



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

碩士學位論文

韓國軍 精神健康 管理體系의 發展方向에 관한 研究

- 戰場 스트레스 및 PTSD를 中心으로 -

2011年

漢城大學校 國際大學院

國際安保戰略學科

國防政策專攻

金 東 勳

碩士學位論文

指導教授 强容培

韓國軍 精神健康 管理體系의 發展方向에 관한 研究

- 戰場 스트레스 및 PTSD를 中心으로 -

A Study on Improvement Plan of Management System for
Mental Health of the R.O.K Armed Forces

- Focus on the Combat Stress and PTSD -

2010年 12月 日

漢城大學校 國際大學院

國際安保戰略學科

國防政策專攻

金 東 勳

碩士學位論文

指導教授 强容培

韓國軍 精神健康 管理體系의 發展方向에 관한 研究

- 戰場 스트레스 및 PTSD를 中心으로 -

A Study on Improvement Plan of Management System for
Mental Health of the R.O.K Armed Forces
- Focus on the Combat Stress and PTSD -

위 論文을 國際安保戰略學 碩士學位 論文으로 提出함

2010年 12月 日

漢城大學校 國際大學院

國際安保戰略學科

國防政策專攻

金 東 勳

金東勳의 國際安保戰略學 碩士學位論文을 認准함

2010年 12月 日

審査委員長 _____ 印

審査委員 _____ 印

審査委員 _____ 印



목 차

제 1 장 서 론	1
제 1 절 연구의 필요성과 목적	1
제 2 절 연구 범위와 방법	5
제 2 장 군 정신건강 관리체계의 이론적 배경	8
제 1 절 군 정신건강 관리체계의 의의	8
1. 정신건강의 개념	8
2. 정신건강과 정신장애	9
3. 군 정신건강 관리의 발전단계	11
제 2 절 군 정신건강의 이론적 배경	13
1. 전장 스트레스(combata stress)	13
2. 외상 후 스트레스 장애(PTSD)	17
3. 우울증(depression disorder) 및 약물남용(substance abuse)	23
제 3 장 한국군 정신건강 관리체계의 현황 및 문제점 분석	37
제 1 절 선진국 군의 정신건강 정책	37
1. 미국군의 정신건강 정책	37
2. 영국군의 정신건강 정책	49
3. 이스라엘군의 정신건강 정책	50
제 2 절 한국군 의료지원 체계 일반현황	52
1. 군 의료지원 서비스의 목적 및 대상	52

2. 군 의료지원 서비스 체계	55
3. 군 의료지원 체계 개선 방향	59
제 3 절 한국군 정신건강 관리체계의 문제점 분석	62
1. 군 정신건강 분야에 대한 인식 부족	62
2. 정신건강 전문 서비스 시설 및 인력 확보 미흡	63
3. 군 정신건강의 학문적 연구체계 부족	65
제 4 장 한국군 정신건강 관리체계 개선방안	67
제 1 절 정신건강 의료지원 서비스 정체성 확립	67
1. 군 정신건강 의료 의식 제고	67
2. 군 정신건강 의료 특성화 서비스 체계 확립	68
제 2 절 정신건강 전문시설 및 인력 확충	70
1. 군 정신건강 전문센터 설립	70
2. 민간 정신건강 전문인력 활용 및 획득체계 개선	72
제 3 절 정신건강 분야 민·군 협력 강화	75
1. 군 정신건강 분야의 학문적 기반 강화	75
2. 민간 정신건강 전문기관과 교류협력 증진	75
3. 국가적 차원의 정책 개발 및 지원 강화	77
제 5 장 결 론	79
【참고문헌】	82
【부 록】	86
ABSTRACT	88

【 표 목 차 】

[표 2-1]	전쟁별 전쟁증후군과 증상들	12
[표 2-2]	외상 후 스트레스 장애의 진단기준	19
[표 2-3]	삼환계 및 사환계 항우울제의 분류	22
[표 2-4]	우울증의 치료에 이용되는 약물	34
[표 3-1]	미군 사단급 정신건강과 편성	41
[표 3-2]	미국의 각 군별/제대별 편성 및 운영현황	42
[표 3-3]	보훈의료서비스 대상자 현황	54
[표 3-4]	국군의무사령부 병과별 인원현황 (장교)	55
[표 3-5]	보훈 위탁병원 현황	57
[표 3-6]	보훈병원 현황	58
[표 3-7]	2007년도 군 의무발전 소요예산	59
[표 3-8]	보훈중앙병원 건립 추진 일정	61
[표 3-9]	군내 자살사고 현황	63
[표 3-10]	정신과 군의관 현황	64
[표 3-11]	시·도별 정신보건의료 상임인력 현황	64
[표 4-1]	The National Center for PTSD 교부금 요약 현황	70
[표 4-2]	보훈병원별 정신과 의사인원 및 전담병동 현황	71
[표 4-3]	기본권 전문상담관 근무 부대 현황	73
[표 4-4]	미군 내 고용된 군인 및 민간 사회복지사	74
[표 4-5]	정신보건 기관·시설 현황	76

【 그림 목 차 】

[그림 1-1]	연구의 흐름도	7
[그림 2-1]	선택적 세로토닌 재흡수 억제제(SSRI) 치료 체계	21
[그림 3-1]	Divisions of the National Center for PTSD	39
[그림 3-2]	Trauma Exposures Reported by OEF/OIF Servicemembers ..	44
[그림 3-3]	Rates of Probable PTSD, Depression, and TBI	45
[그림 3-4]	Potential Per-Case Cost Savings Associated with Increasing Treatment	46
[그림 3-5]	아프가니스탄 파병 장병들의 주요 스트레스 원인	48
[그림 3-6]	국군의무사령부 조직 체계	53
[그림 3-7]	보훈의료 전달체계	54
[그림 3-8]	평시 의무지원 후송계통	56
[그림 4-1]	정신보건서비스 전달체계	69
[그림 4-2]	군 PTSD 종합관리 체계도	78



제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 필요성과 목적

21세기 한국은 냉전의 한반도와 근대의 동북아, 그리고 탈근대의 지구를 동시에 헤쳐 나가야 하는 복합적 삶의 숙제를 풀어야 한다. 한반도를 둘러싼 안보질서는 20세기의 냉전적 모습과 21세기의 새로운 안보위협이 혼재된 형태를 띠고 있다. 미·소간 이념과 세력경쟁인 냉전이 종식되어 세계 안보질서의 변환이 새로운 모습으로 전환되고 있음에도 불구하고, 한반도는 여전히 냉전의 마지막 유산으로 남아 있다.

따라서 우리는 지난 세기의 전통적인 안보환경과 21세기의 새로운 안보질서에 동시 대응해야 하는 복합적인 어려움에 직면하고 있다.¹⁾ 이러한 가운데 美 9·11테러 이후 안보환경의 변화와 함께 테러와의 전쟁(war on terror)을 천명한 미국을 선두로 재래식 전력에서 소규모 특수전·침단 전력 중심으로 전쟁 수행 방식이 이동하고 있으며 양적인 변화와 함께 질적인 변화가 수반되고 있다.

국가의 군사·안보능력 발전은 과학기술의 발전과 군사혁신(RMA)을 통한 유형전력의 발전과 함께 사기, 복지 등 무형전력의 발전이 동시에 이뤄져야 효율성이 증대될 수 있지만 전차, 항공기, 전투함 등 유형전력은 가시성(可視性 : visibility)으로 인해 한정된 국방예산의 집행에서 언제나 우선순위를 차지해 왔으며 무형전력에 대한 투자는 상대적으로 소외되어 왔다.²⁾ 하지만 과학기술의 발전과 침단 하드웨어 군사 장비가 미래 전장을 대체하더라도 전쟁의 중심에는 언제나 인간이 자리 잡고 있다.

기존까지 군에서는 심리전과 정신전력의 포괄적인 개념 하에 무형전력

1) 하영선·남궁곤 편저, 『변환의 세계정치』, 서울 : 을유문화사, 2007, p.246.

2) 2008년도 국방예산은 2007년도 보다 8.8% 증가한 26조 6,490억 원으로 편성되었으며 이는 정부재정의 15.2%, 국내총생산의 2.76% 수준이다. 전체 예산 중 KIA1 전차, 한국형 구축함, F-15K 전투기 등 핵심전력 소요를 위한 방위력 개선비가 7조 6,813억 원(28.8%)이며 경상운영비 18조 9,677억 원(71.2%) 중 인건비(급여, 연금 및 건강보험 부담금, 군인연금 전출금, 대여 학자금 등)가 10조 2,146억 원(38.3%)으로 가장 크고 장병복지 항목이 2,035억 원(0.8%)으로 가장 작다. (국방부, 『2008 국방백서』, 서울 : 국방부, 2009. pp.166-167.)

과 관련된 전술을 발전시켜 왔으나 장병 개인들의 정신건강(mental health)과 관련된 사항은 의무분야에 국한되어 체계적이고 실질적인 연구가 부족한 실정이다.

일반적으로 심리적 충격(外傷 : trauma) 이후에 발생하는 정신과적 문제는 인류의 역사와 그 연원을 같이 할 정도로 오래 되었고, 최근 세계보건기구(WHO)에서 발표된 질병부담보고서(The Global Burden of Disease, 2004 Update)는 다가오는 2030년에 외상적 사건과 관련이 있는 교통사고, 전쟁, 폭력이 3번째, 8번째, 12번째로 질병부담이 높을 것으로 예상하였다.³⁾

이와 함께 우리나라의 경우 한국전쟁과 베트남 전쟁을 거친 참전 용사들과 현재까지 군내 각종 사건사고를 통해 전장 스트레스(combat stress) 및 외상 후 스트레스 장애 (PTSD : Posttraumatic Stress Disorder)를 겪고 있는 인원과 한국전쟁 이후 지속된 정전상태의 남·북한간 군사적 대치 상황아래 전·후방 각급부대에서 극도의 긴장 속에 발병 가능성을 보유한 잠재적 인원까지 포함한다면 그 범위는 결코 무시할 수 없는 수준이다.

특히 군사 선진국인 미국의 경우 1917년 제1차 세계대전 참전 이후 일명 “shell shock”로 알려진 전쟁 신경증을 처음 경험하였고 제2차 세계대전, 한국전쟁, 베트남 전쟁을 거치면서 많은 관심과 지원 속에 국가보훈처(Department of Veterans Affairs)를 중심으로 체계적인 대응체계 구축과 함께 관련 연구를 수행하며 관련분야를 선도하고 있다.⁴⁾

이런 관점에서 한국군이 미래 전장을 주도하는 선진 강군으로 도약하기

3) World Health Organization, *The global burden of disease : 2004 update*, Geneva : WHO Press, 2008, pp.23-26.

4) 1970년대, 미국을 포함하여 전 세계적으로 전쟁, 폭력, 성적학대, 강간 등 외상 후 정신적 반응에 대한 사회적 관심이 증가했고 이와 관련된 각종 연구가 본격적으로 시작되었다. 특히 베트남전 참전 군인들의 정신적 트라우마에 따른 각종 사회적 문제들로 인해 기존 DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)- I, II에서 배제되었던 PTSD 증상이 DSM-III(1980)에 공식적으로 등록되었고 DSM-IV(1994;2000)에는 급성스트레스 장애(Acute Stress Disorder)가 새로이 소개되었다. 현재 美 국가보훈처는 National Center for PTSD를 중심으로 미국 전역의 VA medical center를 통해 참전 군인과 그 가족에게 PTSD를 비롯한 우울증, 약물남용, 자살예방 등 포괄적인 정신건강(Mental Health) 서비스를 제공하고 있다. 특히 2002년부터 2005년까지 약 16,000명의 항구적 자유 작전과 이라크 자유 작전(Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom ; OIF/OEF) 참전 군인들이 PTSD 증상으로 VA medical center에서, 또다른 3,000명은 VA's Vet Center에서 치료를 받았다. (Matthew J. Friedman · Terence M. Keane and Patricia A. Resick, *Handbook of PTSD : science and practice*, New York : Guilford Press, 2007, pp.2-4.)

위해서는 외형적인 첨단 군사전력 확보도 중요하지만 전·평시 군에서 발생하는 외상과 combat stress, PTSD 등 장병들의 정신건강에 관련된 적극적인 관심과 준비가 필수적이라고 판단되기 때문에 본 연구는 아래와 같은 세부적 관점에서 한국군의 정신건강 관리체계 발전을 위한 필요성을 인식하고 실태 분석과 대안제시를 목적으로 한다.

1. 전쟁 양상의 변화와 한국군의 대외 군사 활동 증가

전쟁의 본질은 변하지 않으나 그 특성은 시대에 따라 다르게 나타나고 있다. 냉전의 종식과 9·11 테러 이후 아프가니스탄, 이라크 등에서 또 다른 양상의 전쟁이 벌어지고 있으며 이른바 ‘제4세대 전쟁’의 시대로 접어들고 있다. 정보화 시대로 진입하면서 최첨단 무기와 교리가 현대 전장을 지배하고 있지만 그것을 운용하고 발전시키는 것은 결국 인간이기 때문에 미래 전장에서 승리하기 위해선 전투원에 대한 보이지 않는 손실인 combat stress, PTSD 등을 예방하고 치료할 수 있는 군 정신건강 체계의 발전은 필수적이다.

또한 최근까지 한국군은 대북 억지력에 중점을 두고 군사전력과 역량을 발전시켜 왔으나 21세기에 접어들면서 아프가니스탄 및 이라크 파병, 국제 평화유지활동(PKO) 활동 등 해외 파병이 꾸준히 증가하고 있다.⁵⁾ 이러한 해외 파병의 증가로 인해 전투를 경험할 수 있는 기회가 많아지면서 실제 전장 환경에 직면한 장병들에게 발생할 수 있는 스트레스, 정신장애 등 정신건강에 대한 체계적인 대응체계 마련이 필요하나 아직 많은 부분에서 미흡하기 때문에 장기적으로 실질적인 대책 마련과 활발한 연구가 필요하다.

5) 우리 정부는 UN 안보리 결의안 제1368호와 제1373호에 따라, 2001년 12월에 해·공군 수송지원단, 2002년 2월에 국군의료지원단(동의부대), 2003년 2월에 건설공병지원단(다산부대)을 아프가니스탄에 파병하여 2007년 12월에 철수하였다. 그리고 2003년 4월, 다국적군의 일원으로서 200명 규모의 건설공병지원단인 서희부대와 90명 규모의 의료지원단인 제마부대를 편성하여 이라크 나시리아로 파병하였고 2004년 7월에 자이툰 부대 제1진 3,566명이 현지 전개를 완료하여 이후 연인원 18,700여명이 파견되어 임무를 수행하였다. 또한 우리 군은 1993년 소말리아 평화유지단(UNOSOM-II ; United Nations Operation in Somalia)에 공병대대를 파견하면서 UN주도의 평화유지활동에 참여하기 시작해 현재 1개 지역(레바논)에 평화유지군을 파병하고, 인도·파키스탄, 그루지아 등 6개 지역에 군 옵서버(감시단)를 파견해 활동하고 있다. (국방부, 전거서, 2009, pp.107-111.)

2. 군의 사회적 책임에 대한 요구 증대

국가체제와 사회발전에 따라 용병군대는 상비군대, 국민군대, 현대 직업군대로 발전하면서, 국가는 군인을 선발하고 봉급을 지급하며 배치하여 국가와 국민의 안전을 대리하는 조직으로 발전하였다. 현대국가에서 안보 환경변화, 국가위협 다양화, 국가 정책지원 그리고 합리적인 군사력 활용을 목표로 한 국방정책을 마련하는 과정에서 또는 국방 개혁 과정에서 항상 새로운 민군관계 정립이 요구되고 있다.⁶⁾

무엇보다 오랜 군부독재의 종식과 1993년 문민정부 출범이후 표출되어 지금까지 남아있는 군에 대한 일부 부정적 이미지와 남·북한 군사적 대립 속에서 징병제도를 채택하고 있는 우리 군의 모병제도 아래 군 복무 겪은 정신질환의 치료가 미비하고 그 후유증이 그대로 사회와 연결되어 민·군간 갈등요소로 발전할 사례가 지속적으로 증가할 가능성이 높다. 따라서 우리 군이 사회로부터 신뢰를 얻기 위한 핵심 요소 중 하나로 군 정신건강 관리체계를 이해하고 발전시켜야 할 것이다.

3. 정신관련 질병 예방/치료 개선에 기여

한국군은 국군의무사령부를 중심으로 수도병원 등 전국 18개 주요 군병원에서 정신과 진료를 담당하고 있으며 의료체계 및 서비스의 질 향상을 위한 시설, 장비 개선과 군진의학학회를 통한 학술지 발간 및 연구노력도 병행하고 있다. 또한 서울 삼성병원 등 전국 64개 주요 민간병원과 진료협약을 통해 다각적으로 교류하고 있기 때문에 군 정신건강 관리체계의 발전은 단순히 군 내부의 시스템 개선이 아니라 민·군간 전문지식 및 의료지원 서비스 체계 향상을 위한 시너지 효과를 발휘할 것이다.

이것은 군이 국토방위와 국가안보를 책임지는 전통적인 역할에서 벗어나 자체적으로 보유한 전문 능력을 통해 사회발전에 기여하는 바람직한 민군관계 형성 측면에서도 필수적이라고 판단된다.

6) 조영갑, 『민군관계와 국가안보』, 서울 : 북코리아, 2006, pp.63-64.

제 2 절 연구의 범위와 방법

1. 연구 범위

인류의 역사는 전쟁의 역사라고 불릴 정도로 전쟁이 과거와 현재, 미래에도 인류와 함께 하는 것처럼 전장 스트레스 및 관련 정신질환도 긴 역사를 갖고 있으나 최근까지 우리 군과 사회에서는 관심의 영역 밖에 존재하였다. 하지만 2010년 천안함 사태 후 생존 승무원들의 대다수가 PTSD 및 관련 정신질환에 시달리면서 중요한 사회적 이슈로 부각되고 관심도 증대하고 있다.⁷⁾ 그러므로 군 정신건강 관리체계에 대한 전반적인 틀을 다시 한번 고찰할 필요가 있다.

따라서 본 연구는 군 정신건강 관리체계가 현역군인의 사기 및 임무수행 능력과 밀접한 연계성이 있고 미래전장을 주도할 핵심요소라는 인식하에 국방정책 발전 측면에서 군 정신건강의 개념을 정립하고 국가적 차원의 지원과 제도 개선방안, 사회적 영향, 그리고 군 자체적으로 발전시켜야 할 사항 등을 제시하였다.

정신건강과 관련된 이론적 분야는 전장 스트레스, PTSD를 중심으로 우울증 및 약물남용으로 범위를 제한하였고 각 질환의 개념 정의 및 치료 방법에서 의학적 연구결과를 인용한 것을 제외하면 거시 정책적 관점에서 현상을 분석하고 대안을 모색하였다. 그리고 주요 군사 선진국의 사례를 참고하였는데 군 정신건강 역사, 예산규모, 전문성 등을 고려하여 미국, 영국, 이스라엘 3개 국가로 그 대상을 한정하였다. 무엇보다 군 정신건강의 정체성을 확립하고 의료지원, 전문인력 및 시설 운영체계와 관련 정책의 실태 분석과 문제점 식별, 개선방향 도출에 연구의 중점을 두었다.

7) 2010년 3월 26일 서해 백령도 해상에서 침몰한 초계함 천안함에서 구조된 58명의 장병들 대다수가 정신질환을 호소하고 있다. 허리와 머리 등에 상처를 입은 최광수 병장은 “눈을 감으면 사고 상황이 나타나 스트레스를 받는다”고 하며, 일부 부상자는 “혼자만 살아남은 것 같아 괴롭다”는 말을 한다고 생존자 가족들이 전하고 있다. 생전 처음 경험해보는 생명의 위협을 느낀 것은 물론, 동료들 눈앞에서 놓친 천안함 생존자의 정신적 충격은 상상보다 훨씬 커 이들에 대한 전문적인 상담치료가 필요하다는 것이 전문가들의 견해다. (세계일보 2010.3.30, <http://www.segye.com/>, 검색일 : 2010.7.4)

2. 연구 방법

본 논문에서는 다음과 같은 연구방법을 통하여 군 정신건강 관리체계의 문제점과 개선방안을 도출하고자 하였다.

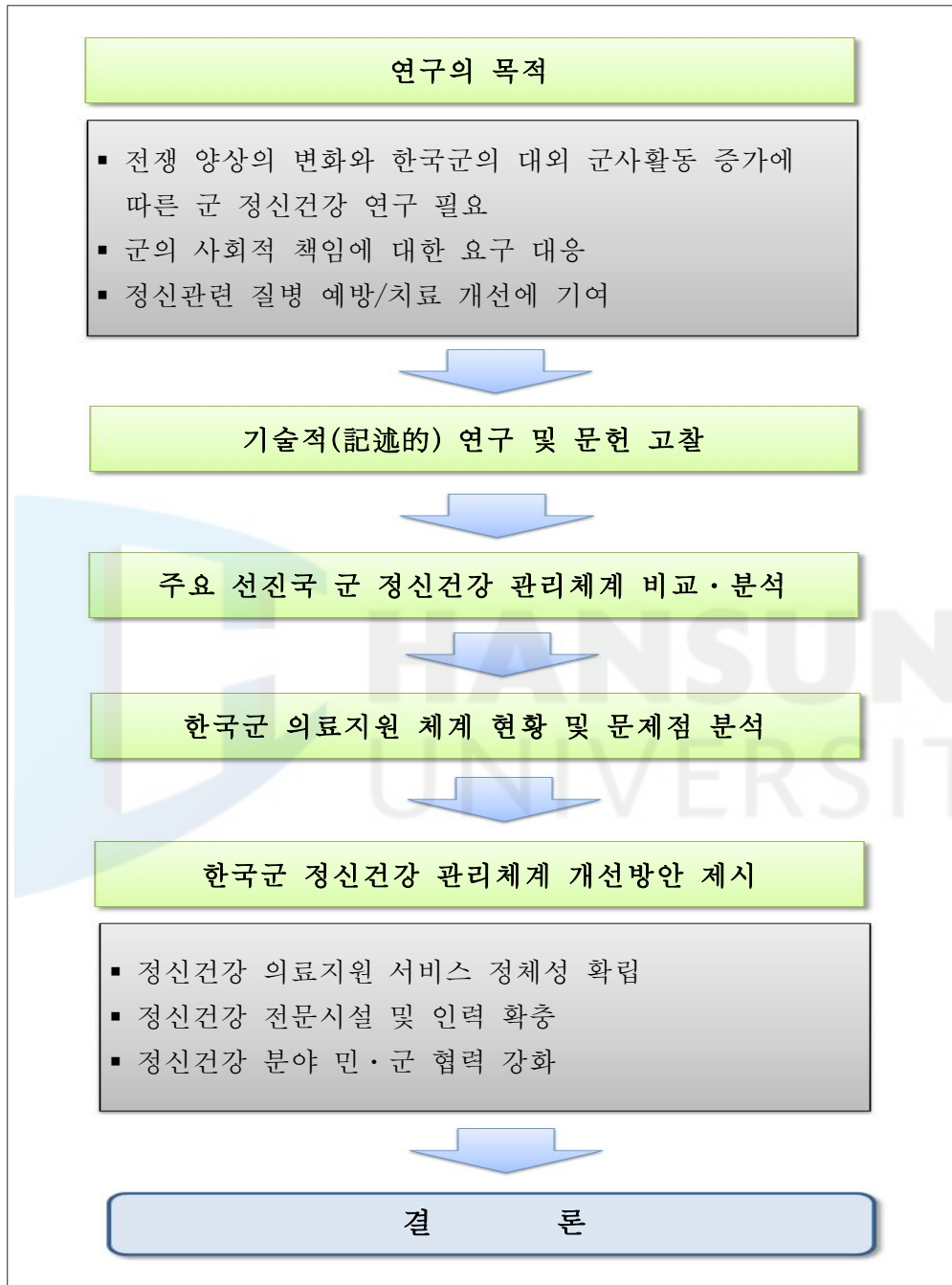
첫째, 연구대상이다. 군 정신건강 관리체계의 현실태와 문제점을 접근하는데 있어 다양한 연구대상으로의 접근이 시도될 수 있을 것이다. 그러나 여러 가지 한계로 인하여 연구의 대상은 전장 스트레스, PTSD, 우울증, 약물남용을 중심으로 군 정신건강 관리의 운영현황과 제도, 정책적 측면으로 한정하여 분석하였다. 현재 운영되고 있는 군 정신건강 관리체계에 대한 관련 자료와 연구 산출물이 미비하지만 제도와 정책적 측면에서 접근하여 문제점을 도출하고 이를 토대로 개선방안을 제안할 수 있다고 판단된다. 왜냐하면 관련 연구와 제도 시행이 부족한 현 상태에서는 기초적 토대 마련을 위해 거시적인 관점에서 정책적 대안 수립이 가장 우선시 되어야 한다고 판단하기 때문이다.

둘째, 본 연구는 비교연구방법(comparative analysis)을 중심으로 기술적(記述的)연구방법을 사용하였다. 주된 연구의 대상은 현재 한국군의 정신건강 관리체계이며 주요 군사 선진국에서 운영 및 연구되고 있는 관리체계의 내용을 연구하고 비교·분석함으로써 차이점 및 교훈점을 지적하였다. 또한 국 내·외의 여러 학자들의 연구결과와 국방부, 보건복지부, 한국 국방연구원, 국가보훈처 등 국가기관 발표 자료와 보고서를 활용하였고 연구의 시사성을 보완하기 위해 2010년 5월 7일 김 정 국회의원 주관으로 열린 국회 세미나 자료를 이용하였다.

마지막으로, 본 논문은 제1장에서 문제 제기와 연구의 목적, 연구 범위 및 방법을 기술하였고 제2장에서는 군 정신건강에 대한 이론적 토대를 고찰하기 위해 정신건강에 대한 개념과 전장 스트레스, PTSD, 우울증 및 약물남용의 원인과 치료 방법을 분석하였다. 제3장에서는 한국의 의료지원 체계의 현황과 문제점, 선진국 군의 정신건강 관리체계를 비교 분석하여 제시하였으며 제4장에서는 본 논문의 핵심 분야로서 이러한 분석결과를 토대로 군 정신건강 관리체계의 개선방안을 3개 핵심 분야로 구분하여 제시하였다.

이와 같은 연구의 진행을 전체적인 흐름도로 정리하면 다음의 [그림 1-1]과 같다.

[그림 1-1] 연구의 흐름도



제 2 장 군 정신건강 관리체계의 이론적 배경

제 1 절 군 정신건강 관리체계의 의의

1. 정신건강의 개념

1) 정신건강의 일반적 정의

정신건강에 대한 일반적 정의들은 대부분 상대적이다. 건강이란 주관적인 경험으로서 이 상태는 직관적으로 알 수 있을 뿐 단정적으로 기술되거나 양적으로 측정할 수는 없다. 그럼에도 불구하고 유기체가 어떤 식으로 기능을 발휘할 때 일어나는 안녕의 상태가 건강이라고 정의 내리게 된다. 여기서 기능발휘를 어떻게 기술하느냐는 유기체가 환경과 상호작용하는 것을 어떻게 해석하고 설명하느냐에 달려 있다.

흔히 ‘정신건강(mental health)’이라는 용어는 ‘정신위생(mental hygiene)’이라는 용어와 혼용되어 사용되고 있다. 그러나 엄밀히 말하면 정신위생은 정신건강을 위한 실천적 수단을 보다 강조한 용어인 반면, 정신건강은 하나의 목표가 나름대로 달성된 이상적인 상태를 지칭하는 용어라 할 수 있다. 즉 인간이 바라고 원하는 방향이 정신건강이라면, 이와 같은 정신건강을 유지하기 위해 최적의 적응과 원만한 인간관계를 유지해 나가는 적극적이고 실천적인 자세가 정신위생이다. 따라서 병에 걸리지 않는다 또는 병에서 회복되었다고 하는 것이 소극적 의미의 정신건강이라면, 적극적 의미의 정신건강이란 개인이 최선의 기능을 발휘하는 하나의 이상적 상태라고 할 수 있다.

유엔의 세계보건기구(WHO)헌장에 의하면 건강은 ‘단지 질병에 걸리지 않거나 허약하지 않은 상태만이 아니라 신체적, 정신적, 그리고 사회적으로 양호한 상태’라고 하였다. 이러한 차원에서 정신건강은 ‘일상생활에서 언제나 독립적·자주적으로 처리해 나갈 수 있고 질병에 대해 저항력이 있으며 원만한 가정생활과 사회생활을 할 수 있는 상태이자 정신적 성숙 상태’라

고 밝히고 있다.

미국 정신위생위원회(National Committee for Mental Hygiene)의 보고에서는 ‘정신건강이란 다만 정신적 질병에 걸려 있지 않은 상태만이 아니고 만족스러운 인간관계와 그것을 유지해 나갈 수 있는 능력’을 의미한다고 하였다. 이것은 ‘모든 종류의 개인적·사회적 적응을 포함하며 어떠한 환경에도 대처해 나갈 수 있는 건전하고(wholesome), 균형있고(balanced), 통일된(integrated) 성격(personality)의 발달’을 의미한다고 할 수 있겠다.

이러한 측면에서 정신건강이란 ‘행복하고 만족하며 원하는 것을 성취하는 것 등의 안녕 상태(well-being)’ 또는 ‘정신적으로 병적인 증세가 없을 뿐 아니라 자기 능력을 최대한 발휘하고 환경에 대한 적응력이 있으며, 자주적이고 건설적으로 자기의 생활을 처리해 나갈 수 있는 성숙한 인격체를 갖추고 있는 상태’를 말한다.⁸⁾

정신건강 활동은 두 개의 영역으로 구분될 수 있다. 즉 적극적으로 정신의 건강을 유지하고 그 상태를 보전하고 향상시키려는 예방적 활동분야와 정신적 혹은 정서적으로 장애를 받고 있는 사람들로 하여금 정신적 건강을 회복할 수 있도록 도와주는 소극적 활동분야로 볼 수 있다. 다시 말하면 정신건강의 적극적 활동은 주로 정신적 적응을 증진시키며, 정신적 이상을 예방하는 각종 활동으로서 가정, 학교, 사회구성원의 정신건강문제에 대하여 올바른 이해와 자세를 갖도록 지도하고 계몽하며 여가를 효율적으로 사용하도록 도와주거나 창조적 자기표현을 할 수 있는 기회를 마련하며 정신건강의 증진을 위한 기회를 마련해 주는 것이다. 그리고 정신건강의 소극적 활동은 정신질환의 증상을 파악하고 인식시켜 주며 초기에 환자를 발견하여 치료할 수 있도록 각종 정보를 제공해 주어 정신질환을 감소시키려는 임상적 활동이 주를 이루는 것이다.

2. 정신건강과 정신장애

1) 정상과 비정상

8) 이영호, 『정신건강론』, 서울 : 학현사, 2007, pp.14-15.

어떤 상태가 정신적으로 정상(normality)인지 명확한 한계를 설정하고 규정하기란 매우 어렵지만 일반적으로 정신과학에서는 정신적으로 건강한 사람, 즉 정상을 크게 ① 건강하면 정상이다.(normality as health) ② 이상적인 상태가 정상이다.(normality as utopia) ③ 보통(평균)이 정상이다.(normality as average) ④ 성장과 변화가 있어야 정상이다.(normality as process)의 네 가지 관점에서 각각의 관점을 상호보완적인 의미에서 적용할 수 있을 것이다. 또한 어떤 한 가지 증세를 보인다고 해서 비정상(abnormality)이라고 단정 지을 수는 없다. 실제로는 어느 정도의 증세를 보이는가, 즉 정도의 차이에 따라 정상과 비정상을 나눌 수 있다. 정신적으로 이상이 있다고 생각되는 사람들은 일반적으로 약 10%를 차지하는데, 의학적으로 정신이 정상이 아닌 사람들의 특징은 다음과 같다.⁹⁾

- ① 현실감이 없는 편이다.
- ② 변화에 잘 적응할 줄 모른다.
- ③ 자율성이 거의 없다.
- ④ 근심, 걱정 등의 스트레스를 잘 견디어 내지 못한다.
- ⑤ 다른 사람에 대한 배려가 거의 없다.
- ⑥ 다른 사람과의 관계에 있어서 만족을 잘 하지 못한다.
- ⑦ 다른 사람을 사랑할 줄 모른다.
- ⑧ 생산적인 일을 거의 하지 않는다.

2) 정신장애의 개념과 원인

미국정신의학협회의 DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition)에 따르면 정신증적(psychotic)이라는 용어에 대하여 역사적으로 수많은 정의가 내려졌지만 그 어느 것도 보편적으로 수용되고 있지는 않다. 정신증적이란 용어에 대한 가장 협의의 정의는 망상이나 병식이 없는 뚜렷한 환각에 국한된다. 좀 더 넓게 정의하면 개인이 환각적 체험임을 인식하고 있는 뚜렷한 환각까지 포함된다. 더 폭넓게

9) 이영실 · 이윤로, 『정신건강론』, 서울 : 창지사, 2008, pp.28-29.

정의한다면 정신분열병의 다른 양성 증상들 (예 : 와해된 언어, 심하게 와해된 행동이나 긴장된 행동)이 포함된다. 이와 같이 증상에 기초한 정의와는 달리 종전 분류(DSM-II 또는 ICD-9)에서 사용된 정의는 지나치게 포괄적이고 기능손상의 정도에 초점을 맞추어 “일상생활의 요구를 감당할 능력을 전반적으로 방해하는 손상”이 있는 정신장애는 정신증적인 것으로 구분되어졌다. 결과적으로 이 용어는 현실 검증력의 전반적인 상실이나 자아 경계의 상실로 개념화되는 것이다.¹⁰⁾ 한편, DSM-IV에 포함된 정신증적 장애를 살펴보면 정신분열병(schizophrenia), 정신분열형 장애(schizophreniform disorder), 분열정동장애(schizoaffective disorder), 망상성 장애(delusional disorder), 단기 정신증적 장애(brief psychotic disorder), 공유 정신증적 장애(shared psychotic disorder), 일반적인 의학적 상태로 인한 정신증적 장애(psychotic disorder due to a general medical condition), 물질로 유발된 정신증적 장애(substance-induced psychotic disorder), 달리 분류되지 않는 정신증적 장애(psychotic disorder not otherwise specified)로 구분될 수 있다.¹¹⁾

3. 군 정신건강 관리의 발전단계

역사적으로 전쟁과 관련된 질병의 문제는 전쟁 그 자체만큼 오랜 역사를 가지고 있었다. 역사의 피비린내 나는 비극은 보통 사람에게도 오랫동안 영혼과 행동의 수정을 가져오며 전쟁과 고문, 감금 또는 극한 상황에 부딪쳐 겪는 트라우마에 대한 20세기 이후 모든 현상은 프로이트의 선각적 혜안을 확인시킨다. 전장(戰場)이라는 특수한 환경은 모든 인간에게 일률적인 반응을 일으키게 하지는 않는다. 왜냐하면 극도의 위험과 불확실성이 지배하는 전쟁 환경의 특성이 전투에 임하는 당사자의 성격, 가치관, 경험, 태도 등에 따라 천차만별의 결과를 가져오기 때문이다. 일반적으로 실제 전투에서 직면하게 되는 수많은 스트레스가 원인이 되어 발생하는 각종 증상

10) 미국정신의학회·이근후 외(역), 『정신장애의 진단 및 통계편람 제4판』, 서울 : 한나 의학사, 1995, pp.367-368.

11) 각 장애에 대한 정의 및 설명은 부록 참조.

에 대한 인식은 제1차 세계대전 이후에 크게 변하였다. 처음에는 단순히 외상(外傷)이 원인이라고 생각되어 졌으나 점차 일종의 정신의학적 질병의 일종으로 분류되기 시작했고 심리학적 측면에서 분석도 고려되었다.

제1차 세계대전으로 전쟁 신경증(shell shock)의 트라우마적 기원에 대한 토론이 끊임없이 되풀이 될 때마다 정신의학자들의 모든 임무 수행은 히스테리, 피병 환자, 거짓말쟁이, 탈영병, 첩자와 같은 의심스러운 피병(faux malade)의 실체를 벗겨 내기 위해 상명 하달식 군대 계급 구조를 강요당한다. 이 당시 프로이트는 정신의학자의 관점에서 신경증이 트라우마의 기원이든, 또는 심적 기원이든지 간에 신경증의 모든 정의에 부적합하게 사용한 모사(simulation)의 개념을 비난했다.

서양 각국의 정신분석이 점진적으로 뿌리내림으로써 전쟁 신경증 문제에 대한 정신의학적인 관점이 변하고, 제2차 세계대전 동안 영국에서는 존 릭맨(John Rickman)과 비온(Wilfred Ruprecht Bion)의 이론에 따라 새로운 발전이 있었던 반면에 독일에서는 많은 정신분석가가 괴링(Matthias Heinrich Göring)의 지도로 국가 사회주의당(나치즘)에 봉사하는 전쟁을 위한 정신 치료로 꾸며졌다.¹²⁾

[표 2-1] 전쟁별 전쟁증후군과 증상들

구 분	증 후 군	특 이 증 상	공 통 증 상
미국 남북전쟁	다코스타 심장 과민 증후군	심계항진 ¹³⁾	피로, 두통 수면장애 건망증 집중력 장애
1차 세계대전	피로증후군(effort syndrome) 탄환공포(shell shock)	어지러움, 비지땀 근육/관절 통증	
2차 세계대전	전투 스트레스 반응 전쟁 신경증	각성과 예민함	
베트남 전쟁	외상 후 스트레스 장애	근육/관절 통증 설사, 어지럼증	
걸프전	걸프전 증후군	근육/관절 통증	

* 출처 : 한태근 · 정윤수, 2009, p.45.

12) 엘리자베트 루디네스코 · 미셸 플롱, 강웅섭 외(역), 『정신분석 대사전』, 서울 : 도서출판 백의, 2005, pp.999-1000, 전문인용.

13) 심장의 박동이 빠르고 세지는 일. 흥분, 과로, 심장병 따위로 말미암아 일어나는 증상이다.

미국의 경우 제1차 세계대전 참전 경험 후 영국, 프랑스 등과 함께 전쟁 신경증을 인식하고 체계적인 예방 및 대응을 위한 인력·기구 양성을 위해 투자를 실시한 결과 제2차 세계대전시 큰 효과를 거두었으나 전후 공백 기간 동안 잠시 소강상태에 접어들었다. 1960년대 베트남전이 본격적으로 확대되면서 전장 스트레스 및 외상 후 스트레스 장애에 대해 연구가 활발히 진행되었고 동시에 3·4차 중동전쟁을 거친 이스라엘의 경험에서도 많은 영향을 받았다. 이후 걸프전(Gulf War)과 아프가니스탄(Operation Enduring Freedom) 및 이라크 전쟁(Operation Iraq Freedom)을 거치면서 전문 팀을 운영하며 체계적으로 장병들의 정신건강을 관리하고 있고 국가 보훈처의 보훈병원, The National Center for PTSD와 연계하여 전문적인 예방, 진단/치료 및 연구 서비스를 제공하고 있다.

제 2 절 군 정신건강의 이론적 배경

1. 전장 스트레스(combata stress)

1) 스트레스와 전장 스트레스

오늘날 스트레스라는 용어는 매우 광범위하게 사용되고 있으며 그 정의도 다양하다. 최초 공학에서 사용되었던 용어로 “물리적 힘의 작용”으로 정의되었던 스트레스는 생리학, 심리학, 인지학 등 여러 학문분야에서 연구하고 있지만 그 개념에 대한 설명은 조금씩 다르다. 그 이유는 스트레스가 다차원적(mult-dimensional)이며 동태적(dynamic)인 것으로서, 입장과 관념에 따라 다양하게 정의되고 있기 때문이다.

일반적으로 스트레스의 개념을 정의할 때 대부분 반응모형(response model), 자극모형(stimulus model), 그리고 상호작용 모형(transactional model)의 3가지 모형으로 구분한다.

먼저 반응으로 보는 관점에서는 스트레스를 항상성의 붕괴로 정의하고 있다. 반응모형이란 개인의 경험을 의미하는 것으로 예컨대 우리가 어떤 사람이 스트레스로 고통을 겪고 있다고 말하는 것이다. 이러한 접근을 적

용할 때 불안한 행동, 에너지의 결핍, 불면, 두통, 소화불량 등과 같은 증상들을 관찰함으로써 스트레스라고 하는 추상적인 경험에 대하여 추론할 수 있다. 이는 생물학적 모델에 뿌리를 둔 고전적인 스트레스에 대한 정의로서, 스트레스라는 용어를 처음 제시한 Selye(1936)의 연구로부터 유래되었다. 스트레스를 이러한 신체반응으로 정의한다면, 생활의 모든 측면에서 항상성 유지에 늘 도전을 받게 되어 아주 심각한 경우를 제외하고는 스트레스 반응과 일상생활에서의 반응을 구별하기 어렵다는 단점이 있다. 또한 스트레스를 종속변인으로 봄으로써 인간을 외부 사건에 대해 단지 수동적으로 반응하는 존재로 파악한다는 점에서 그 한계가 있다.

다음으로 스트레스를 하나의 자극으로 보는 입장이 있다. 자극모형은 스트레스가 환경 안에서 일어나며 개인에게 무엇인가를 요구하는 것, 스트레스의 근원 혹은 개인에게 부과된 외부의 요구를 ‘스트레스 요인(stressors)’이라 한다. 여기에는 외적인 환경적 조건에서 내적인 생리적 현상까지 다양한 자극들이 포함되며 이를 반응으로서의 스트레스와 구별하였다. 자극으로 본 스트레스는 반응개념의 스트레스보다 뜻이 명확하지만, 여기에는 개인에 따라 각각 특수한 반응을 달리 보일 수 있다는 점이 고려되지 않고 있다.

마지막으로 상호작용 관점의 스트레스는 사회과학에 기초를 둔 것으로 개인과 주위 생활환경간의 관계적 특성과 관련지어 정의된다. 앞선 두 가지 스트레스 개념은 스트레스 작용에 개인의 심리적 과정을 배제함으로써 환경과의 관계에서 개인의 능동적인 역할이 무시되고 개인차를 다루지 못하였다. 그러한 상호작용 스트레스 개념은 환경내의 자극 특성과 이에 관한 반응의 매개로서 개인의 특성을 강조하고, 개인이 환경에 영향을 준다는 역동적 상호작용의 견해로 스트레스를 이해한다. 역동적 상호작용이란 개인이 요구하는 것과 이에 대처하는 자원 간에 일어나는 상호작용으로 이들 두 요소를 비교함으로써 스트레스가 발생한다는 것이다. 따라서 개인의 내적 또는 외적 요구가 자신의 적응자원보다 지나치게 큰 경우에 스트레스를 경험하게 된다. 그러나 상호작용 개념의 스트레스는 스트레스를 측정함에 있어서 객관적으로 측정하기가 어렵다는 한계점을 내포한다. ¹⁴⁾

이러한 관점에서 전투원이 직면하고 있는 생활환경이자 활동공간으로 싸우고자 하는 유기체가 의존하는 곳, 즉 서로의 이익을 위한 무력행사가 존재하고 있는 특수한 심리적 환경인 전장에서 군대와 군인, 무기체계 등 구성요소들이 복합적으로 작용하여 발생하는 전장 스트레스란 “어려운 전장 상황에서 심한 정신적, 육체적, 스트레스에 직면하여 인체의 정상방어 기능이 일시적으로 붕괴되면서 불안, 공포, 행동장애 등을 나타내는 일련의 증상”¹⁵⁾으로 정의될 수 있다. 전장에서는 언제나 다양한 정신적, 육체적 스트레스 인자들의 복잡한 상호작용의 결과로서 병사 개개인에게 스트레스 반응이 나타날 수 있다.¹⁶⁾

2) 전장 스트레스 발생 요인

전장 스트레스를 발생시키는 요인은 매우 다양하다. 일반적으로 사회적인 스트레스를 발생시키는 대부분의 원인들이 전투 스트레스의 원인으로 지적될 수 있다. 그러나 전장상황이나 특성에 따라 전장 스트레스만의 고유한 원인이 존재하기도 한다. 전장 스트레스의 원인과 영향을 관계를 살펴보기 위해선 그것이 어떤 원인에 의해 발생하고 어떤 과정을 거쳐 개인 및 조직에 영향을 미치게 되는지 그 전개 양상을 먼저 살펴보아야 할 것이다.

가. 전장 환경의 특성에 따른 스트레스 발생

전장 환경의 특성에 따른 스트레스 발생원인은 다음과 같다.

첫째, 전쟁양상의 변화이다. 첨단 군사과학기술의 발달에 따라 현대전은 과거와 달리 대규모 정규군에 의해 수행되는 전면전에서 소규모로 전문화된 특수임무 집단에 의해 진행되는 비정규전의 양상으로 진화되고 있다. 특히 9·11 테러 이후 이러한 현상이 가속화되고 있기 때문에 전투원의 육체적 · 심리적 스트레스는 크게 증가할 수밖에 없다.

14) 윤병권, “병영 스트레스와 군 복무 부적응 행동에 관한 연구”, 원광대학교 산업경영대학원 석사학위 논문, 2008, pp.11-13, 전문인용.

15) 한태근 · 정운수, “PKO활동과 전장스트레스관리에 관한 연구”, 『2009 한국정책학회 하계 학술대회』, 서울 : 한국정책학회, 2009, pp.37-38.

16) Headquarters, Department of the ARMY, *LEADER'S MANUAL FOR COMBAT STRESS CONTROL*, Washington, DC : Headquarters, Department of the ARMY, 1994, p.19.

둘째, 화학전의 위협으로 과거의 화생방전에 대한 사례와 화학탄으로 인한 공포 및 불안이라는 심리적인 부담까지 고려한다면 그 스트레스는 공황을 불러일으킬 수도 있다.

셋째, 전장상황 및 전쟁결과에 대한 불확실성으로 인간은 주변상황을 모를 때 불안을 느낀다. 전장 역시 여러 장애로 인한 돌발적인 사태나 급격한 변화가 빈번하게 발생하는 곳이다. 즉 앞으로 어떤 상황이 벌어질 것인지 예측하기 어려우며 이에 따라 돌발 상황에 대한 대처능력이 감소하게 된다.

넷째, 리더십의 문제를 들 수 있는데, 지휘관이 자신감을 갖지 못하면 그의 명령과 지시는 효력을 지니지 못하게 된다. 비전문적인 의사결정, 경험부족 및 지휘관의 부재 등이 장병들의 자신감과 전투의지를 저하시키며 강한 스트레스를 유발시킬 수 있다.

그 밖에 수면부족으로 인한 신체 리듬의 파괴, 불리한 전장 환경 및 열악한 군수보급, 적의 심리전 및 왜곡된 언론 보도로 인한 장병들의 사기저하 등이 스트레스 발생요인으로 고려될 수 있다.

나. 전장외적 상황에 따른 스트레스 발생

전장상황에서 발생한 스트레스들은 개개인의 성장배경, 현재 직시하는 당면문제, 성격 등에 의해 해결방법이 다르고 느끼는 정도도 차이가 있을 수밖에 없을 것이다. 특히 불확실성이 상존하는 전장상황에서는 규정, 방침, 교리 등으로만 처리할 수 없는 많은 일들이 있을 수밖에 없기 때문에 작은 관심과 배려가 전투에 임하는 장병들에게 큰 영향을 끼칠 수 있다. 이러한 전장 외적인 요소들에 있어서도 공통적인 측면이 존재하는데 이를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 개인적인 문제들이 종합적으로 영향을 미치는 바, 개인적으로 가지고 있는 건강상의 문제, 가족과 애인에 대한 문제, 종교, 자신의 욕구 및 목표에 관한 모든 것들이 개인적인 문제가 될 수 있다. 열악한 여건으로 인하여 본인의 건강관리는 물론 사랑하는 사람들에 대한 걱정, 무엇보다 자신의 미래에 대한 불안이 문제가 된다. 자신의 목표를 현실과 조화시켜

긍정적으로 유도하면 시너지 효과를 낼 수 있지만 그렇지 못한 경우 스트레스로 나타난다.

둘째, 대인적 문제들로서 자신이 몸담고 있는 사람들과의 관계가 원만할 경우 많은 문제들이 실제로 해결이 되지 않아도 심리적인 안정으로 인하여 해결된 것처럼 인식할 수 있다. 예를 들어 추상적으로 느낄 수 있는 국가보다 내 옆의 전우가 나를 위하여 나 또한 옆의 전우를 위하여 무엇이든 한다는 신념이 더욱 전투의지를 고양시킬 수 있지만 반대로 전투원들간에 불화가 생길 경우 부대의 공동체 의식을 붕괴시킬 수도 있다. 이와 같이 개인의 안전을 보장받기 힘든 전장 상황에서는 대인관계와 관련된 문제들이 더욱 강한 영향을 끼칠 수밖에 없다.¹⁷⁾

2. 외상 후 스트레스 장애(PTSD)

1) 외상 후 스트레스 장애의 개념

외상 후 스트레스 장애(posttraumatic stress disorder)는 통상적인 상황에서는 겪을 수 없는 극심한 위협적인 사건을 경험한 다음 일으키는 특수한 정신과적 증상군을 뜻한다. 여기서 말하는 위협적인 사건이란, 강간·폭행·전쟁터·홍수나 지진 같은 천재지변·교통사고·대형 화재 등을 의미하며, 사별·부부의 갈등이나 이혼·만성적인 질병·직업상실처럼 사람들이 흔히 겪을 수 있는 사건은 제외된다. 과거에 전쟁신경증(war neurosis/shell shock), 전쟁공포증(war phobia), Nazi 수용소증후군, 외상 후 신경증(posttraumatic neurosis)이라고 불리던 질병단위들이 이 외상 후 자극장애에 포함되며, 대자극반응(gross stress reaction)도 여기에 해당된다. DSM-III-R까지는 외상 후 스트레스 장애만이 질병단위로 인정되었으나 DSM-IV부터는 급성 스트레스 장애가 추가되었다.¹⁸⁾

2) 외상 후 스트레스 장애의 주요원인 및 증상

17) 한태근·정윤수, 전제논문, 2009, pp.38-39.

18) 이정균·김용식, 『정신의학』, 서울 : (주)일조각, 2005, p.359.

가. 역학 및 원인

일반적으로 보통 인구에서 평생 유병률은 1-14%로 매우 다양하며 위험도가 높은 인구(예: 참전군인, 사고 또는 범죄의 피해자)에서는 3-58%로 높게 보고되고 있다. 남자의 경우 전쟁경험이 많고 여자의 경우 물리적 폭행, 강간을 당한 경우가 많다. 원인은 물론 어떤 외상적 사건이 질병을 일으키지만 외상적 사건을 경험한 모든 사람에게서 이 병이 발병하지는 않는다. 외상적 사건 이전이나 이후의 생물학적, 정신사회적 요소가 발병에 관련될 가능성이 높으며 각 개인에 대한 외상적 사건의 의미 또한 매우 중요한 요소이다. 외상적 사건을 경험한 후에 외상 후 스트레스가 발병하게 되는 위험인자로는 ① 아동기 외상의 경험, ② 경계성, 편집성, 의존성 또는 반사회적 인격 장애의 특징이 있는 경우 ③ 부적절한 가족, 또래의 지지체계 ④ 여성 ⑤ 정신과 질환에 대한 유전적 취약성 ⑥ 최근의 스트레스가 되는 생활변화 ⑦ 내적이기 보다는 외적인 조절상황 인식 ⑧ 최근의 과도한 알코올 섭취 등이다.

나. 일반적 진단

이 질병의 진단 시에는 극심한 외상성 스트레스 사건에 노출된 이후에 뒤따라 특징적인 정신적 증상이 나타나는 경우 외상 후 스트레스 장애로 진단한다. 외상적 사건들은 실제적인 죽음이나 죽음의 위협을 느낀 사건 또는 심한 부상, 자신이나 다른 사람의 신체의 온전성을 위협하는 사건을 직접 겪거나 목격한 경험으로 예를 들어 참전, 폭행, 유괴, 인질, 테러, 전쟁포로나 수용소 수감, 자연 또는 인위적 재해, 교통사고, 생명을 위협하는 질병의 진단 등이 포함될 수 있다. 이에 따른 정신적 증상으로는 외상적 사건의 재경험, 사건과 관련된 자극의 회피, 외상적 사건으로 유발된 불안이나 과잉각성을 지속적으로 경험하는 것 등이다. 일반적으로 사건 후 증상들이 한 달 이상 지속되어야 진단을 내릴 수 있으며 DSM-IV-TR에서는 증상이 발생한지 한 달 이내의 경우엔 급성스트레스 장애로 구별하여 진단하고 있다.¹⁹⁾

19) 급성스트레스 장애는 사건 후 4주 이내에 발병하여 2~4주내에 회복된 경우를 의미한다. (대한신경정신의학회, 『신경정신의학』, 서울 : 중앙문화사, 2007, pp.224-225.)

[표 2-2] 외상 후 스트레스 장애의 진단 기준

A. 외상성 사건을 경험했던 개인에게 다음 2가지 증상이 모두 나타난다: (1) 개인이 자신이나 타인의 실제적 또는 위협적인 죽음이나 심각한 상태, 또는 신체적 안녕에 위협을 가져다주는 사건(들)을 경험하거나 목격, 직면하였을 때 (2) 개인의 반응에 극심한 공포, 무력감, 고통이 동반될 때 주의 : 소아에서는 이런 반응 대신 지리멸렬하거나 초조한 행동을 보인다.
B. 외상성 사건을 다음과 같은 방식 가운데 1가지(또는 그 이상)방식으로 지속적으로 재경험할 때: (1) 사건에 대해 반복적이고 집요하게 떠오르는 고통스런 회상(영상이나 생각, 지각을 포함) (2) 사건에 대한 반복적이고 괴로운 꿈 주의 : 소아에서는 내용이 인지되지 않는 무서운 꿈 (3) 마치 외상성 사건이 재발하고 있는 것 같은 행동이나 느낌(사건을 다시 경험하는 듯 한 지각, 착각, 환각, 해리적인 환각 재현의 삽화들, 이런 경험은 잠에서 깨어날 때 혹은 중독 상태에서의 경험을 포함한다.) 주의 : 소아에서는 외상의 특유한 재연(놀이를 통한 재경험)이 일어난다. (4) 외상적 사건과 유사하거나 상징적인 내적 또는 외적 단서에 노출되었을 때 심각한 심리적 고통 (5) 외상적 사건과 유사하거나 상징적인 내적 또는 외적 단서에 노출되었을 때의 생리적 재반응
C. 외상과 연관되는 자극을 지속적으로 회피하려 하거나, 일반적인 반응의 마비(전에는 없었던)가 다음 중 3가지 이상일 때: (1) 외상과 관련되는 생각, 느낌, 대화를 피한다. (2) 외상이 회상되는 행동, 장소, 사람들을 피한다. (3) 외상의 중요한 부분을 회상할 수 없다. (4) 중요한 활동에 흥미나 참여가 매우 저하되어 있다. (5) 정서의 범위가 제한되어 있다(예: 사랑의 감정을 느낄 수 없다). (6) 미래가 단축된 느낌(예: 직업, 결혼, 자녀, 정상적인 삶을 기대하지 않는다).
D. 증가된 각성 반응의 증상(외상 전에는 존재하지 않았던)이 2가지 이상 있을 때: (1) 잠들기 어려움 또는 잠을 계속 자기 어려움 (2) 자극에 과민한 상태 또는 분노의 폭발 (3) 집중의 어려움 (4) 지나친 경계 (5) 악화된 놀람 반응
E. 장애(진단 기준 B,C,D)의 기간이 1개월 이상이다.
F. 증상이 임상적으로 심각한 고통이나 사회적, 직업적, 다른 중요한 기능 영역에서 장애를 초래한다. 세분할 것: - 급성 : 증상 기간이 3개월 이하 - 만성 : 증상 기간이 3개월 이상 - 지연성 : 스트레스 발생 후 적어도 6개월 이후 증상이 나타난다.

* 출처 : 미국정신의학회 · 이근후 외(역), 1995, pp.558-559.

3) 외상 후 스트레스 장애의 예방 및 치료

일반적인 외상 후 스트레스 장애의 치료원칙은, 가능한 외상적 사건 발생 직후 시작하여 집중적인 치료시설에서 단기간 치료하여 사회로 조기 복귀시키는 것이다. 만일 조기에 이런 조치를 적절히 하지 못하면 만성화될 가능성이 많다. 이를 위해 환자를 지지해 주면서 외상적 사건을 충분히 의논할 수 있도록 격려하고 이완 요법 등 다양한 대처 방식을 교육하며 항불안제의 투여도 도움이 된다. 외상 후 스트레스 장애를 치료하기 위해서는 이 장애의 증상과 그로 인한 기능장애 및 치료방침을 설명하는 것이 무엇보다 중요하다. 이러한 과정이 초기에 충분히 이루어지면 의사-환자 관계를 조기에 수립하여 치료를 촉진할 수 있다.²⁰⁾

가. 약물치료

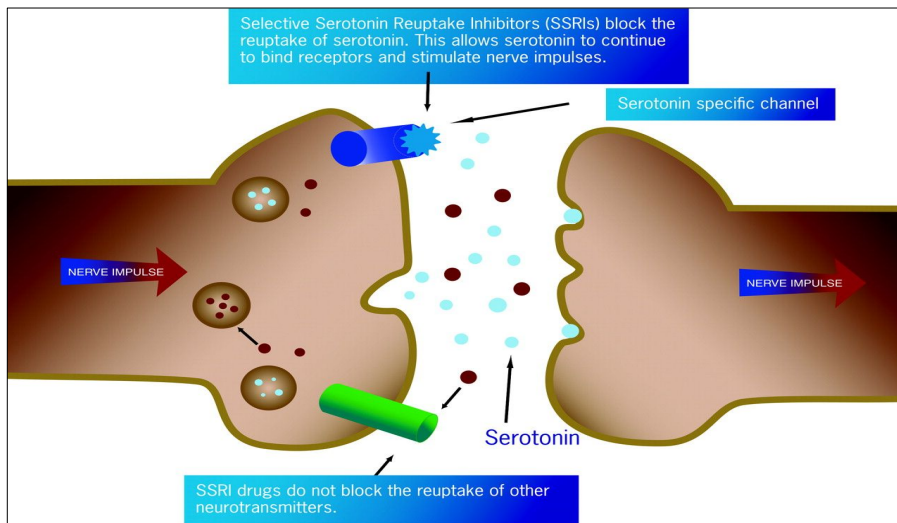
선택적 세로토닌 재흡수 억제제²¹⁾(예: 서트랄린(sertraline), 파록세틴(paroxetine))은 효과 및 내약성, 안정성에 있어 일차 치료제로 사용되며 외상 후 스트레스 장애의 특징적 증상뿐만 아니라 다른 불안, 우울장애와 유사한 증상의 치료에도 효과적이다.

예를 들어, 서트랄린의 우울증에 대한 효과성은 전통적인 항우울제와 비슷하지만 그 부작용은 알려진 것보다 적은 편이며 많은 실험에서 서트랄린이 일부 특수한 종류의 우울증에 대해 플루옥세틴(fluxetine)보다 효과적이라고 입증되었다. 또한 공황장애의 치료에 매우 효과적이며 강박장애의 경우 인지행동치료와 결합되거나 그 자체만으로도 보다 효율적인 치료 방법이 될 수 있다. 무엇보다 서트랄린은 사회적 불안 장애 또는 외상 후 스트레스 장애의 가장 뛰어난 치료 및 개선방법으로 알려져 있다.

20) 이정균·김용식, 전제서, 2005, p.362.

21) 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI)는 우울증, 불안 장애, 또 몇 가지 인격 장애를 치료하는 데 쓰이는 항우울제의 일종이다. 일반적으로 조루 문제를 치료하는데 효과적으로 사용된다. SSRI는 연접이전세포로 재흡수하는 것을 막음으로써 세포외 수준의 신경전달물질 세로토닌을 증가시킨다. 이로 인해, 연접이후 수용기와 결합할 수 있는 세로토닌의 수준이 증가하게 된다. 다른 모노아민 전달체에 대한 다양한 선택 사항을 가지고 있으며 노르에피네프린과 도파민 전달체의 결합 친화력이 거의 없다. 공식 설계된 첫 계열의 정신작용약인 SSRI는 수많은 국가에서 가장 널리 처방해 주는 항우울제이지만 효력과 안정성에 부분적인 의문이 제기되고 있다. (위키백과 한국어판, <http://ko.wikipedia.org/>, 검색일 : 2010.7.8)

[그림 2-1] 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(SSRI) 치료 체계



* 출처 : Science, serotonin, and sadness: the biology of antidepressants, (The FASEB Journal, <http://www.fasebj.org/cgi/content-nw/full/21/13/3404-a/>, 검색일 : 2010.7.31)

또한 삼환계 항우울제²²⁾인 이미프라민(imipramine), 아미트리프탈린(amitriptyline)도 많은 임상연구에서 효과가 입증되었다. 이 경우 두 가지 약물의 용량은 우울증의 치료시 용량과 유사하고 치료효과를 검증하기 위하여 최소 8주간 약물 투여가 요구된다. 약물치료시에는 일단 효과가 나타나면 최소 1년 이상 중단하지 않고 지속적인 투여가 필요하며 그 이후 지속적인 경과 관찰 후 적절한 대응이 요구된다.²³⁾

22) 삼환계 항우울제는 우울질환에 효과를 지닌 심리약제(항우울제: Antidepressant)이다. 이 약품은 기분전환 효과가 탁월하며 이미 가장 오래 사용된 우울증(Depression) 치료를 위한 약물에 속하며 삼환계 항우울제란 명칭은 특징적인 화학구조 틀에 의해 붙여진 것으로, 이는 3개의 환형 고리로 구성되어 있다. 오늘날 삼환계 항우울제는 우울-치료를 위한 첫 번째 선택 약물이 더 이상 아닌데, 이는 현대 항우울제에 비해 더욱 강한 부작용(side-effect)이 제시되기 때문이다. 삼환계 항우울제의 신경전달물질-체계에 대한 효과는 선택적이지 않으며 매우 심한 우울증의 경우 투여되는데, 만약 항우울제가 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(SSRI)와 같은 선택적 효과기제로 효과를 보이지 않은 경우에 해당된다. 삼환계 항우울제의 효과는 임상적 중요성에도 불구하고 대립적으로 논의되고 있다. (위키피디아, <http://www.wikipedia.org/>, 검색일 : 2010.7.8)

23) 대한신경정신의학회, 전게서, 2007, pp.225-226.

[표 2-3] 삼환계 및 사환계 항우울제의 분류

약명	일일용량 (mg/day)	Comments
amitriptyline	150~300	진정효과, 항콜린성 부작용
nortriptyline	75~150	치료적 약물 농도의 범위 50-150mg/mL
imipramine	150~300	야뇨증, 공황장애
desipramine	150~300	치료적 약물 농도의 범위 125-200mg/mL
doxepin	150~300	알레르기, 식도염, 위궤양
amoxapine	150~600	대사산물인 7-OH의 항정신병약물 효과 강박장애
clomipramine	150~250	250mg/day이상의 용량에서 간질이 보고됨
maprotiline	150~225	225mg/day이상의 용량에서 간질이 보고됨

* 출처 : 대한신경정신의학회, 2007, p.662.

나. 정신치료

이론적 배경의 차이에도 불구하고 대부분의 정신치료에서는 노출법(exposure therapy)²⁴⁾의 요소를 포함하는 인지적 접근이 사용되고 있다.

정신 역동적 정신치료에서는 외상적 사건에 대한 논의를 반복함으로써 제반응(abreaction)을 촉진하고, 외상으로 인한 부정적 영향을 인지하도록 도와줌으로써 외상적 경험을 좀 더 실제적이고 적응적인 방향을 재구성하도록 한다.

최근에는 인지-행동적 요소를 위주로 외상에 초점을 맞춰 단기간에 일정한 횟수의 치료 시간을 갖는 접근법이 널리 쓰이고 있는데, 이와 같은 방법은 환자의 의존성과 질병의 만성화를 줄이는 데 도움이 된다. 스트레스 대처법에 대한 인지적 접근과 이완요법을 포함하는 스트레스 관리방법을 습득하도록 하거나 체계적 탈감작(desensitization)이나 노출법을 이용하여 불안을 감소시켜 준다. 스트레스 관리방법의 효과가 좀 더 빠른 반면, 노출법의 효과는 좀 더 오래 지속된다는 차이가 있다. 이외에도 집단요법 및 가족치료가 도움이 된다.²⁵⁾

24) 노출법(exposure therapy)은 행동치료(behavior therapy)의 일부분으로 위험인자에 노출하거나 치료자가 환자를 치료하는 동안 사전에 흥분·분노 및 긴장을 줄인다. 특히 많은 연구들에서 노출법이 PTSD나 단순 공포증에 효과적인 치료방법이라는 것을 증명되었다.(위키피디아, <http://www.wikipedia.org/>, 검색일 : 2010.11.19)

25) 이정균·김용식, 전제서, 2005, p.363.

3. 우울증(depression disorder) 및 약물남용(substance abuse)

1) 우울증 및 약물남용의 개념

가. 우울증

우울증은 일반적인 감정으로 느껴질 수 있으나 정신질환 증상의 하나이다. 건강한 사람들은 상실, 실망, 비탄적인 상황의 반응으로 슬픔 또는 우울한 감정을 느낄 수 있다. 이러한 감정이 전체적인 상황의 걱정 비율을 넘어서 강하게 느껴질 때 질병적인 증상으로 발전되며 우울증은 일반적으로 아래와 같은 명백한 질병적 특성을 지닌다.

- ① 관념적 작용/육체적 증상과 지속성을 동반한 고통적 감정의 특별한 특성이 존재한다.
- ② 치료적 묘사 및 과정은 일률적으로 나타나는 때때로 상대적인 불면증 또는 과다수면(수면과잉)을 동반한 특별한 패턴을 따른다.
- ③ 원상회복이 가능한 육체적 변화는 다음과 같은 특수성과 질병의 지속성을 포함한다. : 사고능력과 언어능력, 타액의 분비, 내장 활동과 월경 그리고 신체리듬의 변화, 아침에 일찍 일어난 결과 나타나는 피로감을 포함한 신체 내부 과정들의 능력 저하

전통적인 우울증은 신체적 에너지의 원천이 저하되거나 모든 기능의 속도와 강도가 저하되는 영향을 끼친다. 또한 일부 환자들은 유사 질병 또는 유독 상태, 열병이 발생했을 때와 같은 기분과 같은 감정들을 호소한다.²⁶⁾

나. 약물남용

중독성 약물 사용(극단적 몰두) 그 자체에 대해 정의하는 것과 중독성 약물 사용의 원인을 정의하는 것을 구별하는 것은 중요한 일이다. 중독은

26) Daniel W. Badal, *Treatment of depression and related moods : a manual for psychotherapists*, Maryland : Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2006, pp.6-7.

약물 자체가 가진 기능이기 때문에 약물이 사용자에게 미치는 영향이 중요하다고 주장하는 사람들이 있는 반면, 중독에 있어서 핵심은 개인의 생리 기능에 있기 때문에 약물이 생리적 작용에 미치는 영향이 중요하다고 보는 사람들도 있다. 그리고 중독의 원인은 약물의 조기시도의 긍정적 효과(positive experience)라고 보는 사람들도 있고, 개인의 성격이라고 보는 사람들도 있으며, 중독의 핵심은 가족, 가까운 사람들과의 관계, 심지어는 사회 그 자체의 구조 속에 있다고 보는 사람들도 있다.²⁷⁾ 일반적으로 약품을 의학적 목적에 따라 사용하는 양, 복용 횟수, 강도와 방법이 적절하면 이는 사용(use)이라고 한다. 그리고 약물의 사용목적에는 맞으나 양, 복용 횟수, 강도와 방법이 부적합한 경우 이는 약물의 오용(misuse)이라고 한다. 그러나 약물을 신체기능이나 건강에 위험한 방법으로 원래 목적과는 다르게 의도적으로 사용하면 이는 약물의 남용(abuse)이라고 말한다.

중독이라는 용어에는 두 가지 의미가 있다. 남용을 목적으로 사용하지 않는 유해한 화학물질이 인체에 유입되어 그 독성으로 병을 유발하는 경우(예: 농약 중독, 수은 중독, 연탄가스 중독 등)의 중독은 poisoning 또는 intoxication을 말하는 것이며, 일단 사용하기 시작하여 해로운 결과가 있음에도 불구하고 스스로 조절하지 못하고 강박적으로 사용하는 상태를 addiction이라고 말한다. 이러한 개념에서 볼 때 약물이외에도 음식, 사랑, 도박, 사람, 일 등에 대해서도 중독이 될 수 있다.²⁸⁾

2) 우울증 및 약물남용의 주요원인 및 증상

가. 우울증의 원인

모든 심리적 현상과 같이 우울증의 원인은 간단하지 않으며 하위 유형에 따라 그 원인도 달라진다. 우울증의 주요한 원인에 대한 이론은 정신분석 이론, 행동주의 이론, 인지 이론, 생물학적인 이론이다.

27) Oakley Ray · Charles Ksir, 주왕기 · 김용식 (역), 『약물과 사회 그리고 인간행동』, 서울 : 라이프사이언스, 2003, p.42.

28) 김성이, 『약물중독총론』, 서울 : 양서원, 2002, p.46.

(1) 정신분석 이론

정신분석 이론은 인간의 심리적 문제를 무의식적 동기와 갈등의 문제로 설명하는데, 우울증의 경우도 마찬가지이다. 일반적으로 정신분석 이론에서는 우울증을 무의식적으로 분노가 자기에게 향해진 현상이라고 본다.

정신분석의 창시자인 프로이트(Freud)는 우울증을, 사랑하던 대상의 상실에 대한 반응이라고 보았다. 사랑하는 대상을 상실하게 되면 상실의 슬픔뿐만 아니라 자신을 버려두고 떠나간 대상에 대해 분노를 느끼게 된다. 그러나 이러한 분노의 감정은 도덕적 억압으로 인해 무의식화되고 또한 분노의 대상이 이미 사라진 상태이므로 자기 자신에게로 향해지게 된다. 이렇게 분노가 자신에게 내향화되면 자신을 비난하고 책망하며 죄책감을 느끼게 된다. 따라서 자기 가치감이 저하되고 자아기능 역시 약화되어 우울증으로 발전하게 된다는 것이다. 이러한 프로이트의 주장 이후 여러 정신분석학자에 의해서 우울증에 대한 이론이 발전되어 왔다. 대표적인 학자로는 아브라함(Abraham), 클라인(Klein), 아리에티(Arieti), 뎀포라드(Bemporad), 블래트(Blatt) 등이 있다.

(2) 행동주의 이론

행동주의 이론은 인간의 행동을 환경적 요인에 의한 학습의 결과로 설명하며, 우울증 역시 사회 환경으로부터 긍정적 강화가 약화되어 나타난 현상이라고 본다. 우리는 생활 속에서 칭찬, 보상, 도움, 지지, 즐거운 일 등의 다양한 긍정적 강화를 받으며 살아간다. 또한 우리는 그러한 강화를 유발하는 행동을 하게 되며 그 결과 긍정적 강화를 받게 되는 연쇄 과정 속에서 살아간다. 행동주의 이론에 따르면, 우울증이 발생하고 유지되는 것은 이러한 긍정적 강화가 상실되거나 강화유발행동이 감소하거나 또는 우울행동이 잘못 강화되기 때문이다. 삶에서 중요한 상실사건(예: 가족의 사망, 실직 등)을 경험하는 것은 긍정적 강화의 중심적인 원천을 상실하는 것이다. 이러한 강화의 원천을 상실하게 되면 서로 연결된 모든 적응적 행동이 감소하면서 우울증으로 발전하게 된다.

우울증에 대한 행동주의적 설명은 스키너(Skinner)와 퍼스터(Ferster)에

의해 처음 시도되었으며 레빈슨(Lewinsohn), 코스텔로(Costello), 코인(Coyne), 렘(Rehm) 등에 의해서 발전되었다. 행동주의 이론은 사회적 기술의 부족, 자기조절행동의 미숙, 문제해결 능력의 결여 등에 초점을 두어 우울증의 발생과 유지 과정을 설명하고 있다.

(3) 인지 이론

인지 이론은 인간이 능동적인 의미 구성적 존재라는 철학적 관점에 근거하고 있다. 즉 인간은 주변 환경에 의미를 부여함으로써 세상을 구성하는 능동적인 존재이며, 인간의 감정과 행동은 환경자극 자체보다는 그 자극에 부여한 의미에 의해서 결정된다고 본다. 이러한 가정에 근거하고 있는 인지 이론은 현재 가장 각광 받고 있는 이상심리학의 이론체계이다.

인지 이론은 사람들이 생활사건을 부정적이고 비관적인 의미로 왜곡하기 때문에 우울증이 유발된다고 주장한다. 우울한 사람들은 생활사건의 의미를 왜곡시키는 독특한 인지적 오류를 범하는 경향이 있으며, 좀 더 근본적으로 자신과 세상에 대해서 비현실적인 믿음과 기대를 지니고 있다. 인지 이론은 이처럼 우울증을 유발하는 부적응적인 사고 내용, 신념체계, 사고 과정과 인지적 오류 등에 대한 설명을 제시하고 있다. 우울증에 대한 인지 이론은 많은 연구를 통해 경험적인 지지를 받고 있고, 인지치료의 이론적 기초가 되고 있으며, 대표적인 학자로는 벡(Beck)을 위시하여 엘리스(Ellis), 셀리그만(Seligman), 라크만(Rachman), 홀론(Hollon) 등이 있다. 현재에도 많은 심리학자들에 의해서 더욱 정교하게 발전되고 있다.

(4) 생물학적 이론

생물학적 이론은 우울증이 신체적 원인에 의해서 생긴다는 가정에 기초하며 주로 정신의학자에 의해서 발전되었다. 우울증을 유발하는 신체적 원인으로 유전적 요인, 뇌의 신경 화학적 이상, 뇌구조의 기능적 손상, 내분비계통의 이상, 생체리듬의 이상 등에 초점을 맞추어 연구가 진행되고 있다.

우울증이 유전되는지를 밝히기 위해 가계 연구·쌍생아 연구·입양 연구 등이 진행되었으며, 우울증에는 유전적 소인이 있을 수 있다는 연구 결

과도 보고되고 있다. 또한 뇌세포간의 신경정보전달을 담당하는 신경전달 물질의 이상이 우울증을 유발할 수 있다는 가정 하에 많은 연구가 진행되었다. 특히 모노아민(예: 노르에피네프린, 도파민 등) 계열의 신경전달물질의 과잉 분비가 우울증을 유발한다는 이론이 제기되기도 했으며, 이러한 연구 결과는 약물치료의 이론적 근거가 되고 있다.

이 밖에도 우울증은 뇌의 특정 부위(예: 시상하부)에 손상이 있어 유발된다는 신경생리학적 주장도 있다. 동시에 내분비 계통의 질병이 우울 증상을 수반한다는 임상적 관찰에 근거해 코티졸(Cortisol)과 같은 특정한 호르몬의 변화가 우울증의 유발한다는 주장도 제기되고 있다.²⁹⁾

나. 우울증의 증상

대부분의 우울증 환자는 스스로 우울하다고 표현한다. 슬픔을 느끼며 혼자 눈물을 흘릴 때도 많다. 이런 우울한 기분은 아침 눈뜨고 나서가 가장 심하고, 오후 혹은 저녁으로 갈수록 덜한 경우가 많다. 하지만, 우울하다기 보다는 불안하거나, 아무런 기분을 느끼지 못한다고 이야기하는 환자들도 적지 않다. 또한 우울증 환자는 사고의 내용도 우울하다. 과거의 일들이 계속 떠오르며 헤어지지 못하고 후회가 되거나 다른 사람을 원망한다. 미래도 모두 비관적으로 느껴지며 스스로 생각해도 불필요한 일일까지 잔걱정이 많다. 매사에 자신감이 없으며 전에는 힘들지 않던 일들이 힘겹게만 느껴지고 아무 일도 할 수 없는 것처럼 느껴진다. 이렇게 사느니 차라리 죽는 것이 낫다는 생각을 하기도 하고, 더 이상 살 가치가 없는 인간이라는 생각 끝에 적극적으로 자살을 생각하기도 한다. 신체증상으로는 몸에 기운이 없으며 항상 피곤함을 느끼고 때로는 몸이 굳어서 움직이기 어렵다고 호소하는 환자들도 있다. 자율신경계 증상이나 두통, 소화불량, 관절통 등 구체적인 신체증상을 호소하는 환자들도 많다. 이런 환자들 중 상당수는 기분은 우울하다고 느끼거나 호소하지 않으면서 신체적 불편감에만 집착하기도 하는데, 이런 경우를 가면 우울증(masked depression)이라고 한다.³⁰⁾

29) 권석만, 『우울증-침체와 절망의 늪』, 서울 : 학지사, 2007, pp.49-54, 전문인용.

30) 대한신경정신의학회, 전게서, 2007, pp.174-175.

다. 약물남용의 원인 및 종류

약물을 사용하는 이유는 매우 다양하지만 인간행동에 영향을 미치는 중요한 요인으로서 서로 밀접하게 관련된 심리학적·사회적·생리학적 측면에서 약물남용에 대한 원인을 조명해 볼 수 있다.

먼저 심리학적 요인에 대해 설명하는 이론들은 정신분석적 측면에서 정신역동적인 면을 강조하고 성격 면에서 약물남용자의 성격이 비사용자들과 다르다는 것을 강조하는 것이다. 즉 정신분석 이론에 의한 설명은 행동의 동기인 쾌락의 추구를 강조하여 약물을 자발적으로 남용하게 되는 자기 파괴적 행동으로 적용된다. 그러나 이것은 비합리적인 동기와 내적 갈등만을 강조하고 인간의 성장에 영향을 주는 환경적 요인은 무시한 것이 한계점이라고 할 수 있다.

두 번째, 사회학적 관점의 이론은 보다 크고 구조적인 요인에 초점을 맞춘다. 여기에서 논의되는 중요한 요인은 개인의 특성이 아니라 개인이 놓여 있는 상황, 사회관계 또는 사회구조이다. 사회적 행동을 배우고 수용을 얻는 한 방법으로 개인은 집단에 참가하고 동료들의 행동에 대처한다. 사람들에게 있어서 약물의 사용은 집단에서 소외되지 않기 위한 필요조건이 되며 어떤 관점을 가지고 세계에 반응하는가에 대한 개념을 세우고 유지시키는 데 도움을 주기도 한다. 따라서 약물은 오락적·사회적 측면에서 촉진제 역할을 하는 것이다. 또한 감정 추구 행동은 모든 인간이 가지는 일반적인 특징 중의 하나로, 향정신성 약물을 사용함으로써 특별한 감정표현의 수단으로 활용하는 것이다.

세 번째, 생화학적 견지에서 모든 심리·행동적 물질에 신체가 반복적으로 노출되면 신체는 약물성분에 대하여 점진적으로 적응하게 되며, 인간의 신체는 너무나 적응적이기 때문에 어느 한계를 지나면 약물분자는 신체적 기능을 위해서 없어서는 안 되는 물질이 되는 것이다. 이 이론은 신경전달물질의 생화학적 작용기제가 규명됨에 따라 점차 확고한 이론으로 자리 잡아 가고 있다. 심리·사회적 이론과 비교해서 약물의존 상태에 대한 생화학적 설명은 상대적으로 새로운 이론으로, 오늘날 약물의존에 대한 심리학적·사회학적 원인보다 큰 비중을 차지하고 있다.³¹⁾

일반적으로 많이 알려진 알코올·담배 이외에도 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 제10판(ICD-10)에서는 약물남용은 알코올, 아편계, 대마계, 진정수면제, 코카인, 흥분제, 환각제, 담배, 휘발성 용매 등 9가지로 분류된다. 또한 미국 정신의학회의 정신장애 진단 및 통계편람 제4판(DSM-IV)에서는 남용약물을 알코올, 아편류, 진정제, 암페타민, 코카인, 환각제, 카페인, 대마, 흡입제, 니코틴, 그리고 펜사이클리딘 및 유사작용을 하는 아틸사이클로-헥실아민 등 11가지로 분류하고 있다.

3) 우울증 및 약물남용의 예방 및 치료

가. 우울증의 치료

우울증은 흔한 심리적 문제이며 때로는 시간과 상황이 변함에 따라 자발적으로 회복되는 경우도 있다. 그러나 우울증은 때때로 의욕상실과 사회적 위축 등으로 인해 업무수행이나 대인관계를 소홀히 하게하여 평생토록 부정적인 영향을 미칠 수도 있다.

우울증의 치료법은 크게 심리적 치료법과 물리적 치료법으로 나눌 수 있다. 심리적 치료법으로는 최근에 우울증의 치료법으로 각광받고 있는 인지치료를 비롯하여 정신 역동적 치료, 행동치료, 인본주의적 치료 등이 있다. 물리적 치료법으로는 가장 일반적으로 사용되고 있는 약물치료가 있으며 전기충격치료도 사용되고 있다.

(1) 인지치료

우울증을 치료하는 가장 대표적인 심리치료법인 인지치료(cognitive therapy)는 우울증의 인지 이론에 근거하여 벡(Beck)이 개발한 심리치료법이다. 우울증의 인지 이론에 따르면, 우울증은 부정적인 자동적 사고, 인지적 오류, 역기능적 신념 등의 인지적 요인에 의해서 생겨나고 유지된다. 인지치료는 우울증을 유발하는 이러한 인지적 요인을 찾아내 변화시킴으로써 우울증을 치료하는 방법이다.

31) 김성이, 전계서, 2002, pp.77-84.

인지치료의 기본 원리는 내담자와 치료자의 협력적인 동반자 관계 속에서 내담자를 우울하게 만드는 부정적 사고와 역기능적 신념을 함께 찾아내어, 그러한 사고의 정당성을 평가하고 보다 현실적이고 합리적인 사고로 대체하는 것이다.

인지치료는 우울증을 비교적 단기간에 치료하는 적극적인 치료법으로, 내담자를 우울하게 만드는 부정적인 자동적 사고와 역기능적 신념을 찾아내고 변화시키기 위해 A-B-C 기법, 소크라테스식 대화법, 일일기록지 방법, 설문지 검사, 일기쓰기, 행동실험법, 하향 화살표 기법 등 다양하고 구체적인 기법을 사용하고 있다.

인지의 변화뿐만 아니라 내담자의 부적응적 행동을 변화시키기 위한 여러 가지 행동치료 기법이 적용되기도 한다. 우울증에 적용되는 행동치료 기법에는 자기생활 관찰표 작성하기, 시간계획표 만들어 생활하기, 점진적인 과제수행표를 만들어 실행하기, 긍정적 경험을 체험하고 평가하기, 대처기술 훈련, 사회적 기술 훈련 등이 있다. 이렇게 인지의 변화뿐만 아니라 행동의 변화를 유도하기 위해 행동치료 기법을 함께 사용하기 때문에, 인지치료를 인지행동치료(cognitive behavior therapy)라고 부르기도 한다.

인지치료는 우울증을 단기간에 치료할 뿐만 아니라 치료 효과도 우수한 것으로 평가되고 있다. 특히 인지치료는 약물치료와 달리 부작용이 없으며 치료 효과가 지속적이어서 재발률이 낮다는 장점이 있다.

(2) 정신 역동적 치료

정신 역동적 심리치료는 프로이트의 정신분석을 위시해서 무의식적인 심리적 역동을 중시하는 다양한 치료법들을 포함한다. 특히 우울증과 같이 특정한 장애에 초점을 맞추어 치료 기법을 발전시키기보다는, 일반적으로 자존감을 향상시키거나 초자아를 조정하거나 자아를 강화하고 확장함으로써 우울증을 치료하고자 한다. 이를 위해서 정신 역동적 심리치료자는 우울한 내담자를 나타내는 대인관계 패턴을 잘 탐색하고 그 무의식적 의미를 파악하여 내담자에게 직면시켜 이를 극복하도록 노력한다.

우울증의 정신 역동적 치료에서 초기단계에 중요시하는 것은 내담자와

굳건한 치료적 관계, 즉 치료적 동맹(therapeutic alliance)을 형성하는 것이다. 이를 위해서 치료자는 내담자가 호소하는 어려움을 진지하게 경청하면서 효과적으로 공감해 주는 것이 필요하다. 이렇게 치료적 관계를 형성해 가면서 내담자의 우울 증상을 이해하기 위해 필요한 정보를 수집하게 된다. 아울러 내담자가 지니고 있는 자기애적 소망과 좌절, 대인관계의 주요 욕구와 갈등, 공격성 및 분노와 관련된 죄책감 등과 같이 내면적인 무의식적 갈등요인을 탐색하여 내담자의 우울증에 대한 역동적 이해를 위해 노력한다.

이렇게 치료관계를 형성하고 내담자 문제를 탐색하는 과정에서 전이(transference)가 나타나게 되고 치료자는 해석 등의 적극적인 개입을 하게 되고 치료자에게 전이되어 나타날 수 있는 무의식적 갈등 패턴이 내담자를 우울하게 만드는 심층적 요인이라고 본다. 따라서 치료자는 이러한 무의식적 갈등을 잘 파악하여 내담자에게 적절한 방법으로 직면시키고 해석해 준다. 이를 통해 내담자는 자신의 무의식적 좌절과 대인관계 방식을 이해하게 될 뿐만 아니라, 중요한 타인에 대해 억압하고 있었던 분노 감정을 자각하게 되기 때문에 치료자는 이러한 분노 감정을 공감적으로 잘 수용하여 해소할 수 있도록 도와주어야 한다.

아울러 내담자가 지닌 비현실적인 이상적 소망을 현실적인 것을 변화시키고 이러한 소망을 성취하기 위한 새로운 생활방식과 대인관계방식을 찾도록 도와준다. 내담자가 이러한 새로운 생활방식을 실제 생활 속에서 적용하도록 노력하는 과정을 훈습(working-through)이라고 한다.

정신 역동적 치료는 내담자의 우울 증상을 삶의 전반적 맥락에서 이해하고 우울증에 대해서 심층적이고 포괄적인 치료적 접근을 하는 장점을 지니고 있다. 그러나 우울증에 대한 정신 역동적 치료의 실질적인 효과에 대해서는 논란이 많고 대부분의 경우 임상적 치료 사례를 통해 보고되었을 뿐 객관적이고 체계적인 실험적 연구를 통해 검증되지 못했다.

한편 정신 역동적 치료는 그 기간이 전반적으로 장기화되는 경향이 있어서 내담자에게 경제적·시간적으로 많은 부담을 주는 단점 때문에 최근에는 이러한 한계를 극복하기 위해 치료 기간을 단기화하려는 많은 노력이 시도되고 있다.

(3) 행동치료

우울증에 대한 행동치료는 내담자의 생활 속에서 긍정적 강화의 비율을 증가시키는 것을 주요 목표로 한다. 이를 위해서 우울한 내담자들이 어떻게 일상생활 속에서 즐거움과 긍정적 경험을 잃어버리게 되었는지를 정밀하게 분석하고, 이러한 분석에 기초하여 내담자가 생활 속에서 즐거움을 재 경험할 수 있는 구체적인 행동목록을 구성하여 내담자가 실행하도록 돕는다. 긍정적 강화를 증가시키기 위한 구체적인 행동목록은 다음과 같이 매우 다양하다.

자기생활 관찰 기법(self-monitoring)은 내담자가 자신의 생활을 구체적으로 점검해보도록 매일 시간대별로 어떤 일을 하며 어떤 기분을 느끼는지를 정리해 보게 하는 방법이다. 이를 통해 어떤 요일의 어떤 시간대에 주로 어떤 상황에서 우울 감정 또는 유쾌 감정을 느끼는지 자각할 수 있다. 계획적 활동 기법(scheduling activities)은 매일 시간대별로 해야 할 일에 대한 계획을 세워 생활하도록 유도함으로써, 무계획하게 생활하여 과중한 심리적 부담과 좌절을 경험하는 내담자의 행동을 변화시킬 수 있다.

점진적 과제 기법(graded task assignment)은 내담자가 성취 불가능한 것으로 생각하여 포기하는 과제를 성취 가능한 여러 하위 과제로 나누어 점진적으로 실행하도록 유도하는 방법이며 긍정체험 평가 기법(mastery and pleasure techniques)은 생활 속의 긍정적 체험에 주의를 기울여 기분의 변화를 가져올 수 있도록 매일 자신의 경험을 기록하고 그때마다 느낀 성취감과 즐거움을 평가하도록 한다.

우울한 내담자에 대한 주요한 행동 치료적 기법은 사회적 기술 훈련(social skill training)이다. 사회적 기술 훈련은 대인관계 상황에서 내담자가 다른 사람으로부터 무시나 거부를 당하는 행동을 변화시켜 다른 사람에게 호감을 주고 긍정적 강화를 받을 수 있는 구체적인 대인기술을 학습시키는 것으로 구성된다. 우울한 사람들은 흔히 사회적 기술이 미숙하여 사회적으로 인기가 없고 고립되는 등 대인관계에서 긍정적 강화를 받지 못하는 경향이 있다. 따라서 타인과 친밀하고 보상적인 관계를 맺을 수 있는 구체적인 대인관계 기술을 학습시켜 사회적 강화를 받을 수 있도록 도울 수 있다.

행동치료는 인생의 전 영역에 걸쳐 적용될 수 있기 때문에 다양한 관점에서 많은 문제점을 볼 수 있다. 최근 행동원칙에 입각한 다양한 의학적 장애를 갖고 있는 환자를 치료하는 전통적인 심리치료 요법을 넘어서 안구 운동 탈감각화(eye movement desensitization) 같은 새로운 적용방법이 개발되고 있다. 또한 무의식적 환자들과 관련된 윤리적 이슈에 대한 관심도 행동치료요법의 일부분으로써 다른 부분들과 함께 발생되고 있다.³²⁾

이밖에도 자기주장 훈련(assertive training), 문제해결 훈련(problem solving training), 대처기술 훈련(coping skill training) 등이 있다.

(4) 인본주의적 치료

인본주의적 심리치료에서는 우울증에 대한 특별한 치료방법을 제시하기 보다는 내담자 개인이 지니고 있는 문제에 대해서 일반적인 치료적 기법이 적용된다. 인본주의적 치료에서는 우울한 내담자가 자신과 세상에 대해서 지니고 있는 생각이 왜곡된 것이라 하더라도 그것을 내담자의 주관적 진실로서 존중한다. 인본주의 치료에서는 인간은 누구나 긍정적으로 성장하려는 자아실현 경향을 지니고 있으며, 성장촉진적인 분위기가 조성되면 스스로 발전적인 변화를 모색하게 된다고 본다. 이러한 분위기 속에서 내담자는 과거에 평가와 판단이 두려워 솔직하게 직면하지 못했던 체험을 두려움 없이 탐색하게 되고, 자신이 원하는 삶이 실현될 수 있는 좀 더 현실적인 방법을 모색하게 된다.

인본주의적 치료자는 이러한 과정에서 자신의 가치관을 개입시키거나 어떤 특정한 방향으로 내담자의 변화를 유도하지 않는다. 다만, 내담자의 우울한 체험에 대해서 수용적이고 존중적이며 공감적인 태도를 취하는 것이 최선의 치료라고 본다.

그밖에도 우울증은 여러 가지 물리적 수단에 의해서도 치료될 수 있으며 우울증에 대한 물리적 치료법으로는 약물치료(drug therapy), 전기충격치료(electroconvulsive therapy : ECT), 광선치료(light therapy)등이 있다.³³⁾

32) Richard S. Sharf, *Theories of Psychotherapy&Counseling ; Concepts and Cases*, CA : Wadsworth Brooks/Cole, 2000, p.313.

33) 권석만, 전계서, 2007, pp.133-148, 전문인용.

[표 2-4] 우울증의 치료에 이용되는 약물

Tricyclic Antidepressants(TCAs)	Amitriptyline Clomipramine Doxepine Imipramine Desipramine Nortriptyline
Monoamine Oxidase Inhibitors(MAOIs)	Phenelzine Isocarboxazid
Reversible Inhibitor of MAO-A(RIMA)	Moclobemide
Selective Serotonin Reuptake Inhibitors(SSRIs)	Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline Citalopram
Serotonin Reuptake Enhancer(SRE)	Tianeptine
Serotonin Antagonist and Reuptake Inhibitor(SARI)	Nefazodone
Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor(SNRI)	Venlafaxine Milnacipran
Norepinephrine Reuptake Inhibitor(NRI)	Reboxetine
Noradrenergic and Specifics Serotonergic Antagonist(NaSSA)	Mirtazapine
Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitor(NDRI)	Bupropion

* 출처 : 대한신경정신의학회, 2007, p.180.

나. 약물남용의 치료

약물중독은 그 원인에 대한 이론이 다양하여 동시에 다영역적 접근이 필요한 정신건강 문제이다. 알코올뿐만 아니라 약물중독에 대해서도 중독의 진단기준은 각각의 개념정의 및 분류학상의 차이, 사용자 등에 따라 조금씩 차이가 있다. 이와 같이 알코올 및 약물의 중독원인에 대한 분류를 크게는 도덕·의지 모델, 의료 모델, 사회학습 모델로 나눈다. 그 외에는 성격 모델, 법 모델, 교육 모델, 사회문화 모델, 공중보건 모델이 있다.

(1) 도덕·의지 모델(Moral-volitional model)

마약중독에 대한 가장 오래된 모델로서 약물 중독자를 도덕적으로 나약하기 때문에 약물을 사용한다고 보고 죄인으로 취급하는 것이다. 약물사용

자의 신체적·심리적 혹은 사회적 요인들의 영향은 전혀 고려하지 않고, 개인의 의지가 부족하거나 적절한 충동조절 능력이 없어 과도하게 약물을 사용한다고 보는 견해이다. 약물사용을 질병으로 보지 않고, 약물문제의 원인을 성격적으로 나약한 의지에 초점을 두며 약물중독에 대한 과거 책임을 인정하고 회복과정에서도 도덕을 중요시하는 것은 최근까지도 지배적인 사고였던 기독교적 도덕성에 기반한 것이다. 이러한 관점에서 중독자에 대한 처벌이나 지위, 자유의 상실 등과 같은 사회적인 제재는 적절하다고 보는 것이다.

(2) 의료 모델(질병 모델)

1930년대와 1940년대에 등장한 이 모델은 제2차 세계대전 이래로 급속하게 확산되었다. 이 모델의 효시는 19세기 초 미국의 의사였던 Benjamin Rush이지만 현대적인 관점으로 보면 1940년대 Jellinek에 의해 소개되었다. 1956년 미국의학협회(AMA)는 알코올 중독을 하나의 질병으로 인정하였고, 그 이후 질병 모델은 NCA(The National Council on Alcoholism) 또는 세계보건기구(WHO) 등에 의해서 채택되었다.

이것은 약물중독을 질병 혹은 신체적인 문제에 기인하는 증상으로 다루고 의사의 주도하에 약물남용자의 질병과 질환에 개입하여 진단, 치료 및 투약을 함으로써 증상을 제거하는 치료체계의 실질적인 구축을 의미한다. 일반적으로 유전학, 내분비학, 뇌기능, 생화학 등이 의료 모델의 기반이 되고 있다.

이 모델은 중독자들에게 질병 발생에 대한 책임감을 묻지 않기 때문에 처벌 대신 행해지는 인간적인 치료의 다양한 체계들을 정당화시키게 되었고 중독자에게 도덕적 낙인을 찍지 않는 동시에 스스로 질병이라는 점을 인식하고 책임감을 덜어 주는 장점을 가지고 있다. 반면, 단점으로는 약물중독을 생리적인 중독 또는 질병으로 보기 때문에 알코올 중독자의 경우 질병을 가진 환자로 규정하여 질병에 대한 주체적인 책임감이 없다고 보고 대신 치료에 대한 모든 부분을 전문가인 의사의 주관적인 판단에 맡긴다는 것이다.

(3) 사회학습 모델(Social learning models)

도덕 및 의료 모델의 대안으로 중독을 행동의 문제로 보며 과도하게 학습된 비적응적 학습 패턴으로 규정하는 사회학습 모델이 등장했다. 사회학습 모델에서는 약물남용의 원인을 고찰하는 관점의 경우 약물 그 자체의 약리학적 또는 신체적·생리적 영향보다 인지적·환경적 요소가 약물사용에 더 큰 영향을 끼친다고 보는 것이다.

이 모델에서 볼 때 중독적인 행동은 문제 음주, 담배 피우기, 약물남용, 식사장애, 충동적인 노름 등과 같은 “나쁜 습관”을 나타내는 것이다. 특히 개인의 특정한 습관이 과거 학습경험에 의해 결정되고 형성되었지만 습관을 변화시키는 과정은 개인의 책임과 활동적 참여가 중요하다고 강조한다. 또한 문제행동에 대한 자기통제를 강조하며, 완전한 약물사용 중단을 개입 목표로 보는 의료 모델과는 달리 환자의 상태에 따라 약물사용 중단이나 통제된 약물사용을 개입목표로 설정한다. 변화된 행동의 유지는 이전의 비적응적 습관이 새로운 습관으로 학습·교체되는 것을 치료 후 목표로 본다.

이외에도 성격 모델(Personality models), AA(Alcoholics Anonymous) : 12단계 모델, 교육 모델(Educational models), 사회문화 모델(Sociocultural models) 등이 있으며 각 모델마다 중독에 대해 각기 다른 입장들을 취하고 자신들의 독특성, 효과성을 내세우고 한 가지 방법론만 주장하고 있는 경향이 있다.

실제로 이러한 모델들의 실천적인 함의는 다르고 각 모델마다 장·단점을 가지고 있으며 중요한 것은 실천현장에서 한 모델만으로 모든 현상을 다 설명할 수 없다는 것이다. 따라서 어떤 유형의 사람에게 어떤 프로그램이 적합한가에 초점을 두고 평가하며 각 개인을 최적의 치료에 연결하여 치료 효과성과 효능을 높이는 것이 중요하다.³⁴⁾

34) 김성이, 전계서, 2002, pp.89-101, 전문인용.

제 3 장 한국군 정신건강 관리체계의 현황 및 문제점 분석

제 1 절 선진국 군의 정신건강 정책

1. 미국군의 정신건강 정책

전 세계 지역에서 작전을 하는 미군의 경우 베트남 전쟁, 9/11테러, 걸프전, 이라크 및 아프가니스탄 전쟁을 겪으면서 PTSD에 대한 체계적인 시스템을 구축하여 운영하고 있으며, 입대 전부터 전역 후 까지 평생 정신건강관리체계를 구축하고 있다. 미국의 정신건강 관리체계는 조직적이고 적극적이다. 특히 당해 분야에 대해 사전 연구 및 교육을 중심으로 사전예방-현장관리-전문치료-사후관리의 체계를 갖고 있다.

분야별 관리체계를 살펴보면, 첫째, 사전예방 분야로 군 복무 부적합자의 입대차단, 문제 가능성 있는 자의 전투지역 파병 제외, 전투관련 정신질환 대비 충분한 교육을 부대 응집성 강화를 목표로 한다. 둘째, 현장관리 / 전문치료 분야로 전투현장에 적합한 기동 정신건강 관리팀을 운영하고, 군병원 PTSD 전문 치료인력 및 시설을 보유하고 있다. 셋째, 사후관리 체계로, 전투지역 복귀 전·후 정신건강 평가 및 호발시기를 고려한 재평가 체계와 전역자 건강 상담서비스 및 지속적인 치료를 지원한다. 넷째, 연구 / 교육체계로 국가보훈처 주관 하에 국립 PTSD 연구 센터를 운영하고, 국방성 등이 주관하여 전문요원 양성 및 보수교육을 실시한다.³⁵⁾

1) 군 정신건강 관련 단체 및 부서

미국의 군 정신건강 체계는 전장 스트레스 및 PTSD를 중심으로 대통령, 의회, 국방부와 각 군이 통합적으로 기획 및 관리하고 있다. 최근 아프가니스탄과 이라크 전쟁으로 인해 다시 군 정신건강과 관련해 대중의 관심이 높아지면서 범정부적 차원에서 정책 결정자들의 활동이 증가하고 있

35) 한태근·정윤수, 전계논문, 2009, p.53.

으며 국방부, 국가보훈처, 의회, 그리고 대통령이 중심이 되어 이 문제에 대해 연구하고 해결방안을 제시하기 위해 노력하고 있다.

예를 들면, 로버트 게이츠(Robert M. Gates) 국방부 장관은 최근 Walter Reed Army Medical Center와 National Naval Medical Center의 외래환자 치료의 평가에 대한 독립적 평가 집단을 구성하고 치료방법 개선, 부상 장병에 대한 연계적 치료를 위한 관심 촉구, TBI와 PTSD의 치료 및 연구, 그리고 훈련을 효과적으로 수행할 수 있는 센터 설립을 제안했다. 부시(George W. Bush) 대통령은 군 복무 장병들의 모든 건강 정책을 재검토하기 위해 부상 후 귀환 장병들의 치료에 대한 위원회(the President's Commission on Care for America's Returning Wounded Warriors)를 설립하였으며 이 위원회는 2007년 PTSD와 TBI에 관련된 특별한 도전을 강조함과 동시에 상이등급에 대한 평가와 보상 시스템의 변화가 필요하다고 보고했다. 또한 국가보훈처 장관인 Jim Nicholson에게 테러와의 전쟁에서 귀환한 장병들을 위한 관계 부처 합동의 TF(Task Force) 설립과 현 예산 수준에서의 개선 방안과 범정부 차원의 실행방안을 찾도록 요구했다.

대통령, 의회, 국방부, 그리고 국가보훈처는 신속한 정책 실행을 위해 관련 정책 집단과 위원회의 보고서를 포함한 수백 개의 제안서를 발행했다. 그 결과, 현역과 예비역의 특정한 정신건강 서비스와 일반적인 건강관리를 위한 정책 변화와 예산 이동이 일어났으며 몇몇 새로운 프로그램과 치료 범위의 확대 그리고 지원 서비스는 이미 실행중이거나 예정되어 있다.

최근 국방부 보건국(the Office of the Secretary of Defense for Health Affairs)은 정신건강과 TBI를 위한 국방센터(the Defense Center of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury)를 건립하겠다고 발표했다. 국가보훈처와 협력하는 국방센터 계획은 국가적 협력 네트워크를 주도하고 정신건강 및 TBI와 관련된 지식을 전파하며 치료 및 관리적 접근방법 실행, 현역 복무 장병과 예비역 가족을 위해 긴급 또는 지속적으로 그 밖의 핵심적 서비스를 제공할 것이다.³⁶⁾

36) Terri Tanielian et. al., *Invisible Wounds of War Summary and Recommendations for Addressing Psychological and Cognitive Injuries*, CA : the RAND Corporation., 2008, pp.5-7.

이 같은 모든 노력을 통해 국가보훈처, 국방부 그리고 각 군은 현역 및 예비역 장병과 가족들이 파병 후 직면하는 정신건강 관련 질병들에 대한 치료와 지원 능력 향상을 위해 노력하고 있다. 또한 미국의 관련 부서는 장래 개선방안의 실질적인 향상이 현재와 미래의 정책과 프로그램의 엄격한 평가를 통해 이뤄질 것으로 예상하고 있다.

가. The National Center for PTSD

국가보훈처(the Department of Veterans Affairs)에서 운영하며 PTSD와 스트레스에 관련된 장애(질병)의 예방, 이해, 치료에 대한 연구와 교육의 활성화를 위해 1989년 설립되었고 Executive Division을 비롯한 7개의 세부 조직으로 구성되어 있다. 국가보훈처는 PTSD의 진단과 원인에 관련된 연구 증진, 진단과 치료에 관련된 의학적 훈련, 미국뿐만 아니라 전 세계적으로 PTSD 전문가들에 대한 연구 자료 제공을 책임진다. 동시에 이 센터는 PTSD 등에 대한 정신적, 의학적 문제의 연구와 교육에서 전 세계적으로 독보적인 위치를 점하고 있으며 관련 연구의 발전에 큰 영향력을 끼치고 있다.

[그림 3-1] Divisions of the National Center for PTSD



* 출처 : The National Center for PTSD : 17TH ANNUAL REPORT / FY2006,
(<http://www.ptsd.va.gov/>, 검색일 : 2010.8.15)

나. Center for the Study of Traumatic Stress (CSTS)

현역 및 예비역 군인과 일반 시민들에 대한 각종 사고 및 재해의 위험이나 노출로 인한 정신적 스트레스를 치료, 연구, 교육하기 위한 국방국산하 직속 연구 센터로 1987년 설립되었으며, 걸프전 및 이라크전에 참전한 장병 및 본국에 있는 가족의 정신적 스트레스를 줄이기 위한 다양한 교육·치료 프로그램을 제공하고 있다.

다. Air Force Medical Operations Agency (AFMOA)

공군 내 의학 지원 기구로 군 스트레스, PTSD, 자살 등의 문제를 주로 다루고 있다.

라. DoD Deployment Health Clinical Center (DHCC)

월터리드 육군의학센터(Walter Reed Army Medical Center)에 속하는 기구로 나라를 위해 업무를 수행하고 돌아온 미군의 위해 최상의 진료를 목표로 하고 있으며, 치료 대상은 군인 및 재향군인을 대상으로 하고, 필요에 따라 그 가족들까지 포함한다.

마. Department of Psychiatry in USUHS hospital

USUHS 병원 내 정신과 교실로 NIMH 등 국가 연구기금뿐만 아니라 군대 연구기금으로 PTSD에 대한 기초, 임상, 신경과학 연구가 활발하게 이루어지고 있다. 또한 월터리드 육군의학센터, 국가 해군의학센터(National Naval Medical Center) 맬콤그로 공군의학센터(Malcolm Grow Air Force Medical Center) 등과 함께 수련과정에 대한 협정을 맺고 있다.

2) PTSD관련 제도 및 운영체계

미군은 전장 참여자에 대하여 생애주기별 점검 및 관리가 체계적으로 구성되어 있으며, 최초 군 입대 시부터 전장현장, 복귀 후, 전역 후 예비역 및 사망 시까지 생애 전 단계에 걸쳐 치료 및 보상체계가 이루어진다. 먼저 군 입대 시 군대 자격시험제도(AFQT : The Armed Forces Qualification Test)

의 운영은 군 지원자들을 대상으로 정신건강 상태를 평가하여 부적격 요원을 선별토록 제도화하였다. 파병선발 시에는 전문상담 및 설문조사 제도(SRP : Soldiers Readiness Processing)는 전개장병을 대상으로 정신 질환자를 선별하고 부적격 요원을 세밀하게 구별하여 부대 운영능력을 극대화하는데 그 목적을 두었다. 또한 파병 작전지역에는 정신건강 관리팀(CSCT : Combat Stress Control Team)을 운영하며 사단급 규모는 10명 정도의 팀으로 운영한다.

[표 3-1] 미군 사단급 정신건강과 편성

구 분	신분,계급	직무 범위 / 배치 등
심리상담관(학자)	대위~대령 (박사)	미국 전역 108명(병원, 학교, 사단)
정신과 의사	소위 이상	미국 전역 170명(병원, 학교, 사단)
사회사업 종사자	민간인	미국 전역 200명(병원, 학교, 사단)
종군 목사	소위 이상	육군 1,400명(대대, 여단에 1명)

* 출처 : 정희옥, 2004, p.43.

미군은 특별한 제도 중 하나인 복귀 후 건강 재평가 제도 (PDHRA : Post-Deployment Health Reassessment)를 운영하고 있다. 운영시기는 개인별 전장 파병 복귀 후 3~6개월(발병률이 높은 시기)로서 복귀 장병의 정신건강 상태 평가를 목적으로 미 육군 의무사령부(의료 서비스 센터)에서 운영하며 복귀 장병 추적관리 시스템이 체계적이고 조직적으로 운용된다는 점이 주목할 만하다. 또한 정신건강 상담제도(Military OneSource)를 운영하여 현역, 예비역 및 가족을 대상으로 PTSD를 중심으로 한 정신 건강관리에 대한 광범위한 내용을 24시간 실시간 제공하고 있으며 전화 및 웹사이트를 이용한 상담이 가능하도록 조직화된 동시에 미 국방성에서 모든 것을 지원한다.

3) 전문인력 / 치료병원

국가보훈처는 153개의 보훈병원과 737개의 지역기반 외래 클리닉을 통

해 미국 전역에 걸쳐 건강관리 서비스를 제공하고 있다. 보훈병원은 일반적인 치료와 다른 형태의 서비스를 제공한다. 그들은 특정한 질병 상태에 대한 치료보다는 문제에 적응하기 위한 상담에 중점을 두고 상대적·비공식적 참여 전략을 포함한 집단상담 기법과 다양한 개인상담 기법을 사용한다. 그러나 PTSD와 관련된 증상을 위한 정신(심리)치료에 기반을 둔 특정한 종류의 치료도 동시에 제공한다. PTSD와 다른 정신건강 관련 질병의 진단은 정신과 의사, 심리학자, 사회복지사 또는 전문 간호사와 같은 정신건강 전문가들의 의학적 평가를 필요로 한다.³⁷⁾

2007년 말 837,458명의 남·여 군인들이 이라크 및 아프가니스탄에서 복귀하였고 50%가 현역 장병이었으며 나머지 50%가 예비역 및 주방위군이였다. 그 중 324,846명(39%)이 치료를 위해 보훈병원을 방문했으며 30% 이상이 PTSD와 같은 정신건강 문제와 관련된 증상을 호소하고 있기 때문에 대다수가 국가보훈처의 의료센터를 방문해 치료받고 있다.³⁸⁾

[표 3-2] 미국의 각 군별/제대별 편성 및 운영현황

구분	육 군	해 군	공 군
명 칭	CSCT	NSPRINT	CIST
운영제대	전투부대(사단급)	동·서해 해군병원	공군부대/비행장
편 성	정신건강관리팀(10명)	정신건강관리팀(11)	정신건강지원:정신과
장 교	정신과 전문의 전문임상심리치료사 사회복지사 각 1명	정신과 전문의(2) 임상심리치료사(2) 목사(1)	전문의, 심리학자, 사회복지사 의료지원:외과전문의
부사관	정신전문부사관	사회복지사(1) 정신전문간호사(1)	영적지원:군종장교, 군종서비스요원
병	정신전문 의무병(1) 심리학/사회복지사	정신과특기병(4)	기타:행정/가족지원 요원
운 영	정신건강 평가/치료	집단적 후유증과 갈등에 대한 교육/의학적 처치	대량 전상자 사고 등 사고 후 정신질환자

* 출처 : 한태근·정윤수, 2009, p.56.

37) 한태근·정윤수, 전제논문, 2009, pp.54-56, 전문인용.

38) Patricia P. Driscoll and Celia Straus, *HIDDEN BATTLES ON UNSEEN FRONTS Stories of American Soldiers with Traumatic Brain Injury and PTSD*, Philadelphia : CASEMATE, 2009, pp.119-121.

4) 미국군과 한국군의 정신건강 체계 사례 비교

20세기의 1·2차 세계대전 이후 19세기 영국을 중심으로 형성되었던 팍스 브리타니카(Pax Britanica)의 시대에서 막대한 경제력과 군사력을 바탕으로 한 팍스 아메리카나(Pax Americana)의 시대로 이동하면서 이른바 ‘세계의 경찰’ 국가임을 자부하는 미국은 크고 작은 전쟁을 치러왔고 지금도 전쟁 중이기 때문에 휴전 상태인 우리나라와 비교할 때 상대적으로 군 정신건강과 관련된 사례와 연구가 풍부할 수밖에 없다. 따라서 제한적으로나마 미국군과 한국군의 사례를 비교하기 위해 RAND Corporation의 정책보고서 ‘Invisible Wounds of War - Summary and Recommendations for Addressing Psychological and Cognitive Injuries’와 2010년 5월 국회에서 개최된 전장스트레스 실태와 관리방안 세미나 자료 및 정문용의 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문 중 핵심 내용을 요약 정리했다.

가. 미국군의 정신건강 사례 - OEF/OIF를 중심으로

2001년 10월 이후 약 1,640,000명의 미군 장병이 아프가니스탄과 이라크에 파병되었으며 귀환 장병 중 26%이상이 PTSD, TBI 등 정신건강 질병으로 고통 받고 있다. 특히 적과 아군 또는 테러리스트와 구분이 모호한 비정규전으로 전쟁양상 전환, 급조폭발물(Improvised Explosive Devices : IEDs)의 사용 증가가 mild TBI 등 장병들의 정신건강에 직접적으로 영향을 끼치고 있지만 美 국방부는 통합적인 대책을 마련하고 있지 못하다. 하지만 타국가에 비해 군 병원, TRICARE network 그리고 미국 내 각 지역별 치료 프로그램이 상대적으로 체계화되어 있고 가족 지원 센터, 종교기관, 민간 지원 조직 그리고 국가보훈센터 등과 협력하여 비 의료지원 분야에도 많은 관심을 기울이고 있기 때문에 다면적으로 연구할 필요성이 있다.

미국군의 정신건강 체계의 현실태를 자세히 살펴보기 위해 RAND Corporation의 연구 자료를 인용하면서 아래와 같이 유병률, 비용, 관리 시스템을 중심으로 요약하였다.³⁹⁾

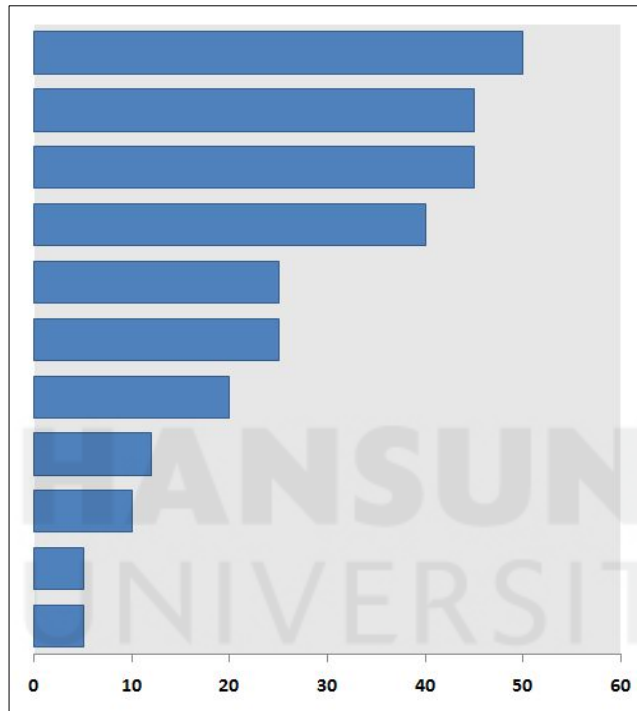
39) RAND Corporation의 연구진은 2007년 4월부터 2008년 1월까지 1,965명의 OEF/OIF 귀환 장병들을 대상으로 PTSD, 우울증, TBI와 관련된 자료 수집과 분석을 실시하여 정신적 또는 인식능

- 유병률(Prevalence)

- 대부분의 귀환 장병들은 일상생활에 조기 적응하지만 일부분은 파병 후유증과 관련된 명백한 정신건강 장애 및 TBI 증상을 보이고 있다.
- 현재 귀환 장병들이 보이는 정신건강 상태와 전투 트라우마에 노출되는 비율은 상대적으로 높게 나타난다. ([그림 3-2] 참조)

[그림 3-2] Trauma Exposures Reported by OEF/OIF Servicemembers

- 전투 중 죽거나 부상당한 전우가 있다.
- 죽거나 부상당한 민간인을 본 적이 있다.
- 심각한 부상이나 전사로 이어지는 사고를 목격했다.
- 부패하는 시체의 냄새를 맡은 적이 있다.
- 폭발에 의해 부상을 당한 적이 있다.
- 후송되지 않은 부상을 당한 적이 있다.
- 사고 또는 부상으로 인해 두부 손상을 당했다.
- 후송을 요구하는 부상을 당한 적이 있다.
- 육박전을 경험했다.
- 포로에 대한 잔학행위를 목격했다.
- 민간인 사망에 대한 책임을 진 적이 있다.



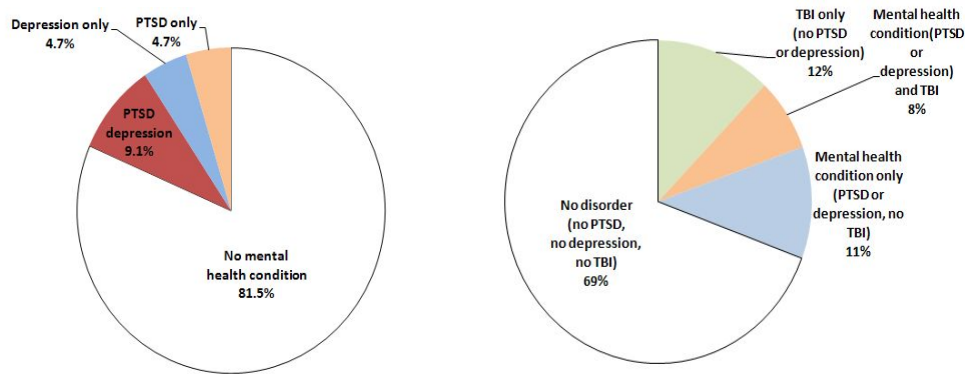
OEF/OIF 트라우마 노출 백분율 (%)

* 출처 : Terri Tanielian et. al., 2008, p.12.

- 일부 그룹들은 똑같은 상태에서 더 높은 위험도를 나타낸다.

력의 부상으로 고통 받는 현역 및 예비역 장병들을 위한 현실적인 정책 대안을 제시했다. (Terri Tanielian et. al., *op.cit.*, 2008, pp.7-9.)

[그림 3-3] Rates of Probable PTSD, Depression, and TBI



* 출처 : Terri Tanielian et. al., 2008, p.13.

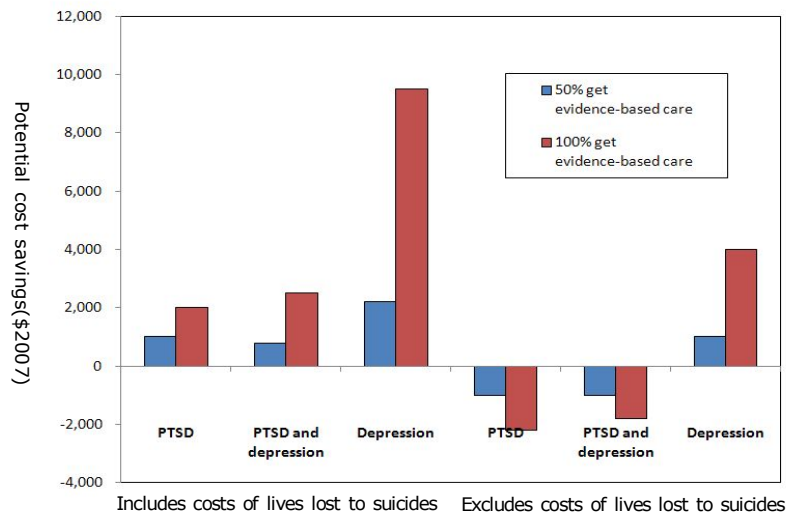
- 상기 질병들의 치료에는 큰 격차가 존재한다. ; 치료에 대한 수요는 높으나 적절한 치료 서비스를 받는 사람은 소수이다.

• 비용(Cost)

- 과병 후 2년간 상태에 대한 주요 우울증과 PTSD의 대략적인 치료비용의 범위는 각각의 사례별로 \$5,904부터 \$25,757까지이다.
- 임상적으로 공인된 치료의 제공은 비용을 줄일 것이다.
- mild TBI의 대략적인 1년간 치료비용의 범위는 각 사례별로 \$27,259부터 \$32,759까지이다. ; 일반적 또는 심각한 경우 TBI 치료비용의 범위는 각 사례별로 \$268,902부터 \$408,519까지이다.
- 치료 효율성의 저하는 주요 우울증, PTSD, 그리고 mild TBI의 주요 원가 요인이다.⁴⁰⁾

40) 본 연구의 장기적인 경제적 조건들을 고찰하기 위해 RAND 연구진은 마이크로시뮬레이션 모델(microsimulation model)을 이용하였다. 이 모델은 아프가니스탄과 이라크에 과병된 장병들을 가설 집단으로 설정하여 제한된 정보와 특정 인구 또는 비용 데이터 사용을 통해 PTSD 및 주요 우울증에 대한 주요 정신건강 상태와 관련된 비용 예측을 가능하게 하였다. (Terri Tanielian et. al., *op.cit.*, 2008, p.17.)

[그림 3-4] Potential Per-Case Cost Savings Associated with Increasing Treatment



* 출처 : Terri Tanielian et. al., 2008, p.19.

• 치료 시스템(Systems of Care)

- 대부분 정신건강 서비스들은 현역 장병들에게 제공되기 때문에 서비스 이용의 진입장벽이 높다.
- 정신건강 치료 서비스의 질에 대한 국방부의 관심이 필요하다.
- 국가보훈처(VA)는 파병 후 귀환 장병과 예비역에 대한 정신건강 치료 서비스의 제공과 관련된 도전에 직면하고 있다.
- 국가보훈처(VA)는 정신건강 치료의 능력 향상에 있어 선두주자이지만 예비역 센터(Vet Centers)와 치료 공동체는 여전히 실질적인 평가가 필요하다.
- 트라우마적 뇌 손상(traumatic brain injury) 치료와 관련된 과학은 아직 초기 단계이다.
- 군 장병의 건강을 위해 의료 체계간 협력이 필요한 보다 심각한 부상을 포함하는 복합적인 치료 센터의 건립이 필요하다.

나. 한국군의 정신건강 사례

현재도 전쟁 중인 미국과 달리 한국전쟁 이후 휴전상태인 우리나라는 군 정신건강과 관련된 사례를 찾기 쉽지 않다. 따라서 한국전과 월남전 참전 국가 유공자의 외상 후 스트레스 장애와 해외파병 장병의 전장스트레스를 중심으로 구분하여 관련 연구 자료를 정리하였다.

- 한국전 및 월남전 참전 재향군인의 외상 후 스트레스 장애⁴¹⁾

정문용의 연구는 1994년 9월부터 1996년 3월까지 한국보훈병원에 입원하고 있는 전상환자 304명을 대상으로 외상 후 스트레스 장애의 유병률을 조사하고 이들 집단의 여러 특징 변인들을 관찰한 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

첫째, 한국전 참전집단에서 외상 후 스트레스 장애의 유병률은 204명 중 18명으로 8.8%였고 월남전 참전 집단에서 100명 중 23명으로 23%였다.

둘째, 한국전 참전집단에서 결혼 상태에 따라 외상 후 스트레스 장애의 여부가 차이를 보였는데 독신상태에서 유의하게 많았다.

셋째, 월남전 참전집단에서 독신상태, 무직, 교육정도 고졸이상, 과거 정신과적 치료경험 등이 외상 후 스트레스 장애 환자군에서 비환자군에 비하여 통계적 유의성이 있었다.

외상 후 스트레스 장애는 감수성과 취약성을 가진 개체들에서 만성적, 치료 저항적 경과를 가져오기 쉬운 질환이다. 따라서 참전 국가유공자의 건강한 사회 재적응을 위해선 상기 요인들을 반드시 고려해야 한다.

- 해외파병 장병의 전장스트레스 현황과 기타 사례

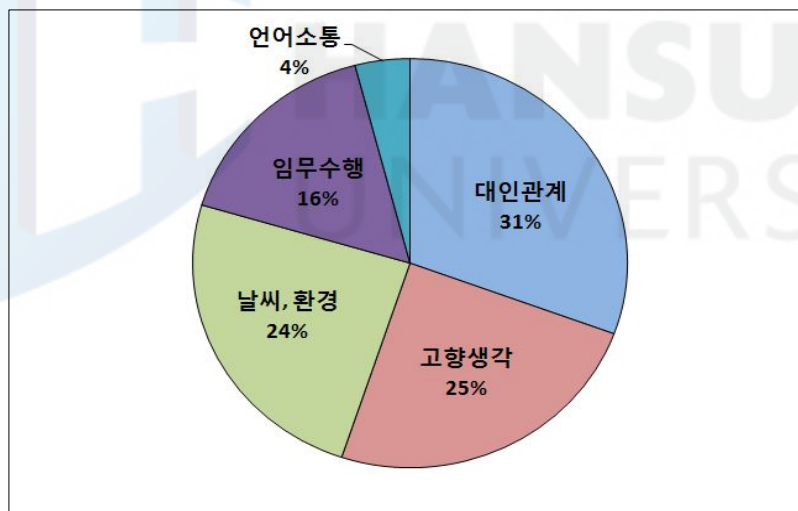
2002년 2월부터 한·미동맹 강화 및 아프가니스탄 재건활동을 통한 세계평화에 기여, 그리고 국위선양 및 한국군 전투력의 발전 계기 마련을 위해 ‘항구적 자유 작전’에 한국군이 파병되었다. 파병지역인 아프가니스탄 바그람 기지는 자체환경에서 이미 상당한 스트레스가 잠재되어 있다. 장병들은 파병 소집교육을 통해 현지의 열악한 자연환경, 반군활동, 지뢰, 급조

41) 정문용, “참전 재향군인에서 외상후 스트레스장애(Posttraumatic Stress Disorder)의 유병상태와 관련요인 분석-한 병원 입원대상으로-”, 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1996, p.26.

폭발물 등에 대해 선행 교육을 받아 막연한 불안감 등 스트레스가 뇌리에 잠재되어 있는 상태로 파병이 된다. 특히 이런 환경에 대한 불안감은 평소 잠복되어 있다가 어떤 계기로 부대 내부적인 갈등이 발생하게 되면 그 정도가 순간적으로 심각한 상황에 이르게 된다. 아래 [그림 3-5]는 이러한 파병 장병들의 주요 스트레스 요인에 대해 2007년 11월 철수 1개월 전 동의, 다산부대 장병 150명을 대상으로 설문조사한 자료를 정리한 것이다.

상기 요인을 세부적으로 살펴보면 일반적으로 파병국가의 날씨 등 환경요인이 24%인 반면, 대인관계에서 가장 많은 스트레스(30%)를 느끼고 있으며, 그 외 고향생각 등 개인적인 원인이 차지하고 있다. 즉 파병장병의 주요 스트레스는 외부적인 요인보다 부대 내부의 인간관계가 가장 중요한 요인으로 작용한다는 것을 알 수 있다. 이러한 결과의 원인은 파병지에서는 음주도 허락되지 않으며 외부활동과 휴가제한, 가족·친지와 만남 불가 등 많은 행동의 구속으로 인하여 발생하는 것으로 판단할 수 있다.⁴²⁾

[그림 3-5] 아프가니스탄 파병 장병들의 주요 스트레스 원인



* 출처 : 김승기, 2010, p.67.

42) 김승기, “해외파병 장병의 스트레스 관리 현황과 개선방안 연구”, 『전장스트레스 실태와 관리방안, 국회의원 김정 정책 세미나 자료집』, 2010, pp.63-66.

이밖에 2010년 3월 발생한 천안함 침몰사건의 생존자 58명(전역자 6명 포함) 중 10월 현재 외상 후 스트레스 장애(PTSD)를 겪는 사병은 5명인 것으로 나타났으며 지난 5월 1차 검사 때는 PTSD 환자는 6명, 고위험군 13명, 중위험군 16명, 저위험군 23명이었다. 최근 실시된 2차 검사결과 PTSD 환자는 5명, 환자군이 아닌 고위험군에 해당하는 사병은 19명, 중위험군 1명, 저위험군 33명으로 각각 진단됐다.⁴³⁾ 하지만 언론보도 이외에는 정확한 관련 연구 자료가 없어 인용에 한계가 있다.

2. 영국군의 정신건강 정책

영국은 프랑스와 함께 제1차 세계대전 이전부터 전투 스트레스, 전쟁 신경증 등 군 정신건강과 관련된 질병의 예방과 진단 및 치료에 많은 노력을 기울인 결과 혁신적인 발전을 이뤄왔다. 현재 영국군은 육·해·공군에 국방의무서비스(Defense Medical Services)로 알려진 약 7,000명의 정규 의무병과 장병이 근무하고 있으며, 영국 국방성은 국가보건서비스(National Health Service)와의 실무협력을 통해 예비역에게도 적절한 의료 서비스를 제공하고 있다. 영국군은 NHS와 파트너십을 통해 관련 시설을 장병들의 의료지원 서비스를 위해 사용하고 있으며 이것은 높은 수준의 의료 서비스를 제공하는 동시에 의무병과 장병들에게 다양한 최신 훈련 기회를 얻을 수 있는 효과를 추구하고 있다.

영국군의 Defense Medical Staff는 영국 전역에 걸쳐 다섯 개의 MOD 병원 단위와 버밍햄의 왕립 국방 의무 센터(the Royal Centre for Defence Medicine)로 구성되어 있다. 일반적으로 전투현장에서 복귀한 장병들은 UHBFT(the University Hospital Birmingham Foundation Trust) 또는 셀리옥(Selly Oak)의 Trust's 병원으로 치료를 위해 가게 된다. 현재 이라크와 아프가니스탄에서 복귀한 장병들 중 부상이나 질병으로 치료가 필요한 경우 왕립국방의학센터(RCDM : the Royal Centre for Defence Medicine)와 국방의학재활센터(DMRC : the Defense Medical Rehabilitation Centre)에서 담당하게 된다.

43) 세계일보 2010.3.30, (<http://www.segye.com/>, 검색일 : 2010.10.26)

1) Headley Court

영국 남동부의 Headley에 위치한 국방의학재활센터(DMRC)는 부상 장병들에게 육체적·정신적 회복 프로그램을 제공한다. DMRC는 정형외과와 운동부상, 척추 부상, 신경 정신적 회복 (머리 & 뇌 손상) 그리고 류머티즘 질병 치료를 전문적으로 수행하고 있으며 전문 군의장교 및 간호사, 교정강사, 물리치료사, 작업요법사, 언어치료사, 사회복지사, 기술자 그리고 행정 지원요원 등 약 300명의 직원이 근무하고 있다. DMRC가 제공하고 있는 시설과 회복 치료 능력을 향상시키기 위해 수영장과 새로운 체육관을 포함한 복합 회복 시설이 2010년 6월 4일 서비스를 개시했다.

또한 영국군의 정신건강 서비스는 보건복지부 기준에 적합하게 구축된 지역기반 체계를 중심으로 제공되며 영국 전역에 15개의 군 정신건강 커뮤니티 부서(DCMH : Departments of Community Mental Health)가 운영 중이다. 해당 서비스는 필요할 경우 국방부와 계약된 국가보건서비스 기업(NHS Trusts)의 정신의학팀에 의해 제공되며 지역 DCMH와 NHS Trusts 간에 긴밀한 연락 및 협조체계가 구축되어 있다.⁴⁴⁾

3. 이스라엘군의 정신건강 정책

이스라엘은 1973년 제4차 중동전쟁의 교훈을 살려 전투 중 스트레스에 의해 발생하는 노이로제 환자 문제에 진지하게 대처한 결과, 레바논 침공 시에는 환자의 수가 격감하는 효과가 나타났다. 이스라엘 국방군(IDF : Israeli Defense Forces)은 전쟁 노이로제 환자 문제에 적극적으로 대처하였고 건군 초기인 1948년부터 전투 스트레스에 관심을 가졌으며, 이때 이미 전투심리 상담관을 배치하였다. 그러나 1956년 및 1967년 전쟁에서는 전투에서 비교적 쉽게 승리하여 전선부대에는 적극적인 지원을 하지 않았고, 철저하게 대처한 것은 제4차 중동전쟁이었다고 할 수 있다. 제4차 중동전쟁의 교훈을 살려 현재 시행중인 군 정신건강 관련 대책은 아래와 같다.

44) 영국 국방성 홈페이지 (<http://www.mod.uk/DefenceInternet/FactSheets/MedicalSupportToPersonnelInjuredOrSickOnOperation.htm/>, 검색일 : 2010.9.2)

1) 전투심리 상담반 편성

이스라엘 국방군의 각 사단에는 1개의 전투심리 상담반이 편성되어 있으며, 사단급의 상담반에는 6명의 전투심리 상담관과 1명의 군목이 활동하고 있다. 사단 이하 여단에는 사단으로부터 파견된 2명의 전투심리 상담관이 있다. 여단에 배치된 전투심리 상담관은 여단장 이하 각급 지휘관과 참모부에 대해 전투 스트레스 환자발생 예방과 치료책임을 진다.

이스라엘 국방군은 부대의 사기, 군기, 단결, 병사의 정신자세 등을 측정하기 위해 많은 설문을 개발하고 있다. 이 설문의 결과는 모든 제대의 지휘관에게 적용될 뿐만 아니라, 부대 및 지휘관의 능력을 평가하는 중요한 요소이다. 그 목적은 전투 스트레스 환자의 징후를 사전에 발견하고, 부대의 상태를 확인하는데 있다. 사단급 부대가 전투에 참가할 경우, 소대급에 이르기까지 주요 내용을 조사한 후, 자료를 텔아비브에 보내면 그것을 분석 후 그 결과를 24시간 내에 해당 지휘관에게 보낸다.

부대가 휴식 등을 위해 후방에 있는 경우, 전투심리 상담관은 다수의 질문과 집단토의를 실시하게 된다. 부대 지휘관도 이 질문과 토의를 통해 부대의 사기와 병사의 상태를 알 수 있기 때문에 대단히 긍정적이다. 또한 질문 결과는 야전에서 처리하여 지휘관이 즉각 이용할 수 있도록 배포된다. 동시에 그 결과는 텔아비브에 보내져 세부 분석을 거친 후, 사단장 이하 각급 지휘관에게 배부함으로써 각 부대의 상황을 알 수 있는 체제로 되어 있다. 전투심리 상담관이 환자를 치료하는 것은 매우 중요하며 치료에 관한 기본교리는 가능한 한 빨리 그리고 전선 부근에서 치료하는 것이다.

2) 적용결과

이스라엘은 레바논 침공시 이 제도를 처음 적용해 본 결과, 전투 스트레스 환자의 80%가 원대복귀 하였다. 또한 원대 복귀한 후에도 재발한 사람이 한명도 없었으며 흥미 있는 사실은 전선 부대에서 회복되지 못한 20%의 환자가 후방 치료소에 후송되었으나, 한사람도 전선에 복귀하지 못하였고, 동시에 환자의 증상도 악화되었다는 것이다.⁴⁵⁾

45) 정희옥, 전개논문, 2004, pp.44-46, 전문인용.

제 2 절 한국군 의료지원 체계 일반현황

1. 군 의료지원 서비스의 목적 및 대상

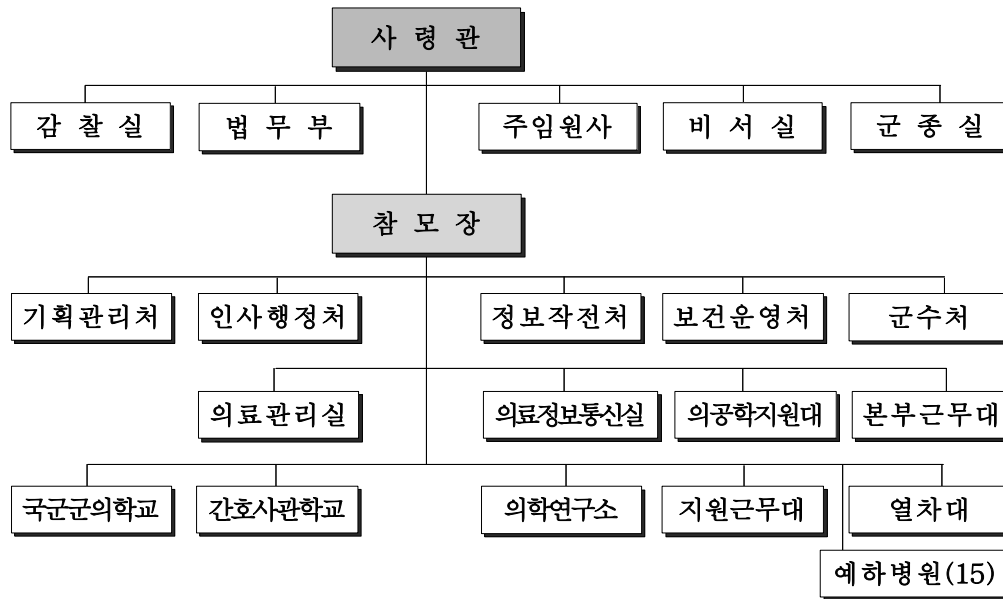
건강은 인류의 역사와 함께 해온 중요한 명제 중 하나이고 전·평시를 구분하지 않고 군의 운영에 있어서 많은 영향을 미치고 있다. 군인이 생명을 유지하고 임무를 수행하기 위해 가장 우선시 되는 전제 조건 중 하나가 바로 건강 유지이기 때문에 군 의료 담당자 뿐 아니라 지휘관 및 정책가들도 항상 효과적인 의료지원 방안을 모색하기 위해 고민해 왔다.

이러한 노력의 결과 고대로부터 수많은 전쟁을 거치면서 군 의료지원 분야는 괄목할만한 성과를 거두어 왔고 과학기술을 발달에 따른 첨단 의학 발전에 힘입어 20세기 제 1·2차 세계대전 이후 큰 변화를 겪게 된다. 무엇보다도 전쟁 수행에 있어 최신 교리 및 전술의 발전이 동반된 첨단 무기와 함께 효율적인 의료지원이 추진되어야 실질적이고 확고한 승리가 보장될 수 있다는 사실은 변함이 없다.

따라서 우리 군도 1948년 창군이후 1954년 3월 15일 경남 마산에 육군 의무기지 사령부를 창설한 동시에 군의교 및 제 36 육군병원을 예속시켜 의료지원 발전의 기틀을 마련했다. 1963년 8월 마산에서 대구로 부대가 이동한 후 1968년 6월 육군에서 2군 사령부로 예속이 변경되었다. 1971년 1월 국군의무사령부(The Armed Forces Medical Command)로 명칭을 개정하고 2군 사령부에서 국방부로 예속을 변경한 동시에 수도, 부산, 광주, 대전, 마산, 진해, 대구 군 병원을 예하로 편입시켰다. 이후 3군 통합 의무지원 체계 개념에 따라 대구에서 서울로 부대를 이동시킨 후 야전군 지역 8개 병원, 동해, 포항병원을 창설하였다. 1999년 12월 서울에서 현 주둔지인 경기도 성남시로 부대를 이동하여 군 환자의 전문적 진료와 전문적인 의무요원 양성, 전군 의무지원계획 수립 및 군진의학 연구발전 사항을 관장하며 21세기 첨단 군 의료지원 체계 발전을 위해 노력하고 있다.⁴⁶⁾

46) 국군의무사령부, 『제262회 정기국회 국정감사 업무보고』, 경기 성남 : 국군의무사령부, 2006, p.1.

[그림 3-6] 국군의무사령부 조직 체계



* 출처 : 국군의무사령부 홈페이지, (<http://www.medcmd.mil.kr/>, 검색일 : 2010.8.1)

국군의무사령부는 한국군 장병 건강관리를 위한 전문적인 환자 진료와 군진의학 발전 및 의무 운영에 관한 제반 업무를 전담하며 일반적인 기능으로 전군 2, 3차 의무지원(사단급 이하는 각 군에서 지원), 의무요원 양성 / 보수교육, 의무장비 정비지원, 군진의학 발전 업무, 군 헌혈운영 및 군인 가족 진료 통제, 병원열차대 운영 및 통제 등의 기능을 수행한다.

군 의료지원 분야의 또 다른 한 축을 담당하는 보훈 의료 서비스 체계를 살펴보면 1차로 경미한 질환은 거주지 인근 병·의원(1차 진료기관)에서 치료 받을 수 있도록 위탁병원을 보훈병원의 협력 병원화하고 있으며, 향후 보훈중앙병원 개원에 맞추어 협력병원을 합리적으로 조정할 계획으로 있다. 2차 의료기관으로 보훈병원을 지역 거점병원으로 육성하여 질병이 중증 및 만성으로 요양이 필요한 경우의 환자를 담당하도록 하고 있기 때문에 지역별로 5개 보훈병원이 운영 중이며 수요가 많은 수도권에 병원

신설을 검토하고 있다. 또한 고난도 3차 진료는 2010년 개원을 목표로 하고 있는 보훈중앙병원에서 진료를 담당할 계획이다.

[그림 3-7] 보훈의료 전달체계

1차 : 협력병원	· 경미한 질환, 반복적인 투약 · 2010년 협력병원 수 합리적 조정
2차 : 보훈병원	· 급성 질환, 중증 영양성 질환 진료 · 지방병원 500병상 규모로 확충(~2007)
3차 : 보훈중앙병원	· 고난도 중증질환, 전문진료센터 운영 · 급성기 600병상 신축(2009) 1,764억 원

* 출처 : 국가보훈처, 2006, p.43.

보훈의료서비스의 대상자 측면에서 살펴보면 현재 국가유공자, 참전유공자, 제대군인(10년 이상 복무) 등의 대상자는 상이7급 신설('00년), 5·18민주유공자('02) 포함, 고엽제관련 질병 확대 등으로 1998년에 비해 2005년에는 약 2.3배 증가하였으며, 감면환자는 동기간 중에 약 1.4배 증가한 결과 의료수요 증가를 따라가지 못하기 때문에 보훈의료체계의 재정립이 필요할 것으로 예상된다. 이러한 수요 증가는 향후 보훈의료 분야의 시설, 인력, 예산 등 양적 증가뿐만 아니라 첨단 의학기술 도입 등 질적 향상을 동반해 전체적인 보훈의료서비스의 발전을 촉진할 것으로 기대된다.

[표 3-3] 보훈의료서비스 대상자 현황 (단위: 명)

구 분	'98년	'00년	'03년	'04년	'05년
국비환자	85,644	115,316	166,170	178,491	196,080
감면환자	1,003,610	1,190,896	1,365,274	1,412,118	1,425,529

* 출처 : 국가보훈처, 2006, p.40.

2. 군 의료지원 서비스 체계

1) 국군의무사령부 의료지원 체계⁴⁷⁾

국군의무사령부는 전·평시 군 의료지원 서비스를 위한 군 환자의 전문적인 진료와 군진의학 연구를 수행하기 위한 인력과 시설을 보유하고 있으며 환자 중심의 질 높은 의료서비스 제공, 민간 수준의 의료서비스 제공을 위한 병원체계 보강, 의료수준 향상을 위한 우수인력 확보, 군 의무역할 강화 등의 군 의무발전을 위한 세부계획을 추진하고 있다.

인력운영 측면에서 2006년 10월 기준으로 4,999명의 장교, 준사관, 부사관, 병 및 군무원들이 근무하고 있으며 장교들의 병과별 현황을 살펴보면 [표 3-4]와 같이 군의 528명, 치의 85명, 수의 6명, 의정 326명, 간호 617명, 기타 56명으로 구성되어 있다.

[표 3-4] 국군의무사령부 병과별 인원현황 (장교) (단위: 명)

구 분	계	군의	치의	수의	의정	간호	기타
정 원	1,758	546	97	6	337	690	82
인 원	1,618	528	85	6	326	617	56
보직율(%)	92.0	96.7	87.6	100	96.7	89.4	68.3

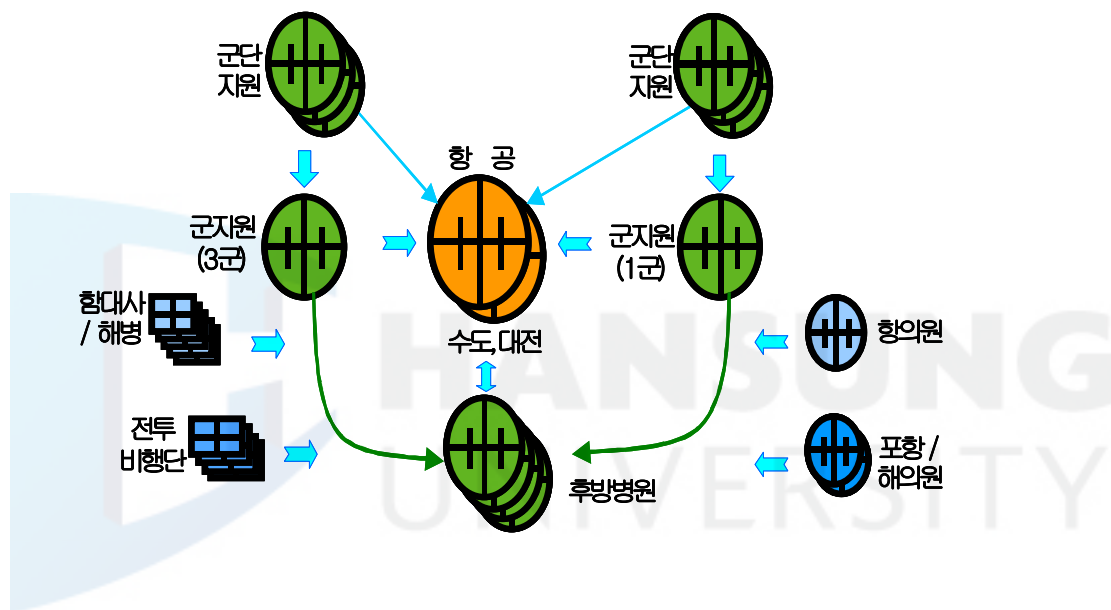
* 출처 : 국군의무사령부, 2006, p.2.

국군의무사령부의 군 의료지원 체계는 지역진료 개념을 원칙으로 각 지원 시설의 진료 및 수용능력 초과 시 후송하며 세부 운영체계는 3단계로 구성되어 있다. 1차 후송체계는 사단급 이하 의무시설, 이동외과 병원이 대상이고 2차 후송체계는 군단 및 8개 군 지원병원, 6개 후방 지역병원이며 3차 후송체계는 수도 및 대전병원으로 단계적으로 후송되고 있으며 응급환자 및 진료목적상 필요시 2, 3차 병원으로 직접 후송된다. 또한 후송수단으로 구급차 145대, 헬기 2대(603 항공대대), 1회 최대 334명을 후송 가능한 열차 5량을 보유하고 있다.

47) 국군의무사령부, 전제서, 2006, pp.2-14.와 국군의무사령부 홈페이지(<http://www.medcmd.mil.kr/>) 내용을 재구성함.

평시 군단지원 1,950병상, 군 지원 1,000병상, 후방병원 2,086병상, 3차 병원 1,600병상 등 총 6,636병상을 운영하며 의료지원 서비스를 제공하고 있으며 군내에서 생성되는 모든 의료관련 정보들을 통합하여 관리하는 정보관리 시스템인 국방의료정보체계(DEMIS: Defense Medical Information System)를 이용해 진료, 간호, 진료지원, 원무, 일반행정 등 전반적인 병원 업무를 전산화시켜 군 병원 관리능력과 의료의 질을 향상시켜 전투력 손실 최소화를 추진하고 있다.

[그림 3-8] 평시 의무지원 후송계통



* 출처 : 국군의무사령부, 2006, p.8.

군 장병들의 기본 진료권을 보장하고 정보화·과학화된 의무지원과 환자관리체계를 구축하는 국방 의료정보화 계획의 일환으로 작전지역이 험준한 전방부대 등 격오지 부대 장병들의 진료접근성 제한을 해소하기 위해 전산망(국방, 인터넷)을 활용한 화상진료를 통해 장병 개개인의 건강 증진 및 전투력 향상을 동시에 추진하고 선진 의무지원 서비스를 향한 발전의 기반을 마련하고 있다.

2) 보훈 의료지원 체계

보훈 의료지원은 국가보훈 대상자 및 제대군인을 대상으로 의료지원 임무수행의 핵심기관인 보훈병원을 중심으로 이뤄지고 있다. 일반적으로 경미한 질환은 일반병원 혹은 위탁병원에서 이루어지고 있으나, 중요한 치료나 만성질환은 주로 전국 5개 보훈병원을 통해 진료하고 있다. 하지만 진료대상 증가로 보훈병원 진료적체가 발생하고, 고령 보훈가족을 위한 재가복지서비스와 복지시설이 부족한데 비해, 보훈대상자의 급속한 고령화에 따른 노후복지 수요가 증가하여 문제가 발생하고 있다. 그동안 5개 보훈병원과 190여개 위탁병원 운영을 통해 진료편의를 제고하고, 고령 보훈가족을 위한 재가 및 시설복지서비스 제공하기 위해 노력하고 있으나 시설 및 여건이 매우 열악한 형편이다.

[표 3-5] 보훈 위탁병원 현황

2006. 6 기준

합 계	서 울	부 산	광 주	대 구	대 전
195	77	29	43	23	23

* 출처 : 국가보훈처, 2006, p.134.

현재 효율적이고 전문적인 의료서비스 제공을 위한 기반을 구축하기 위하여, 3차 진료기능을 갖춘 1,400병상 규모의 「보훈중앙병원」을 건립을 추진하고 있으며, 향후 의료지원 수요 증가에 대응할 수 있는 보훈병원 병상 증설 및 첨단 의료장비를 확보하고, 근접 진료 강화를 위한 위탁병원 확대를 계획하고 있다. 또한 보훈가족을 위한 노후복지 종합대책을 통해 5개소 1,000명 규모의 노인요양시설 건립을 추진하고 있으며, 2005년 보훈도우미와 보훈복지사를 활용한 가사·간병 서비스 개시하였고, 거동이 불편한 중상이자의 이동편의를 위한 서비스 확충과 주택편의시설 설치를 지원하고 있다.⁴⁸⁾

48) 김신, “보훈대상자 의료보호제도의 국가 간 비교”, 『호국 보훈의식 제고를 위한 정책방향』, 한국보훈학회 2007년도 춘계세미나, 2007, p.113.

[표 3-6] 보훈병원 현황

2006. 6 기준

구 분		서 울	부 산	대 전	대 구	광 주
연 혁		'61. 개원 '83. 8 신축이전 '98.12. 재활센터 '02. 3. 장례식장	'84.4.3 개원 '92.5. 신축이전 '94.11. 증축	'97.11.5. 개원	'93.2.12. 개원	'87.4.24. 개원 '02.12.6 신축 이전
대지면적		20,536평 (장례식장 748평)	19,947평	12,041평 (임야포함 34,299평)	9,513평	22,416평
건물면적 (본관 규모)		13,726평 (下1, 上7層)	5,777평 (下1, 上5層)	10,131평 (下1, 上5層)	5,500평 (下1, 上6層)	10,904평 (下1, 上8層)
장례식장 규모		13실	3실	4실	3실	10실
병 상 수	계 (2,510)	820	540	500	300	350
	국 비 (1,630)	600	340	300	180	210
	사 비 (880)	220	200	200	120	140
진료과목		26개	22개	22개	19개	19개
종사인원 (2,636명)		1,068명	437명	461명	345명	325명
건립비용		390억 원	178억 원	513억 원	217억 원	602억 원
소 재 지		강동구 둔촌동 6-2	사상구 주례동 235	대덕구 신탄진동 220	달서구 도원동 748	광산구 산월동 880-1
진 료 권		서울, 인천, 경기, 강원	부산, 경남, 제주	대전, 충남북	대구, 경북	광주, 전남북

* 출처 : 국가보훈처, 2006, p.134.

3. 군 의료지원 체계 개선 방향

1) 국군의무사령부 의료지원 체계 개선

군사혁신을 통한 전쟁양상 변화와 미래전에 대비하기 위해선 군 장병들에게 양질의 의료서비스를 제공하고 전·평시 효과적인 군 의무지원체계 구축을 위한 노력이 필수적이다. 하지만 현재 우리 군의 의료지원 체계는 대부분 70년대식 의무시설과 진단 및 검사장비 노후로 인해 민간 대비 의료시설이 낙후되고 첨단장비가 부족한 실정이다. 외국군의 경우 전투병력 대비 의무인력 비율이 4~10 %를 유지하고 있는 반면 우리 군은 2.3% 비율로 우수 장기근무 의료 인력뿐만 아니라 전반적인 의료지원 인력이 매우 부족하다. 또한 현 환자 후송단계 및 절차가 복잡하고 구급차, 헬기 등 후송수단이 제한되어 의료 서비스 수혜 대상자인 장병들의 진료 접근성 보장이 미흡하며 미래 전장 환경 변화에 부합하는 의무지원 전문화 및 공중 후송수단이 미흡하다.

[표 3-7] 2007년도 군 의무발전 소요예산 (단위: 억 원)

사 업 명		'07년도 소요예산
총 계		1066.4
우수의료 인력획득	우수 의료인력 획득 등 3항목	4.0
의료정보 체계구축/ 연구개발	국방의료정보체계 구축 등 8항목	9.4
장비획득	병원 의무장비 보강 등 8항목	471.0
물자 / 기구획득	병 전역전 건강검진 등 4항목	398.0
시설 / 환경개선	사단내 의무시설 / 환경개선 등 9항목	159.0
교육훈련	국방 의·치의학 전문대학원 운영 등 4항목	25.0

* 출처 : 2007년도 국정감사 국방부 요구 자료에서 재정리, (<http://www.mnd.go.kr/>, 검색일 : 2010.7.5)

따라서 국군의무사령부는 군 의무발전을 위해 첫째, 장병들의 진료 기본권 및 접근성을 보장하고 육군 사단내 의무지원 능력을 보강하며 병 전역 전 건강검진제도를 도입해 환자중심의 편안하고 질 높은 의료서비스를 제공해야 한다. 둘째, 첨단 의무장비 및 시설보강, 군 병원 의료의 질과 운영 효율 향상, “국군 중앙의료원(가칭)” 등을 통해 민간수준의 의료서비스 제공을 위한 병원체계를 보강을 추진해야 한다. 셋째, 우수 의료인력 획득 및 “국방 의·치의학 전문대학원(가칭)” 설립·운영을 통해 의료수준을 향상시키고 우수인력을 확보해야 하며 넷째, 완벽한 의무지원을 위해 군 의무 지휘조직 및 의무 군수지원체계를 개선하고 다섯째, 군진의학 연구 및 예방의무 활동을 활성화하며 응급의료체계 개선을 포함한 공공의료기관으로서의 역할을 강화해 국가적 과제에 대한 군 의무의 책임을 다해야 할 것이다.

2) 보훈 의료지원 체계 개선

국가보훈처는 보훈 의료 대상자의 증가 및 고령화에 대비해 3차 진료기능을 갖춘 보훈중앙병원 건립을 추진하고 있다. 보훈중앙병원은 국가유공자의 상징성에 걸맞은 진료기능과 시설을 갖춘 1,400병상 규모로 현 서울 보훈병원 위치에 건립되며 2011년 완공 예정이다. 보훈중앙병원은 기존 의료영상전송시스템(PACS), 처방전달시스템(OCS)과 연계한 전자의무기록(EMR)시스템을 구축하고 총상, 고엽제 관련 질병 등 국가유공자의 질환 특성을 감안한 고엽제전문센터, 장기이식전문센터, 뇌전문 센터 등을 포함한다. 또한 5~13층에 위치할 환자병동은 병상당 30평 면적을 확보한 환자중심 병원(Patients Focused Hospital)으로 거듭날 예정이다.

체계적인 보훈 의료시스템 구축을 위해 경미한 질환의 환자는 거주지 인근 병·의원(1차 진료기관)에서 치료받을 수 있도록 2006년 5월까지 시·군별 1개소 지정기준에 따라 지정된 195개소 위탁병원을 보훈병원의 협력병원화하고 보훈병원을 지역 거점병원으로 육성하여 중증 및 만성질환 진료를 담당하며 고난도 3차 진료는 2010년 개원 예정인 보훈중앙병원에서 진료할 계획이다.

[표 3-8] 보훈중앙병원 건립 추진 일정

연도	주요 내용
'06	▪ 교통·환경영향 평가, 건축설계, 공사 입찰 및 착공
'07	▪ 건축공사(계속), 의료진 해외연수 등 양성
'08	▪ 신축건물(600병상) 준공, 첨단 의료장비 설치 등
'09	▪ 기존건물(800병상) 리모델링, 보훈중앙병원 준공
'11	▪ 보훈중앙병원 개원

* 출처 : 국가보훈처, 2006, p.42.

보훈 의료서비스 대상자의 노령화를 대비하여 보훈병원의 진료기능을 ‘치료’와 ‘요양’으로 구분하여 요양환자를 위한 요양병상을 2006년 기준 310병상에서 2008년 1,130병상으로 증설하였다. 또한 보훈병원 장기 입원 환자가 가정에서 치료받을 수 있도록 가정간호 서비스를 확대하고 입원적체를 완화하기 위해 지역간호사와 계약을 체결 후 보훈병원 소재 대도시(서울·부산·대전·대구·광주)에서 실시하고 있으며 2006년부터 수도권 지역을 중심으로 확대하고 있다. 연령층이 낮은 신규 상이자를 중심으로 재활치료 및 사회복귀 대비 체계적 재활프로그램, 보훈병원과 연계한 재활체육시설을 운영하여 국가유공자들의 신체기능 회복과 퇴화 방지를 위해 노력하고 있다.

보훈병원의 우수 의료진 확보를 위해 진료 포상금 확대 등 실적에 상응한 보수체계를 구축하고, 중점 육성 진료과를 중심으로 국내·외 연수지원을 강화하며 미국의 경우 129개 보훈병원과 104개 국·공립의대간 의료진이 교류협약을 맺은 사례를 참고하여 일반적인 여건이 성숙한 대구·광주 보훈병원을 시작으로 국립대학 병원과 보훈병원간 근무교류 등 상호협력 강화를 추진하고 있다. 중·장기적으로 보훈중앙병원과 4개 지방병원(총 3,310병상)에 우수 의료진을 안정적으로 공급하기 위한 자체 의료진 양성 추진 계획의 일환으로 의학전문대학원 또는 의과대학 설립 타당성 검토를 계획하고 있다.⁴⁹⁾

49) 국가보훈처, 전제서, 2006, pp.40-45 재구성.

제 3 절 한국군 정신건강 관리체계의 문제점 분석

1. 군 정신건강 분야에 대한 인식 부족

군 조직이 존재하는 기본 목적은 국가의 방어이다. 그 목적을 충족시키기 위해 군은 유형 전력뿐만 아니라 무형 전력도 동시에 발전시켜야 하는 명제아래 1948년 창설 이후 한국전쟁과 베트남전 참전을 거치면서 초창기의 미숙함을 극복하고 지속적으로 현대화를 진행해 왔으나 압도적인 북한의 재래식 전력에 대응하는 한편 한·미 연합방위체제의 특성을 반영한 전력증강을 우선적으로 추진한 결과 외형적인 성장을 통한 가시적인 성과만을 추구하게 되었다.

따라서 일찍부터 다양한 전쟁 경험을 통해 군 장병들의 정신건강에 대한 중요성을 파악한 미국, 영국 등 군사 선진국들이 군 정신건강 분야에 대한 다양하고 심도 있는 연구를 통해 효율적인 관리체계를 운영하고 있는 반면 우리의 경우 최근 이뤄진 해외파병 장병에 대한 스트레스 관리를 시작으로 전장 스트레스 및 관련 질병에 대한 연구가 시작되고 있어 아직은 모든 면에서 부족한 실정이다. 특히 오랫동안 대규모 실제 전투를 경험하지 못한 한국군은 전장 상황에서 각 구성원들의 심리적 상황에 대한 체계적인 관리체계의 운영 및 발전을 위해 많은 투자를 하지 못했으며 더불어 근본적인 인식 자체가 상당히 미흡하다.

군 정신건강 분야는 전시 상황뿐만 아니라 평시 군 운영에 있어서도 중요한 역할을 담당하고 있다. 모병제를 채택하고 있는 우리나라의 경우 최근 사병으로 입대하는 많은 젊은이들이 군 조직에 적응하지 못하고 복무부적응, 자살, 근무이탈 등 각종 사건·사고를 일으키는 경우가 많으며 이는 바로 전투력 약화로 직결되기 때문에 매우 중요한 문제이다. 이를 해결하기 위해 군은 신세대 장병들의 특성에 맞는 군대문화 및 조직체계를 재정립하고 군 복무제도 개선 및 사기복지 증진 방안을 검토하며 군내 사고우려자 조기 식별 및 처리방안 마련, 장병 의식구조 및 병영생활 전반에 대한 정밀 진단 추진 등 다각적인 노력을 기울이고 있다.

[표 3-9] 군내 자살사고 현황

(단위: 명)

구 분	'00	'01	'02	'03	'04
계	82	66	79	69	66
장 교	6	1	5	4	6
부서관	17	8	10	13	9
병	56	55	60	49	49
군무원	3	2	4	3	2

* 출처 : 2007년도 국정감사 국방부 요구 자료에서 재정리, (<http://www.mnd.go.kr/>,
검색일 : 2010.7.5)

이러한 관점에서 군 정신건강 서비스는 전시뿐만 아니라 평시 모든 군 조직 구성원들에게 있어 근본적으로 제공되어야 할 필수 요소이다. 따라서 우리 군이 미래 전장을 주도할 수 있는 진정한 선진 강군으로 거듭나기 위해선 최첨단 무기체계와 전략·전술 운영체계 등 외형적인 전투력 발전뿐만 아니라 무형적인 전력요소인 군 정신건강에 대한 인식 개선이 먼저 이뤄져야 할 것이다.

2. 정신건강 전문 서비스 시설 및 인력 확보 미흡

군 의무 체계의 특성상 장병들의 1·2·3차 진료를 모두 군 의료시설에서 담당하고 있으며 전문 의료 인력과 시설을 갖추고 효율적인 서비스를 제공하기 위해서 노력하고 있으나 현재 정신건강을 직접적으로 담당할 수 있는 전문인력인 정신과 군의관이 크게 부족한 실정이다. 이와 반대로 공공과 민간의 정신건강관련 정책을 담당하고 있는 보건복지부의 정신보건정책 기본방향은 지역사회중심의 종합적인 정신보건서비스를 제공하는 것이다.

이를 위해 정신보건센터를 중심으로 지역사회 중심의 종합적인 정신보건서비스를 제공하고 정신보건시설의 정신질환자 인권보호 대책을 마련해 정신질환에 대한 인식개선 및 정신질환자의 권익을 증진하며 정신요양시설의 운영에 내실화를 기하여 정신보건시설의 요양 및 치료환경의 대폭적

[표 3-10] 정신과 군의관 현황

(단위: 명)

구 분	계	병 원	사단급 이하	기 타
계	64	31	26	7
육 군	53	27	22	4
해 군	5	3	1	1
공 군	6	1	3	2

* 출처 : 정효현, 2010, p.36에서 재인용.

인 개선을 추진하고 있다. 또한 정신보건서비스 전달 및 연계 체계 강화를 위해 정신보건센터, 사회복지시설, 알코올상담센터, 정신의료기관, 정신요양시설 등 기관들 상호간의 연계체계를 구축하고 있다.

이러한 정신보건서비스 전달체계를 전문적으로 책임지는 공인된 인력은 아래 [표 3-11]과 같이 총 12,860명이다. 가장 많은 전문인력을 확보하고 있는 전문직은 간호직이며 일반 간호사 3,724명과 정신보건간호사 1,651명으로 총 5,375명, 전체 전문직의 41.8%에 해당된다. 그 다음으로 정신과의사로서 전문의 1,964명과 전공의 516명으로 총 2,480명이며, 이는 19.3%에 달한다. 사회복지사는 일반 사회복지사 1,006명과 정신보건사회복지사 672명으로, 총 1,678명이며 그 밖에 일반임상심리사 173명, 정신보건임상심리사 267명으로 구성되어 있다.

[표 3-11] 시·도별 정신보건의료 상임인력 현황

(단위: 명)

구분	계	인구 10만 명당	정신과 전문의	정신과 전공의	정신보건전문요원			간호사	사회 복지사	임상 심리사	간호 조무사
					간호사	사회 복지사	임상 심리사				
총계	12,860	26.6	1,964	516	1,651	672	267	3,724	1,006	173	2,887

* 출처 : 양옥경, 2006, p.603.

정신보건시설의 경우 병원시설이 시설 수 1,048개소로 75.5%를 차지하며, 요양시설이 56개소, 사회복지시설 및 정신보건·알코올상담센터가 284개소로 총 1,388개의 정신보건기관이 운영 중이다.⁵⁰⁾ 이와 비교하여 국내 서울, 부산, 광주, 대구, 대전의 5개 보훈병원 중 정신과 전담병동을 가지고 있는 병원은 서울과 부산 두 곳 뿐이며, 나머지 3개 병원에는 정신과 병상을 보유하고 있지 못한 실정으로 전문시설 및 인력 확보에 대한 대책이 시급하다.

3. 군 정신건강의 학문적 연구체계 부족

군 정신건강분야의 장기적이고 효율적인 발전을 위해서는 인력, 시설 및 장비, 정책 등 실무적 차원의 개선뿐 아니라 관련 이론 및 학술적 발전을 실무와 연계하는 전략이 필요하다. 하지만 현재까지 우리나라에서 군 정신건강 분야를 학문적으로 연구하는 경우는 매우 드물며 군의 경우 이라크, 아프가니스탄 등 해외파병 장병들의 스트레스와 관련된 소수의 연구와 국군의무사령부의 대한군진의학 학술지(The Journal of Korean Military Medical Association)를 통한 연구가 대부분이다.⁵¹⁾ 반면 민간분야의 경우 한국사회복지학회, 한국사회복지행정학회, 한국사회복지정책학회, 한국정신보건사회사업학회 등 다양한 사회복지관련 학회를 중심으로 각종 세미나, 학술대회, 정책연구 및 개발을 통해 정신보건과 관련된 연구가 심도 있게 진행 중이다.

전국 주요 대학교 및 대학원의 사회복지관련 학과에서는 정신보건사회복지를 독립적인 학문 영역으로 연구 및 발전시키기 위해 노력하고 있고 사회복지현장의 일선에서는 정신보건 사회복지사가 교육기관에서 학습한 전문이론을 적극적으로 실천하며 보완사항을 꾸준히 발견해 피드백을 제

50) 양옥경, 『정신보건과 사회복지』, 서울 : (주)나남출판, 2006, pp.587-601.

51) 2004년부터 2009년까지 국군의무사령부 군진의학 연구논문 중 정신건강 관련 논문은 2009년도(소령 이연미, 일부 군인들의 정신질환 및 정신질환자에 대한 태도), 2008년도(소령 이연미, 군 장병들의 정신건강관리 네트워크 모형 개발) 및 2007년도(중령 서만길, 군 정신보건 통합 지원모델 연구)에 각 1편씩 총 3편이 발표되었다. (국군의무사령부 홈페이지, <http://www.medcmd.mil.kr/>, 검색일 : 2010.9.8)

공하고 있다. 일례로 한국정신보건사회복지학회의 경우 1993년 2월 발족하여 1994년 학술지 “정신보건과 사회사업”을 창간하고 꾸준히 활동한 결과 한국연구재단 등재지로 선정되어 정신건강분야의 학문적 발전에 기여하고 있다. 1995년 “정신보건법” 제정 이후 국가자격인 “정신보건사회복지사” 수련을 주관하여 2009년까지 총 1,500여명의 정신보건사회복지사를 배출하였다. 또한 학회 산하에 중독분과학회, 자살예방연구회, EAP분과연구회를 두어 공식적인 분과학회 활동이 전개되고 있다.⁵²⁾

한편 2006년 9월 창립한 한국군사회복지학회는 군인과 그 가족의 복지문제, 국민개병제에 의한 일반사병의 인권과 복지문제, 그리고 퇴역군인의 삶의 질에 대한 문제 등을 중심으로 관련 연구를 진행하고 있으나 군 사회복지의 개념 정립 및 학문적 기틀 마련을 위한 초기 단계에 머물러 있고 특히 군 정신건강에 대한 전문적 연구가 아직까지 진행되고 있지 못한 실정이다.⁵³⁾

군 정신건강 분야의 지속적인 발전을 위해서는 확고한 학문적 토대가 필수요건이지만 현실적으로 민간 정신보건분야 연구와 비교했을 때 상대적으로 군 정신건강관련 연구가 너무 미비하므로 이에 대한 실질적인 대책이 필요하다.

52) 한국정신보건사회복지학회 홈페이지 (<http://www.kamhsw.org/>, 검색일 : 2010.12.10)

53) 한국군사회복지학회 홈페이지 (<http://kamtsw.org/>, 검색일 : 2010.12.12)

제 4 장 한국군 정신건강 관리체계 개선방안

제 1 절 정신건강 의료지원 서비스 정체성 확립

1. 군 정신건강 의료 의식 제고

전통적으로 정신건강의 영역은 매우 광범위하며 일반화하기 어려운 부분이 많이 존재한다. 특히 인간이 경험할 수 있는 극한 상황과 스트레스가 상존하는 전장(戰場)에서 겪을 수 있는 정신건강관련 질병은 장병들의 전투력과 직결될 수 있는 중요한 문제이지만 진단과 치료가 매우 어렵다는 특징을 지니고 있다.

우리나라는 근대 이후 한국전쟁을 거치면서 대규모 전쟁을 경험하지 못했기 때문에 군 정신건강 분야에 대한 인식이 매우 미비한 실정이다. 최근 미국의 요청에 의해 이라크 및 아프가니스탄 지역에 병력을 파견하면서 파병 장병들의 정신건강 문제에 대한 관심과 연구가 이뤄지고 있으며 2010년 3월 한반도 서해 해상에서 발생한 천안함 침몰 사건 후 생존 장병들이 정신적 고통을 호소하여 이에 대한 관심이 조금씩 일어나고 있다.⁵⁴⁾

하지만 체계적이고 효율적인 군 정신건강 분야 발전을 위해서는 먼저 그 중요성을 인식하고 현실태를 개선하고자 하는 의식의 전환이 선행되어야 한다. 의식의 전환은 군 구성원인 장병 및 군무원뿐만 아니라 국방부와 정부, 나아가 일반 국민들을 포함한 국가 구성원 전체가 인식하고 동의해야 군 내부의 문제만이 아닌 국가적 차원에서 모두가 고민하고 해결해야

54) 천안함 생존 장병 58명 전원이 국군수도병원에 입원하여 병력청취, 이학적검사, 혈액검사, 영상의학검사 등을 실시하였다. 이들 중 6명(정형외과 수술 : 2명, 척추골절로 인한 고정요법 : 2명, 무릎 인대 손상 : 2명)은 신체적 손상을 당하여 치료를 받았다. 또한 58명 모두를 정신과적 면담, 심리검사 등을 통해 정신과적 위험도에 따라 분류하였다. 이 심리상태 평가는 군의관 5명과 대한불안학회, 재난정신의학위원회 소속 전문가 3명을 포함한 정신과 전문의 8명이 합의하여 결과를 도출하였다. 이를 통해 사고 발생 1주일 정도 시점에서 평가된 자료에 따르면 환자군((의중)급성스트레스 장애) 6명, 고위험군 13명, 중위험군 16명, 저위험군 23명이었다. (박주연, “한국군의 전장스트레스 관리 개선방안에 대한 의료계에 제언”, 『전장스트레스 실태와 관리방안, 국회의원 김정 정책 세미나 자료집』, 2010, p.55.)

하는 명제로 자리매김할 수 있다. 따라서 국방부 및 정부기관뿐만 아니라 국군의무사령부·각급 부대, 군 장병 및 군무원, 대학 및 연구기관 등 관련된 조직 및 개인 모두가 군 정신건강의 중요성을 인식하고 그 바탕위에서 체계적인 발전을 이루기 위한 노력이 선행되어야 한다.

2. 군 정신건강 의료 특성화 서비스 체계 확립

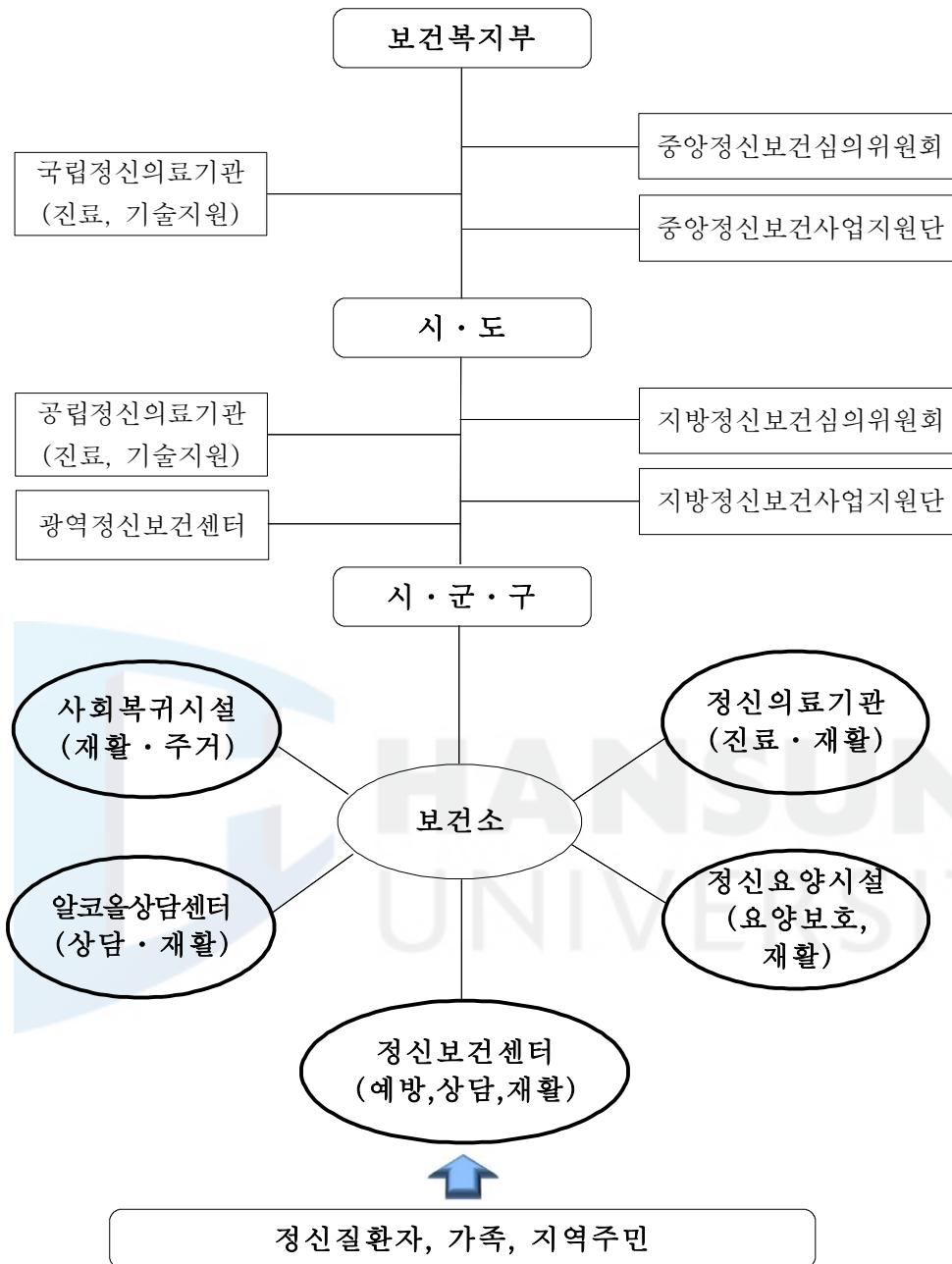
현재 군 의료체계에서는 정신과의 비중이 매우 낮고 PTSD, 전장스트레스 등 정신건강과 관련된 서비스 제공 체계가 미흡하다. 일반적으로 민간 분야 정신보건서비스는 정신보건센터를 중심으로 병원과 사회복지시설을 배치한 전달체계를 갖추고 있다.

2004년 정신보건법 개정과 함께 정신보건센터가 공식기구가 되면서 정신보건의 기준기관 역할을 시작하였으며 지역정신보건 개념이 강화되고 지역사회에서의 치료, 재활, 보호가 행해지는 현대사회에서 지역정신보건센터는 정신장애인을 위한 핵심 서비스를 제공하는 중추적인 기관 업무를 담당하고 있다.

물론 민간주도형 전달체계는 의료자원이 취약한 농어촌지역과 도시빈민지역에까지 정신보건관련 의료서비스 이외에도 전 국민을 대상으로 하는 예방서비스와 만성적인 정신장애인을 위한 재활서비스 및 보호서비스가 함께 제공되어야함에도 불구하고 책임 있는 주체를 갖기 어려운 단점을 갖고 있다. 하지만 현재 군 정신건강 체계와 비교했을 때 민간 정신보건 예방, 진단 및 치료 시스템은 상대적으로 우수하며 군이 많은 부분을 벤치마킹할 필요가 있다.

특히 군 정신건강분야를 체계적으로 육성하기 위해 현재 의무병과의 일부 영역으로 소외되어 정체성을 확립하지 못하고 있는 상태에서 벗어나 전문영역으로 특성화시킬 수 있는 정책을 국군의무사령부와 국방부 등 군 내부의 정책부서 뿐만 아니라 보건복지부 및 대학 등 교육기관, 대한의학회, 대한신경정신의학회, 한국사회복지사협회 등과 연계하여 범정부적 차원에서 추진해야 실질적인 특성화 체계를 수립할 수 있을 것이다.

[그림 4-1] 정신보건서비스 전달체계



* 출처 : 양옥경, 2006, p.598에서 재인용.

제 2 절 정신건강 전문시설 및 인력 확충

1. 군 정신건강 전문센터 설립

효율적인 군 정신건강 전문 서비스를 제공하기 위해선 PTSD, 전장스트레스, 우울증, 약물남용 등 전·평시 군 장병들에게 나타날 수 있는 각종 정신건강 문제를 전문적으로 해결할 수 있는 전문센터가 필수적이다.

군 정신건강 분야의 선진국인 미국의 경우 39개 3차 진료 군병원에서 정신과 전문의, 전문간호사, 심리치료사, 사회복지사 등이 경증환자에 대한 일반적 치료를 담당하고 중증환자의 경우 국가보훈처에서 운영하는 The National Center for PTSD에서 PTSD 전문치료팀과 치료프로그램을 통해 수준 높은 서비스를 제공하고 있다.

The National Center for PTSD의 핵심기능은 크게 연구, 교육, 컨설팅 3가지로 구분된다. 첫째, 연구부문에서 National Center는 PTSD의 이해, 치료, 예방에서 세계적인 리더의 역할을 담당하고 있다. 또한 미국 전역에 걸쳐 다양한 학문적 배경을 지닌 직원들과 관련기관과의 광범위한 파트너십 및 제휴를 통해 규모와 연구능력에서 일반적인 연구기관이 지닐 수 있는

[표 4-1] The National Center for PTSD 교부금 요약 현황

	FY2006 RESEARCH FUNDING	TOTAL RESEARCH FUNDING	NUMBER OF GRANTS	NUMBER OF PENDING GRANTS
EXECUTIVE DIVISION	\$1,391,979	\$13,296,155	8	1
BEHAVIORAL SCIENCE DIVISION	\$3,430,317	\$17,037,831	24	3
CLINICAL NEUROSCIENCES DIVISION	\$11,828,084	\$51,590,470	48	6
EVALUATION DIVISION	\$775,000	\$5,008,000	2	0
WOMEN'S HEALTH SCIENCES DIVISION	\$657,567	\$3,024,158	6	2
EDUCATION DIVISION	\$911,937	\$4,837,225	6	1
PACIFIC ISLANDS DIVISION	\$249,185	\$874,501	1	0
TOTAL	\$19,244,069	\$95,668,340	92	13

* 출처 : The National Center for PTSD, 2006, p.11.

한계를 넘어서고 있다. 둘째, 최근 인터넷을 기반으로 한 새로운 기술의 출현으로 PTSD 및 정신건강관련 최신 정보를 미국 전역의 예비역 및 그 가족뿐만 아니라 의학분야 종사자, 정책 결정자, 비전문가들에게 신속하게 제공하여 교육효과를 극대화하고 있다. 셋째, National Center의 전문가들은 미국뿐만 아니라 전 세계의 관련 조직 또는 예비역들과 관련해 정책결정자와 지도자들에게 컨설팅 및 다양한 출판물, 연구 프로젝트, 프레젠테이션 등을 제공하고 있다.

이에 반해 우리나라의 전국 5개 보훈병원 중 정신과 전담병동을 가지고 있는 병원은 서울과 부산 두 곳 뿐이며, 나머지 3개 병원에는 정신과 병상을 보유하고 있지 못한 상태로 PTSD에 대한 전문적인 클리닉을 제공할 수 전문진료센터도 운영하고 있지 않다. 또한 PTSD 및 정신건강 관련 학술연구, 교육, 컨설팅 등을 수행할 수 있는 전문 연구소가 필요하지만 아직까지 필요성만이 언급되고 있는 실정이다.

[표 4-2] 보훈병원별 정신과 의사인원 및 전담병동 현황

병원별	진료과	의사 인원 수	전담병동(병상 수)
서울보훈병원	정신과	5명	2동(87개)
부산보훈병원	정신과	1명	1동(42개)
광주보훈병원	정신과	1명	-
대구보훈병원	정신과	1명	-
대전보훈병원	정신과	1명	-
계		9명	3동(129개)

* 출처 : 정효현, 2010, p.41에서 재인용.

따라서 군 정신건강의 체계적인 발전을 위해선 전국 보훈병원 내에 정신과 전담 병동 및 의료진을 확대하고 PTSD에 대한 전문적인 클리닉을 제공할 수 있는 전문진료센터를 설립하여 정신건강 질병의 치료뿐만 아니라 연구, 교육, 컨설팅을 종합적으로 제공할 수 있는 기본 체계를 구축해야 할 것이다.

2. 민간 정신건강 전문인력 활용 및 획득체계 개선

군 정신건강 서비스를 제공하는 주체는 다양하지만 가장 핵심적인 요소는 전문인력이다. 현재 군에서 의료를 담당하는 핵심인력은 군의관과 간호장교이다. 간호장교는 간호사관학교를 통해 양성함으로써 인력수급을 해결하고 있으나 군의관의 경우 민간대학에서 의학을 공부하고 군에 입대한 의사들이어서 복무연장 내지 장기복무자 획득을 위해 대학 재학 시에 장학금을 지급하는 등 여러 유인책을 활용하고 있지만, 열악한 근무환경과 처우 등으로 인하여 소정의 의무복무만 마치고 전역하고 있다. 따라서 이들 단기복무자를 장기복무자로 전환하기란 현실적으로 매우 어렵고 최근 일부 계약직 군의관을 채용하고 있으나 실효성에서 문제가 제기되고 있다.

이와 비교하여 민간분야 전문인력의 경우 정신보건분야를 전문적으로 책임지는 공인된 인력 12,860명 중 일반·정신보건간호사 총 5,375명, 정신과전문의 등 전공의 총 2,480명 등 의료진이 61.1%를 차지하고 있다.⁵⁵⁾ 의료진인 의사와 간호사의 비중이 61.1%로 절반을 넘는다는 것은 민간 정신보건서비스가 의료서비스 중심으로 이루어져 총체적인 정신보건 서비스 제공측면에서 군 정신건강 서비스와 비교했을 때 상대적으로 효율적인 체계가 갖추어져 있다고 할 수 있다. 따라서 군 정신건강 분야의 발전을 위해선 전문인력의 획득체계를 다양화하고 체계적인 연구·교육을 통해 관련 종사자의 전문성 및 질적 향상을 도모해야 한다.

이를 위한 세부실천 방안으로 첫째, 군 의무발전 추진계획의 일환으로 우수한 의무인력 획득을 위해 추진 중인 가칭 “국방 의·치의학 전문대학원” 설립시 정신과 전문의 양성을 위해 일정비율의 인원을 할당하고 관련 교육 및 연구체계를 수립해야 할 것이다. 둘째, 정신과 전문간호장교 양성 인원을 확대해야 할 것이다. 정신보건 간호장교는 주특기 교육을 통해 매년 3~4명을 양성하고 있다. 이 교육은 보건복지부에서 승인된 정신보건 간호사 양성과정으로 교육기간은 약 1년 정도 소요된다.⁵⁶⁾ 하지만 현재 소요와

55) 양옥경, 전계서, 2006, p.601.

56) 정효현, 전계논문, 2010, p.34.

장기적으로 군 정신건강 서비스의 양적·질적 확대를 감안했을 때 현재보다 최소 2배 이상의 인원이 양성되어야 한다. 따라서 정책적으로 보건복지부와 협의하여 추가적인 인력양성 계획을 추진해야 할 것이다.

마지막으로 현재까지 군 의무 전문인력은 군의관, 간호장교, 의무병 등 내부에서 획득 및 활용되어 왔으며 계약직 군의관 등 단기적으로 외부 인력을 활용하기 위한 방안이 실행되었으나 실효성 측면에서 미흡한 점이 많다. 이러한 점을 보완하기 위해 아웃소싱(outsourcing) 개념을 적용하여 민간 전문가를 획득하여 활용함으로써 장병들에게 양질의 서비스를 제공하고 군 내부의 관점에서 벗어나 다양한 시각에서 관련분야의 연구능력을 발전시킬 수 있을 것이다.

예를 들어, 군은 장병들이 당면하는 심리적 갈등을 해소하고, 정신건강 증진을 도와서 군내 사고를 예방하려는 목적으로 10년 이상의 군 경력자와 민간 상담전문가 중 2005년 6월 육군 7명, 해병대 2명 등 총 9명의 기본권 전문상담관을 채용하였으며 2006년 11월까지 개인사정으로 퇴사한 1명을 제외한 8명(육군 6명, 해병대 2명)의 전문상담관들이 활동 중이다.

[표 4-3] 기본권 전문상담관 근무 부대 현황

(단위: 명)

구분	육군훈련소 (논산)	육군00사단 (철원)	육군00사단 (화천)	육군00사단 (조치원)	해병대00사단 (김포)
군 경력자	1(연대)	1(사단)	1(사단)	1(사단)	1(사단)
민간 전문가	1(연대)	1(연대)	1(연대)	.	1(연대)

* 출처 : 김완일, 2006, p.505.

또한 국방부는 2006년에 육·해·공군 총 40명의 기본권 전문상담관 운영 예산을 기획예산처에 신청한 결과, 육군은 16명의 예산이 통과되었으며, 해군과 공군은 예산이 편성되지 않았기 때문에 육군만이 추가적으로 인원을 채용하여 배치할 계획이다.⁵⁷⁾ 군 기본권 전문상담관 제도는 변화하는 병영문화에 발맞추어 군 경력자와 민간 전문가들의 전문 능력을 바탕으로 장병 기본권을

57) 김완일, 『軍 상담의 이론과 실제』, 서울 : 학지사, 2006, pp.504-506.

보장하고 각종 사건사고를 예방할 수 있는 토대를 마련했다고 평가받고 있다.

군인과 그 가족들은 군이라는 특수한 상황에 의해서나, 개인적인 이유로 인하여 다양한 심리 사회적 어려움을 경험한다. 직업 자체가 초래하는 높은 위험과 지속적인 긴장, 가족들과의 별거, 잦은 이동을 비롯하여 군인과 가족들이 접하는 특수한 문제는 그들의 정신건강에 영향을 미치므로 선진국에서는 이미 1차 세계대전 이후에 군인과 그 가족에 대한 복지 프로그램이 지속적으로 개발되어 왔다. 특히 미국은 군 사회복지사에 의해 군과 군인가족의 복지를 위하여 아동, 가족, 직업, 정신건강, 교육, 교정 등의 사회복지 영역을 망라하는 복지 프로그램을 운영하고 있다. 이는 군대 내의 사회복지사에 의해 운영되는 것으로 군인과 가족들을 위한 다양한 예방적 차원의 프로그램에서부터 약물 남용, 가족 폭력, 정신건강의 문제를 다루는 치료 프로그램까지 포괄적이고도 전문적인 활동이 이루어지고 있다.⁵⁸⁾

그러나 현재 한국군에는 주택지원이나 자녀에 대한 장학금 제도, 휴양시설 등의 물질적 지원은 이루어지고 있으나 군인의 적응을 돕고, 그들의 복지를 증진하기 위한 프로그램이나 제도, 특히 정신건강과 관련된 정책이 미흡한 수준이므로 미국 등 선진국과 같이 군 사회복지사의 도입을 통해 전문적인 서비스를 제공하는 방안을 적극 검토할 필요가 있다. 장기적으로 이와 같은 정책적 변화를 통해 민간 전문가가 군에서 활동할 수 있는 영역이 넓어지면 군(軍)과 민(民) 모두 상호 발전할 수 있는 계기가 될 것이다.

[표 4-4] 미군 내 고용된 군인 및 민간 사회복지사 (단위: 명)

구분	하급장교	상급장교	민간인	총계
육군	73	105	250	428
공군	103	111	215	429
해군	20	10	450	480
계	196	226	915	1,337

* 출처 : 한인영, 2000, p.79에서 재인용.

58) 한인영, “군 사회복지사 도입의 필요성 고찰”, 『국방정책연구』, 서울 : 한국국방연구원, 2000, pp.73-74.

제 3 절 정신건강 분야 민·군 협력 강화

1. 군 정신건강 분야의 학문적 기반 강화

현재 군 정신건강과 관련된 연구 및 학술적 기반이 미비하다는 문제점은 상대적으로 많이 인식되어 공감대를 형성하고 있으나 그 구체적인 실행방안에 대해서는 대안 제시가 미흡하다. 이에 대한 대책으로 군진의학학회에 한정되어 있는 군 정신건강 연구 분야에 대한 관심을 전국 각 대학 및 대학원의 사회복지학과, 대한신경정신의학회, 대한의학회 등 전문 기관 및 단체와 학술교류를 강화하여 그 영역을 국가적 차원으로 확대시킬 수 있도록 지속적으로 노력해야 할 것이다.

이와 더불어 현재 초기 단계인 군사회복지학회의 활용을 검토해 볼 수 있다. 사단법인 ‘한국군사회복지학회’는 군사회복지연구회 등이 각고의 노력을 더한 끝에 지난 2006년 9월 1일 한국사회복지협회 산하단체로 탄생, 1년 반 뒤인 2008년 4월 21일 국방부 예하의 사단법인으로 등록되었다. 전공분야의 연구 발표 및 학회지 발간, 국내외 관련 기관과의 교류, 군사회복지전문가 자격 규정 및 인정 등을 위한 활동을 사업으로 하고 있다.⁵⁹⁾

장병들을 대상으로 하는 군 정신건강의 특성상 일반적인 민간기관, 단체 및 학회보다 상대적으로 군사회복지학회는 군의 특성과 체계를 보다 잘 이해할 수 있기 때문에 장기적으로 적극적인 교류와 활동지원이 필요할 것을 판단된다. 궁극적으로 군 정신건강분야를 체계적으로 발전시키기 위한 이론적 토대를 제공할 수 있는 학문적 역량 강화를 위해 군은 다양한 민간 기관 및 학회와 적극적으로 교류하여 정신건강 분야의 테크노크라트(technocrat)를 적극적으로 활용해야 할 것이다.

2. 민간 정신건강 전문기관과 교류협력 증진

군 정신건강의 영역은 명확하게 구분되기 어렵지만 서비스 제공의 주체

59) 정효현, 전개논문, 2010, pp.42-43.

및 대상을 고려했을 때 군 조직의 특수성이 완전히 배제되지 않은 질병의 예방과 진단 및 치료 측면에서 민간 정신보건 분야와 많은 부분 공통점을 찾을 수 있을 것이다.

[표 4-5] 정신보건 기관·시설 현황

(단위: 개소)

구 분		기관수	주 요 기 능
계		1,696	
정신보건센터		156	- 지역사회내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·사회복귀훈련 및 사례관리 - 정신보건시설간 연계체계 구축 등 지역사회 정신보건 사업 기획·조정 ※ 표준형153(국비128, 지방비25), 광역형3(국비2, 지방비1)
정신 의료기관	국·공립	18	- 정신질환자 진료, 지역사회정신보건 사업 지원
	민 간	1,218	- 정신질환자 진료
정신요양시설		59	- 만성정신질환자 요양·보호
사회복귀시설		211	- 병원 또는 시설에서 치료·요양 후 사회복귀촉진을 위한 훈련 실시
알코올상담센터		34	- 알코올중독 예방, 중독자 상담·재활 훈련

* 출처 : 보건복지가족부, 2010, p.5.

2009년 12월말 기준 국내 정신보건 기관 및 시설은 [표 4-5]에서 보는 바와 같이 정신보건센터 156개소, 국·공립 및 민간 정신의료기관 1,236개소, 정신요양시설 59개소, 사회복귀시설 211개소, 알코올 상담센터 34개소 등 전국에 총 1,696개소가 운영 중이다. 상기 정신보건 기관은 정신질환자에 대한 인식개선 및 권익증진, 지역사회 중심의 통합적인 정신보건서비스 제공, 아동·청소년 정신건강 조기 검진 및 조기중재 등 전문적인 예방·치료 서비스를 제공하고 있으며 우울증, 자살예방, 성인뿐만 아니라 아동·청소년 정신보건 분야에 있어서도 중추적인 역할을 수행하고 있다.

민간 정신보건 분야의 전반적인 시스템을 일률적으로 군에 적용시키는

것은 현실적으로 많은 어려움이 존재하지만 상대적으로 우수한 시스템과 제도를 선별하여 순차적으로 도입할 때 체계구축을 위한 시행착오를 줄이고 시간을 절약할 수 있다. 이러한 관점에서 제한적으로 군 특성에 부합되는 범위를 설정한 후 민간 정신보건 전문기관과 인원, 시설 및 연구·학술 관련 교류를 지속적으로 실시함으로써 군 정신보건의 수준을 향상시킬 수 있을 것이다.

3. 국가적 차원의 정책 개발 및 지원 강화

군 정신건강에 대한 인식과 제도적 기반이 미비한 현 상태에서 개인이나 소규모 조직이 체계적인 틀을 갖추기 위해 노력할 경우 정부차원의 정책과 비교하여 상대적으로 시간과 비용의 투입대비 효과성이 낮을 수밖에 없다.

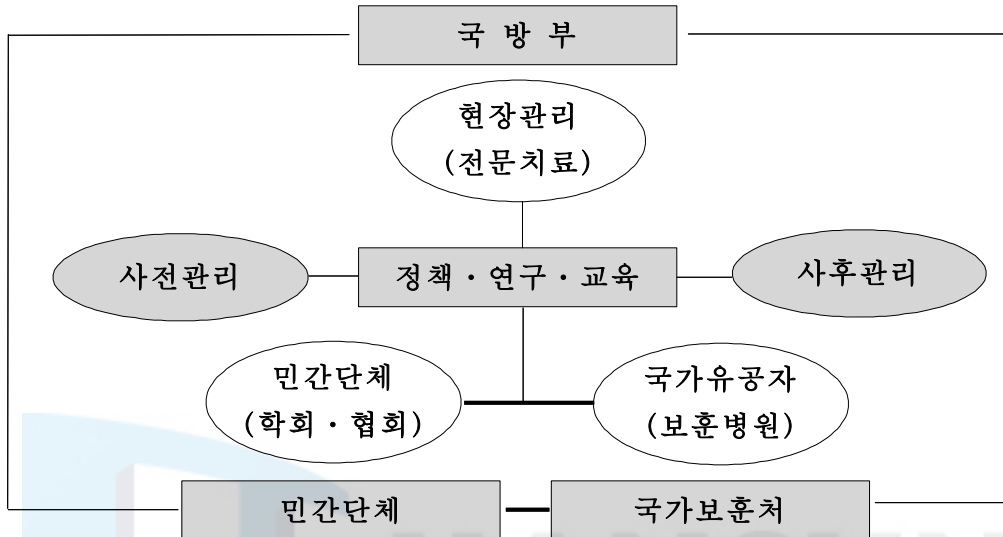
민간 정신보건 분야는 보건복지부의 주도아래 정부차원에서 각종 정책 및 사업을 추진하고 있으나 군 정신건강과 관련된 현안 및 쟁점은 초기 인식단계에 불과한 실정이다. 일부 연구에서는 PTSD 및 장병들의 정신건강과 관련하여 [그림 4-2]와 같이 민(民)·관(官)·군(軍)이 유기적으로 협조하는 종합적인 관리체계 구성을 주장하고 있으나 실질적으로 가시적인 성과를 거두지 못하고 있다.⁶⁰⁾

따라서 정부 주도의 국가적 차원에서 체계적으로 정책을 개발하고 지원하기 위한 세부 실천 방안을 제시하고자 한다. 첫째, 군 정신건강 관련 법령 및 규정을 제정하여 법적 근거를 확보해야 한다. 민간분야의 경우 1997년 12월 구 정신보건법(精神保健法)을 전문 개정하여, 1998년 4월부터 정신보건법이 시행되었으며 국민의 정신질환에 관한 국가와 지방자치단체, 정신보건시설의 설치·운영자 등의 책임에 관한 규정과 정신요양시설의 설치·운영, 정신질환자의 보호와 치료 등에 관해 상세한 규정을 두고 있다. 이 같은 사례를 비추어 볼 때 군 정신건강의 체계적인 발전을 위해선 관련 법령 및 규정

60) 정효현은 “우리 군의 전장스트레스 관리 실태와 개선 방안”에 관한 연구에서 한국군의 전장스트레스 및 외상후 스트레스(PTSD) 관리의 주체가 국방부가 되어야 하고 국가보훈처 및 보훈병원의 직접적 관여가 필수적이며, 관련 학회 및 협회 등의 민간단체는 PTSD 정책수립 및 연구, 교육 전반에 걸친 전문지식 등 직·간접적인 도움을 제공할 필요가 있다고 주장했다. (정효현, 전제논문, 2010, p.30.)

의 제정이 우선되어야 할 것이다. 둘째, 민(民)·관(官)·군(軍) 모두가 공감대를 형성할 수 있는 합리적 정책결정 및 추진 과정이 필요하다. 현대 민군관계에서 군(軍)의 정책결정 추진 및 발전을 위해선 민(民)의 지지와 협력이

[그림 4-2] 군 PTSD 종합관리 체계도



* 출처 : 정효현, 2010, p.31.

필수적이다. 따라서 군 정신건강과 관련된 정책 수립 및 결정, 추진, 평가, 환류 과정에서 효율적이고 투명한 절차 추진을 통해 국가 구성원 모두가 지지할 수 있는 공정한 정책이 성립되어야 할 것이다.

마지막으로 정부부처를 초월하는 업무 협력을 위해 상설위원회 또는 기구를 조직해야 한다. 정부조직법(政府組織法)상 국방부와 보건복지부는 임무와 조직이 엄연히 구분되지만 조직간 업무 구분의 경계선이 사라지고 있는 현대 조직의 흐름과 정책 집행의 효율성 측면에서 고려했을 때 정신건강의 공통적인 주제로 연결되어 있는 부처 간 업무 및 정책 추진의 시너지 효과를 위해 교류를 확대하고 장기적으로 정책 발전 측면에서 상설위원회 또는 기구 조직을 고려할 필요성이 있다.

제 5 장 결 론

21세기의 세계는 엄청난 혁명의 시대에 진입하고 있으며 인류의 존재양식을 새롭게 결정짓고 있다. 이 혁명은 한마디로 경제혁명(經濟革命)인 동시에 군사혁명(軍事革命)이라고 할 수 있다. 군사혁명이란 군사무기와 군사체제의 혁명적 변화와 그것이 미치는 전쟁양식의 변화를 지칭한다. 민간인이건 군인이건 우리 모두에게는 지식·부 및 전쟁 간의 혁명적인 새로운 연관성에 관한 깊은 이해가 요구된다.

군 정신건강에 관한 새로운 관심도 이러한 혁명적 변화 중에 하나이며 1948년 창군이후 지속적인 첨단 무기 도입을 통한 외형적인 성장만 강조해온 한국군의 특성상 지금까지 깊이 인식되지 못했지만 해외파병 증가 등 실제 전쟁을 경험하는 기회가 많아짐에 따라 그 필요성이 다시 한 번 강조되고 있다.

전쟁이라는 극한 환경에서 인간이 느끼는 공포심과 스트레스는 외부에 드러나지 않지만 개인이 극복하지 못할 경우 어지러움, 두통, 심한 피로감, 수면장애, 근육/관절 통증 등 질병으로 이어지고 궁극적으로 전투력 손실을 초래하게 된다. 흔히 장병들의 정신건강 관련 질병이 ‘보이지 않는 부상(invisible wounds)’으로 불리는 이유도 여기에 있으며 한번 발생할 경우 그 진단과 치료가 매우 힘들고 전쟁 신경증(shell shock), 전장 스트레스(combat stress), 외상 후 스트레스 장애(PTSD) 등 그 형태가 매우 다양하게 나타나기 때문에 적극적인 예방이 무엇보다 중요하다.

역사적으로 인류의 수많은 전쟁 기간 중 전장 스트레스와 같은 심리적 측면에서 군인의 정신건강과 관련된 증상이 자주 인지되었으나 제1차 세계대전에서 영국과 프랑스를 중심으로 전쟁 신경증(shell shock)이 최초로 군의 관심을 얻게 된 이후 제2차 세계대전을 거치면서 비로소 체계적인 진단, 치료와 연구가 수행되기 시작했다.

특히 미국의 경우 베트남전 귀환 장병들의 정신건강 문제가 사회적 이슈로 부각됨에 따라 관련 연구가 확대되어 현재 국가보훈처의 The National Center for PTSD를 중심으로 전국의 보훈병원, Center for the

Study of Traumatic Stress, 월터리드 육군의학센터(Walter Reed Army Medical Center) 등 전문기관에서 전문의, 전문 간호사, 사회복지사 등 전문인력에 의한 체계적인 서비스를 제공하고 있다. 또한 영국과 이스라엘도 자국의 군사적 경험을 바탕으로 현역 및 예비역 장병들에게 국가적 차원에서 다양하고 체계적인 정신건강 서비스를 제공하고 관련 연구를 심층적으로 수행하고 있다.

이러한 군사 선진국들의 사례를 바탕으로 군 정신건강에 대한 중요성을 인식하고 대응방안을 제시하기 위해 본 연구는 전장 스트레스, 외상 후 스트레스 장애, 우울증 및 약물남용에 대한 의학적 개념과 발생요인 및 증상, 예방 및 치료에 대해 고찰하였으며 정책적 관점에서 군 정신건강의 발전을 위해 아래와 같은 대안을 제시하였다.

한국군의 정신건강 발전을 위한 연구 결과 첫째, 체계적이고 효율적인 군 정신건강 분야 발전을 위해선 먼저 그 중요성을 인식하고 현실태를 개선하고자 하는 의식의 전환이 선행되어야 하고 현재 군 의료체계에서 비중이 매우 낮은 PTSD, 전장스트레스 등 정신건강과 관련된 의료 특성화 서비스 체계를 확립해야 한다. 둘째, PTSD 전문치료팀과 치료프로그램을 통해 수준 높은 서비스를 제공하고 관련 연구, 교육, 컨설팅 분야에서 세계적인 리더의 역할을 수행하는 The National Center for PTSD와 같은 군 정신건강 전문센터를 설립하는 동시에 현재 열악한 근무환경과 처우 등으로 인하여 소정의 의무복무만 마치고 전역하는 군의관과 간호장교를 보완할 수 있는 민간 정신건강 전문인력 활용 및 획득체계를 개선해야 할 것이다. 셋째, 군 정신건강분야를 체계적으로 발전시키기 위한 이론적 토대를 제공할 수 있는 학문적 역량을 강화하기 위해 다양한 민간 기관 및 학회와 적극적으로 교류협력을 증진해야 한다. 마지막으로 정부 주도로 국가적 차원의 정책을 개발하고 지원 강화 및 효율적인 정책 집행을 위해 노력해야 할 것이다.

동북아의 안보 역학구도는 한반도를 둘러싼 한·미·일·중·러 등 5개국의 이해관계 대립에 좌우될 수밖에 없으며 분단의 아픔을 겪고 있는 우리에게 안보문제는 국가 보호의 차원을 넘어선 민족적 명제로 다가올 수

밖에 없다. 그렇기 때문에 정부는 매년 전체 국가예산 중 약 10% 비율의 국방비를 지출하여 전력투자 및 유지, 전투발전, 교육훈련 등 다양한 분야에서 국방준비태세 확립을 위해 노력하고 있는 것이다.

현재까지는 한국전쟁과 베트남 전쟁을 거치면서 성장을 거듭하여 세계적인 강군으로 발전하고 있는 한국군의 전투력을 병력과 무기체계의 관점에서만 평가해 왔으나 냉전 종식과 함께 9·11테러 이후 군사혁신(Revolution in Military Affairs)의 개념과 방향, 전쟁 수행 방법에서 전환기적 변화가 일어나고 있는 21세기의 안보 환경을 바탕으로 분석했을 때 유·무형 전력간 불균형적 발전은 궁극적으로 전투력 저하를 초래할 수밖에 없음을 인식해야 할 것이다.

특히 2009년 11월 미국 텍사스 주의 포트 후드 미군기지에서 미 육군 소령 니달 말릭 하산(Nadal Malik Hasan)에 의해 발생한 총기난사 사건으로 인해 13명이 사망한 사건과 같이 군 장병들의 정신건강과 관련된 문제들은 전·평시 및 전·후방을 구별하지 않고 군과 사회에 큰 영향을 준다.

눈에 보이지 않는 주관적인 경험과 현상이 객관적 사실로 나타나기 위해서는 수많은 과학적 검증과정이 수반되어야 함은 주지의 사실이다. 인간의 정신과 관련된 과학적 치료와 연구가 어려운 이유도 여기에 있으며 첨단 의료과학기술의 발전과 함께 정신의학과 관련된 다양한 치료방법이 개발되고 있으나 가시적인 치료효과를 기대하기엔 아직 미흡하기 때문에 지속적인 투자와 연구가 수반되어야 한다.

따라서 한국군이 가까운 장래에 한반도 방위를 넘어 세계 안보와 평화를 보장하고 미래 전장을 주도할 수 있는 첨단 과학기술 군으로 도약하기 위해선 2010년 3월 발생한 천안함 침몰 사건의 생존자들이 겪고 있는 정신질환의 경우에서 나타난 것처럼 장병들이 전·평시 겪을 수밖에 없는 각종 정신건강 문제에 대한 예방, 진단 및 치료, 연구를 체계적으로 수행할 수 있는 전문인력을 양성하고 조직 및 기관을 정비하는 동시에 효율적인 정책을 수립하는 적극적인 노력이 매우 중요하며 무엇보다 국가적 차원의 관심이 절실히 필요하다.

참 고 문 헌

1. 국내문헌

가. 단 행 본

- 권석만, 『우울증-침체와 절망의 늪』, 서울 : 학지사, 2007.
- 국방부, 『2008 국방백서』, 서울 : 국방부, 2009.
- 국가보훈처, 『국가보훈발전 기본계획』, 서울 : 국가보훈처, 2006.
- 국군의무사령부, 『제262회 정기국회 국정감사 업무보고』, 경기 성남 : 국군의무사령부, 2006.
- 김성이, 『약물중독총론』, 서울 : 양서원, 2002.
- 김완일, 『軍 상담의 이론과 실제』, 서울 : 학지사, 2006.
- 대한신경정신의학회, 『신경정신의학』, 서울 : 중앙문화사, 2007.
- 리자베트 루디네스코·미셸 플롱, 강웅섭 외(역), 『정신분석 대사전』, 서울 : 도서출판 백의, 2005.
- 미국정신의학회·이근후 외(역), 『정신장애의 진단 및 통계편람 제4판』, 서울 : 하나의학사, 1995.
- 보건복지가족부, 『2010년 정신보건사업안내』, 서울 : 보건복지가족부, 2010.
- 양옥경, 『정신보건과 사회복지』, 서울 : (주)나남출판, 2006.
- 이우주, 『의학사전』, 서울 : 아카데미 서적, 2008.
- 이영실·이윤로, 『정신건강론』, 서울 : 창지사, 2008.
- 이영호, 『정신건강론』, 서울 : 학현사, 2007.
- 이정균·김용식, 『정신의학』, 서울 : (주)일조각, 2005.
- Oakley Ray·Charles Ksir, 주왕기·김용식 (역), 『약물과 사회 그리고 인간 행동』, 서울 : 라이프사이언스, 2003.
- 조영갑, 『민군관계와 국가안보』, 서울 : 북코리아, 2006.
- 하영선·남궁곤 편저, 『변환의 세계정치』, 서울 : 을유문화사, 2007.

나. 연구논문

- 김 신, “보훈대상자 의료보호제도의 국가간 비교”, 『호국 보훈의식 제고를 위한 정책방향』, 한국보훈학회 2007년도 춘계세미나, 2007.
- 박주언, “한국군의 전장스트레스 관리 개선방안에 대한 의료계에 제언”, 『전장스트레스 실태와 관리방안, 국회의원 김정 정책 세미나 자료집』, 2010.
- 윤병권, “병영 스트레스와 군 복무 부적응 행동에 관한 연구”, 원광대학교 산업경영대학원 석사학위 논문, 2008.
- 정문용, “참전 재향군인에서 외상후 스트레스장애(Posttraumatic Stress Disorder)의 유병상태와 관련요인 분석-한 병원 입원대상으로-”, 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1996.
- 정효현, “우리 군의 전장스트레스 관리 실태와 개선방안”, 『전장스트레스 실태와 관리방안, 국회의원 김정 정책 세미나 자료집』, 2010.
- 정희욱, “전투스트레스 극복방안에 관한 연구”, 조선대학교 정책대학원 석사학위 논문, 2004.
- 한인영, “군 사회복지사 도입의 필요성 고찰”, 『국방정책연구』, 서울 : 한국국방연구원, 2000.
- 한태근 · 정운수, “PKO활동과 전장스트레스관리에 관한 연구”, 『2009 한국정책학회 하계학술대회』, 서울 : 한국정책학회, 2009.

다. 인터넷 사이트

- 국군의무사령부 (<http://www.medcmd.mil.kr/>)
- 세계일보 (<http://www.segye.com/>)
- 영국 국방성 (<http://www.mod.uk/>)
- 위키백과 한국어판 (<http://ko.wikipedia.org/>)
- 위키피디아 (<http://www.wikipedia.org/>)
- 한국군사회복지학회 (<http://kamtsw.org/>)

한국정신보건사회복지학회 (<http://www.kamhsw.org/>)
Center for the Study of Traumatic Stress (<http://centerforthestudyoftraumaticstress.org/>)
Department of Psychiatry in USUHS hospital (<http://www.usuhs.mil/>)
PTSD Forum (<http://www.ptsdforum.org/>)
The National Center for PTSD (<http://www.ptsd.va.gov/>)
U.S. ARMY Medical Department Walter Reed Army Medical Center
(<http://www.wramc.amedd.army.mil/>)
U.S. Department of Defense (<http://www.defense.gov/>)

2. 국외문헌

- Badal W. Daniel, *Treatment of depression and related moods : a manual for psychotherapists*, Maryland : Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2006.
- Department of the ARMY, Headquarters, *LEADER'S MANUAL FOR COMBAT STRESS CONTROL*, Washington, DC : Headquarters, Department of the ARMY, 1994.
- Driscoll P. Patricia and Straus Celia, *HIDDEN BATTLES ON UNSEEN FRONTS Stories of American Soldiers with Traumatic Brain Injury and PTSD*, Philadelphia : CASEMATE, 2009.
- Edgar Jones, Simon Wessely, *Shell shock to PTSD : military psychiatry from 1900 to the Gulf War*, New York : Psychology Press, 2005.
- Eric Newhouse, *Faces of combat, PTSD and TBI : one journalist's crusade to improve treatment for our veterans*, Enumclaw, WA : Issues Press, 2008.

- Friedman J. Matthew • Kean M. Terence and Resick A. Patricia,
Hanbook of PTSD : science and practice, New York : Guilford
Press, 2007.
- Sharf S. Richard, *Theories of Psychotherapy&Counseling ; Concepts
and Cases*, CA : Wadsworth Brooks/Cole, 2000.
- Tanielian Terri et. al., *Invisible Wounds of War Summary and Recommendations
for Addressing Psychological and Cognitive Injuries*, CA : the
RAND Corporation., 2008.
- The National Center for PTSD, National Center for PTSD, 『17TH
ANNUAL REPORT』 , Washington DC, 2006.
- World Health Organization, *The global burden of disease : 2004
update*, Geneva : WHO Press, 2008.



【부 록】

1. 정신증적 장애 해설

구 분	내 용
외상후 스트레스 장애	posttraumatic stress disorder 정상적인 인간의 경험범주(經驗範疇)를 벗어나는 충격적 외상(外傷), 즉 예를 들어 강간이나 폭행, 전쟁에서 격전(激戰) 또는 시민(市民)의 폭격(爆擊), 천재(天災)나 끔찍한 사고, 고문, 사형옥(死刑獄) 등의 사건이 원인이 되어 생기는 정신장애. 되풀이해서 침입적(侵入的)으로 기억이 되살아나거나, 야경기(夜警氣) 또는 순간장면(瞬間場面) 등으로 외상사건(外傷事件)을 자꾸 재경험하고, 소위 “정신 둔화(精神鈍化)” 또는 “감정마취(感情麻醉)” 현상이 생기거나 과민성 수면장애(睡眠障礙) 및 기억과 정신집중의 곤란, 그리고 다른 사람들은 죽었는데 혼자 생존한 사실과 자기가 살아남기 위해 저지른 일에 대한 죄책감 등이 특징이다. 증상 기간과, 증상 발생시(發生時)와 외상시(外傷時) 사이에 몇 개월 또는 몇 년일 수도 있는 잠복기(潛伏期)에 따라 급성, 만성 또는 지연성(遲延性) 등으로 분류된다.
정신분열병	schizophrenia 가장 중요한 정신병적 장애인 정신장애 또는 이질성장애군(異質性障礙群)으로서, 그 특징이 사고(思考)의 형태와 내용의 장애[유리연상, 망상 또는 환청 따위], 기분의 장애[둔감, 둔마 또는 부적합한 감정 따위], 자기 자신에 대한 감각이나 외부세계와의 관계의 장애[자아한계의 상실, 비현실적 사고, 자폐적 후퇴(自閉的後退) 따위], 그리고 행동의 장애[기이하고, 목적이 없고, 판에 박힌 듯 한 활동 또는 비활동 따위] 등이다. 과거에는 정신분열증의 개념에 대한 정의나 임상적 적용 등이

정신분열병	schizophrenia	극히 다양하였다. DSM-III-R의 기준이 강조하는 점은 현저한 사고의 장애[망상, 환청, 또는 감정이나 행동의 장애에 동반되는 다른 사고장애], 과거의 기능수준의 퇴폐, 만성[6개월 이상의 기간]인 점과 급성, 한계성, 단순성, 또는 잠복성 정신분열증이라고 하던 분류 조건들을 제외한 것이다. 원래는 dementia praecox라고 불리워서 사춘기에 발생하여 인격의 퇴폐로 끝나는 정신병인 것이 특징이었다. schizophrenia라는 용어는 Bleuler가 소개한 것이며, 조기발생이나 궁극에 퇴폐에 이르는 사실은 이 병의 본질적 특징이 아니다.
정신분열형 장애	schizophreniform disorder	증상(症狀)이나 증후(症候)는 정신분열증을 가지고 있으나, 그 기간이 6개월에 미치지 못하는 정신장애. 전에는 급성 정신분열증이라고 불렸다.
분열정동장애	schizoaffective disorder	정신분열증과 감정장애, 예를 들어 조증(躁症)이나 우울증 등 양쪽 증상을 다 갖고 있는 정신장애의 진단명(診斷名)
망상성 장애	delusional disorder	과대망상 또는 피해망상을 특징으로 하는 정신병 상태로서 종종 환각(幻覺)을 수반한다.

* 출처 : 이우주, 『의학사전』, 서울 : 아카데미 서적, 2008, pp.298-843.

ABSTRACT

A Study on Improvement Plan of Management System for
Mental Health of the R.O.K Armed Forces
- Focus on the Combat Stress and PTSD -

Kim, Dong Hoon

Major in Defense Policy

Dept. of Int'l Security and Strategy

Graduate School of International Studies

Hansung University

The main purpose of this research is to suggest an alternative idea about management system for military mental health through analysis for medical theory and policy. In the 21st century, the way of war was transferred from conventional military power to high technology military power after 9 · 11 terror in the United States.

The combat stress is a UK charity offering residential treatment to ex-servicemen and women suffering from Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and other mental health issues. The Ex-Services Mental Welfare Society was formed in the United Kingdom in 1919 just after the First World War when the effects of Shell Shock were becoming known. During the 1980s it became known as Combat Stress

for public relations purposes although legally is still known by its original name.

The field of military mental health in Korea has not been remarkably developed because it was not considered important policy. But there are some military case that are related to the mental health of soldiers on which they are suffered from various traumas in recently. For example, R.O.K.S Cheonan was sunk in the Yellow Sea in 2010 and 58 survivors are complaining of pain in the mental while at military hospital.

Therefore, the government of Korea and Ministry of National Defense should established a substantial policy for management of military mental health. This research suggest an action plan for developing the field of mental health as below,

Firstly, the identity of mental health should be established in the military field. Secondly, we will have a specialist facilities for military mental health and will be trying to recruit more professionals who was trained by the professional insitution of mental health. Finally, the military field and private sector should collaborate with each other throughout academic exchange, policy development as well as personnel exchange.

In conclusion, the armed forces of South Korea, to beyond the Korean peninsula to ensure world peace and security, should have a lot of interest in the mental health field to drive the field's cutting-edge science and technology to leap instantly to the strong armed forces based on science and technology in the near future.