

의료윤리적 측면에서 본 비자발적 강제입원

부산대학교 의학전문대학원 양산부산대학교병원 정신건강의학과실,¹
부산대학교 의학전문대학원 부산대학교병원 정신건강의학과실²

정 영 인¹ · 이 영 민²

Medicoethical Aspect of Involuntary and Compulsory Admission

Young In Chung, MD, PhD¹ and Young Min Lee, MD²

¹Department of Psychiatry, Pusan National University Yangsan Hospital, Pusan National University School of Medicine, Yangsan, Korea

²Department of Psychiatry, Pusan National University Hospital, Pusan National University School of Medicine, Busan, Korea

Received December 6, 2011
Revised May 3, 2012
Accepted May 7, 2012

Address for correspondence

Young In Chung, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Pusan National University
Yangsan Hospital,
Pusan National University
School of Medicine,
20 Geumo-ro, Mulgeum-eup,
Yangsan 626-770, Korea
Tel +82-55-360-2460
Fax +82-55-360-2932
E-mail yichung@pusan.ac.kr

Involuntary and compulsive admission can damage a patient's autonomy from a medicoethical aspect, but the patient who cannot understand information and explanations from a psychiatrist due to impaired judgment and lacks insight can have impaired judgment in certain circumstances. The decision making of a patient without substantial autonomy in a psychotic or intoxicated state can be justly neglected by the psychiatrist for the patient's sake. Compulsory admission is generally permitted only in case that a patient presents a danger to himself or others, which is not of a benefit to the patient not in danger because of the loss of the opportunity to take appropriate treatment. This enables psychiatrists not to abuse medical paternalism and to protect from the damage to patient's autonomy and civil right. Compulsive admission can be ethically justified to keep the principle of the least restrictive treatment and the patient's right to appropriate treatment. Psychiatrists should help enhance the patient's underestimated autonomy on the basis of the limited paternalism.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2012;51:107-112

KEY WORDS Autonomy · Ethics · Involuntary and compulsory admission · Paternalism.

서 론

모든 국민은 신체의 자유에 대한 기본권을 가지며, 이 기본권을 제한하기 위해서는 법률과 적법한 절차에 따라야 하고,¹⁾ 이를 제한하는 경우에도 자유와 권리의 본질적인 내용을 침해할 수는 없다.²⁾ 이는 정신질환자에게도 동일하게 적용되어야 한다. 이를 위해 정신보건법에서는 모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받아서는 안된다고 규정하고 있다.³⁾ 그럼에도 불구하고 정신질환자는 경우에 따라서 자신의 의지에 반하는 비자발적 강제입원(involuntary and compulsory admission)을 당할 수 있다. 윤리적 측면에서 비자발적 강제입원은 법적으로 신체의 자유에 대한 기본권 침해에 해당하고, 윤리적 관점에서는 환자의 자율적 선택을 무시하는 행위이다.

의사가 치료 과정에서 환자의 동의를 구하는 것은 환자의 자율적 선택을 보장하는 중요한 과정으로서, 이는 곧 환자의 존엄성과 권리를 존중한다는 의미이다. 그러나 현실적으로 정신질환자의 치료 과정에서 환자가 동의하지 않는 비자발적 강제입원이 불가피한 경우가 있을 수 있다. 일부 정신질환자에서는 치료가 필요함에도 불구하고 현실판단력이 떨어져

거나 병식이 결여되어 치료가 자신의 이익에 부합된다는 사실을 인정하지 않아 치료 자체를 거부할 수 있기 때문이다. 이럴 경우 비자발적 강제입원은 입원이 환자의 이익에 명백하게 도움이 된다는 의학적 판단에 따른 온정적 간섭주의(medical paternalism)에 의해 정당화되고, 사회는 이를 관례적으로 인정해오고 있다.

온정적 간섭주의(paternalism)의 원래적 의미는 부모가 자식을 보살피는 기본적인 원리와 실천을 뜻하는 것으로서, 개인이나 조직 또는 국가가 그들의 선호나 이익을 위해 어떤 사람의 자유나 자율성을 제한하거나 그 사람의 의지에 반하는 행동을 하는 것을 일컫는 말이다. 의사는 환자의 이익을 위하거나 환자에게 발생할 수 있는 위험이나 피해를 막기 위해, 자신의 의학적 판단에 따라 환자의 선호나 선택을 의도적으로 무시할 수 있다. 의사의 온정적 간섭주의는 환자가 간섭을 받음으로써 얻을 수 있는 이익과 자율적 선택에 의해서 얻게 되는 이익 간의 비교 평가에 따라 그 정당성 유무가 확보된다. 즉, 의사의 온정적 간섭에 의해 얻을 수 있는 환자의 이익보다 간섭에 의한 자율성의 침해로 초래되는 폐해가 훨씬 더 심각하다면, 의사의 온정적 간섭은 정당화될 수 없다.

비자발적 강제입원은 정신질환자의 자율성과 존엄성 및

인권을 심대하게 침해할 우려가 있기 때문에, 비자발적 강제 입원은 그 정당성을 확보하여 온정적 간섭주의가 남용되지 않도록 엄격하게 적용되어야 한다. 이를 위해 정신보건법에서는 비자발적 강제입원의 절차와 그에 따른 장치들을 규정하고 있다. 오늘날 정신질환도 치료의 대상이 되는 의학적 질병으로 간주된다. 따라서 정신질환도 가능한 일반적인 의학적 질병과 동일한 방법으로 치료와 입원이 이루어져야 하고, 예외적인 특수한 상황에서만 비자발적 강제입원이 이루어지되 최소구속치료(least restrictive treatment)의 원칙이 적용되어야 한다.

지역사회정신서비스를 근간으로 하는 선진국에서는 자발적 입원이 가장 보편적인 입원의 형태이고 입원기간도 대개 한 달 전후로 짧다.⁴⁾ 반면에 우리나라는 자발적 입원의 비율이 13.8%로서 선진국에 비해 턱없이 낮고, 평균입원기간도 233일로 매우 길다.⁵⁾ 자발적 입원율과 단기 입원은 그 나라의 정신보건서비스의 수준을 가늠한다는 점에서, 비자발적 강제 입원율이 높고 평균입원기간이 길다는 것은 그만큼 우리나라의 정신보건서비스 수준과 정신질환자에 대한 인권의식이 후진적임을 의미한다. 이는 정신질환자에 대한 관리나 보호가 병원 중심의 입원 관리에 의존하고 있고, 병상가동률을 높이고자 하는 민간의료기관의 입원 남용과 가족들의 입원 치료 선호 등과 같은 의료 이외의 목적에 의한 부적절 재원이 보편화된 결과다. 여기에 더해 정신의료기관과 정신질환자 가족들의 정신질환자에 대한 인권의식의 결여도 한 몫하고 있다.

저자들은 정신질환자의 비자발적 강제입원을 의료윤리의 핵심 가치인 환자의 자율성 측면에서 고찰해보았다.

환자의 자율성

의사가 환자에게 치료에 대해 설명하고 동의를 구하는 것은 환자의 자율성을 존중하는 가장 중요한 행위이다. 환자의 자율성을 존중한다는 것은 바로 환자의 존엄성과 권리를 존중한다는 의미다. 따라서 환자의 자율성은 의료윤리의 본질적이고 핵심적인 가치다. 환자의 선택이 자율적 선택으로 존중받기 위해서는 어떤 조건들이 충족되어야 할까? 이를 위해서는 우선 자율성의 의미부터 검토해볼 필요가 있다.

자율성의 개념

자율성(autonomy)이란 말은 자기 스스로(self)를 의미하는 autos와 법칙(law)을 뜻하는 nomos의 복합어로서, 자신이 설정한 규칙이나 법칙을 스스로 지키고 따르는 자기통제 혹은 자기결정을 뜻한다. 즉, 자율성이란 다른 어떠한 권위에도

구속되지 않고 실천의 절대적 원리를 스스로 통찰하여, 그것에 따라서 자기의 생활을 스스로 규제해 가는 것을 의미한다. 이는 최소한 타인의 통제에서 자유롭고, 자신의 선택을 방해하는 상황으로부터 스스로 통제할 수 있어야 함을 의미한다.^{6,7)} 즉, 자율적인 사람은 스스로 선택한 계획에 따라 자유롭게 행동할 수 있는 사람이다.

원래 자율성의 개념은 시민들에게 법을 적용시키기 위한 근거로 사용되었다. 그러나 오늘날 자율성의 의미는 개인에게 확대되어 자유, 권리, 책임, 자기인식, 자기이해, 자기결정과 같은 여러 가지 의미로 사용된다.^{8,9)} 이러한 자율성의 의미는 의료 현장에서 발생하는 안락사, 치료거부, 의사의 온정적 간섭주의, 비자발적 강제입원 등과 같은 다양한 갈등들을 해결하기 위한 중심 가치이자 핵심적인 수단으로 인식되고 있다. 자율성에 대한 올바른 이해가 중요한 이유다.

개인의 자유와 권리를 중심으로 자율성을 이해하는 입장에서 주어진 정보를 합리적으로 이해하고 판단할 수 있으면서 타인의 통제로부터 영향을 받지 않는 선택을 자율적 선택으로 간주한다. 즉, 자기통제(self governance)는 감정적 요소, 관계, 상황 등과 같은 비합리적 요소들을 가능한 배제한 상태에서 오로지 이성에 입각한 합리성(rationality)에 의해 통제되어야 한다고 규정한다.^{6,7,10,11)} 환자의 자율성을 공동체의 관습이나 가치 또는 인간관계를 무시하고 오로지 이성에 의해 스스로 선택한 규칙에 따라 자기를 통제할 수 있는 능력이나 자기결정 능력으로만 이해할 경우, 환자의 선택 속에 나타나는 다양한 특성들을 고려할 수 없다. 이러한 기준으로 환자의 자율성을 판단할 때는 자율성의 남용이 초래될 수 있다. 예컨대, 자율적 선택 능력이 있다고 판단되는 임신부에게 임신중절의 권리를 허용하거나 의사조력자살의 합법적인 근거로 환자의 자율적 선택권을 인정하는 경우를 들 수 있다.¹²⁾ 따라서 환자의 자율성을 판단할 때는 환자의 선택 속에 나타나는 다양한 특성들을 고려해야 할 필요가 있다.

환자의 자율성을 자율적 선택이란 점에서 판단할 때, 환자의 선택이 자율적 선택으로 존중받기 위해서는 주어진 정보를 이해하고 의사결정을 할 수 있는 의사결정능력(competence)과 타인의 영향으로부터 벗어나 자유롭게 선택할 수 있는 자발성(voluntariness)이 그 선결조건(precondition)으로 필요하고, 그 외 자율적 선택의 조건으로 의사의 충분한 정보 제공, 효과적인 치료방법 제시, 이에 대한 환자의 이해 등이 요구된다.¹³⁾ 환자의 자율성은 의사결정능력과 자발성의 정도에 따라 다양하게 나타나기 때문에, 환자의 동의를 구하는 과정에서 환자의 선택이 자율적 선택으로 존중받기 위해서는 자율적 선택의 선결요건과 조건들을 충족시키고 있는가에 대한 판단이 중요하다.

의사결정능력(Competence)

의사결정능력이란 모든 것을 할 수 있는 능력이 아니라 어떤 임무를 수행할 수 있는 능력이며, 그 능력의 판단기준은 행위자의 임무에 따라 상대적으로 다르다.¹⁴⁾ 즉, 의사결정능력을 판단하는 기준은 행위자의 구체적인 임무에 따라 서로 다르다. 모든 선택에서 무능한 선택을 하는 사람은 거의 없다. 경제적 업무에 대한 결정을 쉽게 처리할 수 없는 사람은 복잡한 경제적 업무에 직면했을 때 당황해하지만 의학적 치료에 대한 결정은 비교적 쉽게 내릴 수 있다.⁹⁾ 의사들은 환자의 의사결정능력을 판단할 때 질병으로 인해 능력의 일부가 무능해졌음에도 불구하고 전반적인 의사결정능력이 없는 것으로 간주하는 경향이 있다. 예컨대, 정신질환자나 물질의존자는 일상적인 일에 대해 결정할 수 있는 능력이 있음에도 불구하고 정신과 의사에 의해 의사결정능력이 없는 무능한 사람으로 간주되는 경우가 흔하다. 역으로, 의사결정능력이 있다고 판단되던 사람이 특별한 선택을 할 때 무능해질 수도 있다. 예컨대, 한 디스크 환자는 과거에 치료를 받아서 효과가 있었던 것으로 믿고 있는 방법과 동일하게 치료하기를 원했으나, 그를 치료할 수 있는 유일한 의사는 수술이 치료에 효과적이라고 믿고 그에게 수술에 동의해줄 것을 권유할 때, 그 환자는 의사의 요구를 거절할 수 없는 상황에 몰린다. 그 환자는 평소에 의사결정을 내릴 수 있는 능력은 있었지만 이럴 경우에는 그 환자가 원하는 대로 결정을 내릴 수 없다.⁹⁾ 이처럼 행위자의 의사결정능력 수준과 범위의 정도에 따라 어떤 임무는 더 잘 할 수 있고 더 못할 수도 있다. 즉, 행위자의 의사결정능력의 수준과 범위는 연속선(continuum of competence)상에 있다.^{9,15,16)} 의사결정능력의 연속선상에서 행위자의 능력은 구체적 임무나 시간에 따라 다르게 나타날 수 있다. 예컨대, 우울증을 앓고 있는 환자가 경제적인 임무는 잘 수행할 수 있지만 의학적 결정은 내릴 수 없을 수 있다.

자발성(Voluntariness)

의사는 환자의 선택이 자율적 선택인지를 확인하기 위해서는 그 선택의 자발성 여부를 판단해야 한다. 환자의 선택은 자신이 속한 사회의 관습이나 문화와 같은 외부적 요인과, 정서나 심리적 상태 같은 내부적 요인에 의해 직간접적으로 영향을 받기 때문에, 그 선택에 자발성이 얼마나 전제되어 있는지를 판단하기란 그렇게 용이하지 않다. 동의 과정에서 환자의 선택이 자율적 선택으로 존중받는데 필요한 자발성은 그 선택이 내 외부로부터 오는 모든 영향으로부터 자유로워야 한다는 뜻은 아니다.¹³⁾ 즉, 자율적 선택을 충족하는데 필요한 최소한의 자발성의 정도는 타인의 통제적인 영향을 받지 않는 상태로 규정한다.

타인의 영향이 환자에게 반드시 통제적으로 작용하는 것은 아니다. 타인의 영향이 환자에게 통제적으로 작용하는지 통제적으로 작용하지 않는지는 타인의 영향에 반응하는 환자의 능력이 개인에 따라 차이가 있기 때문이다. 예컨대, 수술이 필요한 환자에게 의사가 수술에 관한 정보를 알려주고 수술의 동의를 구할 때, 어떤 환자는 의사의 영향에 통제적이지 않는 상태에서 자율적으로 수술을 선택하지만, 어떤 환자는 수술의 권유를 강요로 받아들이고 어쩔 수 없이 동의했을 때 그 환자는 의사의 통제적인 영향을 받고 있다고 간주된다.¹³⁾

환자의 자발성의 정도를 평가하기 위해 타인의 영향을 강요(coercion), 설득(persuasion), 그리고 조작(manipulation)의 세 가지 범주로 나눌 수 있다.¹³⁾ 강요는 타인을 통제하기 위해 물리적 힘을 사용하거나 협박하는 것을 말한다. 정신질환자를 강제로 입원시키는 경우가 이에 해당한다. 설득은 의사가 환자에게 어떤 행위를 선택하도록 필요성을 제시해서 환자의 동의를 구하는 것으로, 타인에 대한 영향력이 강요보다는 덜하다. 의사는 설득 과정에서 환자의 의존적이거나 취약한 성격을 자극하지 않도록 유의해야 한다.¹³⁾ 조작은 의사가 환자에게 자신이 효과적인 것으로 생각하는 치료방법에 대한 동의를 구하기 위해, 환자에게 허위 정보를 제공하는 행위, 중요한 정보를 고의적으로 빠뜨리고 덜 중요한 정보를 제공하는 행위, 부정적인 정보는 대충 설명하고 긍정적인 정보는 과장해서 제공하는 행위 등을 말한다. 강요나 조작은 통제적인 데 비해 설득은 상대적으로 덜 통제적이다. 따라서 의사는 환자의 자발성을 존중하기 위해서 강요나 조작보다는 설득을 통해 환자의 동의를 구해야 한다.

의사가 설득을 통해 환자의 동의를 구한다는 것은 설득이 환자의 감정이 아닌 이성에 근거해야 함을 뜻한다. 환자의 취약한 성격적 특성에 따라 설득이 때로는 불필요한 두려움과 공포를 조장할 수 있기 때문에, 의사는 설득을 통해 환자의 동의를 구할 때 환자의 감정을 자극하지 않고 이성적으로 판단할 수 있도록 도와야 한다.¹³⁾ 환자의 감정적 반응을 자극해서 동의를 구하는 것은 설득의 범주에 해당되지 않는다.

강요나 조작에 의한 동의는 항상 통제적이어서 정당화될 수 없는 것은 아니며, 설득을 통한 동의라고 해서 모두 정당화될 수 있는 것도 아니다. 예컨대, 의사가 방사선촬영을 거절하는 환자의 의견을 수용하지 않고 반드시 방사선촬영을 해야 한다고 강하게 주장하여 어쩔 수 없이 환자가 이에 동의한다면, 이런 설득은 정당화될 수 없다.¹³⁾ 또한 환자가 명백히 자신의 건강에 도움이 되는 의사의 권유에 동의하지 않고 전혀 도움이 되지 않는 행위를 고집할 경우, 의사는 강요를 통해 환자를 통제할 수 있고, 이것이 경우에 따라서는 정당화될

수도 있다.¹³⁾ 환자가 어떤 선택을 해야 할지 모르고 주저할 경우, 의사는 환자에게 동의를 구하는 과정에서 긍정적인 정보를 더 강조할 수 있는데 이런 경우의 조작은 정당화될 수 있으며, 의사가 정보를 조작할 때의 문제는 위협이나 협박을 통한 동의보다는 어떤 보상이나 제안을 통해 동의를 구할 때가 더 심각하다.¹³⁾

의료윤리적 입장에서 본 비자발적 강제 입원

비자발적 강제입원의 개념

일반적으로 비자발적 강제입원(compulsory admission : 영국, involuntary civil commitment : 미국)이란 개인이 정신 질환이나 혹은 심한 사회적 결핍(social deprivation)과 자기 무시(self-neglect) 때문에 동의하지 않은 상태에서 그 개인을 시설에 구금시키는 것을 지칭한다.¹⁷⁾ 즉, 본인의 의지와는 무관하게 법적 근거나 타의에 의한 강박에 의해 강요된 비자발적 입원을 강제입원이라고 한다.

비자발적 강제입원에 대해서는 3가지 관점이 존재한다.¹⁸⁾ 첫째는 자유가 정신건강보다도 언제나 상위 가치이기 때문에 비자발적 강제입원은 어떤 상황에서도 정당화될 수 없다는 반정신과 의사(anti-psychiatrist)의 관점이다. 둘째는 의학적 모형에 따른 정신과 의사(psychiatrist)의 관점으로서 정신질환은 필요하다면 비자발적 강제입원을 통해 치료해야 할 당위성이 있다는 것이다. 이 경우에 있어서 인격장애, 신경증적 반응, 알코올이나 약물의존은 비자발적 강제입원의 당위성이 적용되지 않는다고 간주된다. 셋째는 경우에 따라서 비자발적 강제입원의 필요성을 인정하면서도 의학적 모형을 수용하지는 않는 법률가의 관점이다. 이 관점에서는 진단에서 정신과 의사들이 주장하는 전문적인 견해나 정신질환의 개념들을 수용하지 않고, 강제입원의 유일한 조건으로 자신이나 타인에 대한 위험성의 객관적인 기준을 강조한다.

정신질환은 질환의 특성상 판단력장애나 병식결여를 보일 수 있고, 이로 인해 비자발적 강제입원이 불가피한 치료적 수단이 될 수 있다. 그러나 병식이 없는 정신질환자라 할지라도 자신의 의사표현은 정상적으로 가능한 경우가 있을 수 있기 때문에, 치료 목적을 위한 비자발적 강제입원이라 할지라도 이런 경우는 개인의 자유를 속박하는 행위로 간주될 수 있다. 비자발적 강제입원은 법률적인 측면에서는 개인의 자유의지를 속박하는 인신구속에 해당하기 때문에 범죄행위가 될 수 있다. 선의의 치료행위가 법률적으로는 범죄행위가 될 수 있기 때문에 비자발적 강제입원에 대해서는 엄격한 법적 규정이 필요하다.

비자발적 강제입원의 일반적인 조건은 정신질환으로 자신

또는 타인을 해할 위험성이 있는 경우다. 위험성의 정의에 대해서는 나라마다 조금씩 차이가 있지만, 대개 두 가지 측면에서 정의된다. 하나는 '자신이나 타인에게 실제적인 위험을 줄 수 있는 위험성'이고, 다른 하나는 '중증 장애'로 최소한의 자기관리 능력도 없어 자신에게 위해가 될 수 있는 가능성이 높은 상태다.

우리나라 정신보건법에서 규정하고 있는 비자발적 강제입원에는 시장·군수·구청장에 의한 입원과 응급입원이 있고, 비자발적 강제입원의 조건으로 '자신이나 타인을 해할 위험성'을 들고 있다.¹⁹⁾ 보호의무자에 의한 입원도 환자의 자발적인 동의 없이 보호자의 동의만으로 입원이 이루어진다는 점에서 비자발적 강제입원의 범주에 해당된다. 그러나 보호의무자에 의한 입원은 위험성에 대한 명확한 규정 없이 단순히 환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전과, 입원을 요하는 정도 또는 성질의 정신질환을 입원 조건으로 삼고 있어²⁰⁾ 시장·군수·구청장에 의한 입원과 응급입원에 비해 비자발적 강제입원의 조건이 훨씬 추상적이고 완화되어 있다. 보호의무자에 의한 입원 기준은 비자발적 강제입원이 남용되는 주요한 이유가 되고 있다.

비자발적 강제입원의 의료윤리적 관점

환자가 의사로부터 치료에 관한 충분한 정보와 설명을 듣고 실질적으로 치료의 내용을 이해한 상태에서 타인의 강요 없이 의사에게 치료행위를 위임하는 것을 고지된 동의(informed consent)라고 한다.^{8,21,22)} 그런 점에서 고지된 동의는 환자의 자율적 선택을 의미하며, 환자의 동의는 의사가 치료행위를 하기 전에 반드시 거쳐야 하는 중요한 법적 과정이 되고 있다. 환자의 선택이 자율적 선택으로 존중받기 위해서는 의사가 제공하는 충분한 정보와 설명을 실질적으로 이해하고 의사결정을 내릴 수 있는 의사결정능력과 타인의 영향으로부터 벗어나 자유롭게 선택할 수 있는 자발성이 선결조건으로 필요하다.¹³⁾ 따라서 동의를 구하는 과정에서 환자의 선택이 자율적인지를 판단하기 위해서는 환자의 의사결정능력과 자발성 유무를 가장 먼저 고려해야 한다.

환자가 동의하지 않는 비자발적 강제입원은 의료윤리적 관점에서는 환자의 자율적 선택권을 침해하는 행위이다. 치료를 위한 동의 과정에서 판단력장애나 병식결여로 인해 의사가 제공하는 정보와 설명을 실질적으로 이해할 수 없는 환자는 구체적인 상황에서 자신의 이익에 부합되는 의사결정을 내리기 힘들 수 있고, 의사결정 과정에서 타인의 통제로부터 자유롭게 못할 수도 있다. 정신병적 상태나 물질중독 상태로 인해 실질적인 자율성(substantial autonomy)이 부족한 환자에 대해서 의사는 온정적 간섭주의에 의해 환자의 선택을

정당하게 무시하고 치료방법을 결정할 수 있다.^{6,23)} 온정적 간섭주의는 치료 과정에서 환자의 선택이 무시됨으로써 얻을 수 있는 이익과 환자의 자율적인 선택으로 얻을 수 있는 이익을 비교 평가함으로써 정당화될 수 있다. 즉, 온정적 간섭주의로 얻을 수 있는 환자의 이익이 자율성의 침해 정도보다 훨씬 더 클 경우에 한해서 온정적 간섭주의는 윤리적으로 정당화될 수 있다. 그런 점에서 환자의 자율성과 온정적 간섭주의는 서로 상충되는 것이 아니라 상호보완적인 것이다. 따라서 제한된 온정적 간섭주의(limited paternalism)만이 의료행위에서 정당화될 수 있고, 의사는 제한된 온정적 간섭주의 범위 내에서 환자의 불완전한 자율성을 회복시켜야 한다.²⁴⁾

의료의 일반원칙인 최소구속치료의 원칙은 정신질환자의 치료 과정에서도 동일하게 적용되어야 한다. 입원은 환자의 일상을 구속하기 때문에 가능한 한 입원은 피하는 것이 바람직하다. 즉, 입원 이외의 방법으로는 환자의 문제를 해결하기 힘든 경우에 한해서만 입원이 허용되어야 한다. 특히 비자발적 강제입원은 자발적 입원에 비해 훨씬 더 구속적이기 때문에, 치료의 마지막 수단으로 강구되고 최소구속 원칙은 더욱더 강조되어야 한다.

판단력장애나 병식결여를 보이는 정신질환자는 치료의 동의 과정에서 타인의 통제로부터 벗어나 자발적으로 의사결정을 내리기 힘들 수 있다. 이런 환자의 경우, 의학적인 상황에서 내리는 의사결정은 무능할 수 있어도 그렇다고 대부분의 일상적인 것에 대해서 내리는 의사결정까지 무능한 것은 아니다. 병식의 결여도 판단력의 장애가 아니라 정신질환에 대한 사회적 낙인이 두려워 병을 부정할 수 있다. 때문에 실질적인 자율성이 부족해서 치료에 동의할 능력이 없는 환자라 하더라도, 의사는 치료와 입원에 대한 필요성을 제시하고 동의를 구하는 설득 과정을 통해 환자가 가능한 한 자발적으로 입원할 수 있도록 적극적으로 노력해야 한다. UN은 1991년 12월 17일 총회에서 채택한 '정신질환자의 보호와 정신보건 향상을 위한 원칙'을 통해 비자발적 강제입원을 피하기 위해 모든 노력을 경주해야 한다고 규정하고 있다. 환자가 동의하지 않는 비자발적 강제입원이 불가피할 경우에 입원기간은 가능한 단기간이어야 하고, 최소한의 적절한 치료도 보장되어야 한다. 최소한의 적절한 치료가 보장되지 않는다면 비자발적 강제입원은 정당화될 수 없다.

비자발적 강제입원은 법적인 관점에서 볼 때 인신구속에 속하며 이는 신체의 자유에 대한 기본권 침해에 해당한다. 일반적으로 환자의 자율성을 존중하고 있는 사법적 전통과 의사의 온정적 간섭주의는 서로 상충되는 가치다. 대개의 법률에서는 비자발적 강제입원의 조건을 엄격하게 자신이나

타인을 해할 위험성에 국한하고 있다. 비자발적 강제입원의 조건을 위험성에만 국한할 경우, 위험하지 않는 환자는 적절한 치료를 받을 수 있는 기회를 놓침으로써 결과적으로 환자의 이익에 상충될 수 있다. 그럼에도 불구하고 비자발적 강제입원의 조건을 법적으로 명확하게 규정하는 이유는, 의사의 온정적 간섭주의가 남용됨으로써 생길 수 있는 환자의 과도한 자율성 침해를 막고 인권을 보호하기 위해서다. 비자발적 강제입원은 환자가 적절한 치료를 받을 수 있는 권리가 보장되고, 최소구속치료의 원칙이 지켜질 때 그 윤리적 정당성을 가진다. 의사의 온정적 간섭주의가 제한된 범위 내에서 환자의 불완전한 자율성을 회복하는데 적용될 때 윤리적 정당성을 갖는 이유다. 그런 점에서 가족들이 환자를 돌볼 수 없는 상황이나 의료기관의 경제적 이해 등과 같은 의료 외적인 요인에 의한 비자발적 강제입원은 윤리적으로 타당하지 못하다.

결론

환자가 동의하지 않는 비자발적 강제입원은 의료윤리적 관점에서는 환자의 자율성을 침해하는 행위이다. 판단력장애나 병식결여로 인해 의사가 제공하는 정보와 설명을 실질적으로 이해할 수 없는 환자는 구체적인 상황에서 자신의 이익에 부합되는 의사결정을 자발적으로 내리기 힘들 수 있다. 정신병적 상태나 물질중독 상태로 인해 실질적인 자율성이 부족한 환자에 대해서 의사는 온정적 간섭주의에 의해 환자의 선택을 정당하게 무시하고 치료방법을 결정할 수 있다.

비자발적 강제입원은 법적인 관점에서 볼 때 인신구속에 해당한다. 때문에 대개의 법률에서는 비자발적 강제입원의 조건을 엄격하게 자신이나 타인을 해할 위험성에 국한하고 있다. 비자발적 강제입원의 조건을 위험성에만 국한할 경우, 위험하지 않는 환자는 적절한 치료를 받을 수 있는 기회를 놓침으로써 결과적으로 환자의 이익에 상충될 수 있다. 그럼에도 불구하고 비자발적 강제입원의 조건을 법적으로 명확하게 규정하는 이유는 의사의 온정적 간섭주의가 남용됨으로써 생길 수 있는 환자의 과도한 자율성 침해를 막고 인권을 보호하기 위함이다.

비자발적 강제입원은 환자가 적절한 치료를 받을 수 있는 권리가 보장되고 최소구속치료의 원칙이 지켜질 때 윤리적 정당성을 가진다. 의사의 온정적 간섭주의가 제한된 범위 내에서 환자의 불완전한 자율성을 회복시키는 방향으로 행해져야 하는 이유다. 가족들이 환자를 돌볼 수 없는 상황이나 정신의료기관의 경제적 목적과 같은 의료 외적인 요인에 의한 비자발적 강제입원은 윤리적으로 타당하지 못하기 때문

에 가능한 지양되어야 한다.

중심 단어 : 자율성 · 윤리 · 비자발적 강제입원 ·
온정적 간섭주의.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) 대한민국헌법 [전부개정 1987.10.29 헌법 제10호] 제12조1항.
- 2) 대한민국헌법 [전부개정 1987.10.29 헌법 제10호] 제37조2항.
- 3) 정신보건법 [(타)일부개정 2011.8.4 법률 제11005호] 제2조 3항.
- 4) Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004;184:163-168.
- 5) 보건복지가족부 외. 2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서, p.100-104.
- 6) Feinberg J. Harm to Self (vol III): The Moral Limits of Criminal Law. New York: Oxford University Press;1986. p.27-47.
- 7) Hill TE Jr. Autonomy and Self-Respect. Cambridge: Cambridge University Press;1991. p.25-51.
- 8) Wear S. Informed Consent. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher;1993. p.22-23.
- 9) Pellegrino ED, Thomasma DC. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. New York: Oxford University Press;1988. p.12-14.
- 10) Downie RS, Telfer E. Autonomy. *Philosophy* 1971;178:293-301.
- 11) Mappes TA, DeGrazia D. Biomedical Ethics. New York: McGraw-Hill;1996. p.28.
- 12) Callahan D. When self-determination runs amok. *Hastings Center Report* 1992;22:52-55.
- 13) Beauchamp T, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press;2001. p.80.
- 14) Drane JF. The Many Faces of Competence. In: Edwards RB, Graber GC, editors. Bioethics. New York: Harcourt Brace Jovanovich;1988. p.169-177.
- 15) Brody BA. Life and Death Decision Making. New York: Oxford University Press;1988. p.101-104.
- 16) Grisso T, Appelbaum PS. Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1033-1037.
- 17) Martin E. A Dictionary of Nursing. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- 18) Chodoff P. The case for involuntary hospitalization of the mentally ill. *Am J Psychiatry* 1976;133:496-501.
- 19) 정신보건법 [(타)일부개정 2011.8.4 법률 제11005호] 제25조, 26조.
- 20) 정신보건법 [(타)일부개정 2011.8.4 법률 제11005호] 24조.
- 21) Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Clinical Ethics. New York: McGraw-Hill;1998. p.53-57.
- 22) Young R. Informed Consent and Patient's Autonomy. In: Kuhse H, Singer P, editors. A Companion to Bioethics. Oxford: Blackwell Publisher;2001. p.441-451.
- 23) Feinberg J. Legal paternalism. *Can J Philos* 1971;1:105-124.
- 24) Komrad MS. A Defence of Medical Paternalism: Maximizing Patient's Autonomy. In: Edwards RB, Graber GC, editors. Bioethics. New York: Harcourt Brace Jovanovich;1988. p.141-149.