다가도 부모님 다 돌아가시고 난 다음에는 내가 혼자 죽을 수도 있겠다, 이런 생각이 들고 좀 그래요." (20C, 〈2.5 정신건강에 영향을 미친 사건: 어머니의 자살 시도〉)

〈사례 20C〉는 어머니에 대한 걱정과 연민을 통해서라도 어머니를 이해하기 때문에 어머니와 직접적인 갈등 관계에 들어가 있지는 않다. 그렇지만 딸은 어머니에게

‘자살 시도’는 여전히 현재 진행형이라고 생각한다. 그 뒤로 가족 상황이 더 나아진 것도 아니며, 어머니가 상담을 받거나 한 것도 아니기 때문이다. 오히려 자신이 어머니의 자살 시도를 목격한 사실을 얘기했을 때 아버지가 미안하다는 말을 했다. 딸은 어머니가 미안하다는 말을 해 주기를 바랐지만 어머니는 그 말을 하지 않았다.

“[최근에] 상담을 받으면서 [어머니의 자살 시도] 그 때의 얘기를 나눠보게 됐어요. 엄마랑. 근데 좀 엄마가 미안하다는 얘기는 안 하고 아빠가 미안하다고 (울먹거림) 그렇게 얘기를 하시는데 모르겠어요. (계속 울먹거림) 근데 뭔가 엄마가 미안하다고 말하기 싫어하는 그런 심정도 알 것 같고 그래서 뭐라고 말을 못하겠는데 근데 좀 계속 트라우마이긴해요, 사실. 화장대를 정리하다가 엄마가 그 때 당시에 썼을 것 같은 유서 이런 걸 발견했는데 그 때도 사실 아… 여기서 내가 어떤 생각을 해야 하지, 막 이런 생각이 들더라구요. 되게 좀 당황스러운? 이런 상황에서 대체 뭐를, 뭐를 해야 하나. (연구자: 그럼 어머니는 그 뒤로 상담을 받으시거나 뭐 하셨나요?) 아니오. 그게 없어서 사실 걱정이에요. 사실 저야 진짜 대학에 다니니까 학교에서 할 수 있고 하는데 엄마는 진짜 아무것도 없고 공부방만 하시니까 진짜 딱 애들하고만 계시고 제가 엄마는 그 때에서 하나도 나아지신 게 없다고 보거든요. 근데 상담을 받거나 막 이럴 수 있는 루트를 잘 못 찾겠으니까 네. 그래서 그게 좀 고민이에요.” (20C, 〈2.5 정신건강에 영향을 미친 사건: 어머니의 자살시도〉).

“고부갈등이 심하다가 엄마가 저 세 살 때 저랑 동생을 데리고 가출을 (웃음) 하셨었어요. 그러면서 조금 나아지긴 했는데 어쨌든 지금도 친가하고는 아예 연을 끊었고 외가하고도 연을 끊었어요. … 외가하고는 최근에 연을 끊었어요. 재수할 때 정말 힘들어서, 근데 제가 이제 또 좋은 데에서 재수를 해서 비쌌거든요. 학비가. 그래서 엄마가 좀 돈을 계속 빌리시고 제2금융권에서도 빌리시고 이러다보니까 할머니, 외할머니한테도 돈을 빌린 거예요. 근데 이제 돈이 갚아지는 때가 있고 안 갚아질 때가 있는데 할머니가 이제 계속 그거 가지고 아빠한테도 되게 모욕을 주셨나봐요. 그것 때문에, 아빠가 외가한테 되게 잘 하셨는데 그것 때문에 너무 상처가 되셔서 아 외가하고 끊겠다, 연을 끊었어요. 심지어 저희 아파트 바로 앞 동에 사시거든요. (20C, 〈2.4 가족관계〉)

“엄마는 밑에 남동생만 두 분이 계세요. 근데 사실 엄마 자라실 때 여자니까 경상도 쪽이시거든요. 또 되게 보수적이어서 아들들한테만 케어를 하니가 그거를 반영을 하셔서 저만 좀 이렇게 챙겨주시는 게 있었어요. (연구자: 음, 오히려 그거에 대한 반작용으로?) 네. 근데 사실 그래서 친가 쪽은 아예, 그런 고부 갈등 때문에 아예 만나지를 않고 외가 쪽은 엄마랑 큰 외삼촌은 사이가 안 좋았고 작은 외삼촌하고 제일 친했는데 작은

외삼촌이 이혼을 하면서 외삼촌이 실종이 되셨어요. 그러니까 가출을 하신 건데 아예 저희하고도 연락이 안 닿아요. (울먹거림) 그러니까 좀 되게 뭐라고 해야 하나? 살아 있는 지 죽었는지도 모르는?" (20C, 〈2.4 가족관계〉)

20대 여성과 50대 어머니와의 관계에서 발생하는 갈등은 젠더 질서의 급격한 변화에서도 기인한다. 젠더보상체계가 작동하던 시절 20대를 보낸 50대 어머니는 현재 20대 여성의 문화를 이해하기 어렵다. 성, 연애, 흡연 등과 같은 대학생의 문화 속에 편입된 딸을 받아들이지 못하는 데서 오는 갈등이다. 한편에서는 50대 여성의 취약한 정신건강 상태가 건강한 모녀관계를 만들지 못하게 되기도 한다. 베이비부머 세대이기도 한 어머니들의 우울감이 모녀관계에 투영되기 때문이다. 청년기 여성의 정신건강을 어머니 세대의 정신건강과 같이 고려해야 하는 이유이기도 하다.

□ 강박적 자기계발로서의 다이어트

〈사례 20C〉가 대학 상담소를 찾게 된 과정은 성격과 외모를 개조하는 것이 취업 준비의 일부가 된 현실을 반영한다. 대학에서 개최한 취업 박람회에서 상담자는 자신의 성격이 기업에서 원하는 유형이 아니라는 말에 충격을 받아 대학 상담소에 가게 되었다.

"[대학 상담소를 찾게 된 계기] 제가 취업박람회 이런 걸 갔었는데 거기에서 이제 멘토링 같은 걸 했었는데 저한테 대학, 제가 그 때 동아리 회장을 했던 때였어요. 근데 동아리 회장을 하면서, 제가 막 동아리 회장을 하고 있고 뭘 하고 있고 막 이렇게 저에 대한 설명을 하는데 그 분이 저 얘기를 딱 듣고 되게 좀 약간 독선적이고 약간 생각하는 대로 되어져있어야 하고 그런 성격이지 않냐고 그러면서 저한테 약간 음 좀 그동안 스펙 좀 쌓고 마인드 좀 관리를 하라고, 지금 같은 성격으로는 좀 기업에서 아무도 안 좋아한다고. (울먹거림) 이런 식으로 되게 좀 그래서 그 말 듣고 뭐지, 나한테 문제가 있나? 싶어서 네. 그래서 찾아가게 된 것 같아요. (연구자: 일종의 취업상담에서 너는 기업 취직하기 어려운 유형이다) 네. 면접에 가서도 다 드러날 거고 그런 면접하는 사람들은 너 같은 사람 안 좋아할 거라고. (계속 울먹거림) 그런 성격 안 좋아한다고 그런 식으로 말씀을 하셔서 사실 그 때 더 충격을 받았던 게 제가 동아리를 하면서 친구들한테 지적을 받았던 거랑 똑같은 얘기를 하니까." (20C, 〈2.6 서비스 이용 경험: 병원, 대학상담센터〉)

〈사례 20C〉는 3학년 여름방학 때 다이어트 약을 복용하면서 그 부작용으로 우울감에 시달렸다. 뭔가 해야 할 것 같은 기분, 아무 것도 하지 않으면 낙오자가 될 것 같은 기분은 취업 준비를 위해 다이어트를 하게 만든다. 이때의 다이어트란 단순 식이조절이 아니라 8월 한달 동안 병원에서 처방받은 약물을 이용한 다이어트로서 우울감을 가져왔다.

"[3학년 여름방학] 그 땐 그냥 그 여름에 할 게 없었어요. 좀 뭔가 애들이 뭔가 하니까 저도 뭔가 해야 할 것 같은 거예요. 아, 그게 요즘은 다 그래요. 다들 뭔가. (연구자: 그 뭔가가 뭐에요?) 그러니까 뭔가 취업준비라도 한다든지, 시험을 준비를 한다든지, 뭐 해외에, 해외 나간다든지 뭔가를 애들이 다 해요. 근데 그 8월에 제가 할 게 없는 거예요. 그래서 아, 그냥 다이어트를 하자, 이래서 (웃음) [병원에] 가게 된 거였어요. (연구자: 뭔가를 해야 되기 때문에) 그게 항상 있는 것 같아요. 방학 때도 그렇고 왜냐하면 요새 워낙 스펙이 좋으니까. 취업 준비생인데 저는 정말 아무것도 모르고 막 가 있는데 취업 스터디를 하는데 언니들이 다 막 무슨 기업은 뭐가 유망하고 뭘로 유명하고 이런 걸 다 알고 있는 거예요. 아, 내가 진짜 뭘 했지? 나도 빨리 막 뭔가를 해야되겠다, 이런 불안감, 초조감?" (20C, 〈2.8 스트레스의 원인: 외모(다이어트 약 복용)〉).

"다이어트 약같은 걸 먹으면서 그게 약간 부작용같은 게 되게 우울한 거? 그게 되게 심했어요. 아, 진짜 뛰어내리고 싶다. 이런 생각이 들 정도로 되게 심했고 그러고 좀 우울할 때는 아예 밖에 안 나가요. 그래서. 아예 사람도 안 만나고 사람을 만나야 우울한 게 풀린다는 걸 좀 알고 있으면서도 내가 거길 가서 웃을 웃고 분위기를 맞춰줄 자신이 없으니까 아예 좀 도망을 쳐요. 그 상황에서." (20C, 〈2.8 스트레스의 원인; 외모(다이어트 약 복용)〉).

20대 여성들에게 다이어트는 스펙관리의 일종이다. 취업 준비의 일부가 된 다이어트와 성형 등 몸 관리는 20대 여성들의 우울감을 가중시키고 있다. 식이조절에 국한되는 것이 아니라 약물 복용이 수반되고, 이것이 다시 우울감으로 연결되는 악순환을 보이고 있다. 본 연구에 참여한 중학교 여학생들도 자신의 몸에 대해서 부정적 이미지를 갖고 있는 것으로 나타났다. 이른 시기부터 여성들이 자신의 몸에 대한 건강한 인식과 이미지를 가질 수 있도록 하는 것이 시급하다.

2) 청년기 정신건강 지원 정책 수요

□ 자신의 고통을 speak out 할 수 있는 공간

은폐된 우울, 이름 없는 우울감과 무력감을 호소하는 청년 여성들은 자신이 겪고 있는 문제가 자기만의 문제가 아니라는 것을 확인하고 싶어했다. 현실적으로 다른 사람의 불행이 내게 위로가 되는 것일 수도 있지만(사례 20B), 친밀한 관계 맺기 자체를 힘들어 하는 20대 여성에게 자신의 고통을 언어화 할 수 있는 공간이 필요하다. 몇 회기 상담으로 매여 있는 관계라기보다는 참석 유무가 좀 더 자유로운 모임을 원했다. 실제 이들은 영어 스터디, 독서 모임 등 그와 유사한 모임을 하고 있었다. 그러나 그 모임에서 자신의 우울감에 대한 이야기를 할 수는 없기 때문에 정신건강 문제와 관련된 이야기를 나눌 수 있는 모임이 있다면 도움이 될 것 같다고 하였다. 그리고 오히려 지속적으로 관계를 맺어야 하는 사람들보다는 일시적으로 그 시간에 집중하여 이야기를 들어주는 것으로 충분해 보였다. 그런 점에서 본 연구의 심층면접을 매우 만족스러워 하였다. 1회로 끝나며, 자신의 이야기에 경청하는 사람들 앞에서의 고통을 말하는 것만으로도 치유가 되기 때문이다.

"차라리 그냥 뭐 한 번 만나서 얘기를 한다든가. 이게 2, 3회가 되면 부담스러울 것 같구요. 그냥 한 번 만나서 자기 얘기를 한다든가. 아니면 정말 차라리 할 일을 만들어준다든가. 그러니까 정말 하다 못해 토요일 영어 강좌라도. 왜냐면 생각을 딴 쪽으로 계속 돌려야 되거든요. … [비정기적 만남을 선호하는 이유] 사람마다 다르겠지만 또 만나면 뭔가 관계를 맺어야 되는 그 의무감이 드는, 저 거기 가면 예를 들어서 모임이 있고 그걸 계속 하면 저 분명 거기 가서 또 밝은 사람, '아 또 웃겨야지' 그런 생각이 들 것 같아요. 사람마다 다르겠지만." (20A, 〈1.30 필요한 정책에 대한 아이디어〉)

"AA? 자조모임? 그런 거 해 봤으면 좋겠어요. 되게 착한 생각은 아닌데 다른 사람들의 경험을 들었을 때 저보다 불행하면 위로가 되는 게 있잖아요. 완전 비밀보장 익명보장 하에 해보고 싶어요. 죽기 전에 하면 재밌을 거 같아요. 스터디 형식으로 했으면 좋겠어요. 가도 그만이고 안 가도 그만인 캐주얼한 관계. 영어회화 모임 같이요. 저는 어떤 타입이냐면 사람을 만나면 에너지를 쓰는 타입이에요. 그럼 혼자 있으면 에너지를 보충하고. 다시 쓰고 싶어질 때 그 모임에 나가요. 충전이 안 되어있다 그러면 안 가요. 아무

도 뭐라고 안해요. 가서 영어로 프리하게 말하고 가볍게 소주 한잔 하고 집에 가면 '에너지 잘 썼다' 하죠." (20B, 〈3.19. 정책 제언: 자조모임 참여를 기대함〉)

우울한 20대 딸을 둔 50대 어머니도 자신의 딸에게 필요한 것은 누군가 대화할 상대가 필요하다는 것이었다. 자신은 딸의 친구가 되어 주기 위해 딸이 좋아할 만한 인터넷 용어도 다 익혀서 사용하고, 카톡도 열심히 하지만 딸은 자신에게 절대 곁을 주지 않고 마음을 닫는다. 상담까지는 아니더라도 또래와 같이 이야기 할 수 있는 공간만 있다면 딸의 우울증과 무력감을 해결 할 수 있을 것 같다는 이야기를 하였다.

"근데 쟤 같은 경우는 엄마나 저기 가서 같이 애들하고 이렇게 하면 좋은데. 나 친구 있으면 같이 나가 놀텐데. 막상 현실적으로 친구가 없고 쟤같은 경우도 하루 종일 잠자고 말 할 사람이 없으니까 대화상대가 없잖아요. 그러니까 자는 거예요. 그 다음엔 가슴 아픈 부분이거든요. 사실은 근데 저럴 때 애들이 같이 대화 할 상대만 있어도 아이들이 혼자 그렇게 괴로워하지는 않는다는 거죠, 그쵸? 상담도 뭐 깊은 상담은 아니더라도. 그냥 통상적인 얘기를 나눌 사람이라도 있으면 상담사겸 친구겸 이렇게 멘토자로서 이렇게 한다면 좀 많은 도움이 되지 않을까, 그런 생각을 항상 해 왔어요." (50C, 〈4.23 희망하는 서비스〉)

정신건강에 문제를 느끼고 있는 20대 여성들은 친밀한 관계 형성에서 어려움을 겪고 있기 때문에 이들에게 일차적으로 필요한 것은 자신의 감정을 언어화 할 수 있는 관계와 공간이다. 본 연구에 참여한 여성들은 집단 상담, 정신건강관련 강의 등의 형태를 통해 도움을 받고 싶어 하였다. 여성건강센터의 프로그램 및 교육 활동에 청년층을 대상 모임 기회를 만들 수 있을 것이다.

□ 졸업 후 청년의 정신건강 지원 정책 마련

앞서 청년기 정신건강 지원 정책 현황에서 살펴 본 것처럼 청년기는 조기정신증 관리 이외에 별도의 지원 정책이 마련되어 있다기보다 성인기 정책이 포괄하고 있다. 그러나 청년기 정신건강 지원 정책은 학교를 중심으로 한 정신보건 정책 밖으로 벗어나게 되면서 일시적 사각지대에 놓이게 되므로, 홈페이지를 통한 자가검진 및 전화상담 등 기존의 서비스에 대한 홍보를 적극 강화해야 한다.

"저는 이제 걱정되는 게 졸업 후에도 만약 이렇게 좀 힘든 일이 있으면 어디 가서 얘기를 해야 되나 이런 생각이 들거든요. 차라리 전화 같은 데라도 상담할 수 있는 데? 그냥 뭐 가격은 어느 정도일지 몰라도 그런 거에 대한 홍보가 좀 잘 됐으면 좋겠어요." (20C, 〈2.25 서울시 정책 제언〉).

연구에 참여한 여성들은 청년정신건강검진서비스[13]에 대해서 전혀 인지하지 못하고 있었으며, 실제 서비스 이용 후 제출한 모니터링 의견에서도 도움이 되었다는 의견이 지배적이었다. 그러나 20대 여성의 성추행 및 성폭력 경험으로 인한 정신건강 문제에 대한 고려가 없다는 점 등은 개선 의견으로 제시되었다. 따라서 현재 청년층을 대상으로 한 정신건강 검진 서비스를 젠더 관점에서 여성의 경험을 반영하는 방향으로 수정하는 것과 이 서비스에 대한 적극적인 홍보가 이루어져야 할 것으로 보인다.

4. 중·장년기 여성의 정신건강

이 연구에서 중·장년기 여성은 30대에서 50대에 이르는 여성들로서 결혼·임신·출산·양육·자녀 교육 등 다양한 생애주기를 포함한다. 비혼, 이혼, 사별, 부부갈등, 육아스트레스, 경력 단절 등 다양한 생애사건이 여성들의 정신건강에 미치는 영향과 이들이 정책 요구를 중심으로 살펴보겠다.

여기에서 〈사례 50C〉의 이야기는 본인의 정신건강 문제에 대한 이야기보다는 딸이 청소년기의 왕따에서 시작하여 현재까지 이르고 있는 정신건강의 문제가 주를 이루고 있기 때문에 청소년기와 청년기의 정신건강에서 다루었다. 〈사례 30B〉의 경우에도 본인이 청소년기에 겪었던 왕따 문제가 자신의 정신건강과 관련하여 가장 중요한 사건으로 이야기되어 청소년기 정신건강 문제와 제언에서 분석하였다.

13) https://semis.blutouch.net:6002/index.asp

▌표 Ⅳ-2▐ 중·장년기 여성 심층면접 참여자

사례	출생 연도	학력	혼인 상태	자녀 수(연령)	직업
30A	1981	고졸	한부모	2명 (8세, 4세)	무직(수급자)
30B	1977	대졸	비혼	없음	무직
30C	1977	전문대졸	유배우	2명 (7세, 4세)	교사
30D	1982	대졸	유배우	1명 (5세)	전업주부
30E	1980	전문대졸	유배우	2명 (5세, 2세)	전업주부
40A	1969	고졸	한부모	5명 (23세, 22세, 20세, 15세, 13세)	마을상담원 (수급자)
40B	1975	대학원졸	비혼	없음	학생
40C	1968	대졸	유배우	3명 (22세, 9세, 3세)	전업주부
50A	1960	방통대재	한부모	2명 (22세, 20세)	요양보호사
50B	1961	*	유배우	2명 (33세*, 30세)	무직(수급자)
50C	1955	고등중퇴	한부모	1명 (24세)	무직(수급자)

1) 중·장년기 정신건강 실태

□ 모성과 정신건강: 모성에 대한 회의와 규범에서 오는 산후 우울

<사례 30D>가 자신의 정신건강 문제를 산후 우울로 이야기하는 아래의 인용문을 살펴보면, 스스로에게 규정하고 있는 모성에 대한 규범과 신화가 작동하고 있음을 알 수 있다. 자신과 아이의 관계는 친밀한 모자녀 관계의 이미지에 들어맞지 않았고 그것은 자신이 아이에게 애정을 충분하게 주지 못했기 때문으로 생각했다. <사례 30D>는 그 상황에서 '육아책'과 '상담'의 방법을 택하게 되는 데, 공교롭게 이 두 가지 채널에서는 자신의 부족한 모성의 원인은 어머니의 양육 방식에서 기인하는 것이라는 결론에 이르게 된다. <사례 30D>는 교사인 어머니가 자신에게 과도한 훈육과 기대를 하였고, 출산 후 찾아온 자신의 우울감과 양육 스트레스에 대해서도 전혀 공감을 해 주지 않는 것을 보고, 부모의 그릇된 양육 태도에 대한 확신을 갖기에 이른다.

"난 왜 애정을 이렇게 안 쏟는 걸까. 그리고 애도, 내가 모든 걸 다 해주는데 애는 왜 그거에 대해 반응이 없는 걸까. 저는 있어야 되는 줄 알았어요. 옆에서 누가 조언을 해

준 것도 아니고 그냥 그러니까 왜 이러지? 그 때부터 어, 왜 이러지? 이건 아닌 것 같구나. 그런 생각이. 그 때부터 열심히 육아책 보고 그랬던 것 같아요. 거기서 조금 더 부모에 대한 그런 것까지 더 왔던 것 같아요. 부모님에 대한 그런 거. 자식 간의 관계가 이렇게 잘못되고 있을 때 그게 더 부모랑 연관이 된다고 그 말을 들어가지고 헉. 헉했죠. 그걸 답습해 가지고 그래도 어? 내가 부모로서, 엄마도 이걸 받는 거 싫은 거 있잖아요. 나는 엄마랑 똑같이 안 해야지. 똑같이 안 해야지. 안 해야지. 이 생각을 이렇게 받아 왔기 때문에 내 딸만큼은 이렇게 안 하고 싶은데 그거를 고대로 하고 있는 모습이 보이는 거예요. 그 때 좀 많이 힘들었죠." (30D, 〈3.4 우울감을 느끼게 된 상황: 출산 후〉)

"그냥 여자들이라는 게 그냥 전화해서 엄마 힘들어 그러면 어, 그래 힘들어. 그거를 받고 싶어서 여자들이 전화를 하는 거잖아요. 그런데 엄마는 계속 질책, 질책은 아니지만 자식이 잘 되라고 하는 말이지만 힘든 사람한테 그게 안 되니까 그게 근 일 년을 가니까 엄청 그게 우울감이 좀 심해지더라구요. 그래서 애가 돌이 지나고 나서 그 때부터 정말 급격하게. 모든 사람들이, 저 종교생활 하니까 모임 같은 데 가도 다들 그러시는 거에요. 애 하나 가지고 뭐가 그렇게 힘드냐. 위로 받는 사람 없이 그렇게만 받으니까 우울감이 정말 깊어져가지고 밤에 잘 때도 눈물 나고 남편도 왜 그러냐 그런 식이니까 그 때 좀 심해졌던 것 같아요. 눈물 나고 우울하고 좀 심각한 거는 칼을 보면 그 때는 정말 죽고 싶고 그런 거 있잖아요. 그 때까지 갔던 것 같아요." (30D, 〈3.4 우울감을 느끼게 된 상황: 출산 후〉)

〈사례 30D〉는 자신의 고통과 괴로움, 우울함이 이해되지 못하는 것에서 오는 억울함, 분노가 있다. 결혼 초기 육아와 시가와의 갈등 관계 속에서 30D를 가장 힘들게 했던 것은 남편이 자신의 입장을 이해하지 못하고 급기야는 이혼을 요구했다는 사실이었다.

"어, 뭐라 그래야 되지? 시댁이 되게 좀 너무 그 때 스트레스였거든요. 남편이 나를 이해를 못 해주면서 남편은 되게 시댁은 참 이해를 잘 해줘요. 자기 가족이니까. 그러고 그런 말에 정말 상태가 심각할 때는 나랑은 없어도 살 수 있는데 부모랑은 떨어져서는 못 살겠다는 그런 말을 하는 거예요. 그 말을 듣고 이 남편은 나보다는 시부모가 더 우선이구나 그런 마음이 딱 드니까 그 뒤부터는 이렇게 남편의 어떤 말도 믿어지지 않는 상태? 그 때는 서로 좀 많이 남편은 저에 대해서 신뢰가 없고 저도 많이 그런 상태." (30D, 〈3.15 남편과의 관계〉)

산후 우울과 관련하여 고령 산모의 증가는 생애주기별 정신건강 지원에 있어 새로운 정책 과제를 요구한다. 무엇보다 고령 산모는 출산 이후 신체적으로 회복 속도가 느리고, 44세에 셋째를 출산한 <사례 40C>의 경우처럼 출산 이후 갱년기가 같이 오는 데서 오는 급격한 우울감이 있다.

"아 내 몸이 임산부라서 시기적으로 굉장히 힘겨운 미션을 수행했기 때문에 허약해졌구나 이게 아니라. 허약해졌는데 플러스 노쇠했구나 까지 나오는 거예요. 진짜로 내 몸이 늙었구나. 회복이 느리게 되는구나. 한 번 늘어났던 고무줄이 다시 제대로 돌아오는데 탄력이 확 주는 게 느껴지는 거예요. 그래서 그 허약한 시기와 노화가 진행되는 걸 확확 느끼는 압박들이 있었던 게 작년. 너무 막 무서웠어요. 나는 이미 몸이 산후에 회복을 하기도 전에 이미 갱년기를 내가 시작하고 있다는 게 이게 겹쳐서 일어나니까 몇 배는 힘들고 후달리고 그 상태에서 나를 잘 이해하거나 뒷받침하거나 최소한 당신이 힘겨운걸 잘해냈어 이렇게 지지하지 못하는 남편한테 많이 서럽고 역시 너는 타인이야 내 문제에 너는. 이런 생각이 진짜 많이 들고 그때 그랬던 것 같아요." (40C, 〈2.8 육체적 어려움과 질병〉)

고령 산모의 출산 이후 돌봄에 대한 지원은 충분하지 않다. 오히려 여성이 출산 이전에 수행했던 다양한 정체성과 역할을 곧바로 수행하기를 바란다. <사례 40C>는 셋째를 출산했을 때 이미 10대와 20대의 자녀가 있었다. 출산을 하자마자 그녀는 산모로서 돌봄을 받기 보다는 학부모의 역할, 며느리의 역할, 부인의 역할을 수행하기를 요구 받았다. 고령 산모로서 출산 이후 특별히 의존적일 수 밖에 없는 그 시기에는 신체적·정신적 돌봄이 요청되며 그 돌봄의 필요성에 대한 가족과 사회의 인식을 촉구하였다.

"나는 그렇게 의존적인 인간이 아니라고 생각했는데, 분명히 의존해야 하는 시기가 있어요. 그건 의존적이라고 말을 하면 안 돼. 보살핌이 필요한 시기거든요. 애기가 어린 만큼 엄마에게 있어서는 여러 종류의 도움이 필요해요. 심지어 그 엄마의 심리상태를 돌봐주는 돌봄도 필요한 건데, 희한한 게 뭐냐면 엄마는 가장 에너지 보충이 필요한 시기에 가장 에너지를 방전하다시피 사는 거예요. 그러다보니까 나중에는 유체이탈이 되는 것 같아 이렇게. 애만 크면 두고 봐라 이런 거. 소중한 관계를 막 어그러트리면서 너무 힘겨우니까 거친말도 오고가고 밑바닥을 쳐다보게 되고 그러는데 난 오히려 그래서 진실이 드러난다고 생각하는 거예요." (40C, 〈2.3 출산 전 직업과 출산 후 육아로 인해 겪은 어려운 점〉)

여성이 산후우울을 극복하게 되는 것은 어떤 계기를 통해서인가? <사례 40C>는 자신의 산후 우울 증상이 나아진 것은 무엇보다 자신의 신체에 대한 자신감의 회복이었다고 한다. 지역에서 여성의 건강을 지원하는 운동 프로그램을 하면서 체력을 회복하였고, 그것은 급격한 체력 저하의 상태에서 아이를 책임져야 하는 극도의 육아 스트레스가 주는 공포감에서 벗어날 수 있게 만들었다.

"몸으로 나타난 효과도 되게 훌륭하지만 내 몸이 회복될 수 있다는 자신감 때문에 회복된 내 정신건강은 더 훌륭한 거예요. 뭐냐면 내가 힘들어서 힘든게 반복될 것 같은 그 공포심이 있어요. 내가 이게 개선이 되는게 아니라 계속 힘들까봐 무서운 그 공포심이 있어서 그걸로 이제 애기 아빠하고도 많이 부딪히고 이랬다면. 아 내가 이제 당신한테 안기대도 살 자신이 생기네 이런 여유가 있는 거예요. 그래서 덜 울고 해결책이 있겠구나. 내 몸의 한계를 조금 줄일 수 있는 해결책이 있겠구나. 하는 그게 마음의 여유를 주니까" (40C, <2.11 은평구의 생협, 지역공동체 등으로부터의 지지>)

아래의 인용문에서 보듯이 <사례 40C>가 산후 우울증을 극복할 수 있었던 것은 성격이 착해져서가 아니라 시간이 지나고, 운동을 통해 몸이 회복되었고, 그것이 자신감을 주었기 때문이다. <사례 40C>는 출산 이후 남성에게 가사와 육아에의 동등한 참여를 계속해서 주장한 것이 자신의 '성격, 성질머리'가 못된 것으로 개인화하려는 남편의 전략에 저항하는 것이다.

"이제 애기가 자라면서 나는 그게 조금씩 다른 사람의 손길을 도움을 받을 수도 있고 나도 또 그만큼 성장해서 덜 아프니까 좀 덜하고. 남편이 볼 때 나를 착해졌다고 볼 거예요. 착해진게 아니예요. 내 몸이 회복해 낸거고. 내 몸이 회복한 만큼 내가 그 얘기를 덜 해도 될만큼 충전이 된거지 착해진 게 아니예요. 이걸 인격의 문제로 알더라고요. 성격, 성질머리. 아니에요. 진짜 아니거든요. 저 느긋해요. 굉장히 느긋하고 어떤일이 되기 위해서는 그 일이 되기 위한 적절한 시간이 필요해라고 지켜보는 타입이지 느긋해요." (40C, <2.12 정신건강에 대한 가족의 지지>)

<사례 40C>는 만3세 이전의 아이와 고립되어 있는 여성들을 위해 더 많은 지원이 필요하다고 말한다. "내가 나를 돌볼 시간이 없는 것, 하다못해 잠을 자더라도 육아

로부터 내가 분리되는 시간이 없는 것"은 육아스트레스를 끝나지 않게 한다. 임신한 몸에 대해서는 의학적·사회적 서비스를 통해 보살핌을 받지만, 일단 출산을 한 이후에는 가족 내 역할에 대한 모든 책임을 온전하게 수행할 것을 요구하고 있는 지금의 상황은 가장 돌봄이 필요한 시기, 가장 에너지 충전이 필요한 시기에 에너지가 방전되도록 방치되어 있는 것과 다름없다.

<사례 40C>에게 산후 우울과 육아스트레스로부터 벗어나기 위한 노력의 제 일 원칙은 혼자 있지 않는 것이었다. 이미 초등학교 학생의 학부모이면서 영유아를 돌볼 책임을 지고 있는 45세의 어머니는 자신의 몸을 스스로 돌 볼 수 없기 때문에 혼자 고립되어 있는 상태는 자신은 물론이고 아이의 안전까지 위험해 질 수 있는 상황에 놓일 수 있다. <사례 40C>에게 은평구의 마을카페, 마을도서관, 사회적경제지원센터 등은 아이를 유모차에 태우고 걸어 갈 수 있는, 고립되지 않을 수 있는 자원들이다. 특히 최근에 거주지를 옮겨, 그녀가 말한 것처럼 결혼이주여성의 고립감을 경험하던 터에 임신과 입덧은 그녀를 더욱 무력하게 만들었다. 임신기부터 시작하여 산후우울을 견딜 수 있었던 것은 마을카페를 운영하던 여성들이 보여준 시원한 동치미와 아이에 대한 관심과 돌봄이었다.

□ 육아스트레스와 모녀관계

본 연구에 참여한 중·장년기 여성의 사례를 살펴보면 여성들이 상담에서 자신이 경험하는 정신건강 문제의 원인을 부모의 양육방식에서 찾는 경우가 많이 발견되었다. <사례 30D>가 대표적이다. 교사였던 어머니의 양육 방식은 딸에게 권위적인 것으로 비쳐졌고, 딸이 생각하던 친밀한 모녀관계, 딸에게 전폭적인 지원을 하는 어머니의 모습과는 거리가 있었다.

"왜 우리 엄마는 다른 친정엄마와 다를까? 반찬을 해 준다든가 엄마랑 집이랑 30분 거리인데도 일 년에 두 세 번 정도 오셨거든요. 그리고 손녀딸도 그렇게 살갑게 안아주질 않은 걸까? 괴리감 드는 것도 있고 조금 있었어요. 그런 것이 우울하고, 자식들이 많다 보니까 차별 (웃음) 같은 것도. … 어렸을 때 좀 권위적인, 부모님이 좀 권위적이시거든요. 그런 거에 살다 보니까 되게 주눅이 들고 다른 사람에게 얘기했을 때 상처받지

않으려고 막 가시를 돋고 생활해서 지금도 그런 것 같다하면서 이렇게 한 번 두 번 얘기를 했는데 그거를 딱 파악해 주시더라구요. 그래서 이제는 **씨는 시댁하고 남편 문제도 있지만 지금으로서는 다른 대인관계도 좋지 않으니까 그거는 엄마랑 문제가 있어서 그런 것 같다, 먼저 엄마랑 풀어야 되겠다 얘기를 하시더라구요." (30D, 〈3.8 우울감의 원인: 친정 엄마와의 관계〉)

〈사례 40A〉도 자신이 아이들에게 따뜻하고 친밀한 감정 표현을 하지 못하는 이유는 어머니로부터 그 같은 '돌봄'을 받지 못했기 때문이라고 생각한다.

"가만 생각해보면 제가 엄마로부터 돌봄을 받았거나 부모로부터 돌봄을 받았다는 느낌이 없는 사람인 거예요. 할아버지가 업고 다니고 뭐 이래서 좀 그러긴 했지만 부모로부터 받아야 될 돌봄, 양육 뭐 이런 거를 제가 받아본 적이 없는 거예요. 그리고 부모가 나를, 우리 엄마가 날 향해서 이렇게 쓰다듬으면서 이쁘다 해 줘 본 적이 없고 단지 내가 자고 있을 때 우리 엄마가 나를 이렇게 만진 거로 가늠을 하고 살았던 거예요. 그게 나도 모르게 나한테 갖고 있더라구요. 그러니까 내가 내 부모로부터 아이들을 어떻게 이쁘다고 표현을 해 주고 내가 너를 사랑한다고 표현하는 걸 못 배운 거잖아요. 머리로는 아는데 이게 몸이 안 되는 이유는 아 내가 그걸 해 보지 않았기 때문에 되게 어색한 거예요. 그걸 하는 자체가 너무 어색한 거예요." (40A, 〈5.16 면접자의 정신건강 상태(분노)〉)

자신의 우울과 스트레스의 원인을 어머니에게서 찾는 것은 어머니에게 변하지 않는 모성 신화와 규범의 잣대를 들이대는 것과 같다. 자신에게 압박과 스트레스로 작동하는 '좋은 어머니'에 규범을 어머니에게 전가하는 것이다.

□ 여성의 경력단절과 우울

〈사례 30E〉는 결혼 전에 10년 정도 금융권에서 일을 했다. 결혼을 하면서 시가 근처로 집을 구할 때에는 출산 후 시부모의 도움을 받을 수 있겠다는 생각이 없지 않았다. 〈사례 30E〉는 시가와의 갈등으로 인해 자살 시도, 우울감 등의 문제를 호소하였지만 이야기를 들어보면 큰 갈등이 있는 것처럼 보이지는 않았다. 〈사례 30E〉 스스로도 이야기했던 것처럼 자신이 갈등 관계에 있다고 생각하는 시부모나 동서가

자신에게 폭력적인 언사를 하거나 부당한 대우를 했다면 자신이 덜 스트레스를 받았을 텐데 그들은 전혀 그렇지 않았다. <사례 30E>는 자신의 정신건강 문제는 온전히 자신이 '샘이 많은 성격'이기 때문인 것으로 정리하였다. 그러나 이야기가 진행되어 가면서 <사례 30E>는 둘째 출산 이후 복직을 앞두고 우울증과 자살 충동이 극에 달했던 것으로 나타났다. <사례 30E>가 동서에 대해서 갖는 '시샘'은 동서의 모성 수행 능력에 대한 것이다. 전업주부였던 동서와 달리 직장을 다니고 있던 <사례 30E>는 시부모의 도움을 받아 일·가족 양립을 문제없이 해낼 수 있을 것이라고 생각하고 시가와 합가까지 했던 터였다. 그러나 그녀가 정작 복직을 해야 할 시점에 그녀 앞에 놓여진 상황은 자신은 시가로부터 분가한 상황이었고, 동서가 시가와 살림을 합쳐서 자신과 달리 시부모와 아무런 문제 없이 생활을 유지해 나가고 있는 것이었다. 그것은 동서에 대한 선망이라기보다 자신의 일·가족 양립이 더 이상 가망이 없어진다는 것을 의미했다.

"힘들죠. 육아 스트레스도 있고. 제가 또… 정신 그… 우울감이 있어서. 그. 상담도 받고 했던게. 약간 시댁과의 갈등문제라든지, 육아스트레스라든지. 그런 것 때문에 우울감이 있어서 상담을 받은거거든요? 제일 컸던 것은 시댁과의 갈등이었어요. 제가 처음에는 나와서. 처음에는 따로 살다가 중간에 애 때문에 직장 다녀야 되는 문제 때문에 도움 받고자. 또 어머님 어머님도 금전적으로 도움 받고자 저희가 들어갔거든요? 신랑이 둘째인데도? 들어가서. 서로서로 이렇게 윈윈하자고 들어갔는데. 들어간 게 처음부터 잘못된 거 같더라고요. 너무 좋았어가지고 부모님이. 시댁 부모님이. 그래서. 들어갔는데. 너무. 갈등이 심해서. 나왔어요. 한 이년 반 정도 살다가. 작년 구월에 분가를 했어요. 시댁이 요기 건너예요. 건너 대림아파트. 애들 어린이집이 잘 구해지지 않는 문제로. 여기 근처로 이사오게 된거예요. 나왔는데 또 갈등이 있더라고요. 그래서 그런 것 때문이나. 또 혼자 애들 보는것도 힘들고. 정신적으로 너무 약해져 있어서 상담을 받은 거예요. (30E, 〈2.3 최초 정신증, 우울증 발병 계기)

<사례 30E>는 전문대학교 졸업 후에 금융권에서 10년 넘게 일하다가 첫 아이 출산 이후 출산 휴가, 육아 휴직, 복직을 하였다. 실제 자살 시도를 했던 4월은 둘째 출산 이후 육아 휴직이 끝나 6월 복직을 앞두고 있던 시기였다. 복직을 앞두고 3월 4월에 어린이집 적응 시기이기도 했다. 이 모든 과정에서 <사례30E>는 시부모의 도

움을 기대하였으나 그 기대가 충족되지 않았다.

"[경력단절의 스트레스는] 엄청컸죠. 제가 6월 말 쯤 복직 예정이었거든요? 그게 어머님이랑 문제 있었던 게 사월 이십일경 이었던 거예요. 두세달 전부터 그게 되게 스트레스가 컸어요. 복직을 해야되냐 말아야 되냐. 애들을 안 그러면 다른 아줌마한테 맡겨야 되는데. 아침에라도. 애들이랑 그 아줌마만 딱 맡겨놓고 가기가 되게 불안한 거예요. 그래서. 또 막. 아~ 시어머니가 가까이 사니까 좀. 그때만 봐주시고 제가 좀 돈을 드리면. 좀 도움 주시면 안될까 이런 생각을 하고 있었는데 시어머니가 그런걸 안 해 주시니까 저는 더 미웠던거죠. 저는. 속에서. 내색은 안 하지만. 그리고 나왔는데 도와달라고 말 할 수도 없고. 시어머니도 뭐 도와주고 싶겠어요? 그런 스트레스도 받고. 그 스트레스가 되게 컸거든요? 그리고 3, 4월 그 때가 애들 어린이집 둘 다 적응하는 시기라. 엄청 힘들었어요. 그 시기가. 삼사월이. 그래서 그 때… 그 때로 다시 돌아가고 싶지 않은데. 내 안에 스트레스가 너무 많았기 때문에 더 예민했던거 같아요. 시어머니의 그런게. 더. 모든지 다. 그땐 예민하게 받아들였으니까. 엄청 컸어요. 그건. (연구자: 직장을 그만두기로 결정하기로 난 다음에는) 마음이 편하더라고요. 네. 그걸 내려놓으니까. 이전에는 그 두 개를 다 잡고 있으려고 어떻게 어떻게 어떻게 생각을 다 막 이것저것 하다보니까 너무 힘들었는데. 결론은 계속 안나고. 하나를 내려 놓으니까 마음이 진짜 편안해지면서. 그러면서 더 내가 이렇게 편안해졌던 거 같아요. 그 이후에. 직장을 내려놓으니까." (30E, 〈2.17 지난 '4월' 희망퇴직을 하게 된 계기〉)

이처럼 경력단절 여성의 우울과 스트레스는 단순히 일이나 가족이냐를 두고 양자택일의 셈법 속에서 발생하는 것이 아니다. 〈사례 30E〉의 경우에서 보듯이 가능한 모든 선택지에 대해서 시행착오와 고민 끝에 일을 포기하게 되는 것이며, 그 과정은 여성 스스로도 자신의 '성격'의 문제로 설명 할 수밖에 없도록 개인화 되어 있다. 당장 자살충동과 날선 감정의 폭발로 인해 남편과 자녀에게까지 영향이 가기 때문에 남편은 아내에게 병원과 상담을 적극 권유함으로써 정서적 지지의 역할을 한 셈이다. 그러나 그렇게 함으로써 여성이 일을 그만 두기까지 겨루어야 했던 내적 갈등의 해결은 온전히 여성의 몫으로 남겨지게 되는 것이다.

□ 한부모 가족 여성의 정신건강

중·장년기 여성들의 생활만족도 조사에서 사별보다는 이혼이 낮게 나타나며(김오남, 2005), 지역사회건강조사에서도 일상생활에서 스트레스를 느끼는 정도를 살펴보면, 이혼 상태의 여성들이 배우자와 동거하고 있는 여성들보다 더 많이 느끼고 있는 것으로 나타났다. 이혼을 하는 과정에 수많은 갈등 요인이 포함되어 있기 때문이다. <사례 30A>는 30대 중반의 여성으로 남편의 가정폭력으로 이혼에 이르게 되었다. 1981년생인 <사례 30A>는 그녀도 이야기하고 있듯이 가정폭력에 대한 인식 교육을 이미 충분히 받은 '신여성'으로서 자신이 가정폭력 피해자가 될 것이라고는 전혀 생각을 하지 못했다. 그러나 어느 순간 자신에게서 폭력에 순응하는 무기력한 피해자의 모습을 발견하고, 자신에게 향하던 폭력이 자녀에게까지 확대되는 것을 보면서 이혼을 결심하기에 이른다.

> "싸우고 술을 먹고 주사를 부리고, 임신을 했는데도 아, 애기가 태어나면 달라지겠지? 애기가 걸으면 달라지겠지? 아빠라고 하면 달라지겠지? 라는 기대, 기대, 기대를 했는데 기대에 전혀 부응하지를 못하는 게 계속 눈에 보이니까 끝내는 이게 참아서, 참아서 안 되더라구요. 이게 폭력이라는 게 같이 싸워도 지더라구요. 제가 많이 지더라구요. 이게 이제 어느 정도. 맨 처음에는 저도 정말 신여성이잖아요? 학교에서 폭력 여성에 대해서 선생님들도 가르쳐 주시고, 맞지 말아라 이게 가정폭력뿐만 아니라 그 때 저희가 여학교 막 이러니까 그렇게, 그런 남자는 나쁜 남자다라고 배웠기 때문에 맨 처음에는 정말 많이 싸웠어요. 근데 이게 2년이 되고 3년이 되고 4년이 되니까 제가 순응하는 게 보이더라구요. 그냥 던지면 아, 내가 오늘도 뭘 잘못했나보구나. 이렇게 되더라구요. 그게 큰 아이가 4살 때까지만 하더라도 아, 그렇게 살아되나보구나라고 어느 순간에 제가 선생님들이 말했던, 그리고 내가 어디선가 배웠던 폭력 여성, 가정 폭력, 영화로 봤던 그런 여자가 돼 가고 있는 거였어요. 제가 81년 생, 결혼했을 때 스물 여섯살, 스물일곱, 스물여덟, 스물아홉이 됐는데도. 그러다가 둘째를 임신을 했는데 4년, 5년 만에 둘째를 임신을 했는데 첫째 때 폭력이 그대로 둘째를 임신했을 때 똑같은 장면이 보였어요. (30A, 〈4.3 결혼 생활의 스트레스: 전남편의 알콜 문제, 폭력성〉)

오히려 이혼을 하고 난 이후에는 정신건강의 측면에서는 나아진 면이 있다고 봐야 한다. 다행히 <사례 30A>의 경우에는 어머니와 여동생 등 원가족의 지지를 충분히 받고 있기 때문에 당장 급한 경제적인 문제에 집중 할 수 있었다. 한부모 가족에

게 사회적 낙인은 경제적 빈곤 못지않게 정신건강에 중요한 영향을 미치는 것을 알 수 있다.

"다행히 형제들이 다 비슷비슷한 또래라서 왜 그렇게 살아 언니, 그렇게 살지마. 왜 언니가 나이가 젊은데 언니 요새는 이혼해서도 잘 살아라는 그런 얘기를 해 줘서 없지 않아 그런 생각이, 크게 그 맞고 오시는, 크게 맞고 오시는 엄마들보다는 그나마 깨어있어서 제가 나왔, 도망쳤을 뿐이지." (30A, 〈4.6 쉼터 입소, 이혼 과정〉)

이혼의 과정은 여성 뿐 아니라 자녀들에게도 우울과 스트레스 등 정신건강의 문제를 발생시킨다. 가정폭력과 이혼, 쉼터 생활에 이르는 시간 동안 〈사례 40A〉의 다섯 자녀들 역시 정신건강의 취약성에 노출되어야만 했던 것은 이를 보여준다.

남편의 통제와 폭력이 심해지면서 당시 고등학교에 다니던 셋째 딸의 상태가 좋지 않았다. 처음에는 당시 학교에서 학생들의 집중력을 높여 준다고 틀어준 '엠씨스퀘어의' 백색 소음 때문이라고 생각을 했고, 그것을 중단시킬 근거를 제출하기 위해 신경정신과 병원을 찾았다. 병원에서 아이의 우울증이 너무 심각하다는 진단을 받고 약을 처방 받았다. 이 일로 당시 초등학교 3학년, 4학년이던 넷째, 다섯째 아이들도 심리검사를 시행하였고 분노와 불안 우울증이 매우 높게 나왔다. 이 같은 결과는 〈사례40A〉가 남편과의 생활을 청산하는 데 중요한 동기가 되었다. 쉼터에서 나올 때 5명의 아이를 모두 데리고 입소할 수 없었기 때문에 당시 19세였던 아이는 쉼터 근처 고시원에 두고 입소를 하였다. 그러나 이것은 첫째에게도 깊은 상처로 남아, 버려졌다는 느낌을 갖게 하였다.

"애가 열아홉에 그랬는데도 그 때 어느 날인가 다 알고 상황이 돌아가는 걸 이해를 해요. 그런데도 아이가 혼자 살면서 내가 버려졌구나 이런 느낌을 받았대. 너무 외롭고 쓸쓸하고 슬펐다고 그러더라고. 그 얘기를 이제 쉼터에서 일 년 살고 집으로 이제 바깥으로 나오면서 집에서 같이 살게 되면서 들어왔는데 무슨 말, 알만한데 막 나이가 몇 살이고 그런데 왜 그러냐고 이제 이런 말이 오고 간 거에요. 그랬더니 걔가 그러더라고. 그 얘기를. 엄마 내가 혼자 있는 동안 얼마나 외롭고 힘들었는지 알아? 그 얘기 그랬는데 그 때 자기 느낌은 버려진 느낌이었다고. 엄마, 머리로는 알아. 근데 내 감정이 그랬어. 그 때가 제일 힘들지 않았나? 저한테. (울먹거림)그 얘기를 듣고서 아, 나는 쟤가 알거라고 생각해서 조금 더 어린 아이들이 상처가 될까봐 그 아이들을 조금 더 이렇게

하려고 했는데 그게 상처가 됐다는 그 말이 아… 그 때 굉장히 마음이 아팠어요.” (40A, 〈5.13 서비스 이용 경험: 아이들〉)

한부모 가족의 생활주기 상으로 볼 때 한부모 가족이 되는 초기는 일종의 경제적·심리적 위기 상황으로서 긴급 상담 및 지원이 필요한 시기이다. 그 대상은 성인뿐 아니라 자녀들에게까지 각각의 생애주기와 발달 단계에 맞게 제공되어야 한다.

사별로 한부모 가족이 되었던 〈사례 50A〉의 경우는 이 위기의 순간을 이웃의 돌봄 공동체가 있었기 때문에 극복할 수 있었다. 결혼과 동시에 지방 소도시로 내려가 전업주부로서 고립된 삶을 살던 〈사례 50A〉에게 남편의 갑작스런 죽음은 큰 위기로 다가왔다. 아는 사람도 없던 동네에서 특별한 이유 없이 우선 그녀를 밖으로 끌어낸 이웃들의 존재는 그녀가 더 깊은 심리적 고립의 상황에 빠지는 것을 막아주었다. 이웃과 나누어 먹었던 밥 한공기, 마늘 한 쪽이 그녀의 우울과 스트레스를 이겨 낼 수 있는 힘이 되어 주었다.

“저희 집 앞에 빌라가 있었거든요. 창문열고. 누구야 이러면 다 들릴 정도로. 밥먹어라~ 이러면 ‘네~’그러고 와요. 남편 있을 때는 사람들과 어울리지도 않았어요. 그런데 남편이 죽고 나서 옆집 아줌마가 자꾸 저를 바깥으로 끌어내더라고. 그 아줌마하고도 거기 가서 4년만에 내가 옆집 아줌마하고 말을 하기 시작했거든요. 그 아줌마가 애 아빠 그렇게 되고 나니까 자꾸 사람 불러내요. 아줌마 뭐 먹으러 가자. 아줌마 누가 오래 가자. 계속 끌어 내더라고요. 가기 싫다고 했더니 안된대. 아줌마 여기 있다간 진짜 큰 일난다. 애들 때문에라도 움직여야 된다고 허구헌 날 불러내더라구요. 나가있는 동안엔 제가 모든걸 잊어버리잖아요. 자꾸 그게 반복되다보니까. 이 아줌마가 나를 생각해서 불러냈구나 이 생각이 들더라고. 다른 사람들은 모르는데 그 사람한테는 진짜 고마워요. 서울 올라온 지 십년 다 되가는데 지금도 전화통화 해요.” (50A, 〈6.3 시골 마을공동체의 돌봄〉)

이상에서 살펴본 바와 같이 한부모 가족 여성들의 정신건강은 이혼 및 사별 등의 생애사건 직후 가장 취약한 상태에 놓인다. 또한 한부모 가족 구성원에게 빈곤과 사회적 낙인 등은 이들의 정신건강을 더 취약하게 만든다. 따라서 현재 경제적 자립을 중심으로 한 한부모가족지원정책에서 이들의 정신건강을 지원하기 위한 정책 부

분을 보강할 필요가 있다. 한부모가족지원 서비스에 가구주와 자녀가 상담 서비스를 이용할 수 있는 정보 제공 및 바우처 제도 등의 도입을 생각해 볼 수 있다.

2) 중·장년기 정신건강 지원 정책 수요

□ 우울증 여성의 특성에 기반한 서비스 개발 필요

실제 우울증을 경험하고 있는 여성들이 여성 우울증과 관련된 프로그램을 개발시 염두에 두어야 할 점을 몇 가지 제안하였다.

첫째, 우울증을 가진 여성들에 대한 찾아가는 상담서비스가 필요하다. 우울증을 앓고 있는 여성들의 경우 경제적인 이유 혹은 신체적인 이유와 겹쳐서 집 안에 고립되어 있는 경우가 많다. 혹은 우울증이 대인 관계에서의 문제점으로 이어져 대인기피증이 있는 경우도 있으므로, 이와 같은 여성에게는 더욱 더 방문 서비스가 필요하다고 하겠다. 서울시에서 추진하고 있는 가정방문 건강관리 서비스에 정신건강과 관련된 상담 서비스를 추가하는 것을 생각해 볼 수 있다. 기존의 가정방문 서비스 대상이 산모 및 노년기 여성에게 국한되어 있으므로 이를 중·장년 여성으로까지 확대하여 실시하는 것을 제안한다.

> "경제적인 이유로 혹은 거동이 힘들어서(정신적으로든 육체적으로든) 집밖으로 나오기 힘들어하는 상태에 놓인 분들이 많습니다. 그런 분들을 위해 찾아가는 상담(혹은 필요하다면 약물처방도) 서비스가 있는지 궁금하네요. 대인기피(증)는 대개 다른 질병과 얽혀있는 경우가 많은 것 같아요. 저는 1년 전에 정신의 대폭발을 겪고 지금도 안 좋은 상태에 있다고 말씀드렸잖아요. 작년 여름에 사람이 무서워서 낮에는 못 나갔어요. 또 폭발해서 2월부터 동면에 들었다가 여름에 조금씩 나오기 시작한 거예요. 상담소든, 병원이든, 가는 것 자체가 굉장히 힘들거든요... 그런 분들이 압박감을 느끼게 되면 스트레스로 매우 충동적으로 될 수 있습니다. 저도 다 경험해봤구요." (40B, 〈1.11 정책적 제언〉)

둘째 방문서비스 뿐 아니라 걸어서 갈 수 있는 거리에 도움을 요청할 수 있는 공간 및 서비스 지원기관이 있는 것이 중요하다. 모든 정책에서 접근성이 중요한 것은 사실이지만 여성 우울증 지원 정책에서 접근성은 특히 중요하다. <사례 30B>가 이

야기하고 있듯이 "너무 몸이 무겁기 때문에 발 한번 떼는 것" 자체가 어려운 사람들이 많기 때문이다.

"제가 도서관이 예전에 집에서 멀었어요. 근데 책 몇 권 빌리려고 버스타고 가는 게 귀찮거든요? 근데 이사를 왔는데 도서관이 가까워서 되게 편했어요. 그래서 도서관이 많았으면 좋겠어요. 왜냐면 이게 제가 느낀 게 우울증이 있는 사람은 도움을 뻗치러 밖으로 나가는 게 너무 힘들거든요. [도서관이] 가까이 있어야 돼요. 너무 몸이 무겁기 때문에 발 한번 떼기가 너무 힘들거든요. 그리고 거기 가는 거 자체도 되게 두려워요. 다 나를 보는 거 같고 괜히 이렇게 되는데 멀면 안 가게 되잖아요. 아니면 적어도 인터넷으로라도 그 자료를 볼 수 있게. 접근성을 만들어 줘야 돼." (30B, 〈1.24 우울증 환자의 특성을 반영한 지원〉)

셋째 우울증 여성에게 서비스를 지원할 경우 그 여성의 신변이 드러나는 방식이어서는 안된다는 점을 지적하였다. 정신건강에 문제가 있다는 것을 다른 사람이 알게 될 경우 자신에게 가해질 불이익, 사회적 낙인의 문제가 이들에게 또 다른 스트레스로 작용할 수 있기 때문이다.

"[정신건강 문제 지원 사업] 그런데 솔직히 그런 데 가기 싫은 게 어쨌든 다른 사람들한테 내가 문제가 있는 게 알려지잖아. 얼굴이. 그러니까 너무 심층적인 심리[를 다루는 행사] 그런 건 피할 거 같아. '불면증을 위한 명상' 이러면 안 갈 거 같아. 그냥 명상 이러면 가는 데, 불면증이 붙으면 난 불면증 환자라고 동네방네 소문 나잖아요. 그러니까 애매해, 여자들은 특히나. 이거를 치유 쪽에 포커스를 맞춰야 되는데. 우리 같은 사람들은 남들 이목 신경쓰고 그렇게 하는 게 있으니까." (30B, 〈1.29 정책제안: 프라이버시 보호〉)

"[다른 사람의 시선이] 문제 안 되는 사람도 있지만 그래도 그런 것 때문에 못 가는 사람들 많잖아요. 나를 어떻게 생각을 할까. 우울한 사람들은 사람들 시선에 더 많이 신경쓰잖아요. 그러면 내가 이런 거 받는데 사람들 이상하게 생각하는 거 아니야? … 정신과 하면 솔직히 저도 약을 먹으라고 하지만 정신과 가기엔 너무 (웃음) 거부감 들고. 뭐 힐링센터까지는 괜찮더라구요. 힐링센터까지는 괜찮아, 건강가정지원센터까지는 괜찮아, 하지만 병원은 좀… 아직까지는 사회적인 분위기 자체는 저 사람 정신 그런 데 들어가고 좀 이상한 사람이 아냐? 문제 있는 거 아냐? 많이 그러잖아요. 꼭 더 좋게 되려고

들어가는 것보다 나쁘니까 들어간다고 인식이 되니까 사람들이 더 못 가는 거죠. 다들 이상하게 생각하잖아요. 우울해?" (30D, 〈3.18 여성건강 카페에 대한 의견〉)

물론 정신건강 지원 사업에서 가장 중요한 정책 방향의 하나가 정신건강에 대한 사회적 낙인을 해소하는 것이 포함되어 있기는 하지만, 정신건강 문제의 원인과 해결이 지나치게 개인화 되어 있는 지금과 같은 상황에서 프라이버시를 고려하는 것은 중요하다. 오랫동안 상담을 받아온 〈사례 40B〉는 여성들이 스스로 자신의 정신건강 문제에 대한 인정과 '커밍아웃'이 필요하다는 점을 지적하였다.

"분명히 마음/정신의 문제가 있고 타인의 도움이 필요한데, 자신이 '정신에 문제가 있는' 사람이라는 걸 인정하고 '정신과 환자'라는 꼬리표가 붙는 것에 대한 막연한 불안과 공포를 이겨내지 못해 치료를 거부하고 심각한 상태까지 가버린 사람들을 많이 봤어요. 결국 편견어린 시선, 구체적 타인일 수도 있지만 많은 경우 막연한 타자의 시선을 없애기 위한 국가 차원, 지자체 차원에서 일관성 있고 통일성 있는 홍보와 교육이 필요하다고 생각합니다." (40B, 〈1.11 정책적 제언〉)

중·장년기 여성들은 정신건강에 대한 사회적 편견의 문제를 지적하였다. 이들이 지적하는 사회적 편견은 정신과 환자라는 정체성이 결국 모든 문제를 개인화하여, 다른 사람과의 관계에서 발생하는 문제의 원인, 자신이 겪는 고통의 원인이 개인으로 돌려지는 것에 대한 불안이다. 특히 여성들의 불안정한 감정의 부분에 대해서는 호르몬 및 성격의 문제로 치환되는 경우가 많기 때문에 여성들의 정신건강 문제에서 구조적 측면을 강조하는 것은 이들이 걱정하는 사회적 낙인의 문제를 해소하는 데 도움이 될 것으로 보인다.

□ 여성의 생활세계를 고려한 정신건강 지원 서비스 개발

중·장년기 여성의 우울증은 산후우울, 명절증후군, 빈둥우리 증후군 등 가족생활주기에 따라 담론의 영역으로 들어와 있기는 하지만, 실질적으로 여성의 우울증에 집중하고 있는 지원서비스는 턱없이 부족하다. 가족지원시설의 가족상담 서비스가 맡고 있는 부분이 있기는 하지만, 중·장년기 여성의 요구를 충족시키기에는 역부족

이다. 현장에서 상담 서비스를 지원하고 있는 전문가들과 서비스를 이용 경험이 있는 여성들은 대기 시간이 너무 길기 때문에 필요한 시기에 서비스를 받기 어렵다는 점을 들었다. 중·장년 여성의 우울증에 대한 지원 사업이 어려운 이유로 정신건강증진센터의 사업담당자는 중·장년층 여성에게 서비스를 지원하기 위한 접점을 찾기가 어렵다는 점을 들었다. 생애주기로 볼 때 중·장년층이 남성의 경우에도 접점을 찾기가 어렵지만, 남성의 경우 직장 및 경제적 문제로 자살 예방 차원에서 신용회복위원회, 일자리플러스센터, 고용지원센터 등을 통해서 서비스를 홍보하고 있다. 여성들의 경우에는 아파트를 통한 홍보를 하고 있으며 이마저도 아파트 관리사무소의 제한으로 쉽지 않다고 하였다. 이에 여성의 생활세계를 고려하여 더 많은 접점을 개발할 필요가 있다. 특히 육아 및 가사노동으로 인해 개별가족에 고립되어 있는 여성들의 정신건강 문제 해결에 있어 새로운 접점을 찾거나 프로그램을 개발해야 한다.

〈사례 30D〉의 어머니는 초등학교 교사로서 최근에 정신건강을 주제로 한 직무 연수를 온라인으로 수강하였고, 전업주부인 딸이 그것을 보게 되었다. 정신건강 문제의 원인과 상담 및 병원 정보를 중심으로 구성되어 있던 연수 자료를 보면서 이 같은 교육이야말로 어머니에게 필요한 것이라고 생각하였다. 현실적으로 아동·청소년의 돌봄을 하고 있는 부모들에게 정신건강 관련 교육 프로그램을 적극적으로 개발하는 것이 필요하다. 이 때 직장에 나가는 부모, 전업 주부 등 부모의 노동 시간을 고려하여 서비스 접근성을 높이는 것을 제안한다.

> "뭐 거기서 상담한다는 거는 알긴 알았구요. 엄마가 초등학교 교사시니까 연수를 하시는데 정신건강 뭐 그런 쪽으로 해 가지고 연수를 하시는 거에요. 엄마가 야, 초등학교 선생님 참 좋다. 이런 것도 연수도 듣고 그래서 그런 것도 참 그 선생님뿐만 아니라 다른 데서도 이렇게 우울한 사람들한테 와 가지고 좀 들을 수 있는 기회가 있으면 얼마나 좋을까. 엄마가 연수할 때 너도 좋다 들어라 해서 들었는데 너무 좋은 거예요. (웃음) … 그런 거가 왜 교사한테만 있어? 우리 그 일반인 주부들 우울한 사람 더 많을 거 아니에요. 그런 사람들한테 구에서나 그런 데 있으면 얼마나 좋을까?" (30D, 〈3.17 정신건강증진센터 인지 여부〉)

정신건강에 관한 교육뿐만 아니라 상담 서비스의 경우에도 돌봄의 책임을 지고 있는 여성들에게는 여러 가지 제약이 따른다. 특히 3세 미만의 영유아를 돌보고 있는 여성의 경우 아이를 동반해야 한다는 사실 자체가 제약 조건이 된다. 그리고 교육 및 상담 서비스를 이용하는 비용과 거리의 문제이다. 특히 최근 들어 민간 영역에서의 상담 서비스가 증가하기는 했지만 비용이 너무 높기 때문에 전업주부 여성들이 자신의 정신건강 문제로 비용을 충당하기에는 어려움이 있다. 그리고 '낙인'의 문제이다. 아래의 인용문에서도 등장하듯이 상담을 받는다는 것은 모든 문제의 원인이 바로 내 자신에게 있음을 전문가의 보증을 받아 자인하는 것이기 때문이다.

"상담이나 이런 거를 주변에도 엄마들도 상담 같은 거 받고 싶을 때 어려운 거는 네 가지예요. 하나는 본인이 시간 내고 움직이는데 있어서 애한테 또 묶여 있으니까 그게 너무 간절하면서도 그게 제한인거고. 또 하나는 비용적인 면에서 본인이 감당해야 되는 부분이, 되게 민간 같은 데는 거의 엄두가 안나는 거. 회차 당 4만원 5만원 이렇게 얘기하니까. 그랬고 이제 하나는 거리상의 문제, 그리고 상담 받는 게 자기한테 낙인이 된다고 생각하는 그런 게 있었어요. 나는 아프면 병원 가잖아. 이렇게 생각하고 도움이 필요하다고 생각하는데 그거에 대한 약간 두려움이 있더라고요. 상담 받는 거 자체가 자기가 되게 문제적 인간이구나 라고 생각하는 그런 게 있나봐요 그래가지고 '받으면 좋아요?' 이렇게 물어는 보면서도 '남편하고 직접 싸우는 것보다 훨 나아', 이랬는데 '남편도 변하지만 나도 변하거든 그래서 나는 훨 나아' 그랬는데 '언니 그게 체질인가봐' 이렇게 얘기하는데 그게 체질이라서가 아니라 내가 볼 때는 그런 신뢰할 만한 경험을 별로 안해 본 것 같더라구요." (40C, 〈2.14 상담경험〉)

중·장년층 여성들이 상담에서 기대하는 것은 자신의 이야기를 누군가가 들어주는 경청의 힘을 통해 자신의 문제를 해결하게 되는 경험이다. "내 얘기를 가치가 있다고 귀기울여주는 것만으로도 위로가 되었다"는 것, "존중 받는 느낌" 등은 이 시기 여성들의 정신건강이 얼마나 황폐해져 있는 가를 보여준다.

"저는 상담할 때 느낀 게 내 얘기를 가치가 있다고 귀기울여주는 사람이랑 있는 것 자체로도 기분이 엄청 좋아졌거든요. 내 남편이 달라져서 좋아진 게 아니라 내 얘기를 귀기울여주는 그 느낌 자체가 나한테 주는 게 너무 위로가 됐어요. 존중받는 느낌도 있고. 내 얘기가 맞든지 틀리든지 아무 간섭도 안하고 다 경청을 해주니까 하다보면 내 말이

틀린거 나도 알겠어(웃음). 그런데 하고나면 속이 시원하니까 그런 경험 자체가 나는 너무 좋았거든요. 그래서 좋아 최소한 그 시간을 기다려서 둘이 싸울걸 기다렸다가 거기 가서 싸우는 것도 괜찮아(웃음). 그렇게 얘기를 했어요" (40C, 〈2.14 상담경험〉)

〈사례 30C〉는 자신의 이야기를 진지하게 들어주는 누군가의 존재만으로 치료가 된 듯한 기분을 느꼈다. 비록 그것이 지속성은 없었지만 여성들의 정신건강 문제 해결에서 누군가의 경청은 매우 중요하다.

"상담을 받으면서 누군가가 내 이야기를 이렇게 진지하게 들어주니 좋더라구요. 그것만으로도 약간의 치료가 된 듯한 기분이요. 그렇지만 그게 큰 도움이나 지속성은 없더라구요. 그날 하루, 그리고 며칠 정도 뿐이더라구요. 그래서, 제가 그때 얻은 답은 결국에는 모든 답은 나에게 있고 내가 해결해야하는 문제구나라는 생각을 했어요. 암튼 저는 신경정신과 약을 복용해 보려고 생각했으나 자신이 없어요. 지금은 자신이 없어요. 왜냐하면 제가 약에 의존을 하게 될까봐. 약을 먹을 자신이 없어요. 전 모든 약에는 치료라는 좋은 점도 있지만 그 이면에는 부작용도 꼭 함께 존재한다고 생각해요." (30C, 〈1.10 상담 경험: 약에 의존하게 되는 것의 두려움〉)

중·장년기 여성의 정신건강 지원에 필요한 교육과 상담 이전에 선행되어야 할 것은 성평등한 돌봄 환경이다. 임금 노동과 돌봄 노동 사이의 심각한 시간 불균형, 젠더 불균형은 남성과 여성 모두의 정신건강에 위해가 되는 환경을 제공한다. 남성의 일·가족 균형이 전제되지 않음으로써 가족생활을 모두 책임져야 하는 전업주부의 정신건강이나 일·가족 두 세계 사이를 오가며 곡예를 벌이는 직장맘의 우울과 스트레스는 높아갈 수밖에 없다. 일시 보육 등 시간선택형 보육 서비스의 확대와 양질의 보육 서비스에 대한 수요가 여성의 정신건강에 기본적인 인프라가 될 수밖에 없는 이유이다. 또한 면접에 참여한 많은 여성들은 공동육아, 평생학습관, 작은 도서관, 다양한 양육 동아리 모임 등 사회적 돌봄을 담당할 수 있는 인프라에 대한 확대를 요구하였다. 이로서 영유아 자녀를 돌보는 여성들의 사회적/정신적 고립을 예방할 수 있기 때문이다.

□ 가족 통합 서비스를 통한 정신건강 지원

현재 중·장년층 여성의 정신건강과 관련하여 공적영역에서 지원하고 있는 서비스는 건강가정지원센터의 가족상담 및 교육 프로그램이라고 볼 수 있다. 여성들이 부부관계, 자녀관계 등 가족관계에서 발생하는 갈등을 해결하기 위해 건강가정센터의 가족 상담을 이용하거나, 센터에서 제공하는 부모교육 프로그램을 이수하고 부모상담·자녀상담 등의 형태로 이어지는 경우이다.

앞서 청년층 여성과 마찬가지로 중·장년층 여성의 경우에도 자신의 정신건강 문제를 위해 적극적으로 해결하는 것은 쉽지 않다. 우선 정신건강, 정신병에 대한 인식의 문제와 비용의 문제 때문이다. 따라서 여성들이 자신의 정신건강 문제를 해결하기 위해 자녀 양육 및 자녀의 심리적인 문제를 해결하기 위한 방법으로 우회하기도 하는 것이다. 이 같은 현실에서 볼 때 현재 중·장년층 여성들이 겪고 있는 정신건강 문제를 지원하기 위해 가족관계와 관련이 있는 교육 및 상담에서 출발하되 그에 국한되지 않고 여성이 자신을 돌아볼 수 있는 방법을 강구하는 것이 필요하다고 하겠다. 육아 스트레스로 힘들어했던 <사례 30D>의 경우 부모 교육, 부모됨에 대한 철학이 필요함을 역설하였다. 임신 기간에 태아의 발달에 도움이 될 만한 태교를 하는 것이 중요한 것이 아니라 한번도 생각해 보지 못한 부모노릇의 중요성과 방향에 대해서 생각해 볼 수 있는 기회를 갖는 것이 출산 이후 육아 스트레스를 줄일 수 있는 방법이라는 것이다.

> "결혼 하고 나서 모든 사람들이 결혼에 대해서 결혼을 하고 싶지, 부모가 된다는 것에 대해서는 생각을 많이 못 하잖아요. 결혼 후 부부의 역할, 부모로서 어떻게 해야 하는지, 그런 거에 대한 교육을 하면 좋겠어요. 애 낳기 전에. 애 낳기 전에는 맨날 임신해서 태교만 하잖아요. 태교. 지금 그거 쓸 데 없는 것 같아요. (일동 웃음) 뭐 만들고 음악 듣고. 정말로 필요한 거는 부모로서의 마음 가짐 그런 거를 더 교육하는 게 필요하지 않을까. 정말 무지하잖아요. … 애는 커 가는데 애한테 어떤 거를 더 해 주는 게 맞는 걸까? 그런 거는 교육이 참 없는 것 같아서. 올바른 부모라면 [자기 부모의 실수를] 답습은 하지 말아야 되잖아요." (30D, 〈3.16 서비스 이용 경험 평가: 짧은 상담 시간 아쉬움, 연계 프로그램 부재〉)

한편 정신분석관점에서 여성의 상담을 오랫동안 수행해 온 전문가에 따르면 여성들이 정신분석을 통해 가장 큰 만족감을 얻는 것으로 가족이 아닌 자기 자신에 집중할 수 있다는 점을 든다고 한다. 여성들이 누군가로부터 배려 받고 존중받고 사랑받는 경험이 부족한 데서 오는 우울의 원인은 가족관계 회복만으로는 한계가 있을 수 밖에 없다. 여성의 정신건강 문제에서 가족은 매우 중요하지만 가족이 전부는 아니기 때문이다.

그럼에도 불구하고 중·장년기 여성들을 대상으로 한 현재의 정책 속에서 여성의 정신건강 증진 방안을 강화하는 것은 중요한 방향이 될 수 있다. 따라서 한부모가족지원센터, 건강가정지원센터, 폭력피해쉼터 등 여성가족지원시설에서의 정신건강 증진방안을 중심으로 정책 과제를 제언하고자 한다.

첫째 한부모 가족을 대상으로 한 정신건강 지원 서비스를 강화할 필요가 있다. 현재 한부모가족지원센터에서 한부모 가족을 대상으로 한 상담 서비스를 제공하고 있고, 건강가정지원센터에서도 한부모 가족 사업이 있지만 한부모 가족의 정서적 측면을 모두 포괄하는 데에는 무리가 있다. 이혼 및 사별로 인해 한부모가 된 여성가구주 가족에게 필요한 것은 일자리 및 지원 정책등이 포함될 수 있다. 그러나 무엇보다 가장 필요한 것은 이혼 및 사별의 과정에서 본인과 자녀가 겪어야 했던 심적 고통과 정신적 불건강에 대한 치유이다.

"상담을 좀 해 줬으면 좋겠다. 적어도 뭐 이혼해서 얼마 안 된 가정, 이런 쉼터에 있는 가족뿐만 아니라 물론 쉼터에 가 있는 사람은 당연히 필요해요. 이런 시설에. 근데 그렇지 않은 상태에서 이혼을 해 가지고 최소 이혼을 하거나 사별을 하거나 해서 한부모가 되었다면 최대한 빠른 시일 내에 개입을 해서 상담이 이루어졌으면 좋겠다. 그 때 그 충격은 이루 말할 수가 없거든요. 그 때 그런 것에 대해서 이혼하게 되면 심리적 안정, 경제적인 것도 있지만 이게 심리적 안정이 없으니까 더 힘들어요. 사실. 버텨낼 힘이 없는 거예요. 돈도 없는데 마음이 그냥 떠다니는 거죠. 어디 자리 잡지를 못 하는 거예요. 그러니까 엄마들이 이거 하나 하다가 놓고 저거 하나 하다가 오고. 저도 그랬거든요. 그래서 그런 거 좀. 내가 이혼을 하거나 사별을 하거나 이랬을 때 한부모 가족 센터나 이런 데를 가면 이런 데 와서 상담을 신청하게 되는 거죠. 내가 한부모가 됐다고 그러면 이럴 때 신속하게 이런 팀들이 이렇게 기초 상담이라도 이루어져야 된다는 거예요. 적어도 이렇게 있으면 어떤 상황인지 어떤 지원이 필요한지 심리적인 상태, 이런 거에 대

한 기초적인 지원이 이루어져서 이들이 정말 심리 상담을 오래 가는 게 좋을지, 경제적인 면이 할지, 이런 것에 대해서 좀. 한부모지원센터는 그런 거를 좀 해야 되지 않을까? 하는 거예요. 그 대상으로 생긴 센터니까." (40A, 〈5.21 서울시 정책 제언: 한부모 가족에게 빠른 시일 내 상담(기초상담)〉)

특히 가정폭력·성폭력 등 폭력 피해 경험이 수반되는 경우에는 더 집중적이고 전문적인 상담 서비스로 연계될 필요가 있다. <사례 30A>는 쉼터에서 한부모 가족을 대상으로 한 상담을 받기는 했지만, 공감을 넘어서는 정확한 진단을 해 줄 수 있는 전문가 집단의 필요성을 주장하였다.

"심리상담 선생님들도 너무 좋아요. 좋기는 한데 진짜 전문가한테 내가 정말 어떤 단계에 있는 건지. '넌 이게 너무 잘못 됐어. 너 이거 고쳐야 돼.' 이렇게. 전문의가 봤을 때 '당신은 정상이예요'라는 소리를 듣고 싶어요. 아니면 지금 우울증이 너무 심해서 약을 먹어야 돼요. 허? 나 약을 먹어야 되는 구나라는 이런 전문적인 걸 할 수 있는 분들이 와서 진짜 해 주셨으면 좋겠다는 생각을 했어요. … 그리고 나는, 저는 애들도 받아보고 싶고. 우리 애들이 진짜 맨날 주위에 있는 사람들이 뭐 괜찮아 남자애니까 저럴 수 있어. 이런 얘기만 하지 얘가 얘도 경험이 나처럼 좋은 경험만 있었던 건 아니잖아요. 그래서 뭐 그런 선생님들이 한번쯤 오셔서 엄마들 한 번 봐주셨으면 하고… (30A, 〈4.20 정책 제언: 상담의 연속성/전문성 보장, 익명이 보장되는 정신과 상담〉)

쉼터에 입소한 여성뿐만 아니라 자녀에게도 자녀의 발달 단계에 따른 상담이 필요하다. 쉼터에서 같이 생활하면서 부모에게서 일어나는 폭력을 목격하고 자란 자녀에게 적절한 지원을 받지 못하고 정신건강이 황폐해진 채로 퇴소하는 것을 목격한 <사례 30A>는 쉼터에 있는 기간만이라도 지속적이고 전문적인 상담이 시급함을 역설하였다.

"제가 너무 충격을 받았던 엄마들이 너무 많은데 그런 사람들은 정말 전문의 선생님들이, 심리 선생님들이 아니고 진짜 정신과 선생님들이 가셔야 되는 데는 쉼터라고 생각을 해요. 정말 그런 데는 지원을 받았으면 좋겠어요. 딸 넷을 낳은 엄마가 있었는데 아버지가 꼭 애들 앞에서 성관계를 갖는 거예요. 애들 보는 앞에서. (잠시 침묵) 근데 그런 얘기를 듣는 순간, 여자애잖아요. 여자애고 걔는 저희가 집단상담할 때 큰 애라서 고

등학교 2학년이라서 같이 막 하면서 했는데 막 그림, 종이에 막 찢어지듯이 쓰면 얘는, 자기는 진짜 그야말로 영화의 데스노트처럼 그리고 있더라구요. 자기는 엄마가 못 죽일 것 같으니까 자기가 아빠를 죽일 거다. 걔는 그렇게 복수의 칼날하고 나갔어요. 퇴소날짜가 돼서. 근데 저는 걔도 너무 걱정이 되고. 근데 정말 심리상담하시는 분들이 일주일에 한 번 와서 잠깐 보시는 거잖아요. 저희는 같이 생활을 했었었고. 정말 위험했었거든요. 근데 그런 선생님들이 일주일이 아니라 일주일만, 그러니까 일주일을 매일 오시든가." (30A, 〈4.21. 지역 기반 여성 공간에 대한 의견〉)

〈사례 30B〉는 성인 자녀와 부모와의 갈등이 극에 달할 경우 같은 공간에 있다는 사실 만으로도 부모와 자녀에게 고통이 심해질 수 있기 때문에 잠시 안전하게 피해 있을 공간이 필요하며, 쉼터와 같은 공간이 그런 역할을 할 수 있도록 확대하거나 그와 같은 기능을 할 수 있는 공간을 신설하는 것이 필요하다고 하였다.

"엄마하고 부딪혔으니까. 되게 힘들거든요. 따로 나와 살 수 있는 여건이 안 되니까 못 나가는 거죠. 그리고 제가 쉼터에도 한번 전화한 적 있어요. 여성쉼터. 너무 엄마랑 힘드니까. 근데 너무 까다로워. 남편한테 맞은 게 아니니까. 그러니까 그런 게 있었으면 좋겠어요. 떨어져 있고 싶고, 혼자 있을 수 있는 장소가 있었으면 좋겠어요. 너무 힘들거든요. 정말 집 나가고 싶은 상황이 많았었어요. 그런데 갈 데가 없는 거예요." (30B, 〈1.26 여성쉼터 입소 대상 확대〉)

또한 본 연구에서 조손가족으로 자녀의 아들을 돌보고 있던 〈사례 50B〉의 이야기는 손자녀 돌봄을 전담하고 있는 조모의 육아 스트레스에 대한 지원이 필요함을 보여준다. 자녀의 일·가족 양립에 대한 지원으로서 손자녀 양육을 하는 조모의 경우가 아니라 〈사례 50B〉의 경우처럼 일차적인 양육자로서 손자녀 양육을 하는 경우는 양육 스트레스의 정도가 훨씬 심각할 것으로 보인다. 특히 이같은 가구 유형은 경제적 빈곤이 같이 동반되는 경우가 많기 때문에 정신건강 지원 서비스에서도 통합적인 접근이 필요하겠다. 〈사례 50B〉는 자신이 상담을 받고 나서 발달 장애가 있는 손자는 물론이고 할아버지까지 "사람을 만들어" 놓았다고 생각할 정도로 만족도가 높다.

"우리 **(손자이름)이 때문에. 야 때문에. 왜냐면 **이가. 딴 애들 같으면 빠른 애들 같으면 거시기인디. 우리 **이도 엄마사람도 못 보았고. 정신이. 야도 정신이 불안해요. 할머이가 키우고 있는디. 야 땜에 목메고 있으니까 정신이 막. 저도 우울증이나 오면 어디 가서 좀 바람 좀 쐬고. 한 며칠만 바람 좀 쐬고 오면 되는디 야 땜에 가지를 못해요. 저도 그러니까 이거를 어디를 하소연을 해야 하는지. 야 땜에 목 메가지고. 데려가자니 정신없고. 놓고 가자니 이게 걸려가지고. 누가 볼 사람이 없으니까 가지도 못하고. 이거를 어떻게 할까 이거를. 저도 지금 **이를 많이 사람을 만들어놨어요. 왜냐면 "하늘정보센터"[14]에서도 지금 상담하고 있고. "구민회관"에서도 **이를 어떻게 하라고. 지금은 그래서 할아버지하고 야하고 **이하고 제가 지금 정신을 사람을 만들고 있어요. 제가 선생님 노릇 해요." (50B, 〈1.5 우울의 원인: 손자 육아〉)

〈사례 50B〉는 손자가 부모의 돌봄을 받지 못하기 때문에 정서적·언어적 발달의 문제가 발견됨에도 불구하고 자신의 힘으로 해결할 수 있는 방법을 찾지 못했다. 거기에다가 아들이 진 빚을 갚아야 한다는 압박 때문에 우울증만 더 깊어졌다. 그러한 상황에서 건강가정지원센터에서의 상담을 통해 손자녀 문제를 해결할 수 있는 최소한의 가능성을 발견하였다.

"변했죠. 저는 변한 것이 인자 **이 땜에 지쳐서 그렇지. 밝은 웃음, 그게 딱 변해요. 아유 우리 **이가 그전 같으면요 내가 우리 **이 안 키울라 그랬어요. 더 이상 못 키우겠더라고요. 이거는 애가 좀 덜어줘야 하는 데 그런 게 없어요. 내가 할머니라 지쳐서 지 뜻으로 하니까 이것이 할머니가 잉잉하면 할머니가 뜻으로 받아주니까. 선생님이 그러는 거야. **이가 잉~ 해도 그걸 받아주면 안된대요. 어린이집에서도 그랬어요. 선생이. 한동안 그랬어요. 그런데 지금은 상담 받은 부터는 내가 그 뜻을 안 받아줘요 인제. 배운부터는. 그 반성을 하게 만들어버려요." (50B, 〈1.12 손자 육아의 어려움과 상담 후 개선된 점〉

〈사례 50B〉의 경우를 볼 때 육아를 도맡아 하는 조부모가 육아스트레스로 어려움에 처했을 경우에는, 심리 상담서비스와 부모교육을 연계한 프로그램이 효과적일 것으로 보인다. 또한 인적 네트워크가 부족한 저소득 소외계층의 서비스 접근을 위해서는 기관별 연계서비스 활성화가 필요할 것으로 보인다. 〈사례 50B〉의 아들은

14) 한우리정보센터, 하늘정보센터. 고유명사가 뒤섞여 사용됨.

두 명의 여성과 각각 자녀를 출산하였다. 두 번째 여성은 미성년자였으며 그 사이에서 낳은 아이는 시설에 보냈다고 한다. <사례 50B>는 이미 첫째 손자의 육아로 한계에 부딪힌 상황이었기 때문에 더 이상의 돌봄은 어려웠다고 한다. 이렇게 볼 때 부모의 기·미혼여부, 주 돌봄자의 친부모 여부와 무관하게 아동 개인을 대상으로 한 공공부조, 사회보험이 폭넓게 요청된다고 하겠다. 또한 발달장애 아동 보호 가족을 위한 상담 서비스, 전문적인 보육 지원 서비스 제공 역시 중·장년기 여성의 정신건강 증진을 위해 폭넓게 요청되는 정책 과제이다.

□ 지역 공동체에 기반한 정신건강 지원 인프라 구축

중·장년기 여성들의 정신건강을 지원하고 있는 전문가들은 여성들이 지역과 연계되는 것이 무엇보다 중요함을 지적하였다. 지역 주민을 대상으로 마음탐사와 명상치유가 결합된 인문학 강좌를 운영하는 상담가는 그룹 내에서 30대에서 60대까지의 여성들이 세대 간 소통을 통해 서로 이해의 폭을 넓혀가고, 질병의 경험을 나누면서 치유가 되어가는 과정을 보고하였다. 또한 주부를 대상으로 치료 프로그램을 운영하는 경우에도 미술작업등과 연계하여 진행한 경우에 효과가 높았다고 한다.

최근 정신건강 지원 시스템의 경우 직장 및 기업 내에서 상담센터를 운영하는 경우가 있는데, 이는 상담 내용이 유출되거나 인사고과에 악용되기도 할 소지가 있기 때문에 정신건강 지원 및 회복에 있어서 지역 공동체와의 연계는 더욱 중요하다고 하겠다. <사례 50A>의 경우에 남편과의 사별 직후 심리적·공간적으로 고립되어 있던 자신을 구한 것은 이웃의 돌봄 공동체였다. 그 경험을 통해 여성들의 정신건강 지원 체계에서 가장 중요한 것은 바로 옆에 있는 사람의 '쥐구멍'처럼 작은 관심임을 절감하였다.

> "그러니까는. 아무리 뭐 이렇게 텔레비전에 설명을 해도 소용이 없고. 실제적으로 도움을 줄 수 있는 사람들은 주변에 있는 사람들이예요. 그만큼 주변에 있는 사람들이 관심이 있어야 되는데 좀 관심들이 없어요. 옆집도 죽어나가도 없잖아요. … 지방에 살 때, 평상에 마늘을 놔둬요. 평상에 늘어 놓으면 모르는 사람, 지나가는 사람 들어와서 가져가고, 필요하면 다 가져가시라고. 쥐가. 구멍을 뚫을 라면 처음부터 크게 뚫는 아니잖아요. 조금씩 뚫어가잖아요. 그런 식으로. 조금조금 그런. 많이 모이다가 보면 커지더라고

요. 모든 게 다. 도움도 마찬가지예요. 실질적으로 도움이라는 것은 가서 부딪히면서 그 사람의 행동을 자꾸 보면서 이렇게 다독다독 해줘야 하는데 그런 사람이 몇 명이나 되느냔 말이죠. 나는 그게 젤 속상해." (50A, 〈6.23 정책제안: 홍보와 접근성, 주변의 관심, 실효성 있는 정보의 유통〉)

여성들이 생각하는 지역 기반 정신건강 지원 인프라는 '건강 카페'와 같은 형태가 될 수도 있고, 도서관이 될 수도 있고, 상담소가 될 수도 있다. 어떤 형태가 되던 간에 중요한 것은 많은 지역에 있는 낮은 문턱의 공간이 되어야 한다는 점을 강조하였다. '정신건강 지원 기관'을 전면에 내세우지 않고, 마을도서관처럼 손쉽게 찾아갈 수 있는 공간이어야 한다는 것이다. '정신건강 지원 기관'을 전면에 내세우는 순간 주변 사람들에게 '성격에 문제가 있는 사람'으로 낙인이 찍힐 수 있기 때문에 이용을 꺼릴 것 같다고 하였다. 그 공간에 육아 상담 혹은 부모 교육을 주제로 한 강의, 세미나와 같은 모임이 열린다면 그것을 계기로 여성들의 자신의 우울과 스트레스에 대한 해결의 실마리를 찾을 수 있을 것이다.

"같은 증상이 있는 그런 사람들을 위한 공간, 괜찮을 것 같아요. 그런데 이것이 한 곳이 아니라 지역적으로 많은 곳이 있으면 좋을 것 같아요. 동네 곳곳에 있는 마을도서관처럼 손쉽게 찾아갈 수 있으면서 문턱이 낮고 선입견이 없으면서 그저 편하게 드나들면서 나의 마음을 치유할 수 있는 카페라면 뭔가 다녀와서 살아 갈 수 있는 에너지가 깃든 곳이라면 참 좋을것 같아요. 건물만 번듯하게 올려놓은 허울뿐인 정책이 아니라 실제로 여기 도서관처럼[최근 개관한 서울시 공공 도서관], 일부 지역에만 있는 그런 것이 아니라 작은 도서관이라도 마을 곳곳에 있어서 만은 사람들이 손쉽게 문턱을 넘어 갈 수 있는, 걸어서 갈 수 있는 그런 곳이 많이 있었으면 좋겠어요. 요즘 어린이도서관이 많이 생겼는데 그냥 아이들 뿐 아니라 엄마들, 그 곳에 함께 오는 마음이 아픈 엄마들을 위한 마음이 힘든 할머니들을 위한 공간이 같이 마련된다면 참 좋을 것 같아요. 가까운 공간에, 잘 교육받은 전문 상담사가 있어서 언니처럼 동생처럼 마음을 만져준다면 좋을 것 같아요. 굳이 카톡 상대를 찾지 않아도. 아이와 손잡고 걸어가서 가까운 곳에 문턱이 가벼운 곳, 그것이 중요한 것 같아요. 왜 해리 포터가 가까운 도서관에서 책을 읽으면서 그런 작가가 되었다고 해요. 그런 것처럼 그냥 무심코 들린 곳에서 나의 마음을 움직일 수 있는 한권의 책을 읽고 내가 움직일 수 있는 에너지를 얻을 수 있는 것처럼, 문턱이 낮아서 또 지리적으로 가까워서 마음 아픈 엄마들이 에너지를 얻고 갈 수 있다면 참 좋을 것 같다는 생각이 드네요." (30C, 〈1.28 여성건강카페는 많은 지역에 낮은 문턱〉)

"엄마가 행복해야 아이가 행복하고 아이가 행복해야 가정이 행복하고 가정이 행복해야 아빠가 행복하고 나라가 행복하다고 생각해요. 육아로 지친 엄마들을 위한 또 육아를 마친 빈둥우리 증후군을 앓고 있는 우리의 엄마들을 위해 또 노년을 맞이한 엄마들을 위해 서울시에서 그냥 정치를 하기 위한 정책이 아니라 진짜로 엄마를 위하는 마음으로 많은 실질적이고 구체적인 실제 도움이 되는 정책을 많이 마련하면 좋을 것 같아요. 그 정책을 시행하고 사진 찍기 위한 것이 아니라 그 안에서 도움 받고 치료받을 수 있는 구체적인 사랑이 있는 정책을 잘 생각해서 마련하면 좋을 것 같아요." (30C, 〈1.29 서울시 정책 제언〉)

그러나 그 공간이 여성을 정책의 소비자로 간주하는 것이 아니라 여성의 행위성이 발현되는 공간, 여성의 주도성이 살아 있는 공간이 된다면 더 효과적일 것이다. 좀 길지만 〈사례 40C〉의 인용해보도록 하겠다.

"[그 공간은] 북까페처럼. 북까페는 접근이 쉬운게 처음부터 뭘 홍보하고 강연열고 이런 게 아니라 주도성이 여성한테 있는 거예요. 책을 읽고 싶으면 가도 되고 차를 마셔도 되고 읽다보니까 궁금하면 선생님한테 물어볼 수도 있고 정기 강좌가 있으면 등록을 해도 되고 안해도 되고. 그렇지만 결정권은 자기한테 있어요. 그런 전 그런 장점이 있다고 생각하고. 또 누군가가 나를 막 이끌어가는거 부담스러워요. 왜냐하면 내 주도성이 내 삶에 아직 별로 없을 때라서 나를 그렇게 하면 '야 우리 4회 짜린데 그거 단기강좌 들을까?' 라고 하면 대답 못해요. 내 시간이 아직은 내꺼가 아니야. 근데 내가 가서 이렇게 보다 보니까 이거는 할 수 있을 거 같애 이렇게 판단이 되는게 있잖아요. 수시로 작은 소그룹 모임 같은게 열리고 있거나 이러면 접근이 쉽고. 무엇보다 공간의 설계자체가 아이와 함께 할 수 있는 공간으로 돼 있어야 돼요. 기저귀 갈 수 있어야 되고 온돌마루 있으면 더 좋고. 애기 잘 때 재울 수 있는 조그만 공간이라도 있으면 좋고. 또 여성들이 다 그런건 아닌데 저는 하루에 제가 나가서 쓰는 비용이 많이 들면 부담스러워서 자주 못해요. 밥먹고 차마시고 하는 비용 자체가 무료거나 본인들이 싸 와서 간단하게 데워 먹을 수 있거나. 무료거나 저렴하거나. 그래가지고 거기를 가는 것 자체가 내 주머니가 부담스럽지 않게 그렇게 덜 미안하게. 여자가 돈만 쓰고 다녀, 그 자책감이 들지 않게 그랬으면 더 좋겠고. 그러면서도 정보는 신속하게 와닿는거. 새로운 정책을 시행한다든지 뭔가 강좌가 열린다든지 내 지역사회에 변화가 있다든지 이랬을 때 이게 거기에 소외가 되지 않고 브로셔가 가장 먼저 도착해 있는 곳. 지역 신문에 가장 먼저 배치돼 있는 곳. 그래서 그곳에만 가면 내가 정보에 뒤떨어지지 않는 곳. 그런거점. 그러면 좋죠. 그리고 거기가 이런 마루로 돼 있으면 좋은 점이 간단한 스트레칭이나 요가 프로그램이 가능해요. 그러니까 몸을 다루면서 그 몸이 치유되는 느낌 때문에 내 마음

도 어루만져지는 느낌 그 프로그램이 저는 그 시기의 엄마들한테 되게 위로가 된다고 생각해요. 정신력이 나를 끌고 가는 것도 한계가 있고 실제로 내 어깨 주물러 주는게 내 마음 채워지는게 느낄 때가 있으니까 그 고단함 몸을 좀 쉴 수 있게 예를 들면 전신 안마를 하는 의자가 놓여 있다든지 온돌이라서 지질 수 있다든지 아니면 내가 잠깐 피곤할 수 있잖아요. 그럴 때 한 십분이나 이십분 잠깐이라도 눈 붙일 수 있게 그 아이를 잠깐만 안전하게 돌봐줘도 나는 다시 오후의 삶의 지탱할 힘을 얻을 수 있을거고. 그런 관점이 녹아 있는 까페라고 하면 내가 가서 자원봉사를 하면서 동시에 모임을 갖는 사람으로 준스텝이 돼도 나는 아깝지 않다고 생각해요. 처음에는 단순 이용객이었다가 너무 좋아서 그 취지가 공감이 되니까 나도 자원활동을 하다가 하다보니까 그게 지향이 맞아서 창업도 할 수 있죠. 거기서 뜻이 맞는 사람을 만나면. 안하면(창업) 또 어때요. 그런 식으로." (40C, 〈2.15 여성의 서비스 접근성을 높이기 위한 제언〉)

〈사례 40C〉는 실제 자신의 산후 우울과 육아 스트레스 문제를 해결하기 위해서 지역의 의료협동조합에서 운영하는 건강프로그램과 마을 도서관, 마을 카페 등과 같은 인프라를 통해 고립되지 않으면서 공동체의 돌봄을 받은 경우이다. 그렇기 때문에 아이의 돌봄을 책임져야 하는 여성에게 필요한 정신건강 지원 공간에 대한 구체적인 그림을 그릴 수 있는 것이다. 여기에서 더 나아간다면 그 공간에서 수행되는 각종 강연, 세미나 등에서도 아이를 동반한 여성에 대한 적극적인 환대와 배려가 필요하다고 하였다. 실제 그녀는 자신에게 전적으로 의존해 있는 영아를 돌봐야 하는 어머니로서 조합 활동에 참여하는 데는 많은 제약을 경험했다. 조합원을 위한 강의와 회의에 아이를 동반한 조합원의 참여를 독려하고 보장하기 위한 돌봄 서비스를 생각하지 않을 뿐 아니라 오히려 아이를 데리고 오는 것에 대한 곱지 않은 시선을 느껴야 했다.

"그렇게 수많은 토론회와 강좌와 워크샵을 했는데, 그 워크샵에서 했던 그 멋있는 개념이 왜 내 아이를 데리고 내가 가서 그 강좌를 들을 때 나는 눈치를 봐야 되는지. 그 개념이 다 어디 갔는지 난 묻고 싶고 정말 서러웠어요. 다른 어디서 받았던 차별보다도 서러웠어요 그게. '눈감지 마세요. 애를 돌보고 있는 그 여성의 문제가 그 엄마만의 문제입니까? 여성학이 그런건가요? 페미니즘이 그건가요?' 라고 묻고 싶어요. 당신이 배운 페미니즘은 어느 책에서 나온거죠? 나는 내 현실이에요 라고 말하고 싶어요. 내가 아이를 데리고 눈치보지 않고 가서 정치 강좌를 듣고 싶어요. 총회에 갔을 때 아이가 뛴다고 눈총 받는 게 아니라 쟤네들이 우리 조합의 미래야 라고 얘기하는 걸 난 듣고

싶어요. 그럼에도 불구하고 아이들 데리고 와줘서 고맙다는 찬사를 난 듣고 싶어요. 내가 너무 고급스러운 인식인지 모르겠지만 내가 꿈꾸는 건 그런 조합이에요. 힘든데도 불구하고 애를 데리고 와줘서 정말 수고했어요 라고 하는 말을 듣고 싶지 애들 데리고 와서 이 경건한 총회에서 떠들게 해요? 라는 말 듣고 싶지 않아요. (40C, 〈2.13 여성의 정신건강, 건강을 위한 정책적 제안〉)

저출산·고령화 사회 마을 공동체 사업 속에서 아이를 동반한 여성에 대한 환대는 여성의 정신건강 증진뿐만 아니라 공동체 내 약자와 소수자에 대한 환대로까지 확장 될 수 있을 것이다.

5. 노년기 여성의 정신건강

본 연구에 참여한 노년기 여성들은 모두 1인 가구이다. <사례 60 A>는 20대 초반 결혼 직후 남편이 사망하였기 때문에 삶의 모습은 비혼여성이나 다름이 없다. <사례 70A>와 <사례 80A>도 사별 후 한부모 여성 가구주로 살아온 삶이 10년이 넘는다. 노년기 여성의 정신건강 연구에서 여성독거노인의 우울증에 영향을 미치는 요인에 관한 연구(한경혜·손정연, 2012)에서는 저학력의 경제적 빈곤 상태에 있으면서 신체활동과 사회활동이 적은 여성 독거노인의 우울 위험도가 높은 것으로 나왔다. <사례 70A>의 경우를 보면, 여성 독거노인의 우울증의 위험요인 중에서 성인 자녀에 대한 돌봄 책임으로 인한 스트레스와 우울이 추가되어야 할 것이다. <사례 70A>의 경우 당시로서는 드물게 고학력이며 남편도 고위 공무원이었으나 결혼과 동시에 직장을 그만두고 전업주부로 살다가 남편이 사망한 후 생계부양자로 노동시장에 나선 경우이다.

▌표 Ⅳ-3▐ 노년기 여성 심층면접 참여자

구분	사례	출생연도	학력	혼인상태	자녀 수(연령)	직업
18	60A	1946	초등중퇴	사별	1명(45세)	무직
19	70A	1938	대졸	사별	2명(51세, 48세)	무직
20	80A	1933	*	사별	5명(2명은 사망, 61세, 50대 후반)	무직

1) 노년기 정신건강 실태

□ 도움을 받는 것에 대한 수치심

<사례 70A>의 우울과 스트레스가 가장 큰 영향을 미치는 것은 요양원에 있는 아들의 건강이다. 남편과 사별한 후 의지했던 아들이 IMF 이후 직장을 그만두고 사업을 하다가 뇌출혈로 쓰러지고, 그 후로 현재까지 요양원에서 치료를 받고 있다. 아들이 미혼인 상태에서 쓰러졌기 때문에 아들의 돌봄이 오롯이 노모의 몫이 되었다. 남편처럼 의지하던 아들이었기 때문에 충격이 훨씬 컸다. <사례 70A>는 아들이 쓰러지고 난 후 자신의 삶은 '거지가 된 것'이나 다름없다고 평가한다.

> "내가 이렇게 거지가 될 줄은 누가 알았느냐고. 아들이 쓰러지고 나니까는 완전히 거지가 된 거야. 그러니까 내가 병투성이가 되더라구요. 너무 신경을 많이 써서. 병 투성이야. 그래서 내가 약으로만 사는데 내가 저 아들을, 만약에 내가 죽으면 쟤는 누가 또 도와주나 그런 생각도 해. 몸을 못 쓰니까는. (울먹거림) 6년을 있어. 내가 가서 보면은 뭐 하냐고 걷지를 못 하니까. 그래서 나는 이제 80이 다 됐으니까 나는 죽어도 그러는데 쟤는 그거 하잖아. 불쌍하잖아. (훌쩍임) 마흔 세살에 쓰러져가지고. 갑자기 쓰려졌어. 자다가. 신경도 많이 썼어, 애가. 우리 빚이 많이 있고 그래서 빚이 좀 있고 그래서. 그리고 쟤가 직장엘 다녔었거든. 직장 다녔는데 IMF때 나왔어. 그 때 나와 가지고 장사를 한다고 장사 하는데 빚 가지고만 장사를 하고 빚으로 저거 하니까. 제 아빠 죽고 뭐 저거하고 뭐 의지할 데 있어? 그러니까 아들한테만 내가 의지를 하고 그러고 살았었는데 쟤가 저렇게 갑자기 자다가 그냥 쓰러져가지고 그냥… 동네 사람들한테 얘기도 안 해. 아무한테도 얘기 안 해. 친구들한테도 얘기 안 해." (70A, 〈1.3 가족관계: 딸과의 관계 단절/뇌출혈로 쓰러진 아들〉)

<사례 80A>의 경우에도 자신이 복지 서비스의 수혜자가 된다는 것에 대해서 수치심을 갖고 있다. 젊어서 자신의 노동으로 자녀들을 모두 키우고 노년기에 접어들어서도 공공근로 등을 하면서 자식의 도움을 받지 않은 채 독립적인 노년의 삶을 살 수 있을 거라는 전망을 했지만 그 기대는 충족되지 않았다.

"내가 이런 거[쌀] 타 먹으러 댕기게 되니까. 좀 슬퍼요. 남한테 아쉬운 소리는 안했는데 이제 죽을 때 와서 이게 무슨 변인가 싶고. 창피하더라고. 그런데 같이 가는 아줌마가 "부자들도 와서 다 타가는 데 뭐가 창피하냐"고. 그거 타다가 그 아줌마도 혼자 사는데 먹으면 쌀은 안 사게 되더라고 그러면서 오라 그러더라고 첨에 간 날. 그래서 여러 사람이 있으니까 좀 나아요. 첨에는 엄청 창피스러웠어요. 남의 도움이라는 건 정말 안 받고 살았거든요. 남 성가시게는 안하고 살았는데. 무슨 고생을 못 다 해갖고 이렇게 사나." (80A, 〈3.14 평생 첫 사회적 안전망의 경험: 수치심〉)

〈사례 80A〉는 다른 사람의 도움을 받지 않은 것 뿐만 아니라 손자녀 교육을 더 이상 지원할 능력이 되지 않는 것으로도 우울함을 느꼈다. 자신은 돈이 없어서 아들은 고등학교 교육까지 시켰지만, 딸들은 초등학교까지 밖에 교육을 시키지 못했다. 그런데 그 아들이 자신의 아들 대학 교육이 끝난 후에 딸을 가르치겠다고 했다. 할머니에게 등록금을 대 달라는 손녀딸의 말을 외면할 수가 없어서 농업 일용직으로 모은 돈 이천만원을 손녀딸의 등록금으로 모두 내어주었던 〈사례 80A〉는 손자녀를 지원하지도 못하고, 자신의 노후를 준비하지도 못하는 상황에 이르렀다.

"몸이 아프다고 맘이 울적할 리가 없죠. 맘이 울적한건. 내가 자식들한테 손을 안 벌리고. 내가 벌어서 생활을 했는데, 근데 애들한테 손 벌리기도 걱정이고. 애들한테 손 벌리면 지네도 살기도 힘든데 힘들잖아요. 그러니까 나는 반찬은 인제 복지회관에서 오니까 쌀 이렇게 타다가 먹으면 조금 모자라는 거 사서 보태 먹으면 되고. 나 먹고 살 걱정밖에. 내가 이제 애들 걱정할 수가 없잖아요. 내가 돈 없고 그랬어도. 안쓰고 모았으면 많이 모았지만. 우리 영감 없이." (80A, 〈3.7 불안의 원인〉)

"우리 아들이 아들딸 남매를 연년생으로 났는데. 이거 뜨듯해지기 전에 잡숴요. 그 연년생이니까 한꺼번에 대학을 가게 되잖아요. 지 아버지가 대학을 아들만 가르키고 딸을 아들 졸업하고 나면 보낸다 그러는데. 아들 졸업하고 나서 4년 지나니 어떻게 학교 가게 되겠어요? 그러니까 손녀딸이 "할머니 등록금 반만 대주라고 내가 벌어갖고 알바 해갖고 가겠다고" 하더라고. 첨엔 못 한다고 딱 잡아 떼 놓고서는. 잡솨 얼른 뜨듯해지면 맛 없어요. 그래서 일주일을 고민을 하다가 내가 그 까짓거 돈 조금 모으면 뭐 하겠느냐 하고 그러면 내가 대 줄께. 아르바이트 할 생각 말고 공부만 열심히 하라 그랬더니. 통장에 조금 있던 게 대학 하나 가르키는 것도 2000만원 들어가더라고요. 등록금만 내줘도." (80A, 〈3.7 불안의 원인〉)

<사례 80A>는 손녀딸의 대학 등록금을 지원해 준 것 뿐만 아니라 손녀 손자의 보험을 들어주고 보험료를 내 주었다. 손녀는 결혼하면서 자신이 보험금을 지급하고 있으나, 손자는 아직 보험을 가져가지 않고 있다. 해약할 경우 경제적 손실이 크기 때문에 어떻게 해서든지 보험을 유지해 주고 싶은 것이 <사례 80A>의 마음이지만 현재의 형편에서는 불가능하다.

□ 죽음을 준비하는 삶, 웰다잉에 대한 걱정과 불안

1인 가구 여성들의 죽고 난 뒤 방치 될 수 있다는 공포, 무연사회의 고독사에 대한 공포는 이 여성들이 공통적으로 이야기하는 불안이었다. 자녀가 있더라도 연락이 두절되었거나 매우 드물기 때문에 갑작스럽게 쓰러졌을 경우 아무도 도움을 주지 못한 채 부패될 것이라는 공포가 있다. 복지사들이 전화로 확인을 하는 시스템이 마련되어 있기는 하지만, 아래 인용문에서 보듯이 전화를 받지 않아도 자신이 바빠서 안 받았을 것이라고 생각하면 그만이기 때문에 그것이 큰 위로가 되지는 않는다.

> "글쎄 내가 죽어서 썩어서 나가도 몰라. 그 어지러워서 내가 못 일어나고 뒤로 자빠졌을 때 이 자리에서 내가 죽나보다. 어떤 할머니가 죽어서 열흘이 됐는데도 혼자 살아서 구더기가 나고 그렇게 썩었다고 하더니 내가 그 짝 되나보다. 내가 그 생각을 했다니까? (연구자: 그래도 복지관에서 신경을 써 주시겠죠.) 써 주는 건 일주일에 두 번 전화, 전화만. 내가 안 받으면 바빠서 안 받나보다 그러지 뭐." (70A, 〈1.9 가족관계: 딸과의 관계〉)

<사례 60A>는 결혼 직후 남편이 사망하고, 아들의 실제적인 양육을 시가에서 거의 맡았기 때문에 비혼 여성과 다름없는 삶을 살았다. 어머니의 죽음으로 인한 관계의 상실은 우울증이 심화되는 결정적인 계기로 작동하였다.

> "어머니는 한 8년 됐어요. 시어머니하고 어머니하고 한 달 사이에 두 분이 돌아가셔서 내가 그 때부터 우울증을 앓았어요. 그 분들이 나를 그렇게 불쌍하게 생각해 주고 막 그랬거든요? 근데 어쩌면 한 달 사이에 두 분이 돌아가시나." (60A, 〈2.23 가족관계: 시어머니와의 관계〉)

"기도는 이제 그 남은 여생 아프지 않고 건강하게 남한테 추한 모습안 보이게 해 달라고 그 기도를 해요. 나는. 혹시나 추한 모습 보이면은 안 되잖아요. (연구자: 추한 모습이라는 건?) 아파가지고 막 씻지도 못 하고 막 다리 질질 끌고 다닌다든가 그러면안 되잖아요. 그러니까 죽는 거는 두렵지 않으니까 죽을 때 죽더라도 깔끔하게 남한테 존경받는 사람되게 저도 노력하겠지만은 하느님께서도 저를 인도해 주세요. 그런 기도를 많이 해. 그런 기도를 많이 해요." (60A, 〈2.22 미래에 대한 전망〉)

〈사례 60A〉가 젊어서 주된 돌봄을 제공한 사람들은 자신의 아들보다 조카이다. 아들은 고등학교 졸업 이후 미국에 거주하였기 때문에 볼 일이 없었지만 친정 조카들은 진학 및 취업을 이유로 서울에 올라와서 혼자 사는 고모 집에서 가족처럼 생활을 했다. 〈사례 60A〉는 마음 한 편에서는 그 조카들에게 약간의 부양 기대를 하고 있지만 현실에서는 전혀 가망이 없어 보인다. 현실이 그렇게까지 된 데에는 자신이 경제적으로 파산을 했기 때문이라고 생각한다.

"나는 요양원으로 갈 준비하고 있어요. 난 절대 형제 간에도 누구한테 피해 안 줄거예요. 그대로 요양원으로 갈 거예요. (연구자: 조카들한테도) 절대 안 해요. 그 때 내가 데리고 있을 때는 자기네가 집 사서 살면 안방 준다고 그러고 잉? 제2의 엄마라고 했고 잉? 고모 노후에 초라하게, 천하게 안 보이게 고모 모실거야. 그랬어요. 그런데 내가 지금 그러니까 내 친한 친구가 다 내막을 아는 친구가 그래. 지금도 당신이 돈이 있어봐. 조카들도 오지. 그러더라고. 그러더라고. 그래서 나쁘다고도 안 해. 내가 베푼 걸로 그냥 만족하고. 그러자. 느그나 잘 살아라." (60A, 〈2.22 미래에 대한 전망)

다른 사람으로부터 돌봄을 기대하기 어려운 1인 가구 여성에게 불안을 가중시키는 것 중에 하나는 치매이다. 치매 노인에 대한 사회적 차원의 통합관리를 표방하고 있는 서울시 치매센터에서 1인 가구 여성 노인에 대한 치매 지원 정책을 강화 할 필요가 있다.

"그런 거 있죠. 돈 벌어서 마음대로 쓰다가. 일도 못하고 이렇게 들어앉아 있으니까. 일 댕길 때는 남들 노는 게 부러워 보이더니. 내가 노니까 일하는 것만 못해요. 노는 게. 가끔 가다가 맘이 우울할 적이 있어요. 가끔가다. 그러면 내가 이러다가 울증이라도 걸려서 치매라도 걸리면 어떡하나 하고 내가 내 맘을 돌리고. 그렇게 편하게 마음을 가질

라고 마음을 먹어요. 그런데 가끔 그렇게 우울할 적이 있어요. 그러면 나도 겁이나요." (80A, 〈3.5 최근의 우울감과 외로움〉)

"치매 오는 것도 나이 많다고 오는 것도 아니더라고요. 우리 사돈 마누라는 50살 먹었는데, 치매가 와 갖고 5년을 고생을 하다가 갔어요. 나이 많다고 치매가 오고 젊다고 안 오는 거 아니더라고요. ... 복지관에서도 저 두산아파트에 가고. 그런 치매 검사 들어온다 그래서 나도 한번 여기 노인정에 와서 저 거했는데. 그냥 말 몇 가지 물어보고 가더라고요. 정신이 있나 없나. 그러니까. 뭐 이름 써봐라. 뭐 그거 물어보고 가더라고요. 소용도 없어요. 그 사람은 우리가 맑은 정신으로 말을 하나, 잘 못하나 그거 알라고 그거 말 몇마디 물어보더라고요. (연구자: 이름도 헷갈릴 정도면 노인정에 오지도 못하지. 그죠. 이상하네요 듣고 보니까) 하하하. 뭐를 하면예방이 된다 그런 거 없어요. 말만 몇마디 들어보고 적고 그러고 가더라고." (80A, 〈3.10 치매에 대한 두려움과 관련 사업 경험〉)

노년기 여성들의 죽음에 대한 불안은 남성보다 기대 수명이 길고, 배우자 혹은 자녀들의 돌봄을 기대하기 어려운 상황에서 더욱 커진다. 죽음을 삶의 일부로 받아들이고 고독사에 대한 불안을 경감시킬 수 있는 방안을 모색해야 한다.

□ 노년기 정신건강의 복합적 측면을 고려한 지원 정책

노년기 여성의 정신건강은 전 생애주기에 걸쳐 축적되어온 문제와 노화로 인한 문제가 결합되어 매우 중층적으로 나타난다. 노인 상담 전문가는 노인 정신건강 문제를 크게 세 가지로 정리하였다. ① 노화로 인한 신체적 기능 저하에서 기인하는 우울감과 자존감의 저하, ② 재산·유산 문제와 더불어 불안정한 노후 준비, 성인 자녀의 계속적인 도움 요청으로 인한 우울감, ③ 배우자의 질환이 주는 돌봄 부담으로 인한 우울감 등이었다. 특히 노년기에 만성질환 및 치매등으로 인해 자녀에게 짐이 된다고 생각할 때 동반자살을 생각하는 경우가 많아 노인 자살률을 높이는 원인이 되고 있다. 따라서 노년기 여성의 정신건강 지원 정책은 여성노인의 가족갈등, 돌봄 부담, 신체적 건강 지원 등과 관련된 분야에서의 정보 제공과 지원이 수반되어야 할 것이다.

2) 노년기 정신건강 지원 정책 수요

□ 노년기 성(sexuality)과 친밀한 관계 형성을 위한 서비스

전문가들은 노년기 여성의 정신건강 지원정책에서 간과되어 있던 부분으로 성(sexuality)과 관련된 부분을 지적하였다. 특히 노년기 성상담의 경우 남성 노인과 여성 노인에게서 차이가 발견되는데, 남성노인의 경우 신체적 욕구에 대한 표출을 할 수 없는 것에 대한 호소가 주를 이룬다. 예를 들어 전립선 비대증, 발기부전 등의 문제와 이성교제 관련 문제가 결합된 형태의 상담은 남성노인에게서, 배우자의 성관계 강요로 인한 고통 등은 여성 노인에게서 발견된다. 그러나 남성 노인들이 호소하는 성상담 내용 역시 성문제는 표면적인 내용에 국한된 것일 수 있다. 배우자와의 충분한 소통 불가, 신체적인 노화를 인지하지 못함으로써 발생하는 문제, 이성교제 및 연애 등 다양한 문제가 성문제로 수렴되어 표현되는 경우가 있기 때문이다. 젠더 관점에서 노년기 정신건강과 관련하여 남성 노인의 배우자와의 관계를 포함하여 성과 관련된 문제에 대한 지원이 필요하다. 실제 노년기 여성의 정신건강에 미치는 영향 요인에서 배우자 유무는 남성보다 약하게 나타났다(최기홍·정은주; 2013).

□ 여성 노인의 상담에 대한 접근성 강화

전문가 면접 결과에 따르면 여성 노인의 경우 남성 노인에 비해 자신의 문제를 적극적으로 해결하려고 하는 의지와 노력이 약하기 때문에 자녀가 의뢰하여 상담을 받는 경우가 많다고 한다. 특히 학대 및 폭력 피해에 노출되어 있는 경우 자녀가 도움을 요청하는 경우가 발견된다고 한다. 여성 노인은 남성 노인에 비해 정보 접근이 취약하기 때문에 여성 노인에 대한 홍보를 강화할 필요가 있음을 지적하였다. 전문가 면접조사에 따르면 탑골 공원 및 어르신상담센터의 경우 여성노인보다 남성 노인의 이용률이 더 높다고 한다. 따라서 여성 노인을 위한 지원 시설을 고민할 필요가 있다.

□ 취약계층 여성 노인 정신건강 관리

노년기 여성 중에서 취약계층의 여성 노인에 대한 지원은 복지관의 사례관리 중심으로 이루어지고 있다. 노인자살예방센터에서 저소득 독거노인을 직접 찾아가 기본적인 정신건강 검사 척도를 활용해서 고위험군을 발굴하여 관리하는데, 이 서비스는 본 연구의 면접에 참여한 여성 노인들의 경우에서도 보듯이 가족을 비롯하여 사회적 관계망이 매우 취약한 1인 가구 노인들에게 최소한의 돌봄과 관심을 제공하고 있는 서비스로 평가되었다. 복지사들의 주기적인 방문과 연락은 1인 가구 여성들이 자신의 원하는 바를 이야기할 수 있는 유일한 창구였다. 여성 노인을 방문하는 사회복지사는 여성들이 정서적으로 의지하는 대상이기도 하였다. 사회복지사가 관리하는 노인 여성과 장기적으로 관계를 유지할 수 있는 시스템이 마련된다면 노인 여성들의 정신건강에 훨씬 도움이 될 것으로 보인다.

또는 취약 계층 여성들이 사회복지사만이 아니라 이웃 공동체와 연결될 수 있는 관계망이 있다면 정신건강 측면에서 가장 좋은 방법이 될 것이다. 본 연구에 참여한 여성노인들 중에서 모두 1인 가구이기는 하지만 그나마 종교 활동과 고향의 초등학교 동문 활동을 하는 <사례 60A>의 경우 가장 힘이 느껴졌다. 취약계층 여성 노인들은 무엇보다 경제적 지원을 가장 절실하게 요구하였다. “노후에 거지가 된” 자신의 삶에 대한 열패감과 복지 서비스의 수혜자로 살아간다는 수치심, 자식들에게 짐이 될 수도 있다는 생각 등이 이 여성들의 정신건강에 위험 요소로 작동하고 있었다.

6. 심층면접 결과 요약

심층면접 결과를 토대를 생애주기별 정신건강 문제와 시사점을 정리하면 다음과 같다. 당사자 면접 결과 생애주기별 정신건강 문제 및 주요 서비스 현황과 정책수요를 정리하고, 각 생애주기별 전문가 면접조사 결과 정신건강 실태와 서비스 현황 및 정책 수요, 그로부터 도출되는 시사점을 정리하면 다음과 같다.

생애주기	정신건강 문제 및 서비스 현황 및 문제점		주요 시사점(주요 과제)
청소년기	10A (중학생)	- 진로 스트레스, 좋은 학교를 갈 수 있을 것인지에 대한 불안, 자사고 입학에 대한 압박, 친구관계 스트레스, 위클래스 상담	⇒ 상담에 대한 학생들의 인식 변화 필요. 정작 문제가 있는 학생들은 자신의 문제를 인정하는 것 같아 상담을 하지 못함 ⇒ 정확한 진로·진학 정보를 제공해 주고 현재의 우울·불안 문제를 해결해 줄 수 있는 통합적인 심리/진로/적성 관련 프로그램 필요 ⇒ 모든 학생들이 의무적·정기적으로 상담을 할 수 있도록 교사 및 시간을 증가할 필요가 있음
	10B (중학생)	- 살을 빼고 싶음, 친구들로부터의 소외, 위클래스 상담	
	10C (중학생)	- 깊은 우울감, 외로움, 피상적 인간관계, 친밀한 관계 형성의 어려움, 외모 및 가정환경으로 인한 친구의 배신과 왕따, 위클래스 상담	
	30B (비혼, 구직중), 자신의 10대 경험에서 비롯된 정책 제언	- '왕따'라는 표현 자체가 상황을 희화화시키고 피해자에게 낙인이 됨. - 왕따를 아이들 문제로 치부할 것이 아니라 훈련받은 성인의 개입이 필요함. 교사를 대상으로 집단따돌림의 형태와 피해에 대한 필수교육이 필요함 - 대인관계와 진로적성 등을 위한 복합 교양교과시간 확보하여 한달에 한번이라도 대인관계, 진로적성, 차이문제를 인식시킬 수 있는 교양시간 확보 필요. - 언어폭력 등 유무형의 폭력과 차별행동에 대한 인권 감수성 교육이 필요함 - 청소년기의 우울감, 무력감, 기분조절의 문제는 청소년 개인의 문제가 아니라 생애주기적 특성임을 교육시키는 것이 필요함. - 자아이식을 위한 다양한 체험이 필요함. 실효성 있는 심리검사 심리강의를 교양강좌로 추가할 수 있을 것임	
	전문가 면접조사	- 수업 중 상담 금지의 어려움. 수업 중 상담을 금지시키는 것은 학생들의 정신건강 보다 수업을 중요시하는 것임. 그러나 수업보다 상담이 절실하게 필요한 학생들이 많음. 아무리 정신건강이 심각해도 현재의 시스템 하에서는 학생들의 정신건강 문제를 우선적으로 해결하기 어려움 - 상담교사의 과중한 업무: 각 학교에 전문상담교사가 1명 밖에 없어 형식적으로 상담을 처리할 수 밖에 없음 - 상담이 선도 및 사후 처벌의 도구로 인식되는 것의 문제. 학생들에게서 발견되는 정신건강의 문제를 사전에 예방할 수 있는 시스템이 되어야 함 - 상담교사 수퍼비전의 필요성: 상담 현장에서의 어려움, 구체적인 사례 관리 회의 등 전문적이고 체계적인 수퍼비전이 있었으면 함	⇒ 학교 내 상담 시스템의 개선: 수업중 상담 금지 제고, 학업과 정신건강 문제의 균형 유지, 상담의 효과성을 높이기 위하여 상담교사 업무 환경 개선, 관련 예산 증액 필요 ⇒ 스마트폰의 대중화로 인해 남학생들의 게임중독과 여학생의 채팅중독 문제 해결과정에서 부모세대와 자녀세대의 소통과 이해가 필요함 ⇒ 가정폭력 신고 의무자인 상담교사가 학생의 이야기만 듣고 가정폭력 신고를 하기에는 어려움이 따름. 가정폭력·아동폭력에 대한 폭력 발생의 유무 판별 및 처리 과정에서의 문제점 미연에 방지할 필요 있음(예들 들어 부모의 법적 고소 등) ⇒ 10대 청소년의 특성상 가족상담이 매우 중요하고 효과적일 수 있음. 혹은 청소년의 정신건강이 어머니의 우울·불안 등의 정신건강 문제와 밀접하게 연관되어 있는 경우가 많아, 여기에 대한 지원이 필요함.

생애주기	정신건강 문제 및 서비스 현황 및 문제점		주요 시사점(주요 과제)
청년기	20A (직장인)	- 우울, 외로움, 친밀한 관계 형성의 어려움 - 대학교 상담센터 이용 경험 있음	⇒ 지역 기반 여성 공간의 필요성 사회적 관계망으로부터 소외된 20대를 위한 집단 상담 프로그램, 또래 친구들을 만날 수 있는 계기 제공 ⇒ 일회적 자조모임의 필요성 대인관계에서의 스트레스가 우울감의 주요 원인인데 오히려 지속적인 상담을 하는 것은 관계를 장기적으로 맺어야 하는 부담이 있음. 따라서 일회적이고 익명이 보장되는 상황에서의 자조모임이 필요함. AA(Alcoholics Anonymous)와 같은 모임 반드시 심리상담이 아니라 하더라도 주말에 여성들이 사회 활동을 할 수 있는 정보를 제공하면 좋을 것 같음 ⇒ 졸업 후 상담 등 지원기관의 부재: 취업 후에는 접근성의 문제, 비용의 문제 등으로 상담센터나 병원을 이용하기 어려움. 전화 상담을 활성화시키고, 홍보를 강화했으면 함. 현재의 자살예방 전화의 경우 매우 위급한 상황이 아니면 전화하기가 어려움. 전화 상담은 일회성 전화 통화보다 장기적인 상담이 되었으면 함
	20B (대학생)	- 불안증, 수면장애, 깊은 우울, 공황장애, 섭식장애, 어머니와의 불화, 어머니의 폭력적인 간섭 - 대학교 상담센터, 신경정신과 병원 이용	
	20C (취업준비생)	- 어머니의 자살기도 장면 목격이 트라우마로 남음. 취업에 대한 불안, 친밀한 관계를 지속시키는 것에 대한 불안 - 대학교 상담센터, 중학교 시절 신경정신과 병원 이용	
	전문가 면접조사	- 정신건강증진센터에서 청년층은 일반 시민과 동일하게 분류됨. 섭식장애의 경우 가장 어렵고 난이도가 높음. 20대는 어디를 타켓으로 해야 할지 어려움. 섭식장애, 성형, 미용 등과 관련하여 본격적인 질병으로 넘어가기 전단계에서 인식컨텐츠가 있었으면 함. - 남성은 군대 전후, 여성은 출산 전후로 정신증 발병률 높음. DUP(Duration Untreated Psychosis, 정신병미치료기간) 감소 목적에서 조기정신증 사업 시작 - 대학이 자체해결 메커니즘을 갖고 있음. 전체 대학생을 대상으로 스크리닝을 하는 것은 아니지만, 상담에 훨씬 적극적임.	⇒ 서울시 청년대상 정신건강 조기검진(SEMIS, Seoul Early Management & Improvement System) 서비스에 대한 홍보 강화 ⇒ 대학을 중심으로 이루어지고 있는 청년층 정신건강 지원 서비스 한계 극복할 필요 있음 ⇒ 친밀한 관계에서의 어려움을 겪고 있는 여성에 대한 지원 필요 ⇒ 부모와의 갈등에서 비롯되는 정신건강 문제에 대한 접근 필요
		- 부모와 갈등을 겪고 있는 20대가 건가센터 가족상담 의뢰하는 경우 있음	

생애주기	정신건강 문제 및 서비스 현황 및 문제점		주요 시사점(주요 과제)
중·장년기	30A (한부모, 자녀2명)	- 경제적 어려움, 모자원 퇴소 후 거주지가 정해지지 않는 것이 가장 스트레스임 - 과거 남편의 가정폭력 경험 - 신경정신과 이용은 의도적으로 피함(쉼터 거주시 정신과 내원 기록 및 우울증 관련 약 복용 빌미로 이혼 소송에서 불리한 입장에 처하는 것을 보았기 때문) - 쉼터 상담	○ 모성과 정신건강 ⇒ 산후 우울증에 대한 인식, 산모의 심신 회복 및 돌봄에 대한 지원 및 사회적 지원 필요. 임신기 여성에 대한 배려와 돌봄에 비하여 출산 이후 여서에 대한 돌봄이 취약함. 고령산모의 경우 출산 이후 심신 회복기에 더 많은 시간이 필요함. ⇒ 여성의 정신건강에 해가 되지 않는 성평등한 육아법, 산모의 정신건강을 위한 부모교육 프로그램 개발 및 홍보가 필요함. ⇒ 조부모의 육아스트레스 해소를 위한 상담서비스 및 부모교육 확대 실시. 심리상담서비스와 부모교육을 연계한 프로그램이 효과적임. 인적 네트워크가 부족한 저소득 소외계층에 대한 서비스 접근 확대. 직장 여성을 위한 상담서비스 제공 시간 및 방법의 다양화 ○ 일·가족 양립 가능 환경 조성으로 인한 육아스트레스 감소 ⇒ 출근 시간과 유치원 개원 시간 사이 한 시간여의 공백을 채우지 못해 직장을 포기해야 함. 믿고 맡길 수 있는 육아시설의 양적·질적 확대, 일시보육 등 시간선택형 보육서비스 확대, 취업모의 어린이집 입소 우선순위 배정 ○ 사회적 돌봄 서비스의 확산 - 공동육아, 평생학습관, 작은 도서관, 다양한 양육동아리 모임 등 사회적 돌봄을 담당할 수 있는 인프라를 확대함으써 영유아 자녀를 돌보는 여성들의 사회적/정신적 고립을 예방함 ○ 한부모가족의 정신건강 지원 ⇒ 현재 한부모가족법을 통해서 지원받을 수 있는 것이 만족스럽지 않음. 경제적인 조건, 나이 등에 상관없이 이혼 및 사별로 인한 한부모 여성에게 우선순위로 심리상담이 제공되어야 함. 한부모가족으로서 받을 수 있는 교육 및 정보 포함하여. ⇒ 전업주부 여성이 한부모가 되는 경우
	30B (비혼, 구직중)	- 대인관계 문제(심리적 위축, 신뢰 결여), 모녀 갈등, 다름을 인정하지 않는 한국사회의 경직된 경쟁 중심 문화 - 10대 왕따 경험이 아직까지 영향을 미침 - 대학시절 학내 상담센터 이용(오히려 상처 받음), 불면증으로 수면제와 진정제를 처방받아 복용, 건강가정지원센터에서 장기간 심층상담(매우 도움이 됨)	
	30C (자녀2명, 기간제 교사)	- 공황장애, 신체적으로 알 수 없는 불편한 감정 증폭, 육아스트레스, 친구의 죽음이 가져온 우울감 - 민간 상담 1회, 출산 이후 부부상담 시도하였으나 비용문제로 포기	
	30D (자녀1명, 전업주부)	- 출산 후 양육 스트레스(부모되기의 어려움), 시가·남편과의 불화, 본인의 엄마에 대한 두려움과 원망 - 건강가정지원센터에서 부부상담	
	30E (자녀2명, 전업주부, 구직중)	- 육아 휴직 이후 경력 단절, 우울, 기분장애, 자살충동, 산후 우울증, 육아스트레스, 동서와의 갈등 - 신경정신과 약물 치료, 건강가정지원센터, 정신건강 증진센터 상담 서비스	
	40A (한부모, 자녀5명)	- 경제적 빈곤이 가장 큰 스트레스, 과거 10대 성폭력 경험이 있으며, 이혼 전 남편으로부터의 폭	

생애주기	정신건강 문제 및 서비스 현황 및 문제점		주요 시사점(주요 과제)
		력. 둘째 딸이 우울증임 - 쉼터 입소 후에 한부모 가족지원센터에서 심리 상담을 꾸준히 받음. 둘째 딸의 우울증 때문에 본인과 자녀들이 병원에서 상담을 받음	직업교육 및 취업 지원, 정신건강 및 우울 방지 프로그램 필요. 우울과 고립감에 빠져 있으나 어디서 도움을 받아야 할지 모르는 사람이 많음 ⇒ 싱글맘 자조그룹 구성 및 지원
	40B (비혼, 대학원생)	- 극심한 불안(손과 몸의 떨림 증상), 공황 장애, 부분적 기억 상실, 혼란, 분노, 배신감, 과거에 가정폭력·성폭력 경험 있음 - 신경정신과 병원, 학교 상담센터	○ 폭력피해 여성의 정신건강 지원 ⇒ 가정폭력 문제 해결과정에서 2차 피해로 인한 정신건강 문제. 경찰·의사·변호사 등 가정폭력피해 지원 전문인력이 폭력피해여성의 관점을 이해하는 것이 필요함
	40C (자녀3명, 전업주부)	- 고령 출산(44세 셋째 출산)이후 산후 우울 및 육아 스트레스, 여기에 갱년기 문제가 같이 옴. 사회적 활동이 축소되는 것에 대한 부당함과 억울함, 분노 - 둘째 아이 놀이치료, 민간 심리상담센터에서 부부상담	⇒ 가정폭력 피해 여성뿐만 아니라 자녀의 심리상담이 반드시 같이 이루어져야 함. 이때 아이와 피해자 여성을 분리하여 상담이 진행되어야 함. ○ 쉼터에서의 정신건강 지원 방안 개선 ⇒ 쉼터에서 진정으로 피해자를 지원한다는 느낌을 갖기가 아려움. 심리상담의 경우 기본적으로 제공되는 것이 아니라 피해자가 요청을 해야 이루어짐.
	50A (한부모, 요양보호사)	- 남편과 사별 직후 우울, 친정 어머니와 같이 살게 되면서 갈등이 극에 달함. 요양보호사의 감정노동 스트레스(어르신의 임종에 대한 불안) - 모자원에서 본인 및 두 딸 모두 가족상담을 받았으며 매우 효과적이었음	⇒ 지속성: 쉼터 내 상담이 한정적인 회기수에 의해 진행되며, 심리상담자가 한 번 방문해서 두 시간 정도 상담을 하고 가는 것 보다 오랫동안 함께 머물고 관찰하는 것이 필요함
	50B (조손가족, 무직)	- 아들이 금융사고 이후 가출하여 손자를 도맡아 키우고 있음. 아들이 낳은 2명의 아이 중 둘째는 시설에 보내고 첫째만 자신이 키우고 있음, 육아 스트레스 - 사회복지서비스의 연계로 건강가정지원센터 상담서비스를 알게 됨	⇒ 전문성: 좀 더 전문적인 정신과전문의에게 전문적인 진단 및 치료를 받았으면 함. 정신과 약 처방이 이혼 시 불리하게 적용되는 현실 개선. 급한 경우 건강보험기로기 남지 않는 처방 필요 ○ 여성 우울증에 대한 이해에 기반한 사업
	50C (한부모, 무직)	- 딸이 우울증으로 인해 무기력하게 지내는 것에 대한 어려움, 경제적 어려움, 무릎 수술 후 통증이 심해 일을 할 수 없는 것에서 오는 어려움 - 딸이 중3때부터 현재까지 신경정신과를 다니고 있으며 약을 복용중임. 딸을 위해 유스센터, 정신건강증진센터, 건강가정지원센	⇒ 편견어린 시선(구체적 타인일 수도 있지만 막연한 타자-사회의 시선)을 없애기 위한 국가 및 서울시 차원의 일관성 있고 통일성 있는 홍보와 교육이 필요 ⇒ 찾아가는 상담: 경제적인 이유로 혹은 정신적·육체적 이유로 거동이 힘들어서 집 밖으로 나오기 힘들어하는 상태에 있는 여성을 위한 찾아가는 상담 혹은 약물 처발이 필요함.

생애주기	정신건강 문제 및 서비스 현황 및 문제점		주요 시사점(주요 과제)
		터 등 각종 서비스를 적극적으로 알아봄	⇒ 우울증을 가진 여성을들 폐쇄적이고 무기력한 경향이 있으므로 이같은 특성을 감안한 지원과 방식이 요구됨(접근성, 프라이버시 보호, 신체적 에너지 고갈, 집단 활동에 대한 두려움 등)
	전문가 면접조사	- 기존의 가족지원 체계의 사각지대를 발굴하는 것이 필요. 즉 가족구조 뿐만 아니라 노동시간에 대한 고려를 해야 사각지대를 커버할 수 있을 것. 무노동 가족임금노동, 자영업에 종사하는 서울시 여성들은 현재의 가족지원서비스를 이용할 수 없음. - 성평등 의식에 있어 남성과 여성의 격차, 즉 남성의 문화적 지체가 여성으로 하여금 수많은 갈등상황에 놓이게 함. 아버지 교실 혹은 부모교육을 통해서 가족 내 성평등 문화 확산 필요함 - 30-40대의 부부갈등, 부모·자녀 관계의 문제가 많음. 자녀의 성정체성에서부터 가족갈등에 이르기까지 문제가 다양. - 치유공동체를 마련하는 것이 필요. - 예산의 재분배 및 활용의 중요성: 평생교육 및 주민센터 예산에서 헬스센터나 운동기구 등 몸에 가 있는 예산을 잘 활용하여 정신건강을 지원할 수 있는 프로그램을 기획하는 것이 필요함 - 지역의 건강관련 기관의 통합 및 유기적 네트워크: 보건소, 정신건강증진센터, 건강가정센터 등 산발적으로 제공되는 서비스를 통합하는 것이 필요함. - 여성건강치유센터와 같은 기관이 있어 그 같은 역할을 할 수 있을 것 - 비용문제에 대한 사회적 지원: 의료보험에서 비용을 지원하거나, 프로그램을 제공하는 것. - 집단분석 서비스를 제공하여 가볍게 와서 얘기할 수 있는 상시적 공간 마련. 더 심도깊은 상담이 필요할 경우 전문 기관으로 연계 - 치료자 훈련 관리가 필요. 분석 치료자에 대한 엄격한 기준이 마련될 필요가 있음 - 기업이나 학교가 아닌 지역 중심적인 접근이 필요함. - 우울증 예방 사업에서 주부우울증, 산후우울증 문제가 심각한데 접점을 찾기가 어려움. - 여성이 스트레스에 민감하게 반응하기 때문에 스트레스에 취약하며, 정신증 유병률이 높지만 자살률이 낮은 이유는 자신의 문제를 이야기할 수 있는 창구가 있기 때문임. 상담을 통해 정서적인 안정과 이완을 가져온다면 의미있음. 남성보다 여성이 그런 점에서 훨씬 유연함. - 우울증이나 스트레스의 경우 여성들에게서 더 높게 나타남에도 불구하고 여성을 대상으로 특화된 서비스가 없음. 여성들의 경우 낮시간을 활용하여 보건소 등의 공적 서비스를 이용할 수 있음에도 불구하고 이용률이 매우 낮으며 심각한 정신과적 질병이 발병될 경우에만 민간 병원을 이용함 - 감추어진 여성 정신건강 특히 가족 관련 문제들은 감추어진 고위험군들을 고려해서 개입하고 상담할 수 있는 방안을 마련하는 것이 필요함 - 접근성을 높일 필요가 있음. 꼭 병원이나 보건소가 아니라 평생교육기관이라든가 가서 알 수 있는 곳에 리플렛 같은 것을 놓아 둘 수 있음.	

생애주기	정신건강 문제 및 서비스 현황 및 문제점		주요 시사점(주요 과제)
		- 사회적 유대 관계 및 연대를 강화하여 개인적 상실을 해결할 수 있다면 정신건강을 보호할 수 있을 것임 ⇒ 가족지원체계의 사각지대 발굴 지원 필요. 가족구조만이 아니라 노동시간 및 임금체계에 따른 접근 필요 ⇒ 가족 갈등의 상당부분을 차지하는 성평등 의식의 젠더 격차를 해결할 수 있는 정책 및 프로그램이 필요함 ⇒ 중·장년 여성의 우울 및 스트레스 민감성, 상담 효과가 높다는 점을 감안한 프로그램 개발 ⇒ 기업·학교가 아닌 지역을 기반으로 한 정신건강 지원 체계 마련이 시급함. ⇒ 여성건강센터, 여성치유센터, 여성건강카페 등 여성의 (정신)건강과 관련된 지역 거점 센터를 통해 기존의 정책에서 소외된 중·장년 여성들 지원 필요함 ⇒ 심리상담 및 치료비용에 대한 사회적 지원 방안 마련	
노년기	60A (1인 가구, 사별, 자녀와 연락 두절)	- 경제적 어려움, 무릎 관절의 통증, 우울감 - 신경정신과 상담 받았으나 경제적인 이유로 중단, 내과에서 신경안정제 처방 받아 복용	⇒ 노인빈곤 해결을 위한 경제적 지원: 자녀 여부와 무관한 수급권 지급, 노인기초연금의 확대, 노인 공공근로 확대 ⇒ 실효성 있는 치매예방 프로그램 운영 및 홍보 ⇒ 거동이 불편한 노인의 특성을 반영한 일자리 프로그램 발굴 및 운영 ⇒ 노인의 수치심을 자극하지 않는 보편 복지서비스 확대 ⇒ 노인복지관 담당 사회복지사의 이직/보직 전환을 최소화 ⇒ 노인 여가생활 및 삶의 질 향상을 위한 각종 노인 대상 프로그램 접근성 제고 (운영시간, 방법, 기관, 장소, 프로그램 특성 등)
	70A (1인 가구, 사별, 아들이 뇌출혈로 요양원)	- 20년전 남편과 사별, 경제적 어려움으로 인한 우울감 심화, 인간관계 단절, 병상에 있는 아들에 대한 걱정, 불행한 노년에 대한 비관 - 노인복지관 생활복지사의 주기적 자택 방문, 신경정신과 내원 경험이 있으나 정신과에 대한 본인의 부정적 인식으로 다시 가지 않음	
	80A	- 깊은 우울감, 외로움, 친밀한 관계가 없음, 소득이 없어 생계가 막막함, 치매가 우려됨, 도움을 얻어야만 하는 상황에 대한 수치스러움 - 노인복지관 생활복지사의 주기적 자택방문	
	전문가 면접조사	- 노인상담 전문인력의 부족. 노인상담에 대한 슈퍼비전을 해 줄 슈퍼바이저도 극히 드문 상황임. 노인상담 대상으로 상담 강의를 해 줄만한 사람도 많지 않음 - 노인상담기관의 확충이 필요함. - 어르신을 대상으로 한 정신건강에 대한 인식 환기 필요함. 우울이나 상담에 대한 부정적이고 왜곡된 인식에 대한 교육이 필요함. - 지역의 정신건강 증진센터, 건강가정지원센터에서 노인의 특성을 고려한 교	

생애주기	정신건강 문제 및 서비스 현황 및 문제점	주요 시사점(주요 과제)
		육 및 상담이 추가 확대되어야 함. - 현재 및 향후의 노인 대상 프로그램 및 서비스에 여성 노인들의 접근성을 높일 필요가 있음. - 손자녀 양육으로 인한 우울, 성인기 자녀와의 문제, 성인 미혼 자녀와의 문제(미혼성인자녀폭력 포함) 등으로 인한 상담 내용 증가 - 사회적으로 노인을 존중하는 분위기가 필요함 - 나이가 들면 여성이라기보다는 노인으로만 대하는 경향이 있음. 노인 여성의 여성성을 조명하는 분위기도 필요함. - 노인을 위한 위락시설, 프로그램, 독립생활이 어려운 노인에 대한 정책 개발 필요함 - 노년기 사람들이 마지막까지 갖고 있는 네트워크가 병원이라는 것을 고려할 필요가 있음 ⇒ 노인의 특성에 기반한 상담 프로그램 도입 필요함. 고령화 사회로 진입하면서 노인의 정체성, 의식의 변화가 필요함. ⇒ 가족구조의 변화에 따른 노인 정신건강 문제의 복합적 성격을 이해하는 것이 필요: 손자녀 양육으로 인한 양육 스트레스, 미혼성인자녀와의 갈등 및 폭력 ⇒ 노인 여성의 여성성 회복 프로그램. 노인 여성의 성(sexuality)과 친밀성에 근거한 프로그램 필요

V

서울시 여성의 정신건강 증진을 위한 정책 제언

1. 서울시 생애주기별 정신건강 지원 정책 방향
2. 생애주기별 여성의 정신건강 지원 정책

Seoul
Foundation of
Women &
Family

Ⅴ 서울시 여성의 정신건강 증진을 위한 정책 제언

1. 서울시 생애주기별 정신건강 지원 정책 방향

청소년기에서 노년기에 이르기까지 서울시 여성들의 정신건강 문제 지원방안을 도출하고자 한 본 연구는 정신건강 문제를 인지하고 있는 여성들과 서비스를 지원하고 있는 전문가 면접을 통해 현재 여성들이 인식하는 정신건강 문제의 내용을 파악하였고, 연구 결과를 토대로 서울시 여성의 정신건강 증진 정책의 방향을 제안하고자 한다.

정책의 가장 큰 방향은 서울시 '젠더·건강 종합계획'의 방향인 "모든 여성이 평생 건강하고 활기찬 서울"과 궤를 같이 하면서, 여성의 정신건강 지원 정책 방향을 크게 네 가지로 도출하였다.

1) 여성의 건강잠재력(health capability) 강화

여성의 정신건강을 지원하기 위한 정책의 기본적인 방향은 여성의 건강잠재력(health capability)을 강화하는 것이어야 한다. 건강잠재력은 사람들이 결과적으로 좋은 건강(good health)을 갖는 것만이 아니라 좋은 건강을 추구할 수 있는 능력을 모두 원한다는 사실에서 출발하고 있다. "개인이 자신의 능력을 알고, 일상적인 스트레스에 대처하며, 생산적으로 일을 하고 사회에 기여할 수 있을 정도의 정서적, 사회적 안녕상태"(WHO, 1999)라는 정의에서도 보듯이 여성의 정신건강 지원 정책의 궁극적인 목적은 여성들의 건강잠재력을 증진시키는 것이 되어야 한다.

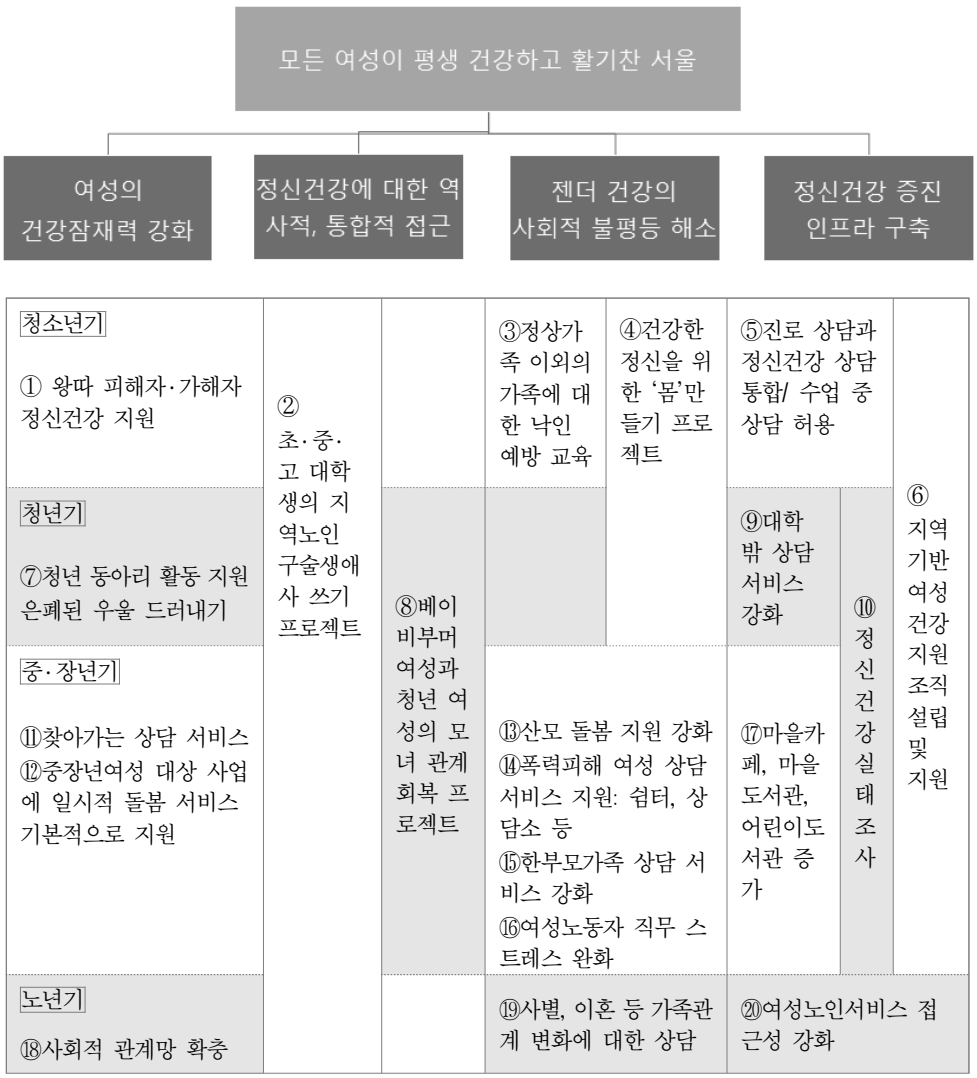
개인적으로 자신의 정신건강 상태를 정확하게 판단하고 우울감과 스트레스 요인을 극복하고 관리할 수 있는 관리 능력, 자신의 정신적 불건강을 야기시키는 사회적 규범에 저항할 수 있는 능력을 증진시키는 것이 필요하다. 이는 기본적으로 여성의 임파워링(empowering)을 통해서 성취될 수 있을 것이다. 건강잠재력 증진은 개인적으로 자신의 건강을 통제하고, 건강에 대한 지식과 전망을 가질 수 있는 내적요인과 사회적 규범 및 소속감, 사회적 네트워크와 물질적 환경 등으로 구성되어 있는 외적 요인을 모두 증진시키는 것이 필요하다. 여성의 정신건강 증진을 위한 건강잠재력 증진에서 외적 요인은 여성들이 놓여 있는 성차별적인 현실이 매우 큰 부분을 차지한다. 생애주기별로 여성에게 부과되는 사회적 규범과 차별, 여전히 빈번한 노동시장에서의 경력단절, 일·가족 영역에서의 지독한 불균형으로 인해 시간빈곤과 소득빈곤의 이중빈곤에 시달리는 여성들, 자신의 삶을 돌보고 지지해 줄 사회적 네트워크의 빈곤은 여성들의 정신건강에 위험을 주는 요인이라는 것을 인식하는 것이 중요하다.

2) 여성의 정신건강 문제에 대한 역사적·통합적 접근

청소년기부터 노년기에 이르는 서울시 여성에 대한 심층면접을 통해 여성의 정신건강 문제의 양상과 해결방안에 있어 정책적 개입을 모색한 본 연구는 여성의 정신건강 문제가 특정 시기에 국한된 문제가 아니라 오랜 시간 동안 축적된 결과로서 나타난다는 것이 다시 한 번 드러났다. 특히 청소년 시기의 폭력적 경험이 남긴 정신적 외상은 이후 이어지는 성인기에게까지 영향을 미친다는 점에서 성인기 여성의 정신건강에 대한 정책은 그 여성의 과거 삶의 이력을 감안한 통합적 관점이 요구된다.

다양한 생애주기에 속한 여성들의 정신건강 문제는 특히 여성들이 관계를 맺고 있는 가족들과의 관계 속에서 발생하는 경우가 많았다. 20대 청년여성들과 50대 베이비부머의 모녀 관계에 내재해 있는 폭력성은 어머니와 딸 양쪽에게 심각한 우울과 자살 시도로까지 이어지는 결과를 낳기도 한다. 육아 스트레스로 힘들어하는 30대 여성은 자신의 우울의 기원을 어머니의 육아 방식에서 찾기도 한다. 따라서 여성의 정신건강에 대한 지원 방안에서 여성들이 놓여 있는 젠더 관계와 더불어 세대 관계에 대한 천착이 필요할 것으로 보인다.

▌그림 Ⅴ-1▐ 서울시 여성의 생애주기별 정신건강 지원 정책 방향 및 세부 과제



3) 젠더 건강의 사회적 불평등 해소하기 위한 학교·가족·지역 중심 접근

생애주기별 여성의 정신건강을 지원 정책 방향에서 중요한 것은 정신건강 문제를 개인의 병리가 아니라 가족과 사회 시스템의 병리로 보는 관점이다. 따라서 개별적인 환자 치료에만 국한되는 것이 아니라 인구집단 중심의 보건의료 체계, 학교와 가족내 존재하는 불평등을 해소하기 위한 여성·가족 정책과의 접점을 찾는 것이 중

요하다. 이는 「서울시 여성·젠더 건강 종합계획」의 기본 철학인 지역기반의 건강 네트워크 혹은 정책 기반을 강화하는 것의 연장선상에 있다.

성평등한 가족생활은 아동기에서 노년기에 이르는 여성들의 정신건강에 영향을 미치는 중요한 외적 요인이 될 수 있다. 30대 여성의 산후우울증에 대한 정책적 개입은 이 여성의 부모, 남편, 아동기 건강으로 직결된다. 중·장년기 여성의 육아스트레스는 여성들에게 집중되어 있는 돌봄 시스템을 개선하는 것이 필요하다. 영유아 및 노인 돌봄을 이유로 가족에 고립되어 있는 여성들에게 필요한 사회적 관계망과 공동체를 만들기 위한 지역 차원의 사업이 적극 발굴되어야 한다.

4) 생애주기별 서울시 여성의 정신건강 증진을 위한 인프라 구축

○ 서울시 여성의 정신건강 실태조사

본 연구에서는 서울시 여성의 정신건강 지원방안을 도출하고자 정신건강 문제를 겪고 있는 여성들 중에서도 상담과 치료서비스를 받은 경험이 있는 여성들만을 대상으로 하였다. 어떤 면에서 보자면 이 연구에 참여한 여성들은 자신의 정신건강 문제를 인식하고 건강한 삶을 위해서 필요한 정보와 자원을 적극 활용하고 있는 여성들이라고 볼 수 있다. 이 연구에서는 포괄하지 못했지만 상담에 대한 최소한의 정보도 알지 못하고, 도움을 요청하지 못한 채 개인적인 수준에서 고립되어 있는 여성들의 정신건강 문제가 훨씬 심각할 수 있다. 따라서 서비스 지원체계 밖의 여성들까지 포괄 할 수 있는 서울시 여성의 정신건강 실태조사를 제안한다. 아동·청소년을 대상으로 정신건강 실태조사가 아동·청소년 정신건강 정책의 중요한 근거가 되듯이 여성을 대상으로 한 정신건강 실태조사를 실시함으로써 젠더 관점에서의 정신건강 정책의 근거로 삼을 필요가 있다. 이 실태조사에는 기존의 정신건강 지표에 생애주기별 성역할 규범에 따른 우울과 스트레스 요인을 포함할 수 있을 것이다.

○ 지역기반 여성건강지원조직 설립

여성의 정신건강 지원 방안에서 지역을 기반으로 한 건강지원 조직은 매우 중요

하다. 영유아, 장애, 노인 등 현실적으로 가족 내 돌봄을 담당하고 있는 여성들의 우울과 스트레스는 이들이 일상적으로 오가는 지역에서 서비스를 제공할 수밖에 없다. 마을 도서관, 마을 카페, 작은 도서관, 어린이 도서관, 실버 카페 등 현재 지역사회에서 운영되고 있는 공간에 여성의 건강에 관한 정보를 제공할 수 있을 것이다. 여성건강센터 혹은 여성건강카페를 설치하여 건강에 관한 정보뿐만이 아니라 지역주민을 대상으로 한 건강 프로그램 및 교육을 진행할 수 있다.

이 때 학교 폭력, 성폭력, 가정폭력 등의 폭력 경험, 가족 및 가까운 지인의 죽음을 목격하는 데서 오는 트라우마는 여성의 생애주기 전반에 걸쳐 영향을 미친다. 여기에 더하여 재난 및 재해 사고는 여성들에게 불안을 가중시킨다. 따라서 폭력피해지원시설, 가족지원시설 등 트라우마 가능성이 높은 여성에 대한 서비스 지원 시설에서 트라우마 상담 서비스를 강화 할 것을 제안한다.

2. 생애주기별 여성의 정신건강 지원 정책

1) 청소년기 여성의 정신건강 지원방안

○ 학습권에 선행하는 건강권 보장

상담교사들은 현재 청소년기 학생들의 정신건강 증진 서비스는 학업을 우선시하는 정책에 밀려 충분히 효과를 발휘하지 못하고 있다고 판단하였다. 학생들의 건강 잠재력을 향상시키기 위한 프로그램이라기보다는 학생들 사이에서 발생하는 문제들에 대한 사후 처리 및 선도의 목적에서 상담이 운영되기 때문이다. 수업을 듣는 것보다 자신의 고민을 들어줄 어른이 절실하게 필요한 학생들에게 안정적으로 상담을 제공할 수 있는 분위기가 되어야 한다.

○ 또래 집단 내의 낙인을 고려한 상담 프로그램 개발

수업 중 상담이 어려운 상황에서 담임교사의 의뢰와 정서행동검사 고위험군 학생에 대한 상담이 우선적으로 이루어지는 지금의 상황은 왕따와 폭력, 대인관계 등에서 스트레스를 받고 있는 학생들에게는 상담의 대상이 된다는 것 자체가 일종의 낙

인이 될 수 있다. 따라서 선별적으로 서비스를 제공하기 보다는 청소년기 진로와 적성, 성격, 우울, 불안 문제 등을 통합적으로 다룰 수 있는 심리/진로/적성 상담 서비스를 보편적으로 제공하는 것을 제안한다.

○ '왕따'문제와 정신건강에 대한 체계적 지원

청소년기의 '왕따'경험은 이후 대인관계에도 심각한 영향을 미친다. 본 연구에서 청년기, 중·장년기 여성의 정신건강 문제의 시작이 청소년기에 겪었던 왕따 경험에서 비롯되는 경우를 보아도 청소년기의 왕따 문제는 생애주기별 여성의 정신건강 지원 정책에서 중요하게 다루어야 하는 영역이다.

실제 왕따 폭력의 피해자이기도 하였던 30대 여성은 청소년기 왕따 문제에 대한 구체적인 대책 방안을 제시하였다. 우선 왕따돌림의 준말인 '왕따'라는 표현은 문제의 폭력성을 은폐하고 희화화하는 측면이 있다. 또한 '왕따'는 결국 따돌림을 당하는 피해자만을 지칭함으로써 폭력의 원인을 피해자가 돌리는 효과를 가져온다. 왕따 문제는 청소년기 여성들에게 정도의 차이는 있겠지만 매우 빈번하게 발생하는 문제이므로 이에 대한 교사·부모의 책임 있는 개입이 필요하다.

(1) 왕따 없는 학교 만들기 (기존 강화)

□ 필요성 및 방향

○ 청소년기 '왕따'의 폭력성에 대한 인식 제고

○ '왕따'폭력의 남학생과 여학생 특성에 기반한 정책 수립

□ 세부 추진과제 및 내용

① 피해자를 지칭하는 '왕따'대신 사건을 지칭할 수 있는 언어를 개발하여 왕따에 대한 인식 개선.

② 왕따로 인한 폭력 피해에서의 젠더 특성 감안하여 여학생들의 가해·피해 양상에 맞는 프로그램 개발.

③ '왕따'피해에 대한 사례 수집 배포, 왕따 없는 학교 인증

④ 마음건강학교 확대 실시: 일선 학교 교과과정에 마음건강학교의 내용을 다룰 수 있는 방안 모색

참고: 서울시 마음건강학교 프로젝트
청소년 학교폭력 예방, 정신건강 증진을 위해 2011년부터 서울시에서 추진, 교사가 직접 운영하는 「기본프로그램」과 학교 외 정신보건센터와 함께 진행하는 「선택프로그램」이 있음

▢ 기대 효과

○ 청소년기 왕따 문제로 인한 정신건강 문제를 해결하여 성인기 정신건강 문제로 축적되는 것을 방지

○ 대인관계에서의 스트레스를 호소하는 여학생들의 학교생활 문제 해결을 통한 건강잠재력 향상

▢ 관련 부서

○ 서울시 교육청/ 서울시 정신건강증진센터/ 각 지역 초·중·고등학교/ 학교 밖 청소년보호시설/ 복지건강실/ 여성가족정책실

(2) 통합적 관점에서의 상담 제도 운영

▢ 필요성 및 방향

○ 정신건강 상담에 대한 낙인 문제 해결

○ 청소년기 발달 단계에 적합한 상담 서비스 제공

▢ 세부 추진과제 및 내용

① 진로, 적성, 자아 찾기, 가족관계, 친구관계 등의 문제가 동시에 작동하므로 상담 서비스를 통합하고, 의무적으로 제공

② 정서행동검가 고위험군 학생만이 아니라 모든 학생이 자신의 적성과 진로, 정신건강에 대해서 체계적인 상담을 받을 수 있는 제도 마련

③ 현재 학교에서 진행되는 위클래스 상담교사를 확대하고, 학생들과 일상적으로 더 많이 만나는 교사를 대상으로 정신건강증진 필요성 인식 연수 실시

▢ 기대 효과

○ 청소년기 건강권 실현

○ 보편적 상담 서비스를 제공함으로써 청소년들에 대한 사회적 돌봄, 지지 체계 강화

▢ 관련 부서

○ 서울시 교육청/ 서울시 정신건강증진센터/ 각 지역 초·중·고등학교/ 학교 밖 청소년보호시설/ 복지건강실/ 여성가족정책실

(3) 건강한 정신을 위한 '몸' 만들기 프로젝트

▢ 필요성 및 방향

○ 청소년기, 청년기 여성들의 외모에 대한 강박이 무리한 다이어트, 성형수술, 섭식장애로 이어짐

○ 건강한 '몸'에 대한 인식 제고 및 생활 개선 프로젝트 필요함

▢ 세부 추진과제 및 내용

① 부모·교사를 대상으로 젠더 관점에서 여성의 몸과 건강 관련 교육 실시

② 관계 문제에서 우울·스트레스 경험률이 높은 청소년기, 청년기 여성들에게 함께하는 신체활동을 통해 관계 개선의 기회 제공

③ 청소년 및 청년을 대상으로 한 상담 및 교육 프로그램에 현재 여성들에게 사회적으로 요구되는 외모에 대한 이해와 그로 인한 여성들의 스트레스에 대한 이해가 선행되어야 함.

▢ 기대 효과

○ 청소년기 및 청년기 건강권 실현

○ '몸'에 대한 긍정을 통해 정신건강 실현

▢ 관련 부서

○ 서울시 교육청/ 서울시 정신건강증진센터/ 각 지역 초·중·고등학교/ 학교 밖 청소년보호시설/ 복지건강실/ 여성가족정책실

2) 청년기 여성의 정신건강 지원방안

○ 자신의 고통을 이야기 할 수 있는 공간 또는 프로그램

은폐된 우울, 이름 없는 우울감과 무력감을 호소하는 청년 여성들을 위한 일회적

자조모임을 제안한다. 대인관계의 스트레스를 우울감의 주요 원인으로 생각하는 20대 여성들은 지속적인 상담을 통한 관계 맺음도 부담스러워하기 때문에 일회적이고 익명이 보장되는 상황에서 자신의 감정을 이야기 할 수 있는 공간이 필요하다. 친밀한 관계 맺기 자체를 힘들어 하는 20대 여성이 자신의 이야기를 경청하는 사람들 속에서, 자신의 고통을 언어화하는 것은, 건강 잠재력을 키우기 위한 최소한의 마중물이 될 것으로 보인다.

○ 대학 밖의 청년층 정신건강 지원 서비스 필요

현재 청년여성의 정신건강 지원체계에서 중요한 역할을 담당하고 있는 부분은 대학내 상담센터로 보인다. 그러나 대학을 중심으로 이루어지고 있는 청년층 정신건강 지원 서비스 한계를 극복하는 것이 필요하다. 우선 현재 서울시에서 제공하고 있는 서울시 청년대상 정신건강 조기검진(SEMIS, Seoul Early Management & Improvement System) 서비스에 대한 홍보를 강화 할 필요가 있다. 심층면접에 참여한 20대 여성들 중 이 서비스에 대해서 알고 있는 사람이 아무도 없어 이 서비스에 대한 소개를 하고 모니터링을 부탁하였다. 아래의 모니터링 결과에서도 보듯이 이 서비스에 대한 접근 자체가 쉽지 않으므로, 이에 대한 홍보를 강화하는 것이 필요하겠다.

"청년 정신건강조기검진 서비스(이하 조기검진) 자체에 접근하는 것이 매우 힘들었습니다. 서울시 정신건강증진센터에 들어가도 조기검진서비스에 대한 안내나 배너를 발견하지 못했습니다. 네이버에 '조기정신건강' 이라고 쳐야 블로그 등에서 조기검진을 받을 수 있는 사이트를 발견할 수 있었고, 블로그의 링크를 클릭했을 때 다른 사이트로 연결되는 등 프로그램 이름을 제대로 모른다면 거의 찾기 힘든 모습을 보였습니다. SEMIS라고 검색했을 때만 링크가 바로 떴습니다. 연관검색어에 정신건강증진센터가 있을 법도 한데 연관 검색어가 뜨지도 않았고, 네이버에 SEMIS를 입력했을 때도 정신건강과 관련된 연관어가 뜨지 않았습니다."

(1) 은폐된 우울 드러내기: 청년 동아리 활동 지원

□ 필요성 및 방향

○ 정신건강 지원 정책의 사각지대인 청년기 여성 지원

○ 청년기 여성들의 은폐된 우울을 드러내고 자조모임을 통한 해결

▢ 세부 추진과제 및 내용

① 친밀한 관계 형성에 어려움을 겪고 있는 청년기 여성들을 대상으로 한 다양한 동아리 활동 지원

② 동아리 활동의 예: 심리상담가의 주재하에 자조모임/ 문화 활동, 취업준비 활동 지원 등

▢ 기대 효과

○ 청년기 여성 정신건강 증진

▢ 관련 부서

○ 서울시여성가족정책실, 서울시복지건강실, 서울시여성가족재단

(2) 대학 밖 상담 서비스 강화

▢ 필요성 및 방향

○ 청년기 여성의 우울·스트레스·자살충동은 모든 연령층에서 가장 높게 나타나고 있음

○ 청년기 여성의 정신건강 지원 서비스는 대학을 중심으로 이루어지고 있기 때문에 대학 밖 혹은 졸업 이후 청년기 여성은 정책 사각지대에 놓여있음

▢ 세부 추진과제 및 내용

① 대학 졸업 후 상담 서비스를 받을 수 있는 서비스 제공

② 서울시정신건강증진센터 서비스, 건강가정지원센터 가족상담 서비스 등 기존의 서비스에 대한 적극적인 홍보

③ 자살예방전화(1577-0199)가 '자살'에만 초점을 맞추기보다 좀 더 광범한 정신적 위기와 관련된 정신건강 문제를 상담할 수 있는 서비스로 개편 강화

▢ 기대 효과

○ 청년기 여성에 대한 서비스 사각지대 해소함으로써 생애주기별 정신건강 지원 체계 보완

▢ 관련 부서

○ 서울시여성가족정책실, 서울시복지건강실, 서울시정신건강증진센터, 보건소

3) 중·장년기 여성의 정신건강 지원방안

○ 우울증을 가진 여성의 특성에 기반한 서비스 개발

여성의 정신건강 지원 정책의 효과성을 높이기 위해서는 실제 우울증을 경험하고 있는 여성들이 필요로 하는 정책 방향을 이해하는 것이 필요하다. 본 연구에 참여한 여성들의 이야기를 토대로 여성의 우울증 특성에 기반한 정책을 세 가지 정도로 제안한다.

첫째, 우울증을 가진 여성들에 대한 찾아가는 상담서비스가 필요하다. 여성들에게 우울감은 대인관계에서의 문제와 동반되어 있거나, 경제적인 문제, 신체적인 문제와 겹쳐 집 안에 고립되어 있는 경우가 많다. 서울시의 가정방문 건강관리 서비스에 정신건강과 관련된 상담 서비스를 추가하는 것을 생각해 볼 수 있다. 산모 및 노년기 여성을 대상으로 한 가정방문 서비스에 그 시기 여성들의 우울 및 스트레스와 관련된 항목을 추가하거나, 이혼·폭력·사별 등 위기 가족의 중·장년 여성으로 확대하여 실시하는 것을 제안한다. 둘째 여성의 우울증 지원 정책에서 접근성은 무엇보다 가장 중요하다. 걸어서 갈 수 있는 거리에 도움을 요청할 수 있는 공간 및 서비스 지원기관을 만드는 것이 필요하다. 셋째 우울증을 가진 여성은 자신의 신변이 드러나는 것을 원하지 않았다. 자신이 정신건강에 문제가 있다는 것을 주변 사람들이 알게 될 경우 자신에게 가해질 불이익, 사회적 낙인의 문제가 스트레스로 작용할 수 있기 때문이다.

○ 여성의 생활세계를 고려한 정신건강 지원 서비스

전문가 면접에서 여성 우울증에 대한 사업의 경우 서비스 접점을 찾는 것이 어렵다는 점이 제기되었다. 이에 여성의 생활세계를 고려한 접점 개발이 필요하다. 육아 및 가사노동으로 인해 개별가족에 고립되어 있는 여성들의 상황을 고려한 서비스 개발 및 지원을 적극 발굴 할 것을 제안한다. 예를 들어 3세 미만의 영유아를 돌보고 있는 여성을 대상으로 한 사업에서는 돌봄 서비스가 기본적으로 제공될 것을 의무화해야 한다. 정신건강에 관한 정보와 정책 및 서비스에 대한 정보를 받을 수 있는 교육 프로그램이 필요하다. 교사를 대상으로 한 정신건강 연수 교육 프로그램처

럼 전업주부를 대상으로 한 교육 프로그램을 개발하여 온라인으로 제공하거나 평생교육기관에서 제공할 수 있을 것이다. 일·가족 양립과 노동현장에서 기인하는 스트레스와 우울은 일차적으로 성평등한 노동 환경이 달성되어야 하겠지만 우선 이 여성들의 생활시간을 고려하여 주말 혹은 저녁시간에 참여할 수 있는 명상 프로그램, 강연 등을 기획할 수 있을 것이다.

○ 가족 통합 서비스에 정신건강 서비스 강화: 한부모 가족, 조손가족, 가정폭력 피해 지원 등

현재 중·장년층 여성의 정신건강 지원방안의 중요한 방향 중 하나는 가족지원시설에서 상담 및 정신건강 지원 내용을 강화하는 것이다. 건강가정지원센터의 가족상담 서비스, 한부모가족지원센터의 심리 상담, 가정폭력피해여성 보호시설에서의 심리상담 등을 강화할 필요가 있다. 본 연구에 참여한 폭력피해여성과 이혼 및 사별로 인한 한부모 가족 여성들은 위기 상황이 발생했을 때 자신을 비롯한 자녀들의 심리적 상태에 대한 정확한 진단과 그에 따른 전문적인 치료의 필요성을 강하게 주장하였다. 여성보호시설은 정신건강 측면에서 가장 취약한 여성들이 공동 거주하는 공간이므로 보호시설에 거주하는 동안 여성들의 정신건강을 지원할 수 있는 상담 및 명상 치유 프로그램을 의무적으로 받을 수 있도록 하는 것이 필요하다. 이 밖에 손자녀 돌봄 책임 맡고 있는 여성들의 육아 스트레스와 우울에 대한 집중조명도 필요하다. 조손가족에 대한 지원과 더불어 1인 가구 여성에 대한 지원에서도 정신건강의 측면을 고려하여 이들의 건강잠재력을 높이고 임파워링(empowering)할 수 있는 프로그램 개발을 제안한다.

(1) 중·장년 여성의 사회참여활동에 돌봄 서비스 제공

□ 필요성 및 방향

○ 육아 및 돌봄으로 인해 가족에 고립되어 있는 여성들의 정신건강 지원에 필요한 서비스 접점이 미흡함. 아이, 노인, 장애인등 돌봄을 이유로 고립되어 있다는 것이 중·장년기 여성들의 우울과 스트레스에 영향을 미침.

○ 중·장년기 여성들의 사회참여활동을 지원하기 위한 돌봄서비스가 제공되어야 함.

□ 세부 추진과제 및 내용

① 30대에서 50대 여성을 대상으로 한 교육, 강연, 사회참여 활동에 돌봄 지원 서비스를 의무적으로 제공

② 현재 아이돌보미 서비스가 일부 제공되고 있기는 하지만, 여성들의 활동 촉진에는 역부족이므로 이를 대폭 확대하여 제공

③ 공공기관에서 주관하는 사회참여활동이 돌봄과 배치되지 않도록 사업 구상할 것을 제안

□ 기대 효과

○ 육아, 장애인 돌봄, 노인돌봄 등 돌봄을 이유로 가정에 고립되어 있는 여성들의 사회활동 촉진을 통한 정신건강 증진

□ 관련 부서

○ 서울시여성가족정책실, 서울시정신건강증진센터, 건강가정지원센터

(2) [세대통합] 베이비부머-청년세대의 모녀관계 회복 프로젝트

□ 필요성 및 방향

○ 급격한 사회변동과 젠더질서의 변화는 모녀간 갈등을 심화시키는 요인으로 작동함

○ 50대 여성과 20대 여성의 정신건강에 모녀관계에서 비롯되는 갈등이 주요한 요인으로 나타나고 있음

○ 20대 딸과 50대 어머니의 관계에서 발생하는 갈등은 이후 어머니의 노년기, 딸의 중·장년기로 이어지는 삶에까지 영향을 미친다는 점에서 매우 중요한 시기임

□ 세부 추진과제 및 내용

① 20대 딸의 생애주기 과업, 취업·결혼·출산·육아 등과 관련하여 50대 어머니의 인식과 20대 딸의 인식 차이로 인한 갈등 해결을 위한 교육 및 상담

제공. 이 때 모녀관계의 갈등을 어머니-딸이라는 가족관계의 접근에서 벗어나 어머니세대와 딸세대의 문제로 접근할 것을 제안함

② 모녀가 함께하는 사회공헌(자원봉사 활동 등)

③ 모녀가 함께 하는 청년문화페스티벌 참가

□ 기대 효과

○ 건강한 모녀관계를 통한 청년기와 중·장년기 여성의 정신건강 증진

□ 관련 부서

○ 서울시여성가족정책실, 서울시정신건강증진센터, 건강가정지원센터

(3) 산모돌봄 지원 강화

□ 필요성 및 방향

○ 산후 우울, 육아 스트레스로 인한 여성의 우울증 감소

○ 고령 산모의 증가에 맞는 산모 돌봄서비스 강화가 요구됨

□ 세부 추진과제 및 내용

① 산후 우울, 육아 스트레스는 생물학적인 원인뿐만 아니라 출산 후 산모에 대한 적절한 돌봄이 제공되지 않았기 때문임. 따라서 산후 우울이 많이 보고되는 출산 후 최소 6개월 ~ 1년 사이의 산모를 대상으로 한 돌봄 서비스 강화하여 서비스 제공

② 고령 산모의 증가는 산후 우울과 신체적 건강 약화가 같이 오기 때문에 돌봄 내용에 신체적·정신적 건강 증진의 내용을 같이 포함시킴

③ 성평등한 가족 문화, 부모됨의 철학, 일·가정양립, 가족관계 갈등 해결과 관련된 정보들을 제공함으로써 출산 이후 생활에 대한 막연한 불안과 근거없는 낙관 등에 대한 현실 인식 제공

□ 기대 효과

○ 출산 직후 산모에 대한 돌봄을 집중함으로써 산후 우울을 경감시키고 이후 육아 스트레스 및 노동 복귀 문제에 대한 종합적 정보를 제공하여 건강 잠재력 강화

▢ 관련 부서

○ 서울시여성가족정책실, 서울시정신건강증진센터, 건강가정지원센터

(4) 폭력피해 여성 정신건강 증진 강화

▢ 필요성 및 방향

○ 학교폭력, 성폭력, 가정폭력 등 폭력피해 여성의 정신건강 증진

○ 폭력피해 여성의 사회통합

▢ 세부 추진과제 및 내용

① 폭력피해 여성의 정신건강은 전문적인 상담 및 의료기관과의 연계를 통해 향후 일상생활에서 발생할 수 있는 문제를 사전에 예방함

② 성폭력·가정폭력 상담소 및 보호시설에서 피해여성들에 대한 전문적인 상담을 장기간 제공함

▢ 기대 효과

○ 폭력 피해 여성의 정신건강 증진

○ 트라우마 극복과 사회 통합

▢ 관련 부서

○ 여성폭력피해시설, 서울시여성가족정책실, 서울시정신건강증진센터, 건강가정지원센터

(5) 한부모 가족 정신건강 지원 방안 강화

▢ 필요성 및 방향

○ 한부모가족 구성원에 대한 정신건강 증진

○ 위기가족 지원

▢ 세부 추진과제 및 내용

① 이혼, 사별 등으로 한부모 가족이 된 가족 구성원을 대상으로 상담 서비스를

통해 초기 개입. 한부모가족지원센터의 상담 기능에서 정신건강, 자녀상담 부분의 내용을 대폭 강화

② 이혼, 사별 등의 생애사건을 경험하였을 경우 일차적인 상담에 스트레스 완화, 노동 및 가족생활에 필요한 정보등을 모두 포함하여 제공

③ 쉼터에 거주하는 여성, 자녀들은 의무적으로 상담을 받을 수 있는 시스템 마련

□ 기대 효과

○ 한부모가족 가구주와 자녀에 대한 조기 개입 상담을 통해 정신건강 문제 확대 예방

□ 관련 부서

○ 한부모가족지원센터, 서울시여성가족정책실, 건강가정지원센터

4) 노년기 여성의 정신건강 지원방안

○ 노년기 여성의 정신건강 문제의 복합적 측면을 고려한 지원정책

노년기 여성의 정신건강은 전 생애에 걸쳐 축적되어온 문제와 노화로 인한 문제가 결합되어 매우 중층적으로 나타난다. 노화로 인한 신체적 기능 저하에서 기인하는 우울감과 자존감의 저하, 가족갈등과 불안정한 노후 준비, 여기에 더하여 성인자녀 및 배우자에 대한 돌봄까지 맡아야 하는 등 여성 노인의 정신건강을 위협하는 요소는 매우 다양하다. 노년기에 만성질환 및 치매 등으로 인해 자녀에게 짐이 된다고 생각할 때 동반자살을 생각하는 경우가 많아 노인 자살률을 높이는 원인이 되고 있다. 노년기 여성의 정신건강 지원 정책은 여성노인의 가족갈등, 돌봄 부담, 신체적 건강 지원 등과 관련된 분야에서의 정보 제공과 지원이 수반되어야 할 것이다.

○ 여성 노인의 상담에 대한 접근성 강화

전문가 면접 조사에 따르면 여성 노인의 상담은 남성 노인에 비해 자녀의 의뢰에 의한 경우가 많고, 폭력 피해 경험이 있는 경우 건강잠재력이 매우 낮아 자신의 건

강을 위해서 정보를 검색하고 도움을 요청하는 행위성을 발휘하기가 어렵다. 남성에 비해 불건강하게 오래 살고 있는 여성 노인들에게서 우울증이 높은 비율로 보고되는 만큼 여성 노인의 정신건강 증진을 위해 기본적인 상담 서비스에 대한 접근성을 강화해야 한다.

○ 여성 노인의 사회적 관계망 확충을 위한 공동체 활동

서울시여성가족재단(2013)의 연구에 따르면 서울시 고령 1인 가구 여성의 가장 큰 위험 요소로 칩거와 자기 돌봄 기능의 약화로 나타나고 있다. 이는 향후 여성 노인의 정신건강에도 직결되는 문제이다. 가족 및 이웃 등 사회적 관계망으로부터 소외되고 고립되어 있는 여성 노인들이 활동 할 수 있는 마을 공동체와 공간을 마련하는 것이 필요하다. 이는 본 연구에서 서울시 여성의 정신건강 지원 정책의 가장 중요한 방향이라고 할 수 있는 '건강 잠재력'의 실현이라는 측면에서도 매우 중요하다. 여성 노인들이 자신의 정신건강을 증진시킬 수 있는 방법은 사회적 관계망의 회복을 통해 앞으로 예상되는 정신건강 위험 요소에 좀 더 적극적으로 대처할 수 있는 자원을 만드는 것이 중요하기 때문이다.

(1) [세대통합] 할머니가 들려주는 서울 역사 이야기

▢ 필요성 및 방향

○ 지역기반 세대통합 프로그램을 통한 여성 노인 우울증 예방

○ 여성 1인 가구 사회적 고립 예방

▢ 세부 추진과제 및 내용

① 지역의 초·중·고 대학생들과 여성독거노인을 연계하여 마을역사쓰기 프로젝트 실시

② "기억으로 쓰는 서울 여성 역사", "기억으로 쓰는 서울 마을 역사"등의 자료집 생산, 초·중·고 대학생들의 학교 과제 및 수행평가와 연계할 수 있는 방안 모색

▢ 기대 효과

○ 여성독거노인을 봉사와 도움의 대상으로만 바라보는 것이 아니라 사업의 주체로 만들어 건강잠재력을 향상시킴

▢ 관련 부서

○ 각 지역 초·중·고 대학교, 노인종합복지관, 서울시복지건강실, 서울시여성가족정책실

참고문헌

강윤희 외(2012), “지역사회 노인의 사회적 지지, 고독감, 수면의 질, 지각된 건강상태에 관한 연구”, 『한국보건간호학회지』, 26(2): 303-313.

강은정(2009), “호주 빅토리아주 정신건강 개혁 전략 2009~2019와 시사점”, 『보건복지포럼』, 155: 77-87.

_____(2013), “건강증진을 위한 부문 간 협력의 이해”, 『보건교육·건강증진학회지』, 30(4): 17-24.

공은숙·김은주(2010), “외모가꾸기 프로그램이 여성치매노인의 자아존중감과 불안에 미치는 효과”, 『한국노년학』, 30(3), 815-830쪽.

곽삼근 외(2005), “생애주기별 성역할 발달 및 갈등”, 『한국여성학』, 21(2), 147-179쪽.

_____(2008), “여성노인의 젠더 불평등 경험과 인식 전환에 대한 연구”, 『한국여성학』, 24(4), 141-174쪽.

국립정신보건교육연구센터 (2012), 『우리나라 여성의 정신건강증진방안』, 국립서울병원 국립정신보건교육센터.

권중돈 외(2012), “독거노인의 자살위험 영향요인에 관한 연구: 고독감의 영향 및 무망감의 매개효과 검증을 중심으로”, 『보건사회연구』, 32(1)

김경숙 외(2012), “자기효능감, 사회적지지, 피로, 양육스트레스가 산후우울증에 미치는 영향”, 『한국모자보건학회지』, 16(2)

김나현 외(2013), “어린 아동을 둔 취업모의 양육부담감 경험에 대한 현상학적 연구”, 『여성건강간호학회지』, 19(3).

김남순 외(2013), 『한국여성의 건강통계』, 질병관리본부.

김남순·김유미(2013), “한국 여성의 전반적 건강수준의 차이”, 『보건복지포럼』, 210: 5-16.

김명희 외 (2004), “한국 여성의 우울관리, 삶의 질 향상을 위한 건강증진 프로그램 개발”, 『젠더와 사회』(2:3), 217-238쪽.

김영택 외(2013), 『한국의 여성건강증진 정책 추진전략을 위한 외국 사례연구』, 한국여성정책연구원.

김오남(2004), “한부모가족 여성가장의 심리적 안녕과 관련변인 연구”, 『한국가족복지학』, 14.

김원경(2014), “한국 초, 중, 고등학생의 자살생각에 영향을 미치는 심리적 변인”, 한국청소년정책연구원 『한국청소년연구』, 25(3), 199-231쪽.

김유심·곽지영(2010), “빈곤여성가장의 생활사건 스트레스, 사회적지지, 가족응집력이 우울에 미치는 영향”, 『서울도시연구』, 11(1)

김정란·김혜신(2014), “한부모가족 가구주의 우울에 미치는 영향 요인- 가구주의 성차를 중심으로”, 『한국가족관계학회지』, 19(1)
김지수(2012), “성별에 따른 청소년의 자살생각과 관련요인”, 한국콘텐츠학회 『한국콘텐츠학회논문지』, 12(12), 261-268쪽.
김진영·송례리아(2012), “고용형태와 주관적 경제수준에 따른 대인갈등의 차이와 심리적 안녕”, 한국사회학회, 『한국사회학』, 46(1), 101-129쪽.
김진이(2009), “생활사건 스트레스와 만성적 스트레스 경험이 유아기 자녀를 둔 저소득층 어머니의 우울에 미치는 영향”, 『한국가족복지학』, 26
김춘미 외(2008), “여성독거노인의 삶”, 『대한간호학회지』, 38(5).
김혜령(2014), “여성독거노인의 우울과 위험요인”, 『한국위기관리논집』, 10(2).
김희경 외(2010), “여성독거노인의 삶의 질 영향요인”, 『한국노년학』, 30(2).
남궁연옥 외(2007), “도시지역 일부 산모들의 산후우울과 사회적 지지와의 관련성”, 『한국모자보건학회지』, 11(2).
남정연 외(2013), 『통계로 보는 서울여성』, 서울시여성가족재단.
남현주·이현지 (2005), “여성노인이 지각하는 통제감이 우울감과 만족도에 미치는 영향”, 『노인복지연구』, 27
노혜진·김교성(2010), “시간과 소득의 이중빈곤”, 『사회복지연구』 41권 2호, 159-187쪽
모상현 외(2013), 『아동청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅲ』, 한국청소년정책연구원.
문대근 외(2013), “청소년의 자살 생각 관련 변인들 간의 인과적 구조 분석: 가족응집성, 가족적응성, 자아존중감, 집단따돌림 그리고 우울을 중심으로”, 한국아동학회, 『아동학논총』, 34(3), 93-112쪽.
문용린 외(2007), “학교폭력의 발생과정에 대한 남녀차이 분석: 피해자 상담사례분석을 중심으로”, 『교육심리연구』 21(3), 703-722쪽.
박기남(2011), “20-30대 비혼 여성의 고용불안 현실과 선택”, 한국여성학회, 『한국여성학』, 27(1).
박병금(2007), “청소년의 가족환경요인과 자살생각 - 자아존중감과 우울의 매개효과를 중심으로: 청소년의 가족환경요인과 자살생각”, 충북대학교생활과학연구소, 『생활과학논총』, 11(1), 1-17쪽.
박시내 외(2013), “제5장 인구센서스 생애주기 분석 Ⅰ: 가족 및 개인의 생애주기 특성 분석”, 『2013년 하반기 연구보고서 Ⅱ』, 통계청.
배정이(1996), “산후 우울 경험에 관한 연구- 근거이론적 접근”, 대한간호학회, 『대한간호학회지』, 26(1)
백경흔(2009), “손자녀 돌봄 경험이 여성 건강에 미치는 영향-신체 및 정신건강을 중심으로”, 『여성건강』, 10(2)
서경현·양승애(2010), “여대생의 자기애 및 자아존중감과 대인관계 스트레스 및 심리적 스트레스”, 대한스트레스학회, 『스트레스연구』, 18(4), 371-378쪽.

서신자·정민숙(2013), “가족탄력성이 청소년의 자살생각에 미치는 영향”, 한국콘텐츠학회, 『한국콘텐츠학회논문지』, 13(5), 262-274쪽.
서울시정신건강증진센터(2013),『2013년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사 보고서』, 서울시정신건강증진센터.
성미애(2014), “40, 50대 비혼 여성의 자유로운 비혼의 삶, 불안한 노후, 그리고 정책으로부터의 소외”, 한국가족관계학회,『한국가족관계학회지』, 19(2).
송다영(2001), “저소득층 여성의 산전후기 정신건강서비스 이용실태와 사회적 지원에 관한 연구: 미국 공공부조 수혜자 여성의 사례를 중심으로”,『여성건강』, 2(1)
_____(2013), “여성주의 관점에서 본 생애주기별 복지와 돌봄 패러다임”,『페미니즘 연구』 13(1), 93-129쪽
송리라·이민아 (2012), “성역할 태도와 우울: 성별·연령집단별 비교분석”, 한국인구학회,『한국인구학』, 35(3)
송진희(2012), “여성정신건강증진 정책동향: 영국을 중심으로”,『정신건강정책포럼』 6, 76-94쪽.
신유경·최연실(2013), “산후우울에 미치는 자기효능감, 부부갈등 및 산전우울의 영향”, 한국가족관계학회,『한국가족관계학회지』, 18(1).
신현균·장재윤 (2003), “대학 4학년생의 성격특성과 성별에 따른 취업 스트레스 및 정신건강”, 한국심리학회,『한국심리학회지:임상』 22(4), 815-827쪽.
신혜숙·백승남 (2003), “정상체중과 과체중 여대생의 신체상, 자아존중감, 우울에 관한 연구”, 대한간호학회,『대한간호학회지』 33(3), 331-338쪽.
신희천 외(2008), “대학졸업 청년실업과 정신건강의 관계 : 자기회귀 교차지연 모형의 적용”, 한국사회조사연구소,『사회연구』 2(2), 43-75쪽.
오소이·전혜정(2014), “손자녀 양육 경험이 중노년 여성의 정신건강에 미치는 영향: 자녀와의 관계 만족도의 매개효과 검증”,『육아정책연구』 8(1), 211-238쪽.
윤초희 외(2014), “국내 학교폭력 예방 프로그램의 효과에 관한 메타분석”,『아시아교육연구』 15(1), 189-215쪽.
이경숙 외(2013), “전국 여대생의 우울 영향 요인”, 대한근관절건강학회,『근관절건강학회지』 20(2), 112-121쪽.
이노우에 요시야스 (2014), 『건강의 배신 : 건강불안과 과잉의료의 시대 의료화 사회의 정체를 묻다』, 김경원 역, 돌베개.
이동옥(2005), “노인여성의 의존자로서의 지위와 보살핌을 받을 권리”,『여성건강』, 6(2)
이민아(2010), “결혼상태에 따른 노인의 우울도와 성차”,『한국사회학』, 44(4).
이병혜(2009), “매스미디어의 신체이미지와 자아존중감, 우울에 미치는 영향”, 한국방송학회,『한국방송학회보』 23(3), 166-204쪽.
이성은 외(2012),『서울시 비혼여성 1인가구 정책지원방안수립』, 서울시여성가족재단.
이수인·임애덕 (2007), “한부모의 과거 부부관계의 질, 자녀 스트레스, 대인관계 스트레스가

우울에 미치는 영향의 성별차이", 한국사회학회, 『한국사회학』, 41(4).
이지연 외(2008), "중산층 양육조모와 비양육 조모의 양육스트레스 및 정신건강 실태조사", 한국심리학회, 『한국심리학회지: 여성』, 13(3)
이창호 외(2005), 『청소년 정신건강 관련 요인 연구』, 한국청소년상담원, 『청소년상담연구』, 115.
임도희 외(2014), "여성건강연구 관련 법, 관리체계 및 연구현황에 대한 국가 비교", 『한국모자보건학회지』, 18(1): 13-23쪽.
임인숙(2004), "외모차별 사회의 성형경험과 의향", 한국여성학회, 『한국여성학』, 20(1), 95-122쪽.
_____(2013), "중·하층 중년여성의 경제활동과 경제자원: 심리적 자원과 사회적지지의 축적 맥락", 한국여성학회, 『한국여성학』 29(2).
임인숙 외(2012), "유급노동과 무급 가사노동의 질이 성인 남녀의 우울에 미치는 영향", 『한국사회학』 46(2).
장재윤 외(2004), "대학 4학년생의 구직 행태에서의 성차", 『한국심리학회지:일반』 23(2), 145-165쪽.
장필화·조영미(2001), "한국 여성건강 정책 성별분석을 위한 시론", 『여성건강』 2(1), 1-27쪽.
전진아(2014) "한국 성인의 성별 정신건강 수준 차이: 우울을 중심으로". 『보건복지포럼』 2014(4), 17-26쪽.
정연이·김혜원(2014), "산후우울 영향요인과 모성 정체성과의 관련성", 『여성건강간호학회지』, 20(1).
정진주 외(2013, 『생애주기별 여성건강관리시범사업 모니터링 보고서』, 사회건강연구소·서울특별시.
정진주(2014), "캐나다의 여성건강 기반 구축 현황: 한국사회의 함의를 찾아서", 『페미니즘연구』 14(1): 153-191.
정현숙(2009), "부모-대학생 세대 간 갈등 사례연구: 실제 커뮤니케이션에 초점을 둔 다차원적 접근법을 중심으로", 한국소통학회, 『스피치와 커뮤니케이션』 11, 7-46쪽.
조금숙·조증열(2004), "취업주부와 전업주부의 심리적 안녕감: 성역할태도, 스트레스 및 결혼만족도의 조절효과", 한국심리학회, 『한국심리학회지: 여성』, 9(3).
조인숙 (2011), "여성의 사회경제적 지위와 건강: 역할 간 대립이 여성의 건강에 미치는 영향", 『여성경제연구』, 8(1)
천숙희(2008), "청소녀의 지각된 속박감, 분노 및 우울의 관계", 여성건강간호학회, 『여성건강간호학회지』, 14(4): 239-247.
천희란·정진주(2008), "젠더와 건강: 성인지적 보건정책을 위한 시론", 『보건행정학회지』, 18(2), 130-156쪽.
최경원 외(2012), "사별 여성노인의 가구유형에 따른 삶의 만족의 차이와 영향요인에 관한 연구", 『노인복지연구』 55, 85-104쪽
최기홍·정은주(2013), "노년기 인지기능과 우울에 관한 연구: 성별과 결혼상태 효과를 중심

으로", 『한국심리학회지: 여성』 18(1), 17-31쪽.
최윤경(2010), "여성의 정신건강에 대한 고찰", 『젠더와 문화』 3(1), 203-232쪽.
최은진(2013), "청소년 정신건강 지원 및 연계체계 개선방안", 한국보건사회연구원, 『보건복지포럼』 7, 61-70쪽.
최인재 외(2011), 『아동청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ』, 한국청소년정책연구원.
최인재 외(2012), 『아동청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ』, 한국청소년정책연구원.
토마스 라커(2000[1990]), 『섹스의 역사: 고대에서 현대에 이르는 남성과 여성의 변천사』, 이현정 역, 황금가지.
표정선(2009), "국민건강통계에 나타난 성별차이와 여성 내 차이: 정신건강, 의료이용, 만성질환을 중심으로", 『여성건강』 10(1), 65-114쪽.
한경혜·손정연(2012), "노년기 여성의 결혼지위와 건강에 관한 종단 연구", 『한국인구학』, 35(1), 211-238쪽.
한병철(2012), 『피로사회』, 김태환 역, 문학과지성사.
Butler J. (1990), 『젠더트러블』, 조현준 역, 문학동네.
Doyal, L.,(2010[1995]), 『무엇이 여성을 병들게 하는가』, 김남순 외 역, 파주: 한울.
Frances, A.(2014[2013]), 『정신병을 만드는 사람들 : 한 정신 의학자의 정신병 산업에 대한 경고』, 김명남 역, 서울: 사이언스북스.

Jeongyee Bae, So Young Shin (2012) Gender-Specific Factors of Self-Concept in Korean Middle School Students, 대한스트레스학회, 『스트레스연구』 20(2), pp.87-95
Ruger, J. P. (2010). *Health and social justice*. Oxford ; New York, Oxford University Press.
Scott, J. W. (1988). *Gender and the politics of history*. New York, Columbia University Press.
WHO, 1999. *Strengthening Mental Health Promotion*, WHO Fact Sheet No 220. WHO, Geneva.
WHO. 2001. Basic Documents, 43rd edition, Geneva, World Health Organization.

통계자료

「국민건강영양조사」
「지역사회건강조사」
「청소년건강행태온라인조사」
「정신질환실태역학조사」
「아동·청소년 정신건강 실태조사」
「사회조사」

Abstract

A Study on Policy for Supporting Mental Health of Women in Seoul

Lee, Sun Hyoung
Policy Research Department,
Research Fellow

The main purpose of this study is to seek for advanced mental health services to support women in all age groups in Seoul. To achieve this purpose, a thorough review on not only mental health indicators regarding depression, distress and suicidal behavior but also city health services concerned with women's mental health has been carrie out based on gender and life course. In-depth interviews have also been conducted in which field experts on women's mental health and women who have been with mental health issues have been given the in-depth interviews, to discover any individual and structural threats to their mental health and their demand for mental health services.

It has been learned through this study that recovery of relations between women and family, friends, and local community is the key to improvement of women's mental health. To be specific, based on women's life course, it is important to develope mental health services that reduce teenage women's stigma and provide right to health prior to education. It has been studied, on the other hand, that women in their 20s and 30s are less likely to benefit from city's mental health services though they are most vulnerable to depression, distress, suicidal behavior. It shows that depression of women in their 40s and 50s is mainly caused by motherhood ideology and struggle to balance between

work and family, while women from single headed family go through depression usually caused by their low income, lack of time and dual poverty. Women over 60s are exposed to more anxiety and fear of poverty, solitude, and death compared to the other age groups.

As a result, this study has learned ways to improve Seoul women's mental health based on their life course. First, it is necessary to improve women's health capability. Second, it is important to adopt historical and integrative approaches on mental health issues. Third, eliminating current social gap in health based on gender is also crucial. Last but not least, it is highly required to build stronger infrastructure to improve women's mental health.

The importance of this study is that it has studied advanced future health services to improve women's mental health through cross-sectional analysis on mental health policy and family policy. Also, it has addressed that there is a strong connection between women's mental health and different generations and life course of women by adopting life-course approach. Yet, further research with an in-depth analysis is still needed on individuals' mental health and their life course.

부록

1. 청소년기 참여자
2. 청년기 참여자
3. 중·장년기 참여자
4. 노년기 참여자

Seoul
Foundation of
Women &
Family

생애주기별 여성 심층면접 참여자

부록에서는 본 연구에 참여한 심층면접 참여자의 이야기를 요약하여 제시하고, 각 참여자들의 정신건강 문제의 맥락을 제시함으로써 분석의 이해를 돕고자 한다.

1. 청소년기 참여자

<사례 10A>는 중학교 1학년 때 남녀공학 공립중학교를 다니다가 사립 여자 중학교로 전학하였다. 전에 다니던 남녀공학보다 여학교가 폭력이 없고, 선생님들도 애정이 있고 친절한 것 같아 훨씬 좋다. 맨 처음 상담실에 온 것은 친구관계 때문이었지만 가장 스트레스 받는 것은 진로문제이다. 두 살 어린 여동생이 있고 가족 간에 별 문제는 없다. 예전 공립학교에서는 상담실이 있는지도 몰랐는데, 여중으로 전학와서는 상담실 선생님이 심각하게 아이들을 대하지 않고, 장난도 쳐 주고, 편하게 상담할 수 있어서 좋다. 그리고 아이들이 흥미를 가질 수 있도록 수련회에서 성격테스트를 했던 경험이 좋았다. 지금 수업할 때 이동하는 제도를 실시하고 있는데, 정신이 없고 혼자 다니는 친구들은 이동 시간도 그렇고 자리에 앉을 때도 주변에 아이들이 안 앉으려고 해서 힘들 것 같다.

<사례 10B> 는 친구관계, 외모, 수학과목에서 스트레스가 많다. 학원은 안 다니고 주 3회 수학 과외만 하고, 토요일에는 펜싱, 일요일에는 교회에 간다. 학교에서 교회에 다니는 학생들의 특별 활동에 매우 열심히 참여하고 있으며, 최근 이 동아리에서 약간의 갈등이 있어 스트레스가 높다. 반에서 친한 친구들이 있지만 혹시라도 소외되거나 고립될까봐 늘 친구들의 기분을 신경 쓰게 되고 내 생각을 잘 표현하지 않는다. 그래서 싫은 기분이 들어도 참는다. 한 번도 왕따나 소외된 경험은 없었고 친구도 많은 편이고 싸운 적도 없지만 막연한 두려움이 있다. 아버지는 회사원, 어머니는 교사였으나 현재는 일을 하지 않는다. 남들이 보기에 마르고 키가 크다고 하지

만, 외모에 살에 대한 고민을 매일 매일 한다. 늘 누군가가 나를 보고 있는 듯한 느낌이 항상 있다. 위클래스 상담실에서 스트레스가 높은 것으로 나왔다.

<사례 10C>는 초등학교 3학년 때 은평구에서 송파구로 이사/전학 온 후 외모로 놀림을 받기 시작하여 초등학교 6학년 때 왕따를 당하였다. 중학교에 들어와 학교에서 실시한 정신건강 조사에서 우울·자살 지수가 높게 나와 교내 상담을 시작하였다. 최근 가장 힘들었던 것은 믿었던 친구가 자신을 배신하고, 새로 친구를 사귀었는데, 배신했던 그 친구가 새로 사귄 친구까지 가로채서 혼자가 된 것이다. 그래도 상담 이후 친구를 사귀기가 조금 편해졌다. 3살 때 부모님이 이혼을 하셨고, 아버지는 친권을 포기하고 나와 연락을 거의 하지 않았다. 그 후로 어머니와 단 둘이 살고 있다.

2. 청년기 참여자

<사례 20A>는 대학을 졸업하고 주류회사에 정규직 직원으로 입사한 지 2년 정도 되었다. 본인의 우울을 아무도 이해하지 못하기 때문에 아무에게도 본인의 우울감을 이야기할 수 없는 것이 가장 힘들다. 고등학교 때 까지는 수능이 있었기 때문에 크게 문제를 느끼지 못했는데, 대학교 1학년 때부터 우울감, 외로움, 지겨움 등이 찾아왔다. 대학 시절 상담소를 이용한 경험이 있지만 자기 연민에 빠지는 것 같아 그만 두었다. 부모님 두 분이 사이가 안 좋고, 어머니에는 딸의 우울에 대해서 이야기 해 볼 생각도 하지 않는다. 어머니도 우울한 것 같다.

<사례 20B>는 졸업을 앞두고 있으며, 현재 인턴생활을 하고 있다. 대학교 2학년 때 상담센터를 이용하였으며, 그 당시 상담소에서 연계해 준 외부 신경정신과 병원에서 치료를 받고 있다. 지금까지 꾸준하게 약을 복용하고 있다. 엄마와의 갈등이 심해서 집을 나와 2년 정도 연락을 안 하고 살고 있으며, 아빠와만 따로 만나 생활비를 조금씩 받고 있다. 아빠는 공무원이고 엄마는 전업주부였다. 여동생도 중학교 때 자살시도를 했다는 사실을 최근에 알았다. 정신건강에 가장 큰 영향을 미치는

것은 어머니와의 갈등이다. 중산층 고학력 전업주부였던 어머니는 딸에게 “여자로서 지켜야 될 것, 엄마의 원하는 상”에 대해서 요구사항이 많았고, 그것이 딸과 계속 갈등을 일으켰다. 대학에 입학하고 남자친구와의 문제로 갈등이 극에 달해 결국 딸이 집을 나왔고 아버지만 따로 만나고 있다.

<사례 20C>는 졸업을 앞두고 취업 준비 스터디를 하고 있다. 재수 시절 어머니의 자살기도 장면을 목격한 것이 트라우마로 남아있다. 재수시절은 심리적 암흑기로 별로 기억나는 것이 없다. 취업에 대한 불안, 친밀한 관계를 지속시키는 것에 대한 불안, 현재의 외로움, 미래도 외로울 것이라는 불안이 있다. 중학교 2학년 때 자해를 시도했었고 그 일로 병원에서 세 달 정도 상담을 받았다. 현재 가장 힘들어하는 것은 취업과 미래에 대한 불안이다. 결혼을 할 생각이 없는 20C는 불안정안 여성 1인 가구의 삶이 자신의 미래를 보여주는 것 같다. 20C의 이야기에서 어머니의 삶은 매우 중요하다. 대학을 졸업하고 결혼 이후 집에서 공부방을 운영하며 살아온 20C의 어머니는 고부갈등, 시부모 돌봄, 경제적 어려움 등으로 힘들어했고, 아이들이 서너 살 무렵 가출을 시도하기도 했다고 한다.

3. 중·장년기 참여자

<사례 30A>는 가정폭력으로 이혼 , 면접 당시 두 아들과 함께 모자원에서 살고 있었다. 둘째 임신 중 남편의 지속적인 폭력을 견디지 못하고 쉼터에서 입소하여, 이혼을 하였고, 2012년 10월 현재 거주중인 모자원에서 생활하고 있다. 쉼터와 모자원에서 꾸준히 개인 심리 상담 및 집단 상담을 받은 후, 남편에 대한 분노는 현재 많이 완화된 상태이다. 현재는 거주지와 관련한 경제적 어려움, 스트레스가 가장 크다. 우울과 자살충동이 가장 심했던 때는 둘째 출산 직후, 이혼이 완료되고 첫 번째 쉼터에서 나와 남성들이 많은 노숙자 쉼터에서 생활할 때였다.

<사례 30B>는 비혼 여성으로 청소년기 왕따 경험이 있다. 왕따 문제, 엄마와의 갈

등, 20대의 심리적 위축과 자살시도, 30대 초반에는 대인관계 문제와 조직사회 부적응 등의 문제를 겪었다. 왕따 사건 이후에 사람에 대한 신뢰를 잃어 친밀한 관계를 지속시키기가 힘들었다. 억울함이 가장 컸다. 고등학교부터 20대 초반까지의 시기가 가장 힘들었던 시기이며, 이 때 청소년기관 및 대학상담센터에 도움을 요청했으나 오히려 상처가 되었다. 30대 이후 건강가정지원센터에서 10회기 이상의 심층상담을 받으면서 많이 안정을 찾았다.

〈사례 30C〉 는 산후 우울, 육아 스트레스가 많다. 병원에서 진단을 받은 것은 아니지만 인터넷에서 찾아본 결과 본인의 증상을 가장 잘 설명해 줄 수 있는 것은 '비현실감', '예기 불안' 등이 동반되는 공황장애이다. 이런 증상이 생기게 된 것은 비슷한 시기에 출산을 하고 육아 스트레스를 같이 나누던 가장 친한 친구의 투병과 죽음이었다. 친구가 죽고 난 후 몸에 이상한 증상이 조금만 생겨도 너무 힘들다.

〈사례 30D〉는 산후 우울과 육아 스트레스, 모녀관계로 힘들어하는 전업주부이다. 현재 남편, 딸과 함께 살고 있으나 남편과는 주말 부부로 지내고 있다. 아이를 낳고 일 년 정도 지나고 나서 우울감이 심해져 건강가정지원센터에 상담을 의뢰하였다. 부부관계의 악화, 육아에 대한 스트레스가 주요한 원인이었으나 상담을 통해 본인과 엄마와의 관계에 대해 반추하게 되었다. 건강가정지원센터에서 10회기 상담을 추가로 받았고 현재는 정신건강상의 문제가 많이 좋아졌다고 자평한다.

〈사례 30E〉는 산후 우울, 경력 단절, 시가와의 갈등으로 어려움을 겪고 있는 결혼 5년차, 다섯 살 두 살 아이 둘을 키우고 있는 전업주부이다. 첫째가 9개월 즈음, 직장과 육아를 병행하는데 도움도 받고, 시부모님께는 금전적 도움도 드릴 겸 윈윈하는 관점에서 시가에 들어가서 살기 시작했다. 하지만 시어머니와 육아방식의 차이로 심각한 갈등을 겪어 작년 9월에 다시 분가했다. 계획대로라면 올해 여름, 육아휴직을 마치고 직장에 복귀 할 계획이었으나, 육아문제가 힘들어짐에 따라 복귀를 포기하고 희망퇴직을 하였다. 특히 올 3,4월에 자살을 시도하는 등 갈등과 긴장이 극도에 치달았다. 상황의 심각성을 인지한 남편과 친정 부모님이 정신건강증진센터와

건강가족지원센터의 상담프로그램을 추천하여 상담을 받기 시작하였다. 우울의 원인을 본인의 '샘이 많은 성격'때문이라고 생각한다. 본인은 육아도 너무 힘들고, 시가와 합가에 실패한 것도 본인과 달리 육아에 유능하고 시부모와 잘 살고 있는 형님에 대한 샘과 질투가 크다. 결혼 전 9년간의 직장생활 경험이 있으며, 지금은 사정상 희망퇴직을 하였지만 적절한 시간제일자리가 있다면 일을 지속하는 것이 가계경제와 관계에 도움이 될 것이라고 생각한다.

<사례 40A>는 성폭력, 가정폭력, 이혼, 사별의 경험이 있으며, 한부모로 5명의 자녀와 함께 살고 있다. 시가와의 갈등 남편의 정신적인 문제, 폭력 등이 심해져도 자신의 수치스러운 부분이었던 '성폭력 피해' 경험을 이해해 준 남편이었기 때문에 어떤 어려움도 다 참아야 한다고 생각했다. 그러나 남편이 자신의 성폭력 피해 사실을 아들에게 폭로한 뒤로 더 이상 남편의 폭력을 참을 이유가 없다고 생각하여, 아이들과 함께 쉼터로 피신하였다. 쉼터에 있는 동안 본인은 물론 아이들에게 심리 상담을 적극적으로 받도록 하였다. 쉼터에 입소 한 후 2011년 이혼을 하였으며, 2012년에 남편의 사망소식을 듣게 된다. 남편의 사망 소식과 더불어 남편에게 10년 동안 다른 여자가 있었다는 사실을 알게 되었다. 남편이 그 여자에게 자신의 아이들이 모두 입양한 것이라고 했다는 얘기를 듣고 분노가 극에 달하였다. 쉼터에 거주하는 동안 보호보다는 통제를 받고 있다고 생각하여 수차례 민원을 제기하고, 심리적 상담을 적극 요구하였다. 한부모가족지원센터를 통해 받은 상담이 매우 효과적이었다. 현재 가장 큰 스트레스는 여섯 가족의 생계문제이다.

<사례 40B>는 대학원 박사과정을 수료했으며 지난 6개월간은 아무것도 하지 않고 집안에서 누워있었다. 10여 년 전 자살시도 실패가 아쉬울 정도로 현재에도 자살충동이 매우 높다. 한국과 외국에서 상담 경험이 있으며, 현재까지 상담과 약물치료를 지속적으로 받고 있다. 어린 시절부터 심각한 가정폭력을 목격하고 자랐으며, 아버지의 가정폭력이 어머니의 생명을 위협할 것 같은 두려움에 새벽 3시 이후 아버지가 잠든 것을 확인 하고 잠이 들기도 하였다. 피바다가 되어 있던 어린 시절의 충격적인 장면이 잊혀지지 않으며, 어머니와 자신을 동일시하면서 그 상황 안에 매

몰된다. 대학 졸업 후 연애경험에서 상처를 받았던 경험과 지난해의 성폭력 경험으로 인한 충격이 심각하며, 그 과정에서 오랫동안 엄마처럼 의지했던 친구와의 관계가 끊어진 것이 매우 정신건강에 악영향을 미치고 있다. 현재는 무직인 아버지와 자신이 어머니의 수입에 의존하여 생활. 정기적으로 정신분석(매주)과 정신과병원(2주에 한번)을 다니고 있으며 한 달에 80~90만원이 치료비로 지출되고 있다.

<사례 40C>는 고령 출산, 고위험 산모의 육아 스트레스를 호소하였다. 건강이 좋지 않은 상태에서 40대 중반에 늦둥이를 출산하였다. 출산 후 육아 부담으로 건강상 문제가 생기고, 육아 스트레스를 감내해야 하는 상황에서 부당함을 느꼈다. 여기에 더해 체력의 급격한 저하와 갱년기 증상을 같이 겪게 되었다. 40C의 사례는 여성의 정신건강과 신체건강의 밀접한 관련성을 잘 보여주고 있으며, 40대 중반 출산을 경험한 고령 산모의 건강 지원 프로그램에서 정신건강과 신체건강의 접목의 중요성을 보여주고 있다. 또한 초기 양육기 전업맘의 고립에서 기인하는 우울감에서 지역 공동체의 지지기반의 중요성이 잘 드러나고 있다. 마을카페와 마을도서관 등을 중심으로 형성된 관계망 속에서 정서적 지지를 받고 있다.
인터뷰가 이루어진 장소도 교회에서 지역 주민들에게 개방하고, 영유아 동반 여성이 편하게 있을 수 있는 마루형 도서관과 같이 있는 장소였다. 그럼에도 불구하고 3세 아이가 집중할 수 있는 시간이 짧아 인터뷰 후반에는 연구진 중 한 명이 아이 돌봄을 전담해야 하는 상황이 발생하기도 하였다.

<사례 50A>는 결혼과 동시에 지방으로 내려가 살다가 남편과 사별한 지 3년 만에 서울에 계시던 친정아버지마저 돌아가셨다. 서울로 올라와 친정 어머니와 합가하였으나 어머니와의 갈등으로 모자원에 입소하였다. 모자원에서 두 딸과 4년 동안 거주하다가 2012년 8월에 퇴소하였다. 가족으로는 대학생 딸 둘과 함께 살고 있으며 현재 기초생활수급자이며, 딸들이 아르바이트로 각자의 핸드폰 비용 정도를 충당하고 있다. 모자원에서 퇴소한 후 직업자활센터에서 재가방문, 요양보호사 등 노인 돌봄 분야의 일을 소개 받아 지금까지 하고 있다.

모자원 입소 당시 우울증 지수가 높게 나와서 상담을 받은 것이 큰 도움이 되었

다. 당시 두 딸들도 같이 상담을 받아 많은 도움을 받았다. 현재로서는 우울증이 찾아올 만큼 큰 일은 없지만, 요양보호사라는 직업의 특성상 감정노동을 해야 하는 데서 오는 스트레스, 돌봄 대상 노인의 죽음을 목격해야 하는 불안이 있다. 딸들은 아직 해결되지 못한 정신적 심리적 문제가 있는 것 같은데, 본인들이 상담을 원하지는 않는다. 생애사적으로 가장 힘들었던 시기는 남편 사별 직후 경제적인 막막함, 고립감이었으며 아버지가 돌아가신 후 친정 엄마와 함께 산 시기에 겪었던 스트레스이다. 남편과 사별 직후 지방 도시에서 이웃들로부터 돌봄을 받아 심리적 고립을 벗어날 수 있었다. 딸들과 정서적으로 아주 친밀한 관계를 유지하고 있으며, 모든 중요한 결정을 딸들과 의논하기 때문에 큰 어려움은 없을 것으로 보인다.

〈사례 50B〉는 본인, 남편, 6살 손자와 세 가족이 LH공사 장기전세임대주택에서 함께 살고 있다. 올 봄까지 서초구에서 공공근로 일을 했으나 면접 당시는 일을 하지 않고 실업 급여로 생활하고 있었다. 남편은 건설일용직이며, 손자는 유치원에 다니고 있으나 발달장애가 있다. 지금 키우고 있는 손자는 아들의 첫째 아들이다. 첫 아들을 낳고 애 엄마가 집을 나가고, 이후 아들이 다른 여자와 둘째 아들을 낳았는데 둘째 엄마는 미성년자였으며 부모가 와서 데리고 갔다. 그 사이에서 낳은 둘째 손자는 키우기가 힘들어 경기도 고아원에 보냈다. 면접 당시 아들은 연락이 두절된 상태였다. 대부업체에서 빌린 돈을 어머니인 면접자가 갚고 있었다. 손자를 키우느라 한시도 혼자 있지 못하는 육아 스트레스가 가장 우울하다. 게다가 생계부양, 육아, 집안일, 잠적한 아들 뒤치다꺼리까지 모두 면접자의 일이었다. 아들이 핸드폰 사기로 신용불량자가 되고 빚 독촉에 시달릴 때 우울증이 와서 한강에서 자살을 시도하기도 했다. 올 6월부터 받기 시작한 건강가정지원센터의 정신건강상담으로 많은 도움을 받았다. 우울감도 좀 사라지고 표정도 밝아졌다고들 한다. 손자를 훈육하는 '부모교육'이 상담내용에 있었기 때문에 아이를 다루는 방법을 알게 되었다. 손자가 언어치료와 놀이치료를 받아서 예전보다 말귀를 알아들어 매우 만족한다.

〈사례 50C〉는 50대 후반의 한부모 여성으로 남편과 사별 후 현재 딸(24세)과 함께 살고 있다. 딸이 중3때 겪었던 왕따의 경험으로 현재까지 우울증과 무기력함 등 정

신건강의 문제를 겪고 있다. 면접자 본인은 딸의 우울증이 자신의 소홀했던 돌봄에서 기인하였다고 자책한다. 현재도 딸의 폭력적인 성향으로 인해 면접자가 많이 주눅 들어 있는 것이 보였다. 경기도에 거주하다가 딸이 왕따 경험으로 학교를 가지 않겠다고 하여, 서울로 이사를 왔다. 서울에 오자마자 면접자는 딸의 우울증을 개선하기 위해 도움을 받을 수 있는 모든 서비스를 직접 발로 뛰어 알아봤다. 청소년 지원 시설부터 시작해서 정신건강증진센터, 구청의 복지 서비스 등의 지원을 받고 있다. 현재 면접자의 주된 스트레스는 딸과의 관계와 무릎 수술 후 통증이다.

4. 노년기 참여자

<사례 60A>는 전라도에 살다가 결혼 1년 후에 남편과 사별한 후 9개월 된 아들을 시가에 맡기고 홀로 서울로 왔다. 서울에서 일을 하면서 오빠의 자녀들인 조카들을 데리고 살았다. 아들이 중학교에 올라갔을 때 서울로 데리고 와서 5년 정도 같이 살았으나 아들이 자신을 키워 준 할머니와 같이 살기를 원해 다시 광주로 내려갔다. 아들은 고등학교를 졸업하고 큰 집 식구들이 미국으로 유학을 보냈다. 아들이 그곳에서 결혼을 하고, 결혼 초에는 몇 번 연락을 하기도 했지만, 곧 연락이 끊겼다. 3년 전에 파산신청을 하였다. 경제적 어려움 및 외로움으로 인해 우울감과 자살 생각이 유지되었으나 성당 활동을 하면서 많이 완화되었다.

<사례 70A>는 20년 전 남편과 사별하였다. 사별하기 전 남편은 국방부 공무원이었고, 본인은 2년제 대학을 졸업하고 교사일을 하다가 결혼 및 양육으로 일을 그만두었다. 남편 사별 후에 아들에게 의지하여 생활을 하다가 6년 전 아들이 43세의 나이에 뇌출혈로 쓰러져 요양원 생활을 하게 된 이후 경제적 어려움이 심화되었고, 이로 인한 우울감 및 자살 생각이 계속 유지되고 있다. 딸은 이혼을 하고 두 아들과 어렵게 생계를 유지하고 있어 부양을 기대하기 어렵고 잘 만나지도 않는다.

<사례 80A>은 50세에 남편과 사별하고 이후 2남 3녀를 키웠다. 2남 3녀의 자식중

에서 장녀가 암으로, 장남이 알 수 없는 이유로(조상의 산소를 잘못 써서 “살을 맞았다”고 표현함) 사망한 후 마음에 우울증이 생겼다. 아들(61세, 고졸)은 공장을 운영하였으나 부도가 났고, 50대 후반의 딸들은 초등학교 교육 밖에 시키지 못하였다. IMF 전까지 식료품 가게를 하였고, IMF 이후로 서울 근교에서 농업 일용직을 하면서 생계를 유지하였다. 2013년 7월의 교통사고로 일을 하지 못하게 되었고, 아무 일을 하지 않고 집에 있는 것이 우울하다. 현재 복지 서비스를 받고 있는 것이 수치스럽고 창피하다는 이야기를 많이 하였다. 건강이 회복된다면 공공근로를 신청하여 적적함도 달래고 생활비도 벌기를 원한다. <사례 80A>의 자녀들이 베이비부머에 해당한다.

2014 정책연구-07

생애주기별 서울시 여성의 정신건강 지원방안

발행인 이숙진
연구자 이선형·송이은
발행일 2014년 12월
인쇄처 ㈜인디엔피
발간등록번호 51-B552561-000028-01
발행처 서울시여성가족재단
주 소 서울시 동작구 여의대방로 54길 18
전 화 02-810-5000(代)

이 책의 저작권은 서울시여성가족재단에 있습니다.
무단 전재와 무단 복제를 금합니다.

함께해요 청렴실천, 신뢰해요 서울시여성가족재단
www.seoulwomen.or.kr