

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2019;58(3):238-244
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

조현병 스펙트럼 환자에서 정신건강복지법에 의한 입원형태에 영향을 미치는 요인에 대한 분석

서울의료원 정신건강의학과,¹ 은평병원 정신건강의학과,² 성안드레아병원 정신건강의학과³

박영주¹ · 고민수² · 김가을¹ · 조경형³ · 남희정¹

Factors Affecting Admission Type in Patients with Schizophrenia Spectrum

Young Joo Park, MD¹, Min Soo Ko, MD², Ka Eul Kim, MA¹,
Kyung Hyeng Jho, MD³, and Hee Jung Nam, MD, PhD¹

¹Department of Psychiatry, Seoul Medical Center, Seoul, Korea

²Department of Psychiatry, Eunpyeong Hospital, Seoul, Korea

³Department of Psychiatry, St. Andrew's Neuropsychiatric Hospital, Icheon, Korea

Objectives This study examined the admission type and its related factors among patients with psychotic disorders defined based on the revised mental health welfare law.

Methods This study was conducted on a total of 100 patients diagnosed on the schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. The admission type and sociodemographic characteristics were examined. Social support, psychopathology, excitement, insight, and social functioning were evaluated using the Social Support Scale, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), PANSS excitement component, Brief Psychiatric Rating Scale, Global Assessment Functioning Scale, Strauss-Carpenter scale, Korean version of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, and Korean version of Beck Cognitive Insight Scale.

Results The severity of psychotic symptoms, excitement, social functioning, and insight were significantly different between involuntary and voluntary admissions ($p<0.05$). Excitement and insight were found to be factors affecting the admission type ($p<0.05$).

Conclusion Excitement and insight were factors mainly accounting for the admission type in patients with psychotic disorder. This study could be helpful in improving clinical decision-making and community mental health care.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2019;58(3):238-244

KEY WORDS Mental health welfare law · Admission type · Psychotic symptom · Insight.

Received June 13, 2019

Revised June 26, 2019

Accepted July 15, 2019

Address for correspondence

Hee Jung Nam, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Seoul Medical Center,
156 Sinnae-ro, Jungnang-gu,
Seoul 02053, Korea
Tel +82-2-2276-8528
Fax +82-2-2276-8538
E-mail ppsyche@seoulmc.or.kr

서 론

정신보건법은 정신질환을 예방하고 정신질환자에 대한 효율적인 치료 및 사회로의 복귀와 재활을 위해 필요한 사항을 정함으로써 국민 전체의 정신건강증진에 이바지하기 위한 목적으로 제정되었다.¹⁾ 정신질환자에서 개인의 자유와 치료 필요성 사이의 딜레마²⁾는 오래전부터 있었으나, 최근 인권문제가 부각되면서 환자의 의사결정능력, 자율적 선택권³⁾ 등 비자발적 입원과 관련한 윤리적 문제가 대두되고 있다. 이러한 흐름에 따라 국내에서도 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’(이하 정신건강복지법)이 2017년 5월 30일부터 시행되었다. 정신건강복지법은 입원형태로 자의입원, 동의입원, 보호의무자에 의한 입원, 행정입원, 응급입

원에 관한 규정을 두었다.⁴⁾ 기존 자의입원의 경우, 퇴원의 유보가 어렵기 때문에 의사는 환자의 치료유지를 위해 비자발적 입원형태를 선호하게 되는 측면이 있었다.⁵⁾ 동의입원은 자발적인 입원비율을 높이려는 목적으로 신설된 제도로, 전문의 판단하에 퇴원의 유보와 입원형태의 전환이 가능하게 되었다.⁴⁾

최근 국내의 입원형태를 살펴보면, 2016년 기준 자의입원 비율은 약 35% 수준으로 다른 선진국에 비하여 매우 낮은 편에 속하였다.⁶⁾ 개정법 시행 후인 2017년 6월 기준 자의입원 비율은 53.9%로, 2016년 12월 기준 35.6%, 2017년 4월 기준 38.9%와 비교하여 15.0~18.3% 정도 상승하여 자발적 입원 증가라는 목표는 어느 정도 달성하였으나, 독일의 83%, 영국의 86.5% 등 여전히 선진국에는 미치지 못하는 수준이다.⁶⁾

입원형태와 관련한 기존 연구에서 Montemagni 등²⁾은 흥분(excitement), 낮은 병식, 감정지각(emotion perception)의 손상이 조현병 스펙트럼 환자에서 비자발적 입원을 예측할 수 있다고 하였다. Caballero 등⁷⁾은 조현병 환자에서 낮은 병식, Global Assessment Functioning Scale(이하 GAF) score, 높은 병의 중증도, 양성증상이 비자발적 입원과 연관되어 있다고 하였다. 또한, De Jong 등⁸⁾은 정신증, 공격성(aggression), 낮은 병식, 자의적 약물 감량 또는 중단, 돌봄 회피(care avoidance)를 강제입원의 선행요인으로 보았다. 이와 같이, 실제 입원여부와 입원형태의 결정에서 법적 기준의 만족 외에도 임상적 측면에서 진단명, 자타해 위험성을 포함한 정신병리, 병식, 기능수준과 사회환경적 요인, 지역사회 자원등이 복합적²⁾으로 작용하는 것으로 알려져 있다. 정신과 전문의는 입원 결정과 입원형태에 대한 결정을 내리는 주체로 이러한 요인들을 고려한 종합적인 판단이 필요하나, 국내에서 이러한 판단을 도울 수 있는 입원형태와 관련 요인에 대한 연구는 아직 이루어지지 않았다.

따라서, 본 연구는 비자발적 입원율이 높은 것으로 알려진 정신병적 장애 환자^{2,8)}의 정신건강복지법 하 입원형태를 조사하고 자발적, 비자발적 입원형태에 따른 인구통계학적 특성 및 질병 관련 정보, 사회적 지지, 정신병리와 사회적 기능수준, 병식의 특성을 파악하여 입원형태에 관련된 요인을 확인하고, 분석하고자 하였다.

방 법

대 상

본 연구는 2018년 1월 1일부터 2019년 5월 3일까지 진행되었다. 서울특별시 서울의료원과 서울특별시 은평병원의 보호병동에서 입원 중인 환자 중, 정신장애의 진단 및 통계 편람 제5판을 기준으로 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애로 입원한 만 18세 이상 남녀를 대상으로 하였다. 입원 직후부터 입원적합성 심사가 이루어지는 2주 이내에 평가하였으며, 기간 내 면담이 협조되지 않거나 동의하지 않은 대상자는 제외하였다. 본 연구에 참여한 모든 대상자는 연구의 목적과 절차에 대해 충분히 설명을 들은 후 동의서를 작성하여 연구에 참여하였다.

절 차

본 연구는 서울특별시 서울의료원(IRB No. SEOUL 2018-04-004-001)과 서울특별시 은평병원(IRB No. 2018-08)의 생명윤리위원회의 승인을 받아 진행되었다. 3년 이상 수련한 정신과 전공의, 정신과 전문의, 1급 정신보건임상심리사가 정

신과적 면담 및 설문지에 의한 평가를 진행하였다. 응급입원과 동의입원의 경우 입원형태의 변경이 가능하므로 입원형태를 입원시점과 평가시점으로 구분하여 조사하였고, 평가시점의 입원형태를 분석에 이용하였다. 자의입원과 동의입원을 자발적 입원군으로, 보호의무자에 의한 입원, 행정입원, 응급입원을 비자발적 입원군으로 분류하였다.

평가 도구

사회인구학적 및 임상적 특성

평가시점, 연령, 성별, 교육수준, 결혼, 동거 유무, 직업, 종교, 의료보장 형태, 입원 전 지역사회 정신보건 서비스의 사례관리 여부 등의 사회인구학적 특성에 대해 조사하였다. 임상적 특성에는 정신과적 병력, 보호병동 입원경험 유무가 포함되었다.

사회지지척도

사회적 지지의 수준을 평가하기 위한 척도이다. Abbey 등⁹⁾이 고안한 척도를 Yoo와 Kwon¹⁰⁾이 번안하였으며, 11문항을 수록한 자가 평정척도이다. 본 연구에서는 문항의 총점을 이용하였으며, 점수가 높을수록 본 척도로 평가한 사회적 지지의 수준이 높은 것을 의미한다.¹¹⁾

정신병리

Positive and Negative Syndrome Scale(PANSS)

Kay 등¹²⁾이 1980년대에 개발한 척도로 정신증의 양성척도 7개, 음성척도 7개, 일반정신병리척도 16개의 척도로 구성되어 있다. 각 항목은 1~7점 사이로, 총 210점 만점으로 되어 있다. 본 연구에서는 양성증상척도, 음성증상척도, 일반정신병리척도와 총점을 사용하였다. 추가적으로 대상자의 비협조성, 충동조절 장애, 흥분, 긴장, 적개심 5가지 항목으로 구성된 Positive and Negative Syndrome Scale excitement component(이하 PANSS-EC)를 사용하였다. PANSS-EC는 Montoya 등¹³⁾이 타당화한 척도로 35점 만점이며, 20점 이상 시 심각한 정신운동초조와 공격성을 나타낸다. 대상자의 정신병리 중 활성화 증후군(activation syndrome) 또는 행동 이상조절 증후군(behavioral dyscontrol syndrome)을 반영하며, 본 연구에서 대상자의 자타해 위험성을 평가하기 위해 사용하였다.

Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)

1962년 Overall과 Gorham¹⁴⁾에 의해 개발되었다. 18개의 문

항으로 되어있으며, 각 항목은 증상의 정도에 따라 1~7점까지 평가하도록 되어있다. 넓은 범위의 증상을 다룰 수 있고 정신병리를 진단하는 데 사용된다. 본 연구는 총점으로 평가하였으며, 점수가 높을수록 정신병리가 심한 것을 의미한다.¹¹⁾

사회적 기능수준

Global Assessment Functioning Scale(GAF)

Endicott 등¹⁵⁾이 개발하였으며, 정신적 증상, 사회적 기능과 직업적 기능의 상태를 평가하는 100점 척도로 정신사회적 기능 평가에 적절하고 타당하다. 점수가 높을수록 전반적인 기능이 우수함을 나타낸다.

Strauss-Carpenter Levels of Functioning Scale

Strauss와 Carpenter가 정신증의 기능과 치료 결과를 평가하려는 목적으로 개발하였으며, Kim¹¹⁾이 수정하였다. 0~36점의 범위를 가지고 점수가 높을수록 기능이 우수하다는 것을 의미하며, 본 연구에서는 총점으로 평가하였다.¹¹⁾

병 식

Korean version of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder(SUMD-K)

조현병 환자들의 병식을 평가하기 위해 Amador 등¹⁶⁾이 개발한 반구조화된 평가척도로, 본 연구에서는 Song 등¹⁷⁾이 표준화한 것을 사용하였다. Korean version of the Scale to Assess Unawareness of Mental disorder(이하 SUMD-K)는 전반적인 병식항목과 17개의 증상항목으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 현재의 전반적인 병식항목을 사용하였다. 즉, 면담을 통해 정신장애에 대한 대상자의 전반적인 병식을 정신장애가 있다는 자각, 복약효과의 자각, 정신장애의 사회적인 결과에 대한 자각의 3개 영역으로 평가하였다. 총점은 4~20점으로 고득점일수록 낮은 병식의 정도를 나타낸다.

Korean version of Beck Cognitive Insight Scale(K-BCIS)

Beck 등¹⁸⁾이 환자의 관점에 대한 이해를 높이기 위해 개발한 자기 보고식 질문지이며 15문항으로 이루어져 있다. 정신증을 가진 환자의 인지적 병식을 측정하는 도구로, 2가지 하위 척도인 자기-반추와 자기-확신으로 구성되어 있다. 자기-반추는 비정상적인 경험에 대하여 자신의 믿음이 잘못된 것일 수도 있다는 사실을 아는 능력, 자기-확신은 잘못된 판단을 수정할 수 있는 능력, 신념에 대한 확신을 측정한다. 총점은 자기-반추 점수에서 자기-확신 척도를 뺀 것으로, 점수

가 높을수록 인지적 병식 정도가 높은 것을 반영한다. 본 연구에서는 Kim 등¹⁹⁾이 번안한 것을 사용하였고, 총점을 사용하였다.

통계 분석

수집된 자료들은 SPSS Statistics 20 Standard(IBM Corp., Armonk, NY, USA)를 이용하여 분석하였다. 카이제곱 검정과 독립표본 t-검정을 이용하여 자발적 입원군과 비자발적 입원군 두 군 간의 사회인구학적 특성, 질병 관련 정보, 각 평가척도의 차이를 비교하였다. 사회지지척도, PANSS 양성, 음성, 일반정신병리척도, PANSS-EC, Brief Psychiatric Rating Scale(이하 BPRS), GAF, Strauss-Carpenter Scale, SUMD-K, Korean version of Beck Cognitive Insight Scale(이하 K-BCIS)를 독립변수로, 입원형태를 종속변수로 한 이항 로지스틱 회귀분석을 실시하여 각 요인들이 입원형태에 미치는 영향을 평가하였다. 통계적 유의수준은 p-value 0.05 미만으로 하였다.

결 과

총 100명의 대상자가 모집되었으며, 입원시점에서 자의입원 43명, 동의입원 10명, 보호입원 17명, 행정입원 1명, 응급입원 29명이었다. 평가시점에서는 응급입원 중 12명이 보호입원으로, 17명이 행정입원으로 각각 전환이 되어 자의입원 43명, 동의입원 10명, 보호입원 29명, 행정입원 18명이었다. 동의입원에서 타 입원형태로의 전환은 없었다. 결과적으로, 자발적 입원군과 비자발적 입원군 간의 이동은 없었으며, 평가시점에서의 자발적 입원군 53명, 비자발적 입원군 47명은 입원시점과 동일하게 유지되었다.

입원형태에 따른 사회인구학적 및 임상적 특성

평균 연령은 45.77세로 확인되었다. 평가시점은 자발적 입원군에서 입원 후 6.08일, 비자발적 입원군에서 8.00일로 유의미한 차이가 있었다($p < 0.001$)(표 1). 연령, 성별, 교육수준, 결혼, 동거 유무, 직업, 종교, 의료보장 형태, 사례관리 여부, 정신과적 병력, 보호병동 입원경험 유무는 자발적 입원군과 비자발적 입원군에서 통계적으로 차이가 없었다(표 1).

입원형태에 따른 사회적 지지

사회지지척도는 자발적 입원군에서 비자발적 입원군보다 평균적으로 높기는 하였으나, 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($p = 0.091$)(표 2).

Table 1. Sociodemographic characteristics and disease-related information of patients (n=100)

	Voluntary admission (n=53)	Involuntary admission (n=47)	Total (n=100)	p-value
Time of evaluation, day	6.08±3.58	8.00±3.58	6.98±3.69	<0.001*
Age, year	47.11±12.70	44.26±12.33	45.77±12.54	0.258
Sex				0.498
Male	25 (47.2)	19 (40.4)	44 (44.0)	
Female	28 (52.8)	28 (59.6)	56 (56.0)	
Marital status				0.256
Married	7 (13.2)	3 (6.4)	10 (10.0)	
Single, divorced	46 (86.8)	44 (93.6)	90 (90.0)	
Cohabitation				0.525
Present	37 (69.8)	30 (63.8)	67 (67.0)	
Absent	16 (30.2)	17 (36.2)	33 (33.0)	
Education				0.740
Middle school	16 (30.2)	11 (23.4)	27 (27.0)	
High school	22 (41.5)	22 (46.8)	44 (44.0)	
College	15 (28.3)	14 (29.8)	29 (29.0)	
Religion				0.571
Present	35 (68.6)	31 (63.3)	66 (66.0)	
Absent	16 (31.4)	18 (36.7)	34 (34.0)	
Insurance type				0.067
National health	23 (43.4)	29 (61.9)	52 (52.0)	
Medical aid	30 (56.6)	18 (38.3)	48 (48.0)	
Past psychiatric history				0.215
Yes	50 (94.3)	41 (87.2)	91 (91.0)	
No	3 (5.7)	6 (12.8)	9 (9.0)	
Past hospitalization				0.098
Yes	48 (90.6)	37 (78.7)	85 (85.0)	
No	5 (9.4)	10 (21.3)	15 (15.0)	
Case management				0.070
Yes	16 (30.2)	7 (14.9)	23 (23.0)	
No	37 (69.8)	40 (85.1)	77 (77.0)	

Data are mean±standard deviation or n (%). *: p<0.01

입원형태에 따른 정신병리

정신병리와 관련하여 PANSS의 양성척도(p<0.001), 음성척도(p=0.010), 일반정신병리척도(p<0.001), 총점(p<0.001), PANSS-EC(p<0.001) 모두에서 비자발적 입원군이 자발적 입원군보다 통계적으로 유의하게 높은 점수를 보였다(표 2). BPRS에서도 비자발적 입원군에서 통계적으로 유의하게 높은 점수를 보였다(p<0.001)(표 2).

입원형태에 따른 사회적 기능수준

기능수준과 관련한 GAF(p<0.001), Strauss-Carpenter 기능수준 척도(p<0.001)에서 자발적 입원군이 비자발적 입원군에 비해 유의하게 높은 점수를 보였다(표 2).

입원형태에 따른 병식

K-BCIS는 자발적 입원군에서 비자발적 입원군보다 유의

하게 높은 점수를 보였다(p=0.003)(표 2). SUMD-K의 전반적 병식항목은 점수가 낮을수록 더 높은 병식을 나타내는데, 자발적 입원군에서 비자발적 입원군과 비교하여 유의하게 낮은 점수를 보였다(p<0.001)(표 2).

입원형태에 영향을 미치는 요인

변수들 중 PANSS-EC[odds ratio(이하 OR)=1.756, p=0.027], SUMD-K(OR=1.332, p=0.037)가 자발적, 비자발적 입원형태에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났다(표 3).

고 찰

본 연구는 응급입원, 행정입원을 포함한 개정법 하의 다섯 가지 입원형태가 모두 실질적으로 이루어지고 있는 시립병원이라는 특성을 이용하여 정신병적 장애 환자에서 입원형

Table 2. Factors related to voluntary and involuntary admission

	Voluntary admission (n=53)	Involuntary admission (n=47)	p-value
Social support			0.091
Total	36.962±9.481	33.298±11.958	
PANSS			
Positive scale	21.830±6.235	35.702±6.297	<0.001†
Negative scale	18.321±6.492	22.191±7.999	0.010*
General scale	36.434±7.503	58.468±12.717	<0.001†
Total	76.585±15.896	116.362±22.799	<0.001†
PANSS-EC	11.925±4.372	25.532±6.300	<0.001†
BPRS			<0.001†
Total	27.321±9.378	49.043±13.412	
GAF			<0.001†
Total	47.642±12.883	24.787±11.130	
Strauss-Carpenter Scale			<0.001†
Total	17.396±5.234	10.468±5.544	
SUMD-K			
General items	8.774±4.518	15.979±3.307	<0.001†
K-BCIS			0.003†
Total	3.906±5.513	0.574±5.424	

Data are mean±standard deviation. * : $p<0.05$, † : $p<0.01$. PANSS-EC : Positive and Negative Syndrome Scale excitement component, BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale, GAF : Global Assessment Functioning Scale, Strauss-Carpenter Scale : Strauss-Carpenter Levels of Functioning Scale, SUMD-K : Korean version of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, K-BCIS : Korean version of Beck Cognitive Insight Scale

태 관련 요인들을 알아보려고 하였다.

사회인구학적 및 임상적 정보는 두 군 간의 차이가 확인되지 않았고, 일차 지지그룹의 유무와 같은 사회인구학적 특성도 차이가 없었다. 차이를 보일 것으로 예상했던 사례관리 유무에서도 차이를 보이지 않았다. 이와 관련하여 강도가 낮은 사례관리는 비자발적 입원의 보호요인으로 작용하기 어렵다는 De Jong 등⁸⁾의 기존 연구를 바탕으로, 국내 사례관리 서비스가 나아갈 방향에 대해서 생각해 볼 수 있을 것이다. 그러나 본 연구에서 사례관리의 기간, 강도, 횟수 등에 대한 정보를 조사하지는 못하였으며, 국내 사례관리에 관한 연구에서 입원기간 감소 등 긍정적인 결과²⁰⁾를 보고하고 있으므로 추후 사례관리에 대한 추가적 평가를 진행하고, 강도, 기간 등과 연관하여 입원형태를 평가하는 것이 필요할 것이다.

사회적 지지는 두 군간 사회지지척도에서 차이를 보이지 않았다. 사회적 지지와 입원형태의 직접적인 연관성을 평가한 이전 연구는 없었으나, 병식과 사회적 지지를 다룬 연구 결과를 바탕으로 사회적 지지와 입원형태의 관계를 생각해 볼 수 있다. 기존 연구에서 일차 지지그룹이 있는 경우 더 높은 병식을 보이나, 지각된 사회적 지지와는 음의 상관관계를 보였다.²⁰⁾ 따라서, 본 연구에서 입원형태에 따라서도 차이를 보일 것으로 예상하였으나 유의미한 차이는 없었다. 이는 자기보고형식인 사회지지척도의 특성, 즉 지각된 사회적 지지를 평가한 점이 영향을 미쳤을 것으로 보인다. 지각된 사회적

Table 3. Logistic regression analyses for past, present admission type and related factors

	OR	p-value
Social support	1.155	0.081
PANSS		
Positive scale	0.755	0.149
Negative scale	0.850	0.128
General scale	0.984	0.902
PANSS-EC	1.756	0.027*
BPRS	1.076	0.509
GAF	0.952	0.247
Strauss-Carpenter Scale	0.778	0.079
SUMD-K		
General items	1.332	0.037*
K-BCIS	0.882	0.244

* : $p<0.05$. PANSS-EC : Positive and Negative Syndrome Scale excitement component, BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale, GAF : Global Assessment Functioning Scale, Strauss-Carpenter Scale : Strauss-Carpenter Levels of Functioning Scale, SUMD-K : Korean version of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, K-BCIS : Korean version of Beck Cognitive Insight Scale, OR : Odds ratio

지지와 실제 사회적 지지와는 차이가 있을 것이므로, 추후 평가방법을 보완하여 사회적 지지의 다양한 측면을 고려한 보다 구조화된 연구가 필요할 것으로 생각된다.

정신병리는 PANSS의 각 척도와 총점, BPRS의 총점 모두 비자발적 입원군에서 높은 수준을 보였다. 기존 Caballero 등⁷⁾과 Montemagni 등²⁾의 연구에서는 PANSS 중 양성척도에서

자발적, 비자발적 입원 두 군의 유의한 차이가 있다고 하였다. 이는 모든 척도에서 차이를 보인 본 연구 결과와는 다르나, 정신병리의 수준이 입원형태의 결정에 중요한 요인이 될 수 있다는 점을 공통적으로 제시하고 있다. 특히, 본 연구에서 PANSS-EC는 비자발적 입원에서 유의하게 높은 점수를 보일 뿐 아니라, 입원형태에 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 이는 기존 Montemagni²⁾의 연구 결과와 일치하며, 비자발적 입원에서 공격성이 높다는 Caballero⁷⁾의 연구 결과와도 동일하다. 따라서, 실제 임상현장에서 흥분(excitement), 즉 자타해 위험성이 입원형태 결정에 중요한 요인으로 작용하는 것을 시사한다.

기능수준에서는 자발적 입원군에서 좋은 기능수준을 보였고, 이는 Caballero⁷⁾이 입원형태에 영향을 미칠 수 있는 요인으로 환자의 기능수준을 제시한 것과 일치한다. 또한 Hustoft 등²¹⁾은 비자발적 입원에서 자발적 입원으로의 전환에 영향을 미치는 요인 중 하나가 사회적 기능수준이라고 하였다. 즉, 자발적 입원을 진행하게 된 환자군에서 더 높은 사회적 기능수준을 보이고 있고 그 차이가 통계적으로 유의하다고 보고하였다.

병식은 SUMD-K와 K-BCIS 모두 자발적 입원군에서 높은 병식을 보이는 것으로 나타났으며, SUMD-K에서 병식이 비자발적 입원에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 반면, 또 다른 병식평가 척도인 K-BCIS는 입원형태에 영향을 미치는 요인으로서는 유의미하지 않았다. 이는 자기보고척도인 평가도구에 기인한 것으로 생각되며, 병식에서 전문가가 평가한 객관적 척도가 주관적 척도보다 임상적 의미를 가질 수 있음을 시사한다. 또한, 두 척도가 정신장애에 대한 대상자의 전반적인 병식과 인지적 병식이라는 병식의 다른 요인을 평가하기 때문에 차이를 보인 것으로 생각된다. 병식과 관련된 이전 연구를 살펴보면, 정신건강복지법 개정 전의 연구이지만 Jung 등²²⁾의 연구에서 병식이 부족한 환자군에서 평균입원횟수, 강제입원율이 유의하게 많다고 밝혔다. McEvoy 등²³⁾은 병식을 가진 집단이 병식이 없는 집단에 비해 치료 충실도가 좋았으며, 증상이 악화되었을 때에도 자발적인 입원율이 높고 예후가 좋다고 하였다. De Jong 등⁸⁾의 연구에서는 병식의 부족이 강제입원에 영향을 미치는 가장 중요한 요인 중 하나라고 하였고, 이는 모두 본 연구와 일치하는 결과이다. 조현병 환자의 병식에는 정서적, 사회환경적 요인이 영향을 미친다고 알려져 있으며, 병식의 부족은 정신증의 급성기뿐만 아니라 전 기간에 걸쳐 나타날 수 있는 현상으로¹⁷⁾ 병식이 부족한 환자는 약물적, 정신사회적 치료에 대한 순응이 좋지 않은 것으로 알려져 있다. 이에 병식이 치료순응도와 관련될 수 있는 입원형태에도 영향을 미칠 것이라 예상할 수 있다. Bind-

man 등²⁴⁾은 정신병리 수준이 심각하고 병식이 낮을수록, 그리고 사회적 기능수준이 낮을수록 치료에 있어서 지각된 강요를 높게 인식한다고 하였고, 지각된 강요수준이 높은 것은 급성기 치료 이후에도 지속적으로 영향을 미쳐 치료순응도의 저하를 일으킬 수 있다고 하였다. 치료순응도의 향상과 환자의 병원 이용이 밀접한 관계가 있음을 고려할 때, 자발적 입원형태를 늘리기 위해 병식이 중요한 역할을 함을 알 수 있다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 평가시점 이후의 입원형태 전환에 대해서 다루지 못했다는 점이다. 본 연구에서 2주 이내 동의입원에서 타 입원형태로의 전환, 즉 자발적 입원에서 비자발적 입원으로 전환된 사례는 없었다. 이는 결국 처음 환자가 입원할 때의 병식, 자발성과 입원의사가 입원 2주 이내에 큰 변화 없이 유지된다는 것을 알 수 있다. 따라서, 동의입원의 신설이 법적인 측면에서 비자발적 입원을 줄이고 입원 결정 과정에서 환자의 참여와 자발성을 높이는데 기여할 수 있다는 점을 생각해 볼 수 있고, 이는 신설목적과도 부합한다. 그러나 본 연구에서 환자의 최종 입원형태를 파악하지는 않았으므로, 향후 연구에서는 평가시점을 조절하여 동의입원에서 타입원형태로 전환된 사례에 대해서도 평가하는 것이 필요하겠다. 둘째, 모든 대상자를 2주 이내 평가하였으나, 기간 내에서의 평가시점이 비자발적 입원군에서 더 늦어 차이가 있었다는 점이다. 현실적으로 비자발적 입원군에서 자발적 입원군에 비하여 초기에 동의를 얻기가 어려웠고, 이것은 비자발적 입원군의 증상이 전반적으로 더 중증도가 높았기 때문으로 생각된다. 평가시간을 72시간 이내로 동일하게 한 Montemagni 등²⁾의 연구 결과와도 결과면에서 큰 차이를 보이지 않았다.

본 연구는 국내에서 입원형태와 관련된 요인을 보는 첫 번째 연구라는 점에서 의의를 가진다. 방법적으로 정신병리, 기능수준에서 두 가지의 평가도구를 사용하였고, 병식의 평가에서도 두 가지 평가도구를 사용함으로써 평가의 정확도를 높이려 하였다. 정신건강복지법의 측면에서 동의입원의 신설이 제도적으로 비자발적 입원의 감소를 가져올 수 있음을 알 수 있었다. 임상적 측면에서는, 환자의 정신병리 중 흥분(excitement)과 병식이 영향을 미치는 것을 확인하였다. 병식이 낮은 환자에서 비자발적 입원율이 높으므로, 이러한 결과를 바탕으로 병식을 높이기 위한 제도적 접근이 필요할 것으로 생각된다. 변화 가능한 요인인 환자를 둘러싼 사회적 환경을²⁵⁾ 개선하고 지지체계를 강화시켜 병식을 호전시키는 것이 입원치료에서 환자의 자발성을 향상시키는 요인이 될 수 있을 것이다. 즉, 자발적 입원을 증가시키기 위해 정신병리의 호전을 위한 병원치료와 더불어 병식의 향상을 위해 정신사회적 중재와 지역사회 정신보건 서비스의 적극적인 개입이

필요할 것으로 생각된다. 이와 관련해 사례관리체계의 질적, 양적 수준을 높이는 것이 비자발적 입원을 막는 보호인자라는 연구 결과가 있다.⁸⁾ 따라서, 추후 이를 위한 정책적 지원, 지역사회 정신보건에 대한 지속적인 관심과 적극적 참여가 필요할 것이다.²⁶⁾ 이는 정신질환자에 대한 효율적인 치료 및 사회로의 복귀와 재활을 위한다는 정신건강복지법의 본래 취지와도 부합한다.

본 연구를 통해 향후 정신건강의학과 전문의가 입원을 결정할 때 환자 개인별로 적절한 입원형태를 결정하는 데 도움이 될 수 있을 것이며, 더 나아가 인권 보호와 환자의 권리 존중이라는 측면에서 비자발적 입원의 감소를 위한 개선방안을 마련하는 데 도움이 될 수 있을 것이라 기대한다.

결론

본 연구는 정신병적 장애 환자에서 입원형태에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 자발적 입원 환자에서 정신증적 증상이 경하고, 기능수준이 높았으며, 병식수준이 높았다. 결과적으로, 정신병리 중 흥분과 병식이 입원형태에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구 결과를 통해 향후 입원형태 결정과 비자발적 입원 감소를 위한 개선방안을 마련하는 데 도움이 될 수 있을 것이라 기대한다.

중심 단어 : 정신건강복지법 · 입원형태 · 정신증적 증상 · 병식.

Acknowledgments

이 논문은 2018년도 서울의료원 의학연구소 연구비 지원에 의하여 연구되었음.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Law.go.kr [homepage on the Internet]. Sejong: National Law Information Center [updated 2015 Nov 19; cited 2019 Jun 4]. Available from: [http://www.law.go.kr/법령/정신보건법/\(13323,20150518\)](http://www.law.go.kr/법령/정신보건법/(13323,20150518)).
- 2) Montemagni C, Badà A, Castagna F, Frieri T, Rocca G, Scalese M, et al. Predictors of compulsory admission in schizophrenia-spectrum patients: excitement, insight, emotion perception. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011;35:137-145.
- 3) Chung YI, Lee YM. Medicoethical aspect of involuntary and compulsory admission. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2012;51:107-112.
- 4) Law.go.kr [homepage on the Internet]. Sejong: National Law Information Center [updated 2019 Jun 12; cited 2019 Jun 12]. Available from: [http://www.law.go.kr/법령/정신건강증진및정신질환자복지서비스지원에관한법률/\(15907,20181211\)](http://www.law.go.kr/법령/정신건강증진및정신질환자복지서비스지원에관한법률/(15907,20181211)).
- 5) Yoon JS, Kim CY, Ahn JH. Critique of mental health welfare law in Korea: focusing on involuntary hospitalization criteria. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2018;57:145-156.
- 6) Mohw.go.kr [homepage on the Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare [updated 2017 Jul 5; cited 2019 May 20]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=340430.
- 7) Caballero JL, Martínez DC, Farré ML, Amor MM, González MB, Fresnedo AG, et al. P.1.k.009 Epidemiology of involuntary hospitalization of schizophrenic patients attended at home. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014;24:S346.
- 8) De Jong MH, Oorschot M, Kamperman AM, Brussaard PE, Knijff EM, Van de Sande R, et al. Crucial factors preceding compulsory psychiatric admission: a qualitative patient-record study. *BMC Psychiatry* 2017;17:350.
- 9) Abbey A, Abramis DJ, Caplan RD. Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic Appl Soc Psychol* 1985;6:111-129.
- 10) You SE, Kwon JH. The effects of perfectionism, social support, stress, and coping style on depression in the middle-aged woman. *Korean J Clin Psychol* 1997;16:67-84.
- 11) Kim CY, editor. *Psychiatric assessment instruments*. Seoul: Hanam; 2001. p.44.
- 12) Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-276.
- 13) Montoya A, Valladares A, Lizán L, San L, Escobar R, Paz S. Validation of the excited component of the positive and negative syndrome scale (PANSS-EC) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:18.
- 14) Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962;10:799-812.
- 15) Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766-771.
- 16) Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150:873-879.
- 17) Song JY, Kim KT, Lee SK, Kim YH, Noh JH, Kim JW, et al. Reliability and validity of the Korean version of the scale to assessment unawareness of mental disorder (SUMD-K). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2006;45:307-315.
- 18) Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004;68:319-329.
- 19) Kim YL, Yoon T, Kim MS. Cognitive insight in schizophrenic patients. *Korean J Clin Psychol* 2006;25:1011-1027.
- 20) Sohn JH, Ahn SH, Sung SJ, Ryu JM, Park JE, Cho MJ. Efficacy of case management for the community dwelling schizophrenia patients: a 36-month prospective follow-up study. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2015;54:578-586.
- 21) Hustoft K, Larsen TK, Brønnick K, Joa I, Johannessen JO, Ruud T. Voluntary or involuntary acute psychiatric hospitalization in Norway: a 24h follow up study. *Int J Law Psychiatry* 2018;56:27-34.
- 22) Jung DH, Song JY, Yum TH, Yoon DJ, Bahn GH, Kim JW. Insight and psychopathology in schizophrenics. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1998;37:1013-1021.
- 23) McEvoy JP, Applebaum PS, Apperson LJ, Geller JL, Freter S. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Compr Psychiatry* 1989;30:13-17.
- 24) Bindman J, Reid Y, Szmukler G, Tiller J, Thornicroft G, Leese M. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up--a cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:160-166.
- 25) Uh D, Lee MS, Han C, Paik JW, Kim SH. Relationship of insight with cognitive function, psychopathology and psychosocial factors in patients with schizophrenia. *Korean J Schizophr Res* 2015;18:79-85.
- 26) Kim SW. Psychosocial intervention for patients with schizophrenia. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2018;57:235-243.