해외 특집 「후견과 신탁」 제1권 제1호(2018. 1): 115-139

정신건강치료와 재활

샤론 로이텐스*

[목 차]

Ⅰ. 서론
Ⅱ. 한국과 호주의 정신 의학
Ⅲ. 정신질환자의 치료
Ⅳ. 지역사회 치료의 지속가능성 평가
Ⅴ. 결론

[요 약]

호주의 정신의학은 한국의 정신의학과 밀접한 관계가 있다. 호주의 정신과 의사이자 멜버른 출신의 선교사인 멕라렌 박사 (Dr. Charles McLaren)는 1917년에 세브란스 병원에 정신 의학 부서를 설립하였고, 한국 정신과 의사들의 교육 과정에 서구식 접근법을 도입했다. 그는 환자의 인권 신장을 위해 힘쓰는 것으로 알려졌고, 그는 정신질환도 치료 가능하다는 인식을 고취하기 위해 힘썼다.

한국 정신 의학은 정신장애가 있는 사람들에 대한 전체론적 접근법을 도입하기 위해 크게 진전되어 나가고 있다. 2012년 1월, 대한신경정신의학회는 문자 그대로 정신이 분열 되었다는 것으로 번역되는 "정신 분열병"이라는 용어를 현악기를 조율한다는 것을 의미하는 "조현병"으로 바꾸었다. 이와 같은 변화는 매우 세심하게 고려되었다. "조현병"은 기존 용어인 "정신 분열병" 보다 편견과 사회적 낙인을 지우는 데 큰 기여를 했고, 이러한 변화는 한국 정신 의학이 사회적 편견을 이겨내고 사람들로 하여금 건강을 추구하는데 긍정적 영향을 주고자 하는 전체적 의도를 보여준다. 또한 이 용어의 변화는 한국 정신 의학이 정신건강문제를 갖고 있는 사람들의 권리와 감정을 얼마나 고려하고 있는지는 보여주고자 한다.

의료계는 기존의 가부장주의로부터 벗어나 환자와 그의 가족들과 함께하는 집합적 보호를 포용하고 있다. 이것은 환자의 결정이 의사가 권장한 것과 다르더라도 그의 욕구를 존중하는 것이다.

세계 각국은 장애인권리협약에 기반하여 정신건강법의 발전이나 개정에 대한 정보를 제공한다. 호주와 한국은 본인과 다른 사람들의 안전을 위한 것이라는 명목 하에 진행되는 비자의적 치료를 줄이며 해당자가 치료에 대한 의사능력을 갖고 있는지 확인하기 위해 힘쓰고 있다.

주제어: 정신건강치료, 재활, 회복, 정신능력법, 정신질환

* 호주 정신과 전문의

I. 서론

호주의 정신의학은 한국의 정신의학 (psychiatry)과 밀접한 관계가 있다. 호주의 정신과 의사이자 멜버른 출신의 선교사인 멕라렌 박사 (Dr. Charles McLaren) (1882-1957)는 1917년에 세브란스 병원에 정신 의학 부서를 설립하였고, 한국 정신과 의사들의 교육 과정에 서구식 접근법을 도입했다. 그는 환자의 인권 신장을 위해 힘쓰는 것으로 알려졌는데, 그 예로 그는 과거 우울증에서 회복한 학생의 복학을 거절한 학교를 상대로 항의를 한 적이 있다. 또한 그는 정신질환도 치료 가능하다는 인식을 고취하기 위해 힘썼다. 그러므로 본 발표자는 한국과 호주 사이 배움을 공유[1]하는 전통을 이어나갈 수 있게 된 것을 영광으로 생각하고, 환자의 욕구를 반영한 인도적 제도를 수립하려는 제교수님과 주최 위원회의 노력을 높이 평가하고 싶다.

한국 정신 의학은 정신장애가 있는 사람들에 대한 전체론적 접근법을 도입하기 위해 크게 진전되어 나가고 있다. 2012년 1월, 대한신경정신의학회는 문자 그대로 정신이 분열 되었다는 것으로 번역되는 "정신 분열병"이라는 용어를 현악기를 조율한다는 것을 의미하는 "조현병"으로 바꾸었다. 이와 같은 변화는 매우 세심하게 고려되었다. "조현병"[2]은 기존 용어인 "정신 분열병" 보다 편견과 사회적 낙인을 지우는 데 큰 기여를 했고, 이러한 변화는 한국 정신 의학이 사회적 편견을 이겨내고 사람들로 하여금 건강을 추구하는데 긍정적 영향을 주고자 하는 전체적 의도를 보여준다. 또한 이 용어의 변화는 한국 정신 의학이 정신건강문제를 갖고 있는 사람들의 권리와 감정을 얼마나 고려하고 있는지는 보여주고자 한다.

---

1) Lee H. Past, Present and Future of Korean Psychiatry. Psychiatr Investig 2004;1:13-19.

2) SW Kim, JE Jang, JM Kim, et al. Comparison of stigma according to the term used for schizophrenia: split-mind disorder vs attunement disorder. J Korean Neuropsychiatr Assoc, 51 (2012), pp. 210-217.

II. 한국과 호주의 정신 의학

발표자는 한국과 호주의 자원과 문화가 다르다는 것을 인지하고 있고, 따라서 두 나라의 평가 방식과 의사 결정 대행을 통해 지원하는 역량을 평가할 때 접근 방식이 다를 수 있다.

1. 간단한 개요

〈표 1〉 한국과 호주의 인구 및 정신과 관련 통계 비교

	한국	호주
인구	50.62 million (2015)	23.78 million (2015)[3]
정신과의사의 수	305 (2011)	3031 (872 NSW 2013)[4]
인구 100,000명당 정신과의사의 수	5[5]	13.1
병상 수	75,000	12,048 (2014-2015)[6]
병원 재원일수	116 days (2011)[7]	15.7 days (2014-2015)[8]
연간 정신과의사 배출 수	150	106 (2016)
훈련 기간	4 years	5 years
수련의 수	621	868 basic + 204 advanced (2014)

위 표에서 볼 수 있듯, 호주 인구는 한국 인구의 반이며 세 배 이상의 정신과 의사들이 있다. 호주는 한국보다 침상수가 적다. 한국은 호주 보다 여섯 배 많은 정신과용 침상을 가지고 있다.

---

3) World Bank

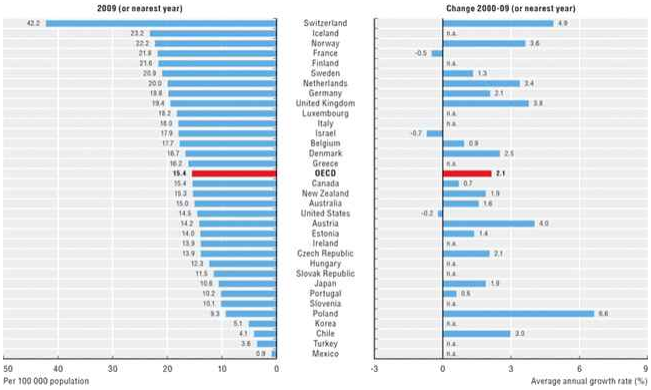
4) Department of Health 2016: Australia's Future Health Workforce – Psychiatry.

5) http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/03/06/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2011-25-en

6) Mental Health services in Australia https://mhsa.aihw.gov.au/resources/facilities/beds/,accessed 20 July 2017)

7) Kim A. Why do psychiatric patients in Korea stay longer in hospital? Int J Ment Health Syst. 2017; 11:2.

8) Admitted patient mental health-related care 2015-2016. Australian Institute of Health and Welfare: Mental Health Services in Australia.



[그림 1] OECD국가 2009년 인구 10만 명당 정신과 의사와 2000년–2009년 사이의 변화[9)]

〈표 2〉: 정신과 병원과 클리닉의 수

	1969	1979	1985	1990	1995	2000	2005	2011
University and training hospitals	8	18	36	43	52	81	81	84
General/mental hospitals	2/6	18/6	78/6	86/24	115/27	195 (general + mental hospitals)	179/91	253/129
Private psychiatric clinics	8	85	389	251	389	540	756	861
Total	24	127	205	504	583	816	1107	1327
Population (million)	31.5	37.5	40.8	42.9	45.1	47.0	48.1	49.8

출처: 대한신경정신의학회, 2010,
University and training hospitals (대학과 트레이닝 병원), General/mental hospital (일반/정신과병원), Private psychiatric clinics (민간 정신과 클리닉)

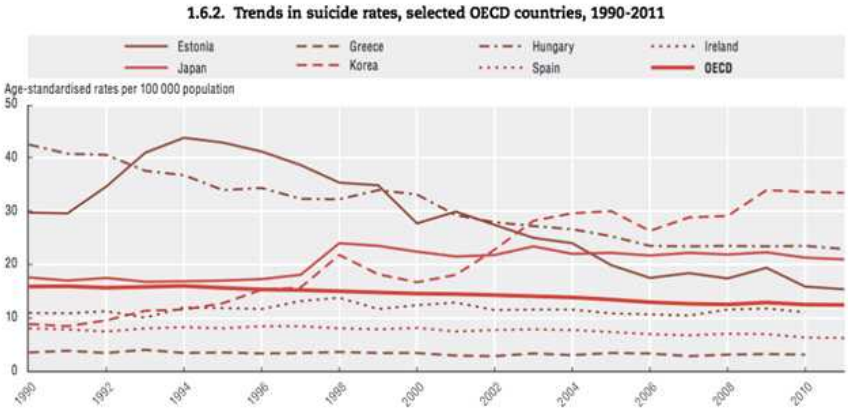
위 〈표 2〉에서 볼 수 있듯, 한국의 병원 서비스는 1969년 이후 기하급수적으로 증가했다. 어쩌면 한국에 비해 호주의 입원기간이 더 짧은 것은 그리 놀랄 일이 아니다.

당연히 두 나라의 입원 기간이 다른 이유는 복합적이고 다원적이다. 하나의

9) http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/03/06/index.html?contentType=%2fns%2fChapter%2c%2fns%2fStatisticalPublication&itemId=%2fcontent%2fchapter%2fhealth_glance-2011-25-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f19991312&accessItemIds=&option6=imprint&value6=http%3a%2f%2foecd.metastore.ingenta.com%2fcontent%2fimprint%2foecd

요인은 한국에선 의료 보호 환자를 위한 외래 지원 비용은 정신질환자를 위한 국민 건강 보험의 평균 비용의 십분의 일에 불과하지만, 입원 환자를 위한 지원 비용은 국민 건강 보험 평균 비용의 이분의 삼 이라는 것이다. 장기 정신과 입원 중 64%는 의료 보험에 의해 지원된다. 이것은 저소득층을 위한 의료 보호 프로그램의 혜택을 받고 있는 사람들이 인구 중 오직 3%라는 사실을 감안한다면 매우 높은 수치이다.

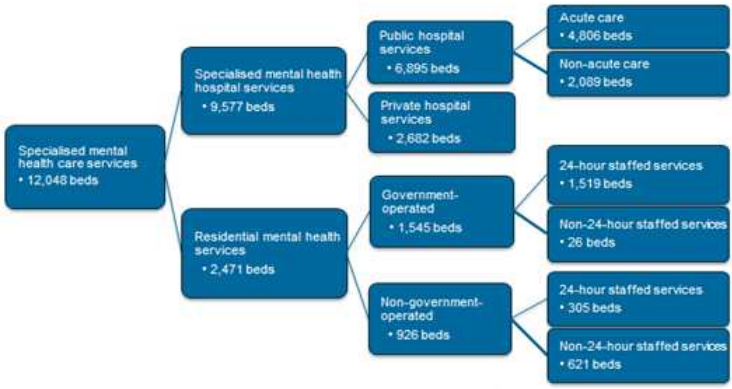
정신질환 유형의 분포의 차이 또한 각 나라에서 요구되는 서비스의 종류에 영향을 주었을 것이다. 아래 [그림 2]에서 나타나듯, 한국은 1990-2011년에 걸쳐 자살률이 증가하였다. 급성 자살 위험군에 포함된 사람들은 흔히 일정 기간 동안 입원 치료를 받아야 한다. 그에 비해, 호주에는 불안 장애가 만연하며, 이들은 외래 환자로서 진료를 받을 수 있다.



[그림 2] 1990~2011년 사이의 한국 및 OECD 일부 국가의 자살률 변화

호주의 짧은 입원 기간은 다양한 문제들을 야기한다. 호주에는 지역사회에서 거주할 수 없는 만성 질환을 갖고 있는 환자들을 위한 시설이 거의 없다. 노숙자들과 죄수들은 정신 질환의 비율이 높으며 이것은 장기 입원 침상이 많지 않다는 사실과 관련이 있을 수 있다.

Figure FAC.4: Distribution of specialised mental health beds in Australia, 2014–15

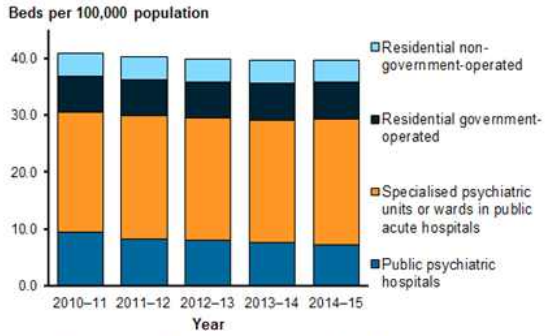


Source: National Mental Health Establishments database and Private Health Establishments Collection (ABS) (unpublished).

[그림 3] 호주의 정신건강 서비스용 침상 분포

위 [그림 3]에서 볼 수 있듯, 호주는 총 2,471개의 병원 수용 정신건강 서비스용 침상을 보유하고 있다.

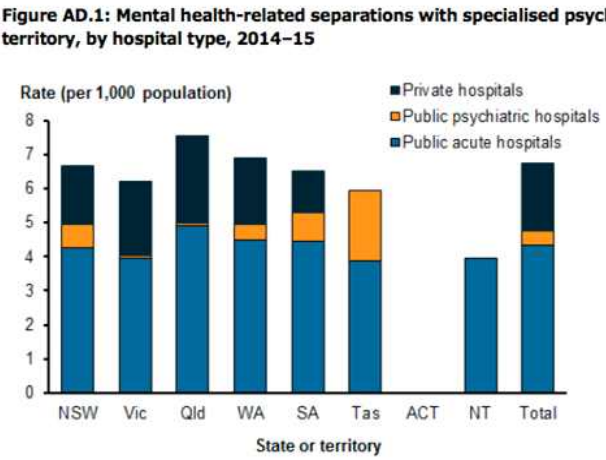
Figure FAC.8: Public sector specialised mental health hospital beds and residential mental health service beds per 100,000 population, 2010–11 to 2014–15



Note: Data for the Australian Capital Territory were not available for the 2014–15 reporting period.
Source: National Mental Health Establishments Database. Source data: Specialised mental health care facilities Table FAC.13, 22 (2.47MB XLS).

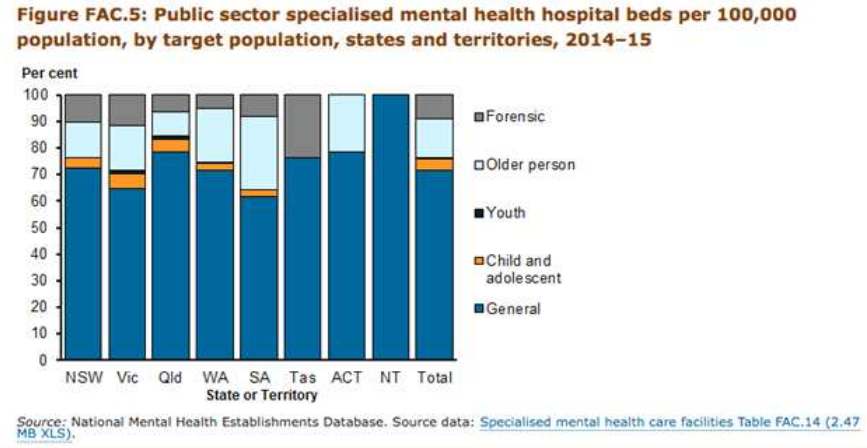
[그림 4] 2010/11~2014/15 10만명 당 공공부문 전문정신건강 병원 침상과 거주정신병원 침상 수

위 [그림 4]는 정신 질환을 갖고 있는 대부분의 사람들이 정신 병동에서 치료를 받고 그 후 지역 사회로 귀환한다는 것을 보여준다.



[그림 5] 2014–2015 州 또는 영역의 병원유형에 따른 정신건강 관련 전문 정신과 치료 구분

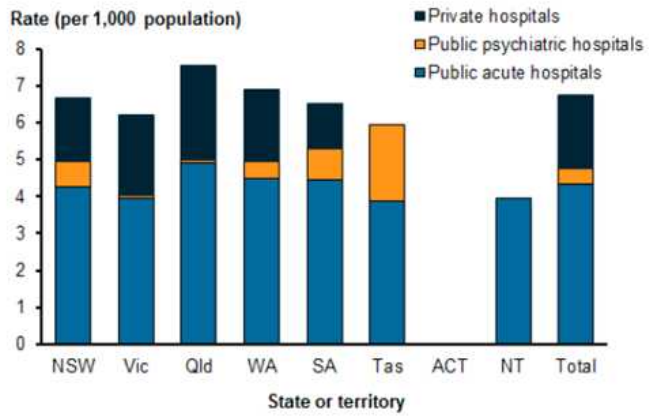
대부분의 급성 정신질환자의 보호는 공립 종합 병원의 정신 병동에서 이루어진다. 정신과만 단독으로 있는 (stand alone) 공립 정신 병원은 거의 존재하지 않는다.



[그림 6] 2014–15 州, 영역 및 표적인구별 10만 명 당 공공부문 전문 정신건강병원 침상 수

치료의 세분화는 정신과 훈련 과정에 반영된다. 기본 훈련을 마치면, 노년정신의학과, 정신건강의학과, 법의학과, 자문조정정신의학과, 소아청소년정신의학과, 일반정신과 혹은 심리치료 중 한 분야에서 훈련을 받을 수 있다. 대부분의 입원 환자용 침상은 일반 성인 정신과를 위한 것이다. 법의학과용 침상은 정신질환 때문에 심각한 범행에 대해 유죄 판결을 받지 않은 사람들 혹은 형사 재판에 참여(plead)할 수 없다고 판단된 사람들을 위한 침상이다. 일반 병원에 있는 특정 병동 또는 침상은 젊은 사람들, 아이들, 그리고 노인들을 위한 것이다.

Figure AD.1: Mental health-related separations with specialised psychiatric care, state and territory, by hospital type, 2014–15



[그림 7] 2014-2015 州 또는 영역의 병원유형에 따른 정신건강 관련 전문 정신과 치료 구분

호주가 여섯 개의 주와 두개의 자치지구로 이루어져 있다는 것에 주목해야 하는데, 각각 별도의 정신 건강 법률과 건강 예산을 갖고 있다. 위 그림에서 알 수 있듯, 입원과 서비스 종류의 빈도에는 지역별 차이가 있다.

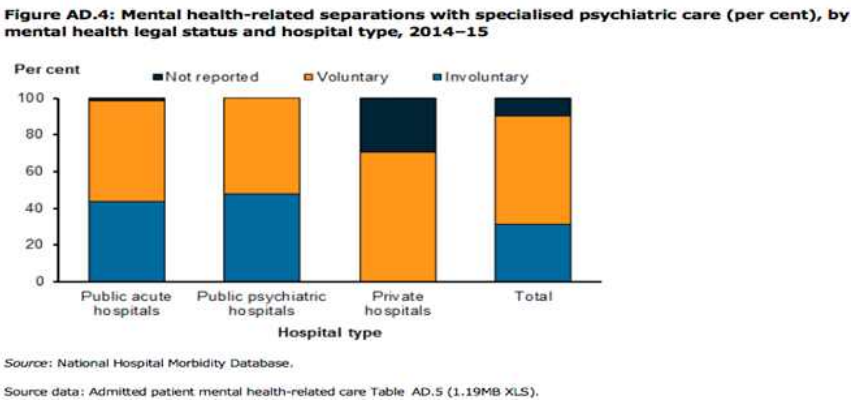
Ⅲ. 정신 질환자의 치료

호주는 2008년도에 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with

Disabilities, CRPD)을 비준하였고, 대한민국 또한 2016년도에 이를 승인했다.

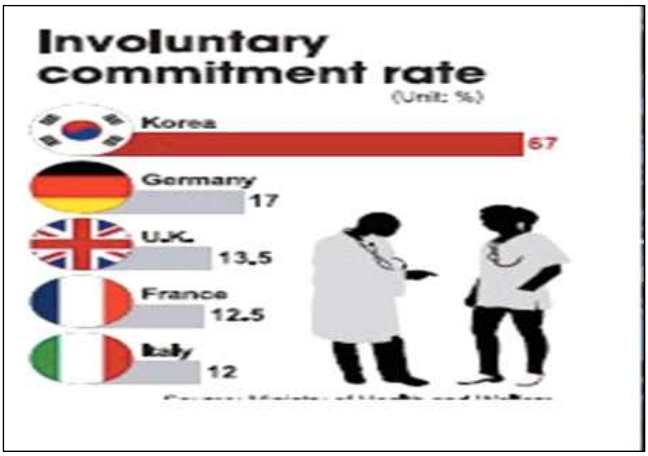
장애인권리협약은 장애를 가진 사람들이 비장애인들과 동등한 근거에 토대해 법률행위능력을 소유하고 있다고 인정될 권리가 있다고 명시한다(제12조). 호주의 대부분 주와 자치지구는 이와 같은 관점에서 정신건강법을 재조명하였다. 그러기 위해 호주의 퀸즐랜드, 남부오스트레일리아, 태즈메니아, 그리고 서부오스트레일리아 주들은 거부 의사를 표시할 능력이 있는 정신질환자들에 대한 비자의적 정신 치료를 금지한다.

정신건강에 이상이 있는 사람들은 민간 및 공공 정신과 센터에서 입원 환자로 치료를 받거나 지역 사회에서 도움을 받는다. 공공 병원의 치료는 무료이지만 대기 인원이 많고 진료예약을 하기 쉽지 않다. 민간 병원 서비스는 비싸다. 강제 치료는 대부분 공공 병원에서만 이루어질 수 있다.



[그림 8] 2014–2015 정신보건법 상태와 병원 유형에 따른 전문 정신과 치료

비자의 입원 중 공공 정신과 병원과 민간 정신과 병원에 입원하는 비율은 약 삼분의 일이고, 공공 병원은 약 40%이다. 그에 비해 한국의 비자의 입원 비율은 거의 한국 총 입원 환자의 70%를 차지한다.



[그림 9] 국가별 비자의입원 비율

비자의적 입원은 오로지 제한된 기간 동안에만 유효하다. 정신보건위원회는 강제입원된 사람의 보호와 억류를 검토하고 강제입원 및 치료가 지속되어야 할지를 결정한다.

평균적으로 호주의 병원 입원 기간은 상대적으로 짧다 (대략 평균 2주 이다). 대부분의 정신과 의사들이 알고 있듯, 보통 정신질환을 완치하기 위해서는 여러 달이 소요된다. 따라서 환자들은 보다 덜 제한적인 방법을 통해 치료를 받을 수 있을 만큼 상태가 호전될 때까지 병원에 남아 있는다. 초기에 강제입원되었던 비자의적 환자들 중 많은 사람들이 후에 입원에 동의하는데, 이 경우 그들의 법적 지위가 바뀌게 된다. 따라서 병원에서의 치료는 약물 치료 혹은 전기충격요법 등 주로 생물학적 요법에 초점을 맞춘다.

지역 공공 보건 서비스는 공공 병원들과 연계되어 있으며 민간 병원에서 퇴원한 환자들 또한 이용할 수 있다. 관련 서비스로는 정신 보건 사례 복지사들(이들은 간호사, 심리상담사, 전문치료사 등 보건 훈련을 받은 사람들이다)이 제공하는 약물 공급, 심리 요법, 정신과 검토 등이 있다. 전문 지역사회서비스는 노인과 아동을 위해서만 제공된다.

이러한 지역 정신 건강 센터는 비자의적 치료 처분을 받았거나 입원 기간 후 사후 관리가 필요한 사람들의 정신건강 보호 관리에 관여하고 있다. 정신 건강

문제를 갖고 있는 사람들은 그러한 서비스가 요구되는지 결정하기 위해 평가 절차를 거친다. 실제로 사람들은 그들의 욕구에 따라 분류된다. 결과적으로, 불안장애 등의 정신질환을 갖고 있는 환자들은 거의 지역 공동체 환경에서 치료받지 않는다.

다행이도, 사람들은 획기적인 원격 지원 서비스를 이용할 수 있다. 이것은 인터넷 상에서 이루어지는 매뉴얼화된 치료로, 전화 상담과 동반되며 대개 심리 상담자와 함께 한다.

민간병원 정신과의사와 심리상담 서비스는 고용주부담 혜택을 받을 수 있는 사람들에게 제공된다. 더 나은 의료접근방법(Better Health Access Scheme) 은 더 높은 리베이트를 지급하고 개인 심리상담 혹은 정신과 치료를 위해 1년에 6-10회의 세션을 허용한다.

몇 명의 정신과 의사들은 스카이프나 페이스타임을 통해 치료를 제공한다. 이러한 원격정신과진료("Telepsychiatry") 는 비수도권 및 외진 지역에서 인기가 많다. 환자들은 보통 면대면 상담 때 받을 때의 리베이트 보다 더 높은 의료보호 리베이트를 받을 수 있다. 이는 정신과 의사들이 비수도권 지역에 서비스를 제공하도록 격려하기 위해서이다.

불안 및 우울증을 위한 온라인 치료는 점차 인기를 얻고 있다. 이는 외래환자 서비스를 위한 (주 정부가 아닌) 연방 정부의 기금으로, 의료보호를 통해 지원된다. 연방 정부는 또한 더 나은 정신보건지원(Better Mental Health Subsidy)을 통해 몇 세션에서 이루어지는 치료를 위한 자금을 제공한다.

개인 비용 납부 방식은 민간병원 정신과 의사나 심리상담가 그리고 의료 보호에서 일정 부분을 요구할 수 있는 환자 사이에서 이루어진다.

Ⅳ. 지역사회 치료의 지속가능성 평가

공공 서비스는 자원이 부족한 탓에 일정 정도로 제한되어 있다. 따라서 주 정부의 지역사회 치료 서비스는 가장 그것을 필요로 한다고 판단되는 환자들에게만 주어진다.

대부분의 지역 정신 건강 센터는 주 정부에 의해 운영되고 지역 병원과 연계되어 있다. 전원은 전화 상담을 통해 가족이나 보건인으로부터 승인된다. 간호인이나 정신건강복지사는 대개 첫 예약에서 환자를 만나게 되고, 정신과 의사로부터의 치료가 필요하다고 생각되는 사람들은 클리닉으로 보내진다. 대부분의 사람들은 정신과 의사 수련인에게서 진료를 받는데, 수련인은 매 6개월에서 1년마다 다른 포지션으로 교체된다. 감시와 보호의 정도는 환자의 필요에 따라 결정된다. 심각한 만성 질환을 앓고 있는 사람은 사례 관리자가 사회 지원 제도의 혜택을 볼 수 있게 도와주고, 환자의 정신 상태를 주시하며, 약물 복용을 잘 할 수 있도록 도움을 준다. 본인 스스로나 타인에게 심각한 위해를 가할 위험이 있는 환자들은 대부분 외래 환자로서 정기 치료를 받을 수 없다. 범불안장애가 있는 사람을 예로 들 수 있다. 불안 장애 병동은 많지만, 대기 인원이 많다.

1. 응급 치료

위급한 정신 건강 문제를 갖고 있다고 의심되는 사람은 공공 병원의 응급 부서나 (민간 병원들은 법률상 응급 부서를 갖고 있지 않다) 지역 건강 서비스(주 정부 병원과 연계되어 있는 지역을 관할)의 지역 정신 건강 팀과의 전화연결을 통해 도움을 받을 수 있다.

정신 건강 팀은 지역 사회 정신 건강 서비스의 일부로 정신 건강 복지사로 이루어져 있는데, 이들은 환자를 하루 24시간동안 진단할 수 있으며 때로는 필요에 따라 자발적 혹은 비자의적 환자를 공공 병원으로 이송시킬 수 있다.

2. 정신 건강 문제를 갖고 있는 사람에 대한 비자의적 감금 조치

뉴사우스웨일즈 주의 정신 건강 법률에 의하면, 아래의 사람들은 개인을 의사 진단을 받게 하기 위해 합법적으로 정신 건강 시설로 이송시킬 수 있다.

i. 의료 전문가
ii. 자격을 소지한 정신건강복지사

iii. 경찰관
iv. 구급차 요원
v. 치안 판사 혹은 치안관리(bail officer)

정원 문서는 시간 제한의 효력을 갖고 있다. 예를 들어, 정원 서류는 정신 건강 진단을 받는 48시간 내에 작성되어야 하며, 정원은 72시간동안 지속된다. 이 기간 중 필요에 따라 진료 대상자를 감금할 수 있고, 혹은 진단을 위해 이송할 수 있다.

정신과 의사는 약 24시간의 감금 기간 동안 사람을 진단해야 한다. 만약 의사가 진료 대상자에게 정신질환이나 정신장애가 있지 않다고 판단할 경우 의사는 그를 퇴원시켜야 한다. 만약 의사가 진료 대상자에게 정신질환이나 정신장애가 있으나 감금 외 덜 구속적인 대안이 있다고 판단할 경우 또한 의사는 그를 퇴원시켜야 한다.

만약 의사가 진료 대상자에게 정신질환 혹은 정신장애가 있으며 감금을 필요로 한다고 간주 하면, 두번째 의사 (두 의사 중 하나는 정신과 의사여야 한다)는 독자적으로 진료 대상자를 살펴볼 수 있다. 두번째 의사가 동의하지 않을 시 정신과 의사인 세번째 의사가 이 사람을 진단해야 한다.

만일 정신질환 혹은 정신장애가 있는 사람이 감금될 경우 이는 정신보건재심위원회에게 공지되어야 한다.

3. "정신질환" 혹은 "정신장애"는 무슨 뜻일까?

뉴사우스웨일즈의 정신건강법 2007 정신질환의 정의

단기적 혹 장기적으로 개인의 정신 기능에 심각한 지장을 주는 상태로, 다음 중 하나 이상의 증상들이 나타날 경우 해당된다:

a) 망상
b) 환각

c) 정신 사고와 관련된 심각한 장애
d) 극심한 감정 기복
e) 비합리적 행동이 지속되거나 반복되며 위 명시된 a)-d) 중 하나 이상의 증상이 나타날 때

망상 혹은 환각과 같은 정신병적 기질은 문화적 맥락에서 이해되어야 한다. 예를 들어, 호주의 몇 원주민 공동체에서는 사랑하는 사람의 목소리를 듣거나 그의 영혼을 보는 것이 정상적인 일이다.

감금이 필요한 이유는 사람들이 갖고 있는 정신질환의 문제 뿐 아니라, 그들이 본인 혹은 타인들에게 직접적 위해를 가할 위험이 있으며 덜 구속적인 대안을 사용할 수 없기 때문이다.

본인 혹 타인에 대한 위해 가능성을 지닌 사람 중 정신질환자에 해당되지 않는 사람은 정신장애군으로 분류될 수 있다.

개인이 (정신질환의 유무와는 관련 없이) 정신장애를 갖고 있다면 그의 행동은 몹시 비합리적이어야 하며, 이는 그에 대한 일시적 보호나, 치료 혹 통제를 정당화 할 수 있는 타당한 근거가 된다:

a) 개인 스스로를 심각한 신체적 위해로 부터 보호하기 위해
b) 주위 사람들을 심각한 신체적 위해로 부터 보호하기 위해

이 때, 정신질환의 법률적 정의가 그 질환이 개인의 생활 방식과 가족에게 지우는 부담을 꼭 반영한다고는 말할 수 는 없다. 예를 들어 광장 공포증은 한 개인이 독립적으로 살 수 있는 능력을 심각하게 제한하고 그의 가족들에게 상당한 영향을 주지만, 극심한 광장 공포증은 강제 감금을 시키는 기준에 적합하지 않는다.

가족 또는 보호자의 역할은 무엇인가?

가족, 친구 또는 보호자는 정신의료기관의 의료책임자 또는 그로부터 권한을 부여받은 자에게 편지를 보내 비자의 입원을 요청할 수 있다. 그러나

의사의 진단은 여전이 필수적이다

비자의 치료에 대한 의사능력 평가 방식

의사능력은 과업에 따라 달라지고, 하나의 과업을 토대로 다른 과업에 대한 의사능력을 추정할 수 없다. 이것은 진단을 토대로 정해질 수 있는 것이 아니다.

치료와 관련된 단순한 결정 (피 검사를 하는 경우 등)부터 보다 복잡한 결정 (어려운 수술을 받아야 하는 경우 등)까지의 다양한 결정 수준이 존재한다. 내리는 결정이 중대할수록 더욱 큰 인지 능력이 요구된다.

하나의 예시를 들어 보자.

존은 45세의 노숙자이다. 그는 20세 때 발병된 만성 망상형 조현병 진단을 받았다. 존은 사람들이 자신의 집에 카메라를 숨기고 그의 일거수일투족을 감시하고 있다고 생각한다. 그는 카메라가 자신을 지켜보고 있다 말하는 환청을 듣는다. 따라서 존은 그를 감시하는 사람들로 부터 도망치기 위해 거리에서 사는 것을 선택했다. 존은 정신병 약을 복용할 때 증상이 호전됨에도 불구하고 그것을 원하지 않는다. 그는 그에게 질환이 있다고 생각하지 않는다. 존은 자살 시도를 하지 않으며, 다른 사람들을 해치고 싶은 마음도 없다. 그는 다만 사람들이 그를 내버려 두었으면 할 뿐이다.

존은 치료를 거부할 의사능력을 가지고 있는가?

우리는 그를 강제로 치료할 근거를 가지고 있는가?

존 스스로의 안전이나 주변인의 안전을 크게 위협하는 요소는 존재하지 않는다. 지역 사회에서 받는 치료가 가장 제한적이지 않은 보호일 것이다.

4. 다른 예시

수는 87세이고 치매 진단을 받았다. 그녀의 인지 장애 때문에 수의 주치의는 그녀가 운전하는 것을 허용하지 않는다. 그녀는 요리를 하고, 약물을 복용하고 물건을 사기 위해 도움이 필요하다. 그녀는 집을 청소할 수 있고 공원을 산책하는 것도 좋아한다. 그녀는 직장에 다니는 자식 두명이 있고, 그녀를 돌봐줄 다른

가족은 없다. 그녀의 자식들은 수가 요양원으로 가길 바라지만, 수는 자신의 이웃들과 대화하는 것을 좋아하고, 산책하는 것을 좋아하고, 자신이 30년 동안 살아온 지역을 떠나고 싶어 하지 않는다. 그녀는 요양원이 비싸다는 사실을 인지하고 있고, 그 비용을 부담하고 싶지 않다.

이 예시에 근거해 보았을 때, 그녀의 자식들은 수를 요양원으로 보낼 수 있는가?

수(Sue)는 자신의 희망사항을 전달할 수 있다.

요즘에는 의사 결정 지원에 초점을 맞춰진다.

1) 정신 건강 치료에 동의 할 의사능력 평가에 대한 접근 방식

(1) 해당자가 임상적 의미의 정신질환을 앓고 있는가?

즉, 의사가 해당자에게 정신질환 진단을 내릴 수 있는가. 보통 사람들과 달라 보이거나 일반 언어능력 및 행동에서 차이를 보이는 사람들도 정신질환 진단을 받지 않았을 수 있다.

(2) 해당자가 본인이 아프다는 것을 인지하고 있고, 그에 대한 치료를 받을 수 있으며 주어진 선택지가 수반하는 위험과 혜택을 이해하는가? 해당자가 합리적으로 그의 선택에 대한 설명을 할 수 있는가?

(3) 정신질환 증상은 본인 혹은 주변인들의 안전에 위험을 초래하는가?

(4) 병원 외 다른 대안이 있는가?

(5) 해당자는 “정신질환자” 또는 “정신장애인”의 법률적 정의에 부합되는가?

2) 위해의 위험이란 무엇인가?

위해의 위험은 본인에게 그리고/혹은 주변인에 대한 신체적 위협을 뜻하는가, 아니면 명예, 자금, 대인관계, 채용 문제와 관련 있는가?

강제 입원의 기준에서 위험성을 측정하기 위해서는 정신과 의사가 미래에 개인에게 발생할 수 있는 피해를 예측해야 한다. 이러한 예측의 타당성에는 결점이 있다는 것으로 밝혀졌고, 최선의 이익 평가기준(“best interest test”)이 제시되었다.

정신과 의사는 환자의 자율성과 스스로를 위한 적절한 판단을 내릴 수 있는

의사능력이 없는 사람들을 보호할 필요성 사이에서 균형을 유지해야 한다.

뉴사우스웨일즈주 최근 정신건강법의 변경 사항들은 합리적으로 예측 가능한 모든 시도를 해야 한다 명시하는데, 그 이유는 다음과 같다:

(1) 환자의 동의에 대한 의사능력을 지켜보기 위해
(2) 환자의 보호를 위해 치료 계획과 회복 계획을 짤 때 그의 동의를 얻기 위해

빅토리아 주와 호주수도주(ACT)는 의사 결정 능력 또한 고려할 것을 요구한다.

퀸스랜드, 남부오스트레일리아, 태즈메니아 그리고 서부오스트레일리아 주는 치료를 거부할 능력이 있는 정신질환자들에 대한 비자의 정신과 치료를 금지한다.

정신보건재심위원회는 이 건에 대해 최종 결정권을 갖고 있다.

3) 비자의 전기충격요법

호주의 정신과 의사들은 인지 능력과 관련된 부작용이 적은 Ultra brief pulse stimulation 전기충격요법을 개발하는 등 더욱 안전한 전기충격요법 개발의 선두에 있어 왔다.

전기충격요법을 받는 대부분의 환자들은 자발적 환자들이다. 즉, 그들은 그 절차의 위험요소와 혜택을 이해하고 치료 받기를 선택할 수 있다고 판단되는 환자들이다.

대개 다음과 같은 증상을 치료하기 위해 전기충격요법을 받는다:

- 주요 우울 장애 (MDD),
- 주요 우울 장애와 관련된 대표적인 우울증 증상들 (불면증 증상, 정신 운동 기능이 느려질 경우, 주기적 감정 기복).
- 과거에 위 증상들이 나타난 적이 있을 경우
- 환자가 선호할 때
- 파킨슨 병

심각한 정신질환을 앓고 있는 몇 사람들은 전기충격치료에 관해 합리적인 결

정을 내릴 능력이 없다. 일반적인 마취약의 효과 그리고 인지 능력 장애 때문에 그러한 결정을 내리는 것은 쉽지 않다.

비자의 전기충격치료를 필요로 하는 증상들을 다음과 같다:

긴장증,

NMS

섬망

정신질환에 의해 초래되는 위해의 가능성--긴장증, 극심한 자살 경향성, 거식증.

심각한 조증

만약 당사자가 고지에 입각한 동의를 할 능력이 없다면 위 문제는 정신보건재심위원회에서 결정된다.

4) 지역사회 치료명령(CTO)

지역사회 치료명령은 정신보건재심위원회에 의해 관리 된다. CTO 를 받은 사람은 정신건강법에 따라 반드시 CTO 의 약관을 따를 것에 동의해야 한다.

CTO 가 사용되는 비율은 태즈메니아 주 인구의 100,000명 중 약 30.2 명에서부터 빅토리아 주 인구 100,000명 중 98.8 명까지 이른다. 이것은 세계 기준에서도 높은 비율이다.

CTO 의 유용성에는 논란의 여지가 있다. 2013년 Lancet에 출판된 OCTET 재판은 정신병 환자의 재입원 비율이 지역 사회의 관리 이후에도 줄지 않았다는 것을 보여준다.

CTO 평가는 환자가 치료 계획을 따라올 수 있도록 도움을 받는다면, 지역 사회에서 덜 구속적인 보호를 받는 것이 가능한지를 결정한다. 환자에게는 사례 관리자가 준비한 치료계획이 주어지고, 정신보건재심위원회나 치안 판사는 그 치료계획이 적절한지를 판단한다.

실제로 CTO 의 고려 대상자 중 대부분의 사람들은 정신질환 증상에 대한 이해가 부족하거나 다양한 원인에 의해 치료를 지속할 것인지를 결정할 의사능력이 부족하다.

만약 사람들이 치료계획을 따르지 않을 시, 사례 관리자와 정신 건강 시설은

반드시 그들이 계획을 준수하게 한다. 만약에 이것이 실패한다면, 그리고 정신 건강 시설의 책임자가증상이 악화 될 상당한 위험이 있다고 판단하면 해당자에게 그가 정신 건강 시설로 이송될 것이라는 통지 받는다. 책임자는 환자가 병원에 다닐 것을 요구하는 위반문서를 줄 수 있다.

5) 재활

정신질환에서 회복하는 것에는 시간이 걸릴 수 있고, 정신질환의 인지적 영향 때문에 빈번히 어려울 수 있다. 호주에서의 재활치료는 주 재정지원을 받고 있는 건강 서비스가 제공하는 외래 환자와 입원 환자에 대한 서비스와 비정부조직을 통합하는데, 이 조직은 질병 증상의 회복에 중점을 두는 것 보다도 특정 생활 능력을 향상 시키는 것을 목표로 하고 있다.

개개인은 각자 다른 목표를 가지고 있는데, 이는 아래를 포함한다:

- 육체적 건강
- 일상생활 수행 능력 (ADL) 요리, 빨래 등등
- 취직 또는 봉사 활동
- 사회적 목표 - 어떠한 활동에 주당 특정 횟수 만큼 참여, 사회성 개선
- 교통 -버스나 기차 타는 방법 학습

재활 서비스는 호주 내에서도 차이가 있다. 병동에는 흔히 정신과 의사, 심리상담자, 치료 전문가, 그리고 사회 복지사가 있다. 다른 건강 관련 직업에는 물리치료사와 운동 치료사가 있다. 3-4달에 걸쳐 점진적으로 지역 사회에 통합시키는 것을 목표로 한다. 따라서 병동은 병원이라는 환경에 있지만 환자들은 곧 스스로 요리를 하고, 물건을 사고 자신의 방을 깔끔히 유지해야 한다. 환자들은 독립성을 키우기 위해 기술을 배우고, 감독 하에 다른 사람들과 함께 물건을 사거나 요리를 할 수도 있다.

대부분 재활 프로그램에 참여하는 환자는 대부분은 만성 정신 분열증, 기분장애, 인격 장애 등의 정신질환을 가지고 있다. 이와 동시에 환자들을 종종 약물

복용을 하기도 한다.

전원은 가족의 욕구를 충족시켜야 할 수도 있는데, 예를 들어 가족 갈등이 있거나 가족이 환자를 돌봐주는 것을 버거워 할 때가 그 경우이다.

하루를 설계하는 습관을 기르는 것은 재활의 중요한 측면이다. 환자들이 참여하는 단체 활동 계획표는 사람들과 어울릴 수 있는 기회 뿐 아니라 체계성을 제공한다.

가족들도 이 프로그램에 참여한다. 대부분 가족들은 환자를 데려오는 것에는 매우 적극적이지만 그 후 참여하지 않기 때문에, 초반에 가족 참여가 요구된다는 것을 확립해야 한다. 가족들은 SW 나 정신과 의사/심리 상담자를 볼 수 있다.

그룹들에는 실질적 기술 습득과 정신 치료가 포함된다. 환자의 계획표에 있는 다른 세션들은 개개인의 필요를 충족시킨다. 그룹의 예시는 다음과 같다:

- 마음 챙김 (mindfulness)
- 사회적 기능
- 심리 교육 세션
- 주당 여러 회 운동 세션
- 정원 가꾸기, 미술 등 활동
- 요리, 물건 사기 등의 일상생활 기술로, 프로그램 참가 후 몇 주 안에 환자가 독립적 생활을 하는 것을 목표로 한다.
- 사회적 노출-상점에 가고 버스를 이용하는 거나 커피숍에서 주변인에게 인사할 수 있는 것
- 대중교통을 이용하는 것

만성 질환을 앓고 있는 대부분의 환자들은 지속적으로 지역 사회의 지지를 필요로 한다. 호주에서는 비정부기관들이 그러한 지원을 제공한다. 지역 사회로의 통합을 수월히 하기 위해, 비정부기관의 지원은 환자의 입원 기간 중에 시작된다.

프로그램 참여 마지막 달에는 환자들이 외출하는 경우가 많아지며 점진적으로 하루 혹은 며칠 동안 외박을 하는 경우도 많아진다. 정원 전에 관여한 비정부기관은 환자의 프로그램 참여 기간에도 남아 있어야 한다. 퇴원 후 비정부기관은 지역 사회 정신 건강 팀과 함께 목표들을 유지하기 위해 지원을 제공할 것이다.

어떤 서비스는 입원 보호를 제외한 체계적 재활 프로그램을 제공하는 일일 병원 (Day Hospital)을 지원한다. 이것은 지역 사회로의 통합을 촉진하기에 유용한 시설이다. 환자들은 입원 환자일 때도 일일 병원에 다니기 시작할 수 있으며 퇴원 후에도(떠난 후에도) 계속 다닐 수 있다.

6) 향후 방향–정신의학에서의 의사 결정 지원

의사결정지원은 손상된 의사능력을 갖고 있는 사람과 그의 지원자 사이에서 이뤄지는 공동 의사결정과정이다(Browning et al. 2014). 이 과정은 지식 축적과 학습의 공유들을 포함하는데, 이는 손상된 의사능력을 가진 사람의 선택과 결정을 도와준다(Peisah at al. 2013). 의사결정지원은 사람들이 그들의 법률행위능력과 더 나아가 보다 큰 자율성과 자기 결정권을 행사 할 수 있도록 한다.

이를 잘 보여주는 예시로는 아일랜드의 의사결정지원법 (의사능력) 2015 가 있는데, 이 법은 개인의 의지와 선호를 강조하며 의사 결정지원조의 세 단계를 개괄했다: “decision making assistance”, “co-decision maker (joint decision-maker)”, “decision-making representative (substitute decision-maker)”.

5. 의사결정지원의 임상 과정

1단계

정신 상태와 인지능력 평가부터 시작해 개인의 강점과 결함을 평가하고, 특히 꼭 실행 기능과 자각능력 등과 같은 중요한 기량을 평가한다. 의사 결정과 관련된 중요한 실행 기능으로는 작업 기억에 정보를 저장하는 것, 대안과 그에 따르는 결과를 비교하는 것, 투영하는 것, 그리고 계획하는 것 등이 있다. 기억, 언어, 그리고 소통능력 또한 중요하고, 만일 그 후 평가에서 위의 능력들이 부족하다고 판단되면 관련 지원을 받을 수 있다(Zuscak et al. 2015).

의사능력에서 중요한 또다른 인지 구성은 자각이다. 전통적으로 사용되어 온 통찰력이라는 개념이 종종 단정적이고 배타적인 개념이라면, 자각은 보다 간접

적이고 포괄적인 개념으로서 의사결정지원을 위해 더 유용한 인지 구조이다. 여기서 중요한 것은 통찰력과 다르게 자각은 바닥 효과를 가지고 있지 않는 것처럼 보여진다. 장애의 심각성을 평가할 때, 자각은 극단적으로 장애가 심각한 경우에도 확인된다. 예를 들어, Clare et al (2013)는 심각한 치매가 있는 사람들도 자각능력을 보여준다는 것을 입증했다. 물론 이 자각능력은 주변 환경이 얼마나 참여의 기회를 제공하는지와 보호 직원이 얼마나 환자들의 자각능력을 알아채고 그들과 소통하는지에 영향을 받는다. 그 외에 평가 중 확인되어야 할 강점 중 하나는 친구, 가족, 그리고 전문가의 지원 등 보살펴주는 사람의 지지도이다. 강점과 취약점을 아는 것은 다음 평가를 어떤 방식으로 접근해야 할지에 대한 판단을 도와주고, 과업을 간소화 하고 이해할 수 있는 능력을 최대화 한다.

2단계

과업을 단순화하라. 참여를 극대화 할 수 있는 가장 좋은 방법은 의사능력 과업을 눈앞의 구체적 결정을 내리는 것으로 제한하고 그것을 과장되게 표현하지 않는 것이다. 이것은 주어진 결정 중 해당자가 무엇을 선택하고 선호하는지에 대한 이해를 제공한다. 예를 들어, 어떤 사람은 자신에게 문제가 있다거나 자신이 벗어나고 싶은 불쾌한 경험을 하고 있다는 것을 이해하지 못할 수 있다. 그 대신, 그는 무엇이 자신을 행복하게 하는지 설명할 수는 있을 수 있다. 완전 사전요양지시서(Full advance care directive) 를 이해할 능력이 없는 사람은 완전 사전요양지시서(full advance care directive)를 작성할 수 없으나 보호, 통증 완화, 그리고 편안함에 대한 욕구나 어디서 보호 받고 싶은지를 표현할 능력은 있을 수 있다.

3단계

사람을 이해하라. 당사자의 의지와 선호를 확실히 하는 것은 몹시 중요하다. 이는 그 사람이 무엇을 중요하게 생각하고, 무엇이 그의 오랜 가치관이며 어떤 결정을 내려 왔는지를 파악하는 것이다. 특히 치매와 같은 신경 퇴행성 질환을

앓고 있다면, 그가 과거에 내린 결정들을 참고하고 해당자가 아직도 그 가치들을 보유 하고 있는지를 확인하는 것도 도움이 될 수 있다. 과거의 신뢰 관계에 대한 정보는 소송 대리권이나 유언 등 서류에서 나타날 수 있다. 현재의 당사자의 선호를 파악하여 무엇이 현재 그의 삶에서 중요하고 의미가 있는지 이해하는 것 또한 중요하다 (예를 들어, 시설 보호(residential care)를 위한 결정을 내릴 때 해당자에게 시설보다 음식과 가족이 더 중요한 요소일 수 있다). 가능하다면 그 사람의 자율성을 존중하되, 필요하다면 "그 사람이 마음을 바꾸고 싶을 때 바꿀 수 있는 권리를 존중하라." 과거 선례들과 현재의 결정 사이의 차이를 조정하는 것은 그 사람의 자아 개념을 업데이트 하는 것을 포함한다. 예를 들어, 과거에 그 때 당시 그가 보유하던 가치와 일관되게 사전요양지시서(advanced care directive) 를 썼던 사람이 치매에 걸린 후 새로운 자아를 발달해 마음을 바꿀 수도 있다.

4단계

소통을 방해하는 요소들을 짚고 넘어가고 보완함으로서 이해할 수 있는 능력을 최대화하라. 이것은 해당자에게 시간을 더 주는 것, 환경을 최적화 하는 것, 간소화 하는 것, 그리고 정보를 명확히 하고 그것을 접근 가능한 방식으로 전달하는 것 등을 포함한다. 시각적 도움 장치는 주어진 선택지를 단순한 그림 또는 선으로 표현해 문서화된 정보나 시각적 정보 판별 등에 어려움이 있는 사람들의 상황에 알맞게 전달 돼야 한다.

표현 및 수용성 언어 장애, 대면 이름 대기(confrontational naming), 시각 인식 불능, 난독증을 가진 사람들은 각각 다른 도움 장치를 필요로 할 것이고, 대개 언어병리학자 혹은 신경심리학자들은 의사결정지원에 도움을 줄 수 있다. 필요하다면 통역사나 그 사람의 언어에 알맞은 문서화된 신호를 제공하라. 마지막으로, 당사자가 최상의 상태에 있을 때, 즉 의식이 혼미하거나 불안 반응을 보이지 않을 때 혹은 아프거나 피곤하지 않을 때 그의 결정을 이끌어 내는 것이 그를 존중하는 방식이다. 이것은 아침에 눈을 뜬 이후 혹은 수혈이나 투석 치료 후 이루어 질 수 있다.

5단계

문제의 복잡성과 결과에 따라 지원의 정도를 조정할 수 있도록 위에 개괄된 평가 과정을 사용해 당사자가 참여 할 수 있도록 한다. 소통과 당사자의 결정이 용이하도록 도와주어야 한다.

Ⅴ. 결론

의료계는 기존의 가부장주의로부터 벗어나 환자와 그의 가족들과 함께하는 집합적 보호를 포용하고 있다. 이것은 환자의 결정이 의사가 권장한 것과 다르더라도 그의 욕구를 존중하는 것이다.

세계 각국은 장애인권리협약에 기반하여 정신건강법의 발전이나 개정에 대한 정보를 제공한다. 호주와 한국은 본인과 다른 사람들의 안전을 위한 것이라는 명목 하에 진행되는 비자의적 치료를 줄이며 해당자가 치료에 대한 의사능력을 갖고 있는지 확인하기 위해 힘쓰고 있다. 이것은 사람들의 자주성의 권리를 중요시하는 다른 의료전문분야(medical specialty) 와 같은 맥락이다.

투고일: 2018. 1. 15. 심사일: 2018. 1. 18. 게재확정일: 2018. 1. 29.

▌참고 문헌 ▐

Lee H. Past, Present and Future of Korean Psychiatry.Psychiatr Investig 2004;1:13-19.

SW Kim, JE Jang, JM Kim, *et al.* Comparison of stigma according to the term used for schizophrenia: split-mind disorder *vs* attunement disorder. J Korean Neuropsychiatr Assoc, 51 (2012), pp. 210-217.

World Bank

Department of Health 2016: Australia's Future Health Workforce – Psychiatry.

http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/03/06/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2011-25-en

Mental Health services in Australia https://mhsa.aihw.gov.au/resources/facilities/beds/, accessed 20 July 2017)

Kim A. Why do psychiatric patients in Korea stay longer in hospital? Int J Ment Health Syst. 2017; 11:2.

Admitted patient mental health-related care 2015-2016. Australian Institute of Health and Welfare: Mental Health Services in Australia.

Large M., Ryan C. and Nielssen O. The validity and utility of risk assessment for inpatient suicide. Aus. Psych. 2011;19:507-512.

Callaghan S. & Ryan C. Rising to the human rights challenge in compulsory treatment – new approaches to mental health law in Australia. ANZ J Psych 2012; 46:611-620.

Light, E., Kerridge, I., Ryan, C., Robertson, M. (2012), Community treatment orders in Australia: rates and patterns of use. Australasian Psychiatry. 20(6), 478-482.