

# 암환자 가족의 삶의 질 평가도구 타당도 조사

이 영 선 외 7인\*

## 1. 연구목적

암이 점차 만성적인 질환으로 인식되면서 암환자의 삶의 질에 대한 중요성이 강조되고 있으며 보건의료 수준의 향상, 핵가족화 등 사회 현상은 말기암환자 관리에 있어서 가족의 역할과 부담을 더욱 크게 하고 있다. 기존의 연구에서는 뇌졸중 등 특정 질환의 주 돌봄 제공자인 가족의 부담, 스트레스 등 일부 영향에 대해 평가한 연구는 있지만 전반적인 삶의 질을 평가한 연구는 드물고 특히 한국에서 암환자 가족의 삶의 질을 평가하는 연구는 거의 없는 실정이다. 이에 본 연구에서는 암환자 가족의 삶의 질을 평가하는 도구인 한국어판 Caregiver quality of life-Cancer(CQOLC)의 타당도를 검증하고자 한다.

## 2. 연구방법

한국어판 CQOLC의 개발은 원저자와 협조 및 표준화된 번역 과정을 통하여 한국어판 설문지를 개발하였으며 국립암센터의 입원 및 외래 암환자의 가족중 주 보호자 257명을 대상으로 자기기입식으로 한국어판 CQOLC를 설문하였다. 측정도구의 신뢰도 검증을 위해 Cronbach Alpha를 구하였고, 타당도 검증을 위하여 환자의 Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 활동도에 따른 분산분석을 실시하였으며, 한국어판 우울검사 설문지(Beck Depression Inventory, BDI)와 건강관련 삶의 질척도(SF-36)를 조사하여 상관관계를 분석하였다. CQOLC는 5점 리커트 척도, 총 35문항으로 구성되어 있다.

## 3. 주요 결과

한국어판 CQOLC의 설문지의 Cronbach Alpha계수는 0.88(Cronbach Alpha >0.7)이고, 환

---

\* 국립암센터 연구원

자의 활동수준(ECOG)이 양호할수록 가족의 삶의질 점수가 높았다( $p < 0.001$ ). 또한 동시타당도 검증 결과 원도구에서와 마찬가지로 SF-36의 정신적인 영역인 Vitality, Social function, Emotional Role, Mental health와는 비교적 높은 상관관계( $r = 0.38 \sim 0.54$ )를 보였으며 신체적인 영역인 Physical functioning, Physical Role, Bodily pain, General health와는 비교적 낮은 상관관계( $r = 0.19 \sim 0.31$ )를 보였다. BDI의 정신적 항목과 신체적 항목을 구분하여 볼때 CQOLC와 상관계수는 정신적인 항목에서 0.51, 신체적인 항목에서는 0.62로 조사되었다.

#### 4. 결론

한국어판 CQOLC는 암환자 가족의 전반적인 삶의질을 평가하는 타당한 도구이며, 환자와 가족에 대한 개입방안의 수립 및 개입의 적절성 평가에 임상적으로 활용할 수 있을 것이다.

## ‘암환자 가족의 삶의 질 평가도구 타당도 조사’에 대한 토론

강 홍 구\*

건강보호전달체계 수준을 예방, 치료, 보상(compensation)차원으로 접근할 때, 점차 예방과 보상차원의 접근이 강조되고 있다. 보상이 강조되는 3차 보호(tertiary care)는 건강서비스의 마지막 단계로 만성적이거나 마지막이어서 치유될 수 없는 건강의 문제를 갖고 있는 사람의 편안함과 기능을 최대화 하도록 지원하는데 초점을 맞추는 것(Cowles, 2000)으로, 사회복지사의 관심과 헌신이 요구되는 분야이다.

발표자의 주장대로, 우리나라 암 환자의 수는 매년 증가하여 이제 부동의 사망원인 1위를 차지하고 있다. 암 발생률의 증가와 암의 진단 및 치료방법의 발달로 생존율과 생존기간이 길어지면서 장기적인 관리가 필요하다(허혜경 외, 2003). 이 과정에서 가족의 역할이 증가하고 있다. 암은 환자와 가족에게 다양한 측면에서 영향을 미치고 있어 환자와 가족을 하나의 체계로 이해하고 접근할 필요성이 있으며, 환자에 대한 서비스 뿐 아니라 가족에 대한 서비스에도 초점이 맞추어져야 한다. 이러한 측면에서 암 환자 가족의 삶의 질을 평가하는 도구인 The Caregiver Quality of life Index - Cancer(이하 CQOLC)가 한국의 암 환자 가족에게 적용가능할지에 대한 타당도 조사는 의미 있는 일이라 하겠다. 특히 본 논문은 사회복지사로서 실천현장에서 암 환자 가족을 대하면서 그들의 삶의 질을 과학적, 객관적으로 사정하고자 하는 현실적인 이유에서 출발하고 있는데, 많은 사회복지사들에게 도전을 제공한다는 측면에서 또 다른 의의가 있다고 하겠다.

일반적으로 삶의 질(QOL)에 대한 접근은 (1) 객관적 기준이나 조건에 의한 접근, (2) 자신의 삶에 대한 긍정적인 평가나 판단정도에 의한 접근, (3) 정서적 측면을 강조하는 접근이 있다. CQOLC는 (2)와 (3)의 입장으로 접근하고 있는 도구로, 도구의 타당성을 동시타당도(concurrent validity), 구성타당도(construct validity) 검증을 실시하고 있는데, 향후 암 환자 가족을 사정하는데 좋은 자료가 될 것으로 기대한다. 모집단의 타당도 수준을 유지하기 위하여 표본의 크기도 270명으로 하였고, 논리적으로 잘 정리하고 있어 특별한 논쟁이 필요치 않은 논문으로 보인다. 발표자의 노력에 경의를 표하며, 다만 몇 가지 사항을 함께 생각해 보고자 한다.

\* 전주대학교 사회복지학과 교수

첫째, 삶의 질은 추상적인 개념으로, 흔히 신체적, 심리적, 사회적인 측면에서 복합적으로 논의된다(이재기 외, 1998). CQOLC 또한 정신건강(mental health), 정서적 고통(emotional distress), 부담(burden), 환자의 실행수준(patient's performance status), 신체건강, 사회적 지지, 사회적 욕구 등을 다양하게 측정하도록 구성되어 있다(Weitzner 외, 1999 ; Nijbor 외, 1999). 발표자의 원고와 마찬가지로 원 척도에는 CQOLC를 부담(burden)을 묻는 10문항, 혼란(Disruptiveness)을 묻는 7문항, 긍정적 적응(positive adaptation)을 묻는 7문항, 경제적 요인(Financial concern) 3문항, 그 외 문항 8문항으로 구분하고 있어 일핏 신체적인 기능에 대한 사항은 제외되어 있는 것으로 보인다. 원척도와 다른 문헌을 찾아보기 전까지는 CQOLC가 신체적인 부분을 언급하지 않고 있다고 착각할 정도였다. 더욱이 본 연구의 결과, CQOLC가 SF-36의 신체적 차원과 낮은 상관관계를 보인다고 주장함으로써, 이 도구에 신체적인 기능을 측정하는 문항이 제외되어 있는 것 같은 혼선이 있었다. 원척도를 제시하여 주거나, CQOLC 도구를 설명할 때, 하위분류를 요인별로 제시하였다면 이런 오해는 없었을 것이다.

오해가 불식되었음에도 불구하고, CQOLC가 원 척도에서와 마찬가지로 SF-36의 정신적 차원과 BDI와는 높은 상관관계를 보여주고 있으나, SF-36의 신체적 차원과는 낮은 상관관계를 보이는 연구결과는 이 도구가 과연 신체적인 기능과 관련한 부분을 얼마나 잘 담아내고 있는지 생각해 보게 하였다. Weitzner 외(1999)의 연구에서도, 정신건강( $r=0.64$ ), 정서적 고통( $r=-0.50$ 에서  $m0.52$ ), 부담( $r=m0.65$ ), 환자의 실행수준( $r=m0.47$ )은 높은 상관관계를 보임에 반하여, 신체적인 건강( $r=0.13$ ), 사회적 지지( $r=0.22$ ), 사회적 욕구( $r=0.08$ )등은 낮은 상관관계를 보여주었다.

원척도를 확인하여 보니 신체적인 건강과 관련된 문항은 일상생활의 변화와 부담, 수면, 성생활의 변화 등 아주 제한적으로 다루고 있었다. 본 연구의 결과와 선행연구의 결과를 종합하면 CQOLC도구가 신체적인 기능 측면을 적극적으로 담아내지 못하고 있는 것은 아닌가 하는 생각이 들었다. 암 환자 가족의 경우, 신체적인 측면에서 삶의 질도 중요한데 특히 암 환자 가족의 건강증진행위는 암 환자 가족의 삶의 질의 중요한 변수(장혜숙 외, 2000)로서, 이 척도의 한계에 대한 질문과 이러한 부분을 어떻게 보완할 수 있을지에 대하여 질문하고 싶다.

둘째, 타당도의 검증방법으로 동시타당도(concurrent validity)와 구성타당도(construct validity)의 개념을 사용하고 있는데, 동시타당도의 경우, CQOLC와 SF-36, BDI와의 상관관계 규명을 통하여 접근하고 있다. 동시 타당도는 준거를 직접적으로 측정하는 것이 용이하지 않고 비용과 시간이 많이들 때 다른 방법을 사용하여 준거를 추정하는 경우인데, 이 때 중요한 것이 준거로 사용하는 도구의 적합성에 관한 문제이다. 즉 동시 타당도를 입증하기 위해 사용하는 도구는 준거로서 적합해야 한다. SF-36은 일반적으로 의료분야에서 환자의 삶의 질을 측정하기 위한 도구로 많은 연구에서 사용되어 왔는데(Ruta 외, 1998; Mosconi 외, 2000), 크게 기능상태(신체적 기능, 사회적 기능, 신체적 문제로 인한 역할 제한, 정서적 문제로 인한 역할 제한), 안녕(well-being)(정신건강, 에너지와 피곤, 통증), 전반적인 기능 평가의 3영역으로 구성

되어 있어 CQOLC와 SF-36의 비교는 의견 상 문제가 없어 보인다. 그러나 CQOLC에서는 신체적 건강과 관련된 사항을 4가지 정도로 측정하고 있는데 반하여, SF-36에서는 신체적 건강과 관련된 내용을 19가지나 다루고 있어 CQOLC와 SF-36의 비교에 있어 신중할 필요가 있다. 척도의 내용상 CQOLC와 인지적, 신체적인 우울 증상과 관련된 BDI척도와의 동시 타당도 분석이 더 정확한 의미가 있는 것으로 보인다.

구성타당도와 관련된 논의인데, 원래 구성 타당도는 도구가 이론(혹은 구성 개념의 조작)과 얼마나 잘 부합하는지 나타내는 개념인데, CQOLC와 환자의 상태에 따른 가족의 삶의 질, 환자의 입원과 비입원, 유병기간과, 화학요법 시행여부, ECOG-PSR의 수준을 비교하고 있다. 즉 입원환자일 때, 유병기간이 길수록, 화학요법을 받는 환자일 때, ECOG-PSR이 높을수록 삶의 질이 낮다는 것을 증명함으로써, 기존의 연구 결과와 같은 방향성을 보여주려 하고 있다.

발표자의 지적처럼 유병기간이 길고 환자 상태가 나쁠수록, 치료종류에 따라 환자가 요구하는 물리적인 보호수준이 높고 많은 시간을 투여해야하며 또한 경제적 부담에도 영향을 미쳐 주보호자의 부담을 크게 한다는 결과(Michal 외, 1999)도 있지만 예를 들어 만성적인 환자의 경우, 차라리 보호자의 부양부담이나 보호부담은 가정에서 보호할 때 보다는 입원 시 보호자의 부담이 낮다는 연구결과가 있는 경우나, 암으로 진단된 초기에 가족들의 스트레스가 높아 삶의 질이 더 낮은 연구결과가 있는 경우, 이러한 비교는 무의미하게 된다. 따라서 구성타당도를 검증하고자 하는 경우, 많은 연구에서 일반적으로 검증된 이론과 요인에 한하여야 한다. 확증적 결과로 보여주고자 하는 결과치가 연구에 따라 다른 경우, 그것을 준거틀로 사용하기보다는, CQOLC도구의 하위 요인인 부담(burden), 혼란(Disruptiveness), 적응(positive adaptation), 경제적 요인(Financial concern)혹은 다른 하위 항목들이 암 환자 가족의 삶의 질을 구성하는데 이론적으로 관련되어 있음을 보여주는 것만으로 타당성이 입증될 수 있으며 그 편이 훨씬 더 안정적인 타당성 주장의 논거가 되지 않을까 생각해 보았다.

셋째, 조사도구의 타당도를 검증하기 위한 연구에서, 단번의 연구결과를 일반화하지 않고, 재조사나 추가적인 조사를 하여 자료를 제시하고 있다. 일정기간 후의 재조사나 다른 병원 이 용자군을 대상으로 한 조사를 통하여 추가로 타당성이 검증되어지길 바란다.

삶의 질(quality of life) 개념은 1960년대 후반 총량성장 위주의 경제성장 패러다임에 대한 비판으로 시작(이재기 외, 1998)되었으나, 삶의 질에 대한 관심은 인류의 문명만큼이나 오래된 일이다. 삶의 질이라는 용어는 안녕(well-being), 복지(welfare), 생활수준(standard of life), 만족도(satisfaction), 행복감(happiness) 등과 호환하여 사용하는 개념으로 이는 사회복지의 목적이 된다는 측면에서 삶의 질에 대한 연구에 사회복지사들의 적극적인 참여가 있어야 한다. 왜냐하면 삶의 질을 구성하는 하위요소인 인간의 신체, 심리, 사회적인 면은 환경속의 인간(person in environment)이라는 사회복지관점에 잘 부합하기 때문이다. 이 논문의 발표가 사회

복지사들이 삶의 질에 대한 관심이 제고되는 계기가 되길 기대한다.

## 참고문헌

- 이재기 · 이은우 · 김제홍(1998). 삶의 질의 개념, 구성요소 및 측정방법. 울산대학교 사회과학논집 8(2): 49-76.
- 장혜숙 외(2000). 암 환자를 돌보는 가족원의 건강증진행위와 자기효능감, 및 역할 스트레스. 대한간호학회지. 30(2): 402-412.
- 허혜경 · 김대화 · 김대란(2003). 암환자의 치료부작용, 가족지지, 삶의 질과의 관계 연구. 대한간호학회지. 33(1): 71-78.
- Cowles, L., A., F(2000). *Social Work in the Health Field: A Care Perspective*. New York: The Haworth Press.
- Nijboer, C., Triesmstra, M., Tempelaar, R(1999). Determinate of Caregiving Experience and Mental Health of Partners of Cancer Patients. Cancer. 86(4) : 577-588.
- Mosconi, P. etal.(2000). The Performance of SF-36 Health Survey in Patients with Laryngeal Cancer. Head and Neck. 22: 175-182.
- Ruta, D., A etal.(1998). Measuring Health Status in British Patients with Rheumatoid Arthritis : reliability, validity and responsiveness of the short form 36-item health survey. British Journal of Rheumatology. 37: 425-436.
- Weitzner, M., A. McMilian, S., C. and Jacobsen, P.,B(1999). Family Caregiver Quality of life Differenced Between Curative and Palliative Cancer Treatment Settings. Journal of Pain and symptom Management. 17: 418-428.
- Weitzner, M., A., Jacobsen, P.,B, Wanger J. and Friedland, C(1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer(CQOLC) Scale : development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. Quality of Life Research. 8: 55-63.

# 미국 정신보건제도의 개혁 방안에 대한 고찰\*

- 정신보건위원회의 활동을 중심으로 -

황 성 동\*

최근 정신질환의 심각성과 정신보건의 증진에 대한 세계적 관심이 고조되면서 세계보건기구(WHO)와 미국 보건복지부(DHHS)에서는 잇달아 정신보건에 대한 연구 결과들을 발표하였다(United States Public Health Service Office of the Surgeon General, 1999 & 2001; World Health Organization, 2001). 이러한 가운데 지난해 미국 정부는 대통령 직속의 정신보건위원회(를 설립하여 현재 정신보건서비스제도가 드러내고 있는 다양한 문제점들을 파악, 분석하여 개선 방안들을 제안해 줄 것을 요청하였다. 미국 사회의 정신질환 및 정신보건과 관련된 서비스시스템을 개선하기 위한 이러한 획기적인 노력은 1977년 Carter대통령 취임 직후 구성된 정신보건위원회(President's Commission on Mental Health) 이후 약 25년 만에 이루어진 일로서 정신보건 분야뿐만 아니라 미국 사회 전반에 걸쳐 비상한 관심을 끌고 있다. 그리고 이러한 노력과 결과는 최근 들어 심각하게 노출되는 정신질환 및 사회병리 현상으로 어려움을 겪고 있는 한국 사회에도 많은 시사점을 줄 수 있으리라 기대된다.

따라서 본 연구는 정신보건위원회의 활동을 중심으로 미국 사회의 정신보건에 대한 다양한 문제를 인식하고 이를 해결하기 위한 정신보건서비스제도 개선 방안을 고찰하는 것을 목적으로 한다. 연구의 주요 내용으로는 위원회의 설립 배경과 활동 경과, 정신보건제도의 다양한 문제점과 개혁 방안으로 구성되었다. 그리고 이러한 고찰은 우리나라 정신보건제도에 대한 인식과 발전 방향에 대한 새로운 조망을 도출해낼 수 있으리라 기대한다. 연구의 주요 방법으로는 각종 연구보고서와 기존 문헌을 이용한 문헌 연구를 활용하였으며, 기존 출간 자료나 통계에 밝혀지지 않은 사항은 정신보건위원회의 위원과의 직접 인터뷰를 통해 보완되었다.

\* 이 논문은 2003년도 경북대학교의 연구비에 의하여 연구되었으며, 아직 완성되지 않은 논문이므로 저자의 동의 없이 인용을 금함.

\*\*\* 경북대학교 교수

1) 이 위원회의 정식 명칭은 부시대통령의 주요 국내정책의 하나인 the New Freedom Initiative--즉, 장애가 있는 미국인들이 겪고있는 사회적, 물리적 장애와 차별을 해소하겠다는 정책--를 반영하여 the President's New Freedom Commission on Mental Health이다. 이하 정신보건위원회(the Commission on Mental Health)라 부른다.

## 1. 정신보건위원회의 설립 배경

2002년 4월 29일 New Mexico주를 방문한 미국 부시대통령은 New Mexico 주립대학에서 행한 연설에서 미국의 정신보건서비스를 보다 질 높고 효과적인 서비스로 개선하겠다는 계획을 발표했다. 또한 그는 신체적 질환과는 달리 정신질환에 대한 차별적 적용을 하고 있는 의료보험제도를 개선하기 위해 연방정부 차원에서 정신보건서비스평등법(federal mental health parity legislation)을 통과시키겠다고 선언하였다. 특히 그는 이 연설에서 미국의 정신보건서비스 전달체도를 개선하기 위해 대통령 직속의 정신보건위원회를 설립할 것을 발표하였다(White House, 2003).

이러한 발표의 배경에는 다음의 몇 가지 이슈가 주요 원인으로 자리하고 있다: 우선, 매년 미국에서는 수백만 명의 성인과 아동들이 심각한 정신질환을 앓고 있으며, 이들 중 상당수는 중증의 만성정신질환으로 인해 심각한 생활 상의 장애를 겪고 있다(United States Public Health Service Office of the Surgeon General, 1999). 특히 문제가 되는 것은 이러한 심각한 질환에도 불구하고 다수의 정신질환자들이 치료를 받지 않은 채 방치되고 있다는 것이다 (the Commission on Mental Health<sup>2</sup>, 2003). 그리고 사회에 오랫동안 존재해온 정신질환에 대한 스티그마는 환자들이 하여금 적절한 치료 서비스를 받지 못하도록 한 주된 장애물이었다. 새로운 치료 약물과 효과적인 서비스가 개발되어 있음에도 불구하고 많은 환자들이 서비스에 대한 접근이 어려워 적절한 치료를 받지 못하고 있으며, 종종 이들은 노숙자나 알코올 및 약물 중독자로 전락하거나 아니면 교도소나 소년원에 감금된 채 살아가고 있다.

이와 더불어 주요한 이슈는, 정신질환을 치료하는 의료보험에는 신체적 질환에 대한 보험과는 달리 높은 자기부담금(copayments)과 보험자 면책금(deductibles), 그리고 외래서비스(outpatient visits)에 대한 제한 규정을 두어 정신질환의 치료에 심각한 차별을 두고 있다. 부시대통령은 그가 Texas 주지사로 재직하던 1997년에 정신질환자에게도 신체질환자와 동일한 치료를 요구하는 법안을 만든 바 있다. 그래서 그는 New Mexico 상원의원인 Pete Domenici를 비롯한 의회 지도자들과 함께 연방 차원에서 정신보건서비스에 대한 차별을 철폐하는 정신보건서비스 평등법안을 제정하는데 각별한 노력을 하겠다고 다짐했다. 이는 정신질환에 대한 보험 혜택이 여타의 일반 의료에 대한 보험 혜택과 동일한 혜택과 적용을 하도록 하겠다는 의미다(White House, 2002).

미국의 정신보건서비스시스템의 주요 서비스와 프로그램은 다양한 경로를 통해 즉, 연방정부, 주정부, 지방정부 차원에서 제 각각 나름대로 실행되고 있으며, 재정 지원과 인력 및 서비스에 관해서도 다양한 공공과 민간차원의 네트워크가 형성되어 있다. 하지만 보다 효율적이고 효과적인 기관 간의 조정과 연계가 이루어져야만 많은 클라이언트들이 그들이 필요로 하는 효과적인 서비스를 제공받을 수 있다는 것이 정신보건계의 중론이었다. 그래서 이러한 문제를 해결하기 위해 부시대통령은 백악관 차원에서 정신보건위원회를 구성하여 국민들이 겪고 있는 많은 문제점들을 파악하고 분석하여, 현재의 정신보건서비스제도를 획기적으로 변화시킬



수 있는 개선 방안을 도출해줄 것을 요청하였다.

이 정신보건위원회는 1년이라는 한시적인 활동 기간을 가진 대통령직속 위원회로서 대통령이 임명한 15인<sup>2)</sup>의 위원과 각 연방정부 부처를 대표하는 7명의 정부위원으로 구성된 총 22명의 위원으로 설립되었다. 위원 중의 한 사람인 California주 정신보건국장 Dr. Stephen Mayberg에 의하면, 대통령이 임명한 15인의 위원 선정의 경우 우선 전국 각지에서 적합한 인물에 대한 위원 추천을 받은 후 예비 선정된 사람들에게 백악관에서 3번의 심도 있는 인터뷰 끝에 최종적으로 위원을 선정하였다. 그리고 선정된 위원들은 1주일에 약 20시간 이상을 위원회 활동을 하면서 무보수로 그 역할을 감당하였다(Stephen Mayberg와 인터뷰, 2003/8/27).

## 2. 정신보건위원회의 활동

대통령령 제 13263호(Executive Order 13623)로 설립된 정신보건위원회는 미국 사회의 공공과 민간을 포괄하는 정신보건서비스 제도 전반에 대한 광범위한 연구를 통해 그 제도를 개선하기 위한 방안을 대통령에게 제시하는 것을 임무로 하였다(Federal Register, 2002). 그리고 위원회의 궁극적인 목적은 심각한 정신질환을 겪고 있는 성인과 심각한 정서장애를 겪고 있는 아동들이 사회의 일원으로 함께 일하고 배우며 건강하게 살아갈 수 있도록 정신보건제도의 개선 방안을 도출하는 것이었다.

Ohio주 정신보건국장인 Michael F. Hogan을 위원장으로 하는 위원회는 16개의 분과위원회(subcommittees)<sup>3)</sup>로 나뉘어져 특정 주제에 대한 연구를 수행하였으며, 전체적으로 11회의 공식 회의를 개최하였고 이 회의에는 누구든지 참석이 가능하였다. 2002년 6월부터 2003년 4월까지 매월 구체적인 주제 하에 개최된 총 11회의 공식회의는 미 전역에 걸쳐 순회 개최되었으며, 모든 위원회의 결정은 이 공개된 공식 회의에서 결정되었다.

한편, 위원회는 공식 회의에서 일반 대중의 의견을 청취하는 것 외에도 편지, e-mail, 홈페이지, 증언 등의 방법을 통해 위원회 활동 기간 내내 일반 국민들의 다양한 의견을 수집하였다. 이 과정에 약 2,500명의 사람들이 참여하였으며 이들은 정신질환자 및 그 가족, 정신건강 옹호자, 서비스제공자, 교육가, 연구자들로서 정신보건 분야의 거의 모든 계층을 대변하는 사람들로 망라되었다(the Commission on Mental Health<sup>2</sup>, 2003).

2) 이들 위원은 정신보건 시스템의 각 분야를 망라하는 위원들로서 각 4명의 심리학자와 정신과의사, 2명의 환자 및 가족의 대표, 2명의 의료컨설턴트, 1명의 기관 행정가, 그리고 각 1명의 법관과 정치인으로 구성되었다.

3) 참고로 16개의 분과위원회의 주제를 살펴보면 다음과 같다: Acute Care, Children & Families, Co-occurring Disorders, Consumer Issues, Criminal Justice, Cultural Competence, Employment & Income Support, Evidence-Based Practices, Homelessness/Housing, Medicaid, Medication Issues, Mental Health Interface with General Medicine, Older Adults, Rights & Engagement, Rural Issues, Suicide Prevention.

그리고 임기 1년으로 출발한 위원회는 2002년 11월 중간보고서를 대통령에게 제출하였으며, 대통령령에 명시된 활동 기간은 지난 2003년 4월말로 종료되었다. 하지만 2003년 7월 22일 최종보고서를 백악관에 제출하면서 비로소 공식적인 위원회 임무는 완성되었다고 볼 수 있다.

### 3. 정신보건제도의 문제점

정신보건위원회의 중간보고서에(the Commission on Mental Health<sup>3</sup>, 2002) 의하면 미국의 정신보건제도는 그동안 각종 현안 문제들에 대해 팽질식 처방으로 심각한 구조적 문제 -- 예를 들면, 각 관련 기관과의 연계 부족, 서비스간의 괴리, 재정의 비효율적 집행 등 -- 를 노출하고 있는 마치 거대한 '미로'와 같다. 미국정신의학회(American Psychiatric Association) 회장인 Dr. Marcia Goin은 상당수의 정신질환자들이 치료를 받지 못하고 서비스시스템 속에 함몰되어 거리를 방황하는 노숙자(homeless)로 전전하고 있으며, 그렇지 않으면 사소한 범죄로 인해 교정기관에 수용되어 있다고 주장하고 있다(New York Times, 2003/9/23).

현재의 정신보건서비스시스템은 클라이언트의 회복(recovery)을 도모하기 보다는 정신질환으로 인한 만성적인 장애를 관리(manage)하는 수준에 그치고 있는데(the Commission on Mental Health<sup>4</sup>, 2003), 이는 서비스의 갭과 단편성, 서비스 질의 불균등 및 불평등에 기인하고 있는 것으로 나타났다. 특히 서비스 전달체계 간의 분열과 갭은 심각한 수준에 있으며, 전달체계 자체의 결합으로 인해 정신질환자를 치료하고 재활하기 보다는 오히려 의존상태를 방치하거나 이를 조장하고 있는 것으로 나타났다(the Commission on Mental Health<sup>1</sup>, 2003).

예를 들어 성인 정신질환자의 경우 90%는 실업 상태에 놓여 있는데 이는 그들이 일을 할 수 없거나 하고 싶어하지 않아서가 아니라 -- 실제 대다수의 정신질환자는 일을 하고싶어 하고 또 일을 할 수 있다 -- 그들이 직장을 갖게되면 당장 의료혜택(Medicaid)을 포함하여 각종 장애 관련 혜택(disability benefits)을 잃게 된다(Kaye, 2002). 따라서 자연스럽게 이들은 정부의 원조에만 의존하려는 많은 비용이 드는 장기적 의존 집단(long-term dependents)으로 전락하고 있다(the Commission on Mental Health<sup>5</sup>, 2002).

특히 만성정신질환자 집단은 연방소득부조프로그램 Supplemental Security Income(SSI)와 연방장애보험 Social Security Disability Insurance(SSDI)의 수혜자 중 가장 큰 집단을 차지하고 있으며, 또한 가장 빠른 속도로 증가하는 집단이기도 하다(Social Security Administration, 2002). 그리고 이들에게는 매년 약 250억 달러라는 막대한 예산이 지출되고 있다(Coffey, et al., 2000). 만성정신질환자들이 일을 하고 싶어도 일을 할 수 없는 주된 이유는 이들이 일단 직장을 갖게되면 Medicaid를 포함해서 장애 관련 정부의 혜택을 잃게 되며, 그리고 그들이 일하게 된 직장에서는 민간의료보험의 혜택을 받을 수 없는 경우가 대부분이기 때문이다. 즉 다수의 정신질환자들이 장애복지시스템(disability welfare system)의 '덫(trap)'에 걸려있다고 하겠다(the Commission on Mental Health<sup>4</sup>, 2002).

그리고 심각한 정신질환을 겪고 있는 사람들 중 약 50%만이 치료를 받고 있는 것으로 나타났다(Department of Health and Human Services, 2002), 정신질환으로 고통받고 있는 자들 중 상당수는 그들의 질병이 초기에 발견되었다면 훨씬 효과적인 치료가 가능한데도 불구하고 대체로 늦게 발견되어 치료가 안된 채 평생 만성 질환과 장애를 안고 살아가고 있다. 즉 치료가 아니라 장애를 관리하는 정도의 서비스에 만족해야 하는 경우가 많다는 것이다. 이는 오랫동안 뿌리내려온 정신질환에 대한 스티그마 때문에 발병 초기에 치료서비스를 구하는 과정뿐만 아니라 재활 훈련과 구직 과정에서도 주요한 장애물로 남아 있기 때문이다(Mojtabai, et al., 2002).

한편, 정신보건 문제는 심각한 의료 및 보건상의 문제로서 일반 의료와 동등한 수준의 관심과 대처가 요구된다. 그럼에도 불구하고 다수의 의료보험 프로그램에서 정신질환 문제는 신체적 질환이나 일반 의료보다 불평등하고 낮은 수준의 서비스를 받아왔다(the Commission on Mental Health<sup>1</sup>, 2003). 따라서 정신질환 및 정신보건에 대한 사회적 관심을 고양시키고, 의료 시스템 내에서 동질의 처우(parity)가 필요하다.

미국사회에서 정신질환은 다양한 계층에 걸쳐있는 심각한 문제로서 약 5-7%의 성인은 심각한 정신질환을 겪고 있으며, 또한 5-9%의 아동 및 청소년들은 심각한 정서적 문제를 앓고 있는 것으로 나타났다. 그리고 해마다 약 30,000명의 사람들이 자살로 인해 소중한 목숨을 잃고 있다(Institute of Medicine, 2002). 게다가 정신질환으로 치료가 필요한 사람들 중 절반 정도는 전혀 치료를 받지 못하고 있으며(Kessler, et al., 2001), 이 문제는 소수민족에게는 더욱 심각한 것으로 나타나고 있다. 특히 소수민족--흑인, 아시아 민족, 아메리칸 인디언 및 남미계통의 이주민--및 농어촌 주민들은 상대적으로 정신보건 서비스프로그램의 혜택을 받지 못하고 있거나, 설사 받고 있다하더라도 충분한 서비스를 받지 못하고 있는 불평등 및 불균형 문제를 노출하고 있다(United States Public Health Service Office of the Surgeon General, 2001).

이러한 문제 외에도 미국 사회에서 정신질환의 원인 및 치료방법에 대한 연구 결과가 실천현장에 적용되기까지는 보통 15년에서 20년 정도의 지나치게 많은 기간이 소요되어, 최신의 연구결과들이 서비스나 프로그램에 적용되지 못하는 문제를 안고 있다(Institute of Medicine, 2001). 그래서 이미 낡아서 더 이상 효과적이지 못한 서비스와 프로그램이 아직도 실천현장에 남아있는 경우가 있다(Balas & Boren, 2000).

#### 4. 정신보건서비스의 개혁 방안

위원회는 미국 정신보건서비스제도가 심각한 구조적인 문제를 안고 있기 때문에 단편적인 개선(improvements)이 아니라 보다 근본적인 개혁(fundamental transformation)이 필요하다고 주장했다(the Commission on Mental Health<sup>4</sup>, 2003). 그 개혁의 방향은 클라이언트의 회복(recovery)<sup>4</sup>을 촉진하고 삶에 대한 저항력(resilience) -- 스트레스와 삶의 다양한 도전을 견디

고 극복하는 -- 을 강화하는데 두어야 한다. 즉, 정신보건서비스의 최종 목표는 정신질환으로 고통받고 있는 사람들이 정신질환으로부터의 회복(recovery from mental illness)하는데 두어야 한다는 것이다. 왜냐하면 정신질환으로부터 회복은 현실적으로 가능하며, 특히 조기에 발견되어 적절한 치료를 받게되면 정신질환자들의 삶은 획기적으로 향상되기 때문이다. 이러한 개혁의 방향 아래 연방정부, 주정부, 지역사회, 서비스 제공기관 등 모두에게 필요한 그리고 함께 노력해야할 전반적인 정신보건제도 개혁을 위한 6가지 방안들은 다음과 같다(the Commission on Mental Health<sup>1</sup>, 2003).

첫째, 무엇보다 우선적으로 정신건강은 인간의 전반적인 건강에 핵심적이라는 사실을 반드시 인식해야 하며, 정신질환은 신체적 질환과 마찬가지로 긴급을 요하는 질환이며 즉시 치료되어야 할 것이다. 그리고 나아가 정신질환자들로 하여금 치료를 받는데 있어 장애물이 되며, 또한 그들이 지역사회에서 회복하고 재활하는 과정에 커다란 걸림돌이 되는 스티그마는 불식되어야 한다(the Commission on Mental Health<sup>4</sup>, 2003). 그러므로 정신질환과 관련된 스티그마를 제거하고, 최근 심각하게 부각되고 있는 자살문제를 해결하기 위해서는 국가적 캠페인을 전개하는 것이 필요하다.

둘째, 정신보건서비스는 클라이언트와 그 가족이 주체가 되어 그들이 원하는 방향으로 제공되어야 할 것이다. 즉 제도적인 편의에 의해서가 아니라 클라이언트의 니도와 선호에 따라 회복을 목표로 서비스가 창출되고 제공되어야 한다는 것이다. 이를 위해서는 연방 프로그램(예, 메디케이드)의 변화와 주정부 차원의 서비스 기획 및 책임성 강화, 그리고 서비스에 대한 의사결정의 중심에 클라이언트와 그 가족들이 있어야 한다. 그리고 정신질환과 정신장애로 고통받고 있는 많은 성인과 아동들을 위해 개별화된 치료계획을 통해 서비스를 제공해야 하며, 특히 정신질환자와 그 가족들의 권리를 보호하고 증진시켜야 할 것이다.

셋째, 정신보건서비스의 접근과 제공에 있어 불평등(disparity) 문제는 해결되어야 한다. 즉 소수민족과 농어촌지역의 주민들은 서비스에 대한 접근이 어렵고, 그들의 니드에 적합하지 않은 서비스를 제공받을 때가 많기 때문에(United States Public Health Service Office of the Surgeon General, 2001) 이들에 대한 서비스 접근성을 강화하고 아울러 클라이언트의 문화적 배경을 고려한(culturally competent) 서비스가 제공되어야 한다. 이러한 전제 조건들이 선행될 때 비로소 서비스의 효과성을 기대할 수 있을 것이다.

넷째, 미국의 정신보건제도는 조기 개입과 장애 예방을 강조하는 모델로 전환되어야 한다. 많은 경우 -- 특히, 아동들의 경우 -- 조기에 발견되었다면 효과적인 치료가 가능했음에도 불구하고 대체로 뒤늦게 발견되어 만성화된 정신질환으로 야기된 장애를 그저 관리, 유지하는 수준의 서비스가 되고 마는 경우가 빈번하다(Shonkoff & Phillips, 2000). 즉 조기발견, 진단,

4) 회복(recovery)의 의미는 정신질환자들이 그들이 살고 있는 지역사회에서 다른 사람들과 함께 일하고 배우며 살아갈 수 있는 능력을 갖추는 것이다. 이것은 어떤 사람들에게는 현재 겪고 있는 정신장애에도 불구하고 의미있고 생산적인 삶을 의미하는 것이기도 하고, 또 다른 사람들에게는 증상의 완화나 완전한 극복을 의미하는 것이기도 하다(the Commission on Mental Health<sup>1</sup>, 2003, p. 5).

치료 및 지원체계는 정신질환으로 인한 많은 문제를 예방하고 상태가 악화되는 것을 방지해 주기 때문이다. 이를 위해서는 일차 의료제공자 -- 예를 들면, 보건소의 진료담당자, 일반 개업의 -- 들의 정신보건서비스에의 개입 및 교육이 요구되며, 동시에 학교, 아동복지기관, 소년원, 교정기관 등에서 정신보건서비스프로그램의 실시가 필요하다(Wang, et al., 2002). 즉 일차의료기관, 학교, 복지기관 등 다양한 서비스 장르에서 정신보건 문제에 대한 통합된 서비스시스템 -- 즉, 선별과정, 발견, 조기대응 체계 -- 구축이 요구된다. 이와 아울러 이중 질환(dual disorders) 즉 정신질환과 물질남용 관련 질환이 동시에 일어나는 경우가 빈번하기 때문에 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002; Watkins, et al., 2001) 이 문제에 대한 통합적인 치료와 접근 전략이 매우 필요하다.

다섯째, 정신질환의 치료와 예방에 대해 그 효과가 입증된 다양한 연구결과들(evidence-based practices)이 실천현장에서 신속하게 적용될 수 있어야 할 것이다. 왜냐하면 그동안 많은 유용한 연구 결과들이 서비스 현장에서 광범위하게 활용되기까지는 약 15-20년이라는 긴 시간이 소요되었기 때문이다(Balas & Boren, 2000). 이러한 시간적 지체(time lag)를 극복해야만 새롭고 효과적인 연구결과가 서비스 현장에 신속히 적용될 뿐만 아니라 이와 관련된 연구가 계속 진작될 수 있다. 이를 위해서는 새로운 실천기법에 대한 특히 정부 차원의 서비스비용지불(reimbursement)제도가 개선되어야 하고, 대학 및 전문기관에서는 정신보건인력 양성과정에 새로운 연구결과를 반영할 수 있어야 할 것이다. 이러한 조치들이 행해질 때만이 정신질환자들의 회복을 촉진하고 궁극적으로는 정신질환을 치료하고 예방하는 연구들을 강화할 수 있게 될 것이다.

마지막으로, 앞으로의 정신보건제도는 최신 커뮤니케이션 및 컴퓨터 기술을 보다 효과적으로 활용하여 정보에 대한 접근, 서비스에 대한 접근 및 이용, 그리고 서비스의 질과 책임성에 대한 발전을 도모해야 할 것이다. 이는 클라이언트 프라이버시에 대한 강력한 보호 장치와 더불어 놓여온 지역의 서비스 문제 해결, 서비스 오류의 예방, 문서작업의 경감 등으로 이어져 정신보건서비스 시스템의 개선이 이루어질 것으로 보인다(Wang, et al., 2003).

## 5. 논의

정신보건위원회의 최종 보고서에 대한 평가는 긍정적인 면과 부정적인 면 양면을 다 포괄하고 있는 것으로 나타났다. 긍정적인 평가로는 우선, 미국 사회의 정신보건제도에 대한 정확한 진단과 해부를 하고 있으며, 다양한 성공 사례 및 모델 프로그램과 함께 제시한 개혁 목표와 개혁 방안들은 매우 적절하고도 정확한 것으로 평가하고 있다. 그리고 정신보건제도의 방향과 미래에 대해서도 모범적인 비전을 제시하고 있다고 보고 있다. 그러나 National Alliance for the Mentally Ill(NAMI) 회장 Richard Birkel은 위원회가 제시한 목표를 이루기 위한 세부적인 대책들에 대한 언급이 없어 구체적 실천방안에 대해서는 미흡하다고 평가하고 있다. 아

올러 APA 회장인 Dr. Goin은 위원회의 방안들이 정신보건에 대한 예산 증액에 대해서는 언급이 없음을 불만스럽게 여기면서<sup>5)</sup>, 미국의 정신보건제도가 궁극적으로 제도 개선을 이루기 위해서는 적절한 재정적 지원이 동반되어야 한다고 주장하고 있다(New York Times, 2003/7/23).

그러나 무엇보다 중요한 것은 앞으로의 실천이라고 할 수 있다. 위원회가 제시한 다양한 개혁 방안에 대해 정부의 실행 의지와 노력이 후속으로 이어지지 않으면 아무리 좋은 개선책이라도 그저 보고서에 불과하며, 실제 정신보건제도의 발전에는 아무런 효과가 없다고 볼 수 있다. 따라서 이를 위해서는 미국 의회와 정신보건전문가 집단, 그리고 클라이언트와 그 가족들의 노력과 헌신이 매우 중요하다고 본다. 이들의 연합된 목소리와 실천 노력이 보고서에 제시된 다양한 목표들을 실행 가능한 프로그램과 정책으로 전환할 수 있으리라 본다. 이렇게 구체적인 실천 프로그램이 이루어질 때만이 정신질환을 앓고 있는 많은 클라이언트와 그 가족들이 회복에 대한 기대가 높아지고 실제 회복이 되어 지역사회에서의 정상적인 삶과 가정 및 직장에서 만족스러운 생활이 영위될 수 있을 것이다. 한편으로 다행스러운 것은 DHHS 산하 연간 32억불의 예산을 가진 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)에서는 이 보고서를 심도 있게 검토하여 실행 가능한 방안들을 도출하기로 했다는 점이다. SAMHSA 책임자인 Charles Curie는 앞으로 수개월 내에 보고서의 제안 사항들이 구체적인 실행 계획으로 전환될 것이라고 말했다(Stephen Mayberg와 인터뷰, 2003/8/27).

이러한 미국의 정신보건위원회 활동과 관련된 정신보건제도의 개혁 방안들은 우리 사회에 많은 점을 시사해주고 있다. 특히 최근 들어 점점 심각해지고 있는 사회의 여러 병리 현상 - 반사회적 행위, 자살, 도박 열풍, 가족 해체 등 -- 속에 살아가는 우리들에게는 여러모로 우리의 정신보건제도를 생각하게 만든다. 한국은 근래에 정신질환자의 수가 급격히 늘어나 현재 정신질환자 8.7%의 시대에 살아가고 있다(국립서울정신병원 · 서울대학교병원, 2002). 그리고 자살, 약물 및 도박중독 등 다양한 정신질환 및 병리현상도 심각한 수준으로 나타나고 있다. 특히 자살에 대한 대중 매체의 보도가 연일 계속되고 있는 가운데 2001년 자살로 인해 사망한 사람은 모두 약 8,600명으로 OECD 29회원국 중 4위라는 높은 자살율을 보이고 있다 (중앙일보, 2003/9/13). 이중 청소년의 자살은 매우 심각한 상태에 놓여있는데, 2001년 통계에 의하면 청소년의 자살은 청소년들의 죽음에 대한 20%를 차지하고 있고, 사망 원인이 교통사고에 이어 2위를 차지하고 있다. 이들 청소년의 자살은 대부분 우울증 및 심각한 정서 장애 등의 정신질환과 연관이 있으며(서동우, 2003), 주위 가족 및 친구들의 조그만 관심으로도 충분히 예방할 수 있는 문제<sup>6)</sup>이기 때문에 더욱 안타까운 일이다.

그리고 아직도 대중 매체 속에 나타나는 정신질환과 관련된 기사는 주요 범주를 정신질환

5) 위원회의 개선 방안들은 애초에 기존의 정신보건 예산과 자원을 기초로 한다는 전제 하에 출발했기 때문에 기존의 자원을 기초로 보다 효율적이고 조직적인 프로그램과 서비스를 창출하는데 집중했다 (White House, 2003).

6) 최근 미국에서는 일차의료기관에서 의료진이 외래환자에게 “최근 자살을 생각해본 적이 있는가?”라는 질문 하나로 자살률을 25%나 줄였다는 보고가 있었다고 한다(Stephen Mayberg와 인터뷰, 2003/8/27).

과 연관시켜 설명하려 하고 있어, 정신장애에 대한 편견과 스티그마를 더 심각한 모습으로 그려내고 있다. 아울러 정부의 정신보건에 대한 치료와 재활은 여전히 민간 정신의료기관을 중심으로 하고 있어, 공공의 책임을 방기하는 듯한 인상을 지울 수 없게 하고 있다. 더욱이 정부의 정신보건 분야의 재정 지원은 정신요양시설과 사회복지시설의 운영 지원에 그치는 정도로 지극히 미미한 수준이다(보건복지부, 2003).

따라서 이러한 정신질환과 사회병리에 대한 적극적인 검토와 연구가 필요하고 이에 대한 정부와 민간차원의 종합적인 대책과 해결 방안이 시급하다고 하겠다. 이를 위해서는 정신보건 관련 전문가, 옹호자, 가족 및 클라이언트, 관련 정부 부서 및 정치 지도자들의 올바른 인식과 사명감이 어느 때보다 필요하다고 하겠다. 그동안 정신질환자에 대한 전국 규모의 실태 조사가 2001년 처음으로 실시되었고(국립서울정신병원·서울대학교병원, 2002), 국가정신보건체계 수립, 국립정신보건연구원 설립방안, 정신보건제도의 문제점 및 개선책 등에 관한 연구들이 수행되었거나(한양대지역사회보건연구소·보건복지부, 2000; 황성동 외, 2002), 수행 중에 있긴 하지만 보다 광범위하고 포괄적인 연구와 노력이 정부차원에서 필요하다. 미국과 같이 대통령 직속의 정신보건위원회를 별도로 구성하는 것이 매우 바람직하지만 그렇지 못할 경우 차선책으로 총리실 산하의 범 정부차원의 정신보건위원회 설립이 요구된다. 그렇지 아니면 최소한 지난 6월 발족한 국민건강보험발전위원회 산하에 정신보건제도 개혁위원회를 별도로 두어 국가 차원의 정신질환 예방과 치료, 그리고 정신보건의 증진을 위한 포괄적이고 보다 획기적인 정책 방안들이 필요한 시점이다.

## 참고문헌

- 국립서울정신병원·서울대학교병원 (2002). 정신질환실태 역학조사 2001 (요약본). 보건복지부.
- 보건복지부 (2003). 2003년도 정신보건사업 안내. 보건복지부.
- 서동우 (2003). "자살사망 추이와 예방대책", 복지동향. 59. 35-39. 참여연대 사회복지위원회.
- 중앙일보 (2003/9/13). "교통사고보고 자살이 많은 병든 사회" (사설).
- 한양대학교지역사회보건연구소·보건복지부 (2000). 국가정신보건전달체계 개발에 관한 연구. 보건복지부.
- 황성동·신준섭·이용표 (2002). "우리나라 국립정신보건연구원의 설립 방안에 대한 연구". 한국사회복지행정학. 7. 55-85.
- Balas, E. A. & Boren, S. A. (2000). "Managing clinical knowledge for health care improvement". *Yearbook of Medical Informatics 2000*. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- Coffey, R. M., Mark, T., King, E., Harwood, H., McKusick, D., Genuardi, J. et al. (2000). *National Estimates of Expenditures for Mental Health and Substance Abuse Treatment, 1997*

- (Rep. No. SAMHSA Publication SMA-00-3499). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Department of Health and Human Services: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2002). *National Household Survey on Drug Abuse: Volume I Summary of National Findings; Prevalence and Treatment of Mental Health Problems*.
- Federal Register (2002). Executive Order of April 29, 2002. Vol. 67, No. 86. (May 3rd)
- Institute of Medicine (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Bruce, M. L., Koch, J. R., Laska, E. M., Leaf, P. J. et al. (2001). "The prevalence and correlates of untreated serious mental illness". *Health Services Research*, 36, 987-1007.
- Kaye, H. S. (2002). *Employment and Social Participation Among People with Mental Health Disabilities*. San Francisco, CA: National Disability Statistics & Policy Forum.
- Mojtabai, R., Olfson, M. & Mechanic, D. (2002). "Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders". *Archives of General Psychiatry*, 59, 77-84.
- New York Times (2003/9/23). "Major change in mental health care is urged" by Denise Grady.
- President's New Freedom Commission on Mental Health<sup>1</sup> (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. Final Report. DHHS Publication No. SMA-03-3832.
- President's New Freedom Commission on Mental Health<sup>2</sup> (2003). *A Report on the Public Comments Submitted to the President's New Freedom Commission on Mental Health*.
- President's New Freedom Commission on Mental Health<sup>3</sup> (2002). *Interim Report*.
- President's New Freedom Commission on Mental Health<sup>4</sup> (2003). Press Release of July 22.
- President's New Freedom Commission on Mental Health<sup>5</sup> (2002). Press Release of November 1.
- Shonkoff, J. P. & Phillips, D. A. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academies Press.
- Social Security Administration (2002). *Annual Statistical Supplement, 2002*. (pp. 209, 276, 294). Washington, DC: Social Security Administration.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2002). *Report to Congress on*



- the Prevention and Treatment of Co-occurring Substance Abuse Disorders and Mental Disorders*. Bethesda, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- United States Public Health Service Office of the Surgeon General (2001). *Mental Health; Culture, Race, and Ethnicity: A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service.
- United States Public Health Service Office of the Surgeon General (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service.
- Wang, P. S., Demler, O., & Kessler, R. C. (2002). "Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States". *American Journal of Public Health*, 92, 92-98.
- Wang, S. J., Middleton, B., Prosser, L. A., Bardou, C. G., Spurr, C. D., Carchidi, P. J. et al. (2003). "A cost-benefit analysis of electronic medical records in primary care". *American Journal of Medicine*, 114, 397-403.
- Watkins, K. E. Burnam, A., Kung, F. Y. & Paddock, S. (2001). "A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance use disorders". *Psychiatric Services*, 52, 1062-1068.
- White House (2003). Press Release of April 29.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001--Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.