

REVIEW ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2018;57(1):43-51
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

강제입원의 법적 기준에 대한 고찰 : 입원적합성 심사에 참고할 해외 사례의 소개를 포함하여

서울대학교 의과대학 의학과,¹ 서울대학교병원 정신건강의학과,²
서울대학교 의과대학 정신건강의학교실,³ 강원대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실⁴

김혜수¹ · 안용민^{2,3} · 박종익⁴

Contemplation of Legal Criteria of Psychiatric Compulsory Admission : Including an Introduction of US Case Which Can be Referred to the Assessment of the Appropriateness of Hospitalization in Korea

Hyesoo Kim, MD¹, Yongmin Ahn, MD, PhD^{2,3}, and Jong-Ik Park, MD, PhD, LLM⁴

¹Department of Medicine, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

²Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

³Department of Psychiatry and Behavioral Science, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

⁴Department of Psychiatry, Kangwon National University School of Medicine, Chuncheon, Korea

The Korean Mental Health Act has been radically reformed recently in order to improve psychiatric patients' human rights by regulating the compulsory admission process. However, the expert group brought up questions about difficulties in practice and incoherence in its philosophy before the Act was implemented. There are already discussions concerning the next revision of the Act. In such a situation, lessons can be learned from the experiences of other countries. Articles on psychiatric compulsory admission were comprehensively reviewed with the focus on legal criteria, and found that current trends worldwide include a move towards broad diagnostic criteria, use of capacity and treatability test, and treatment in the interest of health rather than safety. In addition, we introduce the Whittington scale, an assessment tool for the appropriateness of hospitalization used in the Connecticut Mental Health Center, US, as a reference for the similar procedure being implemented soon in Korea. **J Korean Neuropsychiatr Assoc 2018;57(1):43-51**

KEY WORDS Compulsory admission · Legal criteria · Psychiatric diagnosis · Dangerousness · Need for treatment · Decision-making capacity · Appropriateness of hospitalization · The Whittington scale.

Received October 24, 2017
Revised December 18, 2017
Accepted December 25, 2017

Address for correspondence
Jong-Ik Park, MD, PhD, LLM
Department of Psychiatry, Kangwon
National University School of Medicine,
156 Baengnyeong-ro, Chuncheon
24289, Korea
Tel +82-33-258-9171
Fax +82-33-254-1376
E-mail lugar@kangwon.ac.kr

서론

정신의학은 환자 본인의 의지에 반하여 치료를 강제할 수 있는 유일한 의학이며, 이는 정신의학을 다른 분야의 의학과 가장 뚜렷하게 구별 짓는 특징이다.¹⁻³⁾ 정신질환자에 대한 강제치료(compulsory treatment) 및 이를 제공하는 수단으로 가장 흔한 방식인 강제입원(compulsory/involuntary admission/hospitalization, detention 등)은, 개인의 자유를 최우선의 가치로 두는 서구사회까지 포함하여 모든 사회에서 예외 없이 허용되고 있다.²⁻⁸⁾ 선진국을 비롯한 대부분의 나라들은, 정신질환자들을 그들의 행동으로 인해 처벌을 받는 것

으로부터 보호하는 한편 치료를 강제할 수 있도록 하는 별개의 법 조항을 마련해 놓고 있다. 이처럼 정신질환자에 대한 강제치료가 전 세계적으로 허용되고 있는 것은, 정신질환이 개인의 판단력을 손상시켜 이성적인 결정을 내리지 못하도록 만드는 경우도 있다는 사실이 보편적으로 받아들여지기 때문일 것이다. 그러나 동시에, 근본적으로 개인의 자유를 침해하게 되는 강제입원의 특성상 사회적, 윤리적, 그리고 법적으로 그 정당성에 대한 논쟁이 늘 있어 왔으며, 특히 최근에는 과거 어느 때보다 높은 인권에 대한 관심과 탈원화의 흐름에 따라 강제입원에 대한 문제제기 및 그 대안에 관한 논의가 매우 활발하게 이루어지고 있다.

국내의 사정도 예외는 아니어서, 지난 2016년 4월 14일에는 정신보건법상의 강제입원 조항에 대한 위헌 여부를 놓고 헌법재판소에서 공개변론이 개최되었다. 이 ‘정신질환자 보호입원 사건(2014헌가9 정신보건법 제24조 제1항 등 위헌제청)’의 보도자료에서 밝힌 법원의 위헌제청 이유 요지 중에는 “보호입원에 대하여 객관성이 보장된 기관에 의해 공정한 판단을 받을 수 있는 절차를 마련하고 있지도 않으므로 적법절차 원칙에도 위배된다”라는 내용이 명시되어 있다.⁹⁾

한편 2016년 5월 19일에는 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(구 정신보건법 전문개정안, 이하 정신건강복지법)’이 국회 본회의를 통과하여 2017년 5월 30일부터 시행되고 있다. 기존의 정신보건법과 비교하여 개정법에서 가장 뚜렷한 변화를 보이는 부분은 강제입원과 관련된 항목들이다. 개정법에서는 강제입원인 ‘보호의무자에 의한 입원 등’과 ‘특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원’의 경우 정신과 전문의 1인에 의해서는 2주간의 진단입원만을 허용하고 그 이후로는 소속이 다른 또 한 명의 정신과 전문의의 일치된 소견이 있어야만 총 3개월의 기간에 한하여 입원 유지가 가능하도록 함으로써, 이전에 비해 강제입원의 요건을 훨씬 강화하였다.¹⁰⁾ 또한 제 45조부터 제 49조에 걸쳐서는 제 43조 및 제 44조에 의한 강제입원의 적합성 여부, 즉 ‘입원적합성’에 대한 내용을 언급하고 있는데, ‘입원적합성심사’는 위의 단락에서 언급한 ‘정신질환자 보호입원 사건’의 위헌제청 이유 중 하나인 ‘보호입원에 대하여 객관성이 보장된 기관에 의해 공정한 판단을 받을 수 있는 절차를 마련’하여 ‘적법절차 원칙’에 부합하기 위한 시도인 것으로 해석될 수 있다.

‘입원적합성’이란 이번 정신건강복지법에서 처음으로 도입된 개념으로서, 외국의 문헌들에서도 정확히 일치하는 용어를 찾기는 어렵다. 강제입원의 적용 대상 및 상황, 그리고 가해질 처치의 적합성에 대한 개념일 것이라고 용어 자체에서 유추해 볼 수는 있지만 아직 그 정확한 정의에 대한 구체적인 합의는 없는 실정이다. 이러한 이유는 물론이고 예산 확보가 되지 않은 관계로 입원적합성 심사의 시행은 아직 유보되고 있고 시범사업만 진행 중이나, 2018년 5월 30일부터는 ‘입원적합성심사위원회’를 통한 입원적합성 심사가 모든 강제입원을 대상으로 실시되기 시작할 것이다. 이러한 상황에서 ‘입원적합성’의 개념 정립 및 구체적인 기준 마련이 무엇보다 시급하다.

따라서 본고에서는, ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’에서 일컫는 ‘입원적합성’의 판단 기준과 가장 직접적으로 관련이 있을 수밖에 없는 ‘강제입원의(법적) 기준’의 전세계적인 현황을 문헌고찰을 통해 살펴

고, 각각의 기준이 가지는 의미를 세부적으로 논의하고자 한다. 그리고 마지막으로, 향후 입원적합성 심사가 법적 취지를 최대한 반영하는 형태로 시행되는 데에 참고할 수 있도록 가장 유사한 해외사례를 간략히 소개하려 한다.

강제입원의 기준

정신과 영역에서는 환자에게 강제입원을 포함하여 환자 본인의 의사에 반하는 각종 수단을 적용할 수 있으나, 이를 위해서는 1) 당사자(환자)의 기본적인 인권, 2) 공공의 안전, 그리고 3) 당사자에게 적절한 치료를 제공할 필요성이라는 세 가지 가치의 균형을 유지하여야 한다. 특히 강제입원의 기준을 마련하는 데에 있어 위에서 언급한 가치들을 적절히 반영하기 위한 법률 개정이 미국을 필두로 유럽을 포함한 전세계에서 지난 40여 년간 이루어져 왔으며, 이는 곧 의학적 모델(medical model)과 시민자유적 접근(civil liberties approach)이라는 서로 상충되는 입장의 절충안을 찾는 과정이었다고 할 수 있다. 좀 더 자세히 살펴보면, 1969년 이전까지는 대부분의 지역에서 의학적 모델에서 강조하는 치료 필요성(need for treatment)이 강제입원의 표준적인 기준이었으나, 미국 캘리포니아주가 강제입원의 필수 조건으로 ‘자신이나 남에게 해를 끼칠 위험성(dangerousness)’을 채택하는 시민자유적 입장을 취하면서 미국의 다른 대부분의 주들도 비슷한 법 개정을 차례로 내놓게 되었다. 그러나 전문가 집단을 중심으로 강제입원의 기준으로서 위험성을 강조하는 것에 대한 우려의 목소리가 높아졌으며, 위험성 기준 외의, 또는 추가의 강제입원 기준에 대한 논의도 지속되었다. 그중 1) 심각한 정신질환에 대한 신뢰할 만한 진단(a reliable diagnosis of a severe mental diagnosis), 2) 환자의 중대한 고통(major distress of the patient), 3) 효과적인 치료의 유용성(availability of an effective treatment), 4) 환자의 의사결정 무능력(patient's incompetence to decide), 5) 의사결정이 온전하다면 받아들였을, 적용된 치료의 합리성(reasonableness of applied treatment, which would be accepted by a competent person)을 강제입원의 조건으로 규정하는 Stone model이 가장 많이 논의되었으며, 이는 미국의 민사적 감금제재법(civil commitment law)을 위해 미국 정신의학회(American Psychiatric Association)가 제안한 모델의 기초가 되었다.¹¹⁾

국외 현황

위에서 언급한 대로 강제입원의 기준에 대해서는 많은 논의가 있어 왔고 그 결과 다양한 모델이 제시되어 왔으나, 각 나라나 지역의 문화적, 사회적, 역사적 특성 및 법 제도 시행

여건의 차이로 인하여 실제 적용되는 기준은 서로 다르다. 그러나 ‘정신질환’, ‘(자·타해) 위험성’, ‘치료 필요성’의 세 가지 기준이 전세계 보편적으로 통용되는 강제입원의 조건이라고 할 수 있으며, 이중 어떠한 기준들을 채택하였는지, 또는 여기에 어떠한 별도의 부가기준을 추가하였는지 정도의 차이를 보인다고 할 수 있다.^{1,2,4,5,11-17)}

구체적으로 살펴 보면, 정신질환의 존재는 어떠한 경우에도 강제입원의 필요조건이지만 충분조건은 아니다.^{14,16)} 바꾸어 말하면, 한 개인을 본인의 의사에 반해 입원시키기 위해서는 반드시 그가 정신질환을 앓고 있다는 의사의 진단을 받아야 하지만, 단지 정신질환이 있다고만 해서 그에 대한 강제입원이 법적으로 정당화되는 경우는 없다. 가장 보편적인 추가 기준은 위험성으로, 오스트리아, 독일, 프랑스(응급입원의 경우), 네덜란드, 벨기에, 미국, 캐나다의 일부 주, 일본, 그리고 중국은 정신질환과 위험성이 동시에 인정되면 강제입원을 허용하고 있다. 한편, 이탈리아, 스페인, 스웨덴은 강제입원의 기준에 위험성 대신 치료 필요성만을 단독으로 고려하고 있어, 한 개인이 시급한 치료를 필요로 하는 정신질환을 앓고 있으면 자·타해 위험성에 대한 고려 없이 강제입원을 적용할 수 있다. 반면, 영국, 아일랜드, 프랑스(정규입원의 경우), 덴마크, 노르웨이, 핀란드, 그리스, 포르투갈, 캐나다의 일부 주, 호주, 그리고 홍콩의 경우에는 정신질환이 있으면서 위험성 또는 치료 필요성이 인정되면 강제입원이 가능하다.^{1,2,4,5,11,13-19)}

국내의 경우, 정신건강복지법에서 규정한 강제입원의 기준은 정신질환과 위험성이라고 볼 수 있다. 새로운 법률 시행 이후 강제입원의 기준이 ‘정신의료기관 등에서 입원 등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우’ 또는 ‘자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원 등을 할 필요가 있는 경우’에서 **그리고**로 바뀐 것에 대한 논란이 많았으나, 이는 어찌 보면 강제입원의 보편적인 기준에 대한 이해 부족, 더 나아가 법률 규정의 모호한 표현에서 비롯된 것이라고 할 수 있다. 위에서 기술했듯이, 애초에 정신과에서의 강제입원은 정신질환만 있거나 위험성만 있어서는 가능하지 않다. 정신질환이 반드시 진단된 상태에서 위험성 또는 치료 필요성이 인정되어야 강제입원이 가능한 것이 전세계적으로 보편적인 규준이다. 그러나 국내의 법률에서는 개정 전후 모두 ‘치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우’라는 모호한 표현을 사용함으로써¹⁰⁾ 치료 필요성을 함의하는 듯하면서도, 정작 기준을 실제로 적용할 때에는 위험성만 강조하게 되는 상황을 초래하게 되었다. 따라서 다른 나라나 지역에서 처럼 정신질환, 위험성, 그리고 치료 필요성의 세 기준을

명백하게 구분부터 한 뒤에 강제입원의 기준에 대한 논의를 진행하는 것이 더 바람직하다고 판단된다. 즉, 이번 정신건강복지법에서 정신질환의 범위를 축소하고 강제입원의 기준으로 위험성을 강조한 것이 바람직한 개정 방향인지, 이러한 변화가 어떠한 의미를 가지는지에 대한 논의는 강제입원의 기준에 대한 개념을 명확히 하는 데에서 출발해야 하며, 이를 위해 위에서 언급한 세 가지 기준 각각이 가지는 의미를 좀 더 자세히 살펴보려 한다.

정신질환

정신질환에 대한 효과적인 치료방법이 부족했던 과거에 정신질환자의 강제입원은 치료적 목적보다는 억제와 수용을 위해 이루어졌고, 따라서 정신질환의 정의도 의학적인 기준보다 ‘정신의 불건전성(unsoundness of mind)’과 같은 사법적인 입장에 근거해 이루어졌다. 그러나 1980년대 이후로 대부분의 국가들은 국제적으로 공인된 의학적 진단기준에 근거한 정신질환의 판단만을 인정하게 되었는데, International Classification of Diseases-10이나 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 등에 명시된 특정한 진단명을 규정하지는 않은 채 ‘정신질환(mental disorder/illness)’이라는 광범위한 용어를 채택하는 것이 일반적인 추세이다.²⁰⁾ 덴마크와 독일 일부 주의 경우 강제입원의 기준이 되는 정신질환을 ‘정신병(psychosis)’ 및 그에 준하는 심각한 정신질환’으로 한정하고 있으나,^{1,12,14)} 이 역시 진단기준에 근거한 특정한 진단명을 명시한 것은 아니다. 강제입원을 보다 엄격히 관리하려는 각국의 법 개정 방향에도 불구하고 정신질환의 정의가 오히려 더욱 넓은 개념으로 확대되고 있는 이유는, 정신질환의 진단범위를 지나치게 축소할 경우 치료가 필요한 환자들이 본인의 의사에 반하는 입원을 통해 호전될 수 있는 기회를 놓칠 수 있어 전문가의 재량에 의해 이들이 적극적인 개입과 치료에서 소외되지 않도록 하기 위해서이다.^{1,20)} 다만 정신질환의 모호한 개념으로 인해 강제입원이 남용되는 것을 견제하기 위해 일부 국가에서는 배제기준(exclusion criteria)을 규정하고 있는데, 정신병적 증상이 없는 지적장애, 비순응(noncompliance), 물질남용, 인격장애, 난잡함(promiscuity), 성적 일탈(sexual deviance), 발달장애 등이 여기에 포함되며,^{1,5,13)} 각 나라마다 구체적인 배제진단 대상은 조금씩 차이를 보인다. 그리고 이와 같은 배제기준의 대부분은 뒤에서 상술할 치료 필요성/가능성 기준과 관련되어 마련된 것이다.

이처럼 강제입원의 기준으로서 정신질환의 진단 범위가 확대되는 전세계적인 추세에 비추어 볼 때, 최근 국내 정신건강복지법에서 정신질환자를 ‘망상, 환각, 사고나 기분의 장

에 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람'으로 규정하여¹⁰⁾ 정신질환의 의미를 축소하는 것은 오히려 세계적인 흐름에 역행하는 것이라 할 수 있으며, 이미 수없이 지적되어왔던 바와 같이 상당수의 환자들이 시기적절한 치료를 받지 못하는 결과가 초래될 것이라는 우려를 금할 수 없다.

자·타해 위험성

위에서 언급한 대로, 정신질환에 더해 강제입원을 가능케 하는 가장 흔한 추가 기준은 위험성이다. 그러나 강제입원의 기준으로 위험성을 채택한 각 나라들마다 이를 적용하는 구체적인 방식에서는 상당한 차이를 보이는데, 시민자유적 입장을 극히 강조하는 일부 국가나 지역에서는 위험성을 공공의 안전(public safety)을 위협하는 경우나 신체적 위해(physical or bodily harm)의 가능성이 있는 경우로 한정하기도 한다.^{1,5,13,14,17)} 그러나 그 외 대부분의 국가에서는 보다 넓은 의미의 위험성 기준-dangerousness보다는 risk의 의미를 가지는-을 채택하여, 정신적 또는 신체적 악화(deterioration)나 장애(disability)의 가능성 역시 위험성에 포함시키고 있다.^{5,13,18,20)} 모든 경우에 있어서 강제입원의 기준으로서의 위험성은 정신질환으로부터 비롯된 것이어야 함은 물론이다.⁵⁾

위험성, 특히 타해 위험에 대한 강조는, 개인의 자유를 구속하는 것은 해당 개인으로부터 다른 사람을 지키기 위해서만 정당화될 수 있다는 사회적 부권주의(social paternalism)의 입장이다.²¹⁾ 하지만 이러한 입장은 중대한 문제를 내포하고 있어, 강제입원을 정당화하는 데에 윤리적, 논리적 결함을 가지게 된다. 그중 하나는 정신질환자에 대한 차별이다. 범법행위를 저지르기 전까지 정신질환을 진단 받지 않은 일반인을 단지 타인에게 위험할 가능성이 있다는 이유만으로 구속할 수는 없음에도 불구하고 정신질환자에게는 그것이 가능하다는 것은 명백히 차별적이다.^{21,22)} 특히 실제 폭력적인 범죄자의 극히 일부만이 정신질환자임을 고려할 때 더욱 그러하다. 제정법과 사법제도가 대중의 인식에 미치는 영향은 막대하며,^{3,23)} 따라서 위험성에 대한 강조는 정신질환자가 제어 불가능하며 위험한 인물이라는 대중의 인식을 강화, 정신질환에 대한 낙인화(stigmatization)를 심화하는 결과로 이어져,^{1,12,19,23)} 정신질환자가 강제입원을 포함한 정신과적 개입에 극단적이고 위험한 저항을 할 가능성이 높아짐은 물론¹⁴⁾ 치료가 필요한 환자들의 정신과에 대한 심리적 접근성을 낮추게 될 것임은 자명하다.

또한 명백한 타해의 위험성을 보이지는 않으나 병식이 없어 자발적으로 치료를 받을 가능성이 없는 환자에게 강제입원을 통해 치료를 제공할 방법을 원천적으로 차단함으로써, 정

신질환자의 치료 받을 권리를 박탈하는 결과를 초래할 수도 있기 때문에 차별적이기도 하다.²¹⁾ 환자 인권의 강조를 명분으로 강제입원의 기준을 지나치게 축소하는 것은 적절한 치료 제공의 의무를 소홀히 하는 것에 다름 아니며, 극단적인 경우 정신질환자가 자신의 권리를 손에 쥔 채 죽음에 이르도록(die with their rights on) 방치하는 것이라는 비판이 전문가 집단을 중심으로 끊임 없이 제기되어 왔다.^{1,3,4,12,19-21)} 실제로 위험성 기준을 강조하는 사회에서는 정신질환자가 노숙인이나 교도소 수감자로 전락하는 비율이 상당하다는 보고가 있다.^{1,18,24)}

또 다른 문제는 위험성을 정확히 예측하기가 어렵다는 것이다.^{2,5,13,21)} 위험성에 대한 평가는 정밀과학(exact science)이라 할 수 없으며, 대부분의 법령에서도 위험성의 정의는 매우 모호하여 자의적인 해석의 여지가 막대한 실정이다.^{16,25)} 더군다나 과거 나치스와 소비에트 연방, 호주와 남아프리카 공화국 등의 역사에서 알 수 있듯이 사회적 질서 유지나 안전을 명분으로 언제든지 악용될 수 있는 위험성의 판단은 정신과 의사가 할 수도 없고, 해서도 안 되는 직무이며, 따라서 위험성에 대한 일상적인 평가는 의사의 윤리적 행위에 대한 훼손이라는 주장도 있다.^{13,21)}

국내의 경우, 이번 정신건강복지법에서는 '자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원 등을 할 필요가 있는 경우'라는 위험성의 기준을 강제입원의 필수 요건으로 강조하였다. 이러한 기준은 다른 대부분의 법령에서와 마찬가지로 보다 넓은 의미의 위험성을 규정한 것이기는 하다. 그러나 위에서 상술한 위험성 기준이 내포하는 의미를 고려한다면, 그에 대한 강조가 과연 정신질환자의 복지를 최우선으로 해야 하는 정신건강복지법의 취지에 부합하는지 고민해 봐야 할 것이다.

치료 필요성

반면, 강제입원의 기준으로 치료 필요성을 강조하는 것은 의학적 부권주의(medical paternalism)의 입장을 대변한다.²¹⁾ 의학적 부권주의에 따르면, 어떠한 개인의 자유를 구속하는 것은 다른 사람의 안전이나 이익이 아닌 해당 개인 자신의 이익을 위한 것일 때에만 정당화될 수 있다. 단, 그 개인이 이성적인 판단을 내릴 수 없는 상태임이 전제된다. 다르게 표현하면, 정신질환으로 인해 비이성적인 상태의 환자의 자유를 구속하되 이를 통해 해당 개인의 이성을 회복하도록 도울 수 있다는 상호주의(reciprocity)에 근거해야만 강제입원은 정당화되는 것이다.^{20,21)} 위험성, 특히 사회와 타인의 안전을 강조하는 좁은 의미의 위험성은 이러한 상호주의에 배치되기 때문에, 1980~1990년대에는 환자의 자율권에 초점을 맞

추어 위험성 기준을 강조하는 방향으로 각국의 정신보건 관련 법률이 개정되었던 것과는 대조적으로, 2000년대 이후 개정되는 법률들은 환자의 복지를 최우선시하는 입장에서 선진국을 중심으로 치료 필요성을 강제입원의 기준에 포함, 강조하는 추세이다.²⁰⁾

그러나 전문가의 선의를 중심 가치로 하는 이러한 입장에도 태생적인 한계가 있는데, 강제입원의 대상이 되는 개인이 정말로 비이성적인 상태에 놓여있다는 증거가 불분명하다는 것이다. 특히 정신질환자의 경우 자신의 병을 인정하지 않거나 전문가의 치료 방침에 동의하지 않는다는 사실이 자동적으로 그의 판단이 비이성적이라는 증거가 되곤 한다.^{2,19,20,22,26)} 실제로 정신질환의 존재가 곧 환자의 비이성을 의미하는 경향이 뚜렷한 정신과의 특성상 강제입원의 전제가 되는 진단 자체의 신빙성에 대한 의혹이 끊임 없이 제기되어 왔으며, 전문가의 의학적 판단에 대한 불신은 그 권위를 견제하기 위한 위험성 기준에 대한 강조로 이어진 것을 생각할 때,^{18,24)} 지금 시점에서도 전문가의 선의와 지적 양심만을 주장하며 치료 필요성을 강조하는 것은 설득력이 많이 부족하게 된다.

이러한 맥락에서 강제입원의 기준으로 치료 필요성을 언급할 때 고려되는 두 가지 측면이 있으니, 하나는 환자의 의사결정능력(decision-making capacity)에 대한 평가이다. 아직까지 의사결정능력 평가를 법률에 구체적으로 명시한 나라는 거의 없으나 이에 대한 논의는 매우 활발하게 이루어지고 있으며, 강제입원에 관한 최근의 해외 문헌의 상당수도 이에 대한 것이다.^{2,20,21,26,27)} 또한, 2003년에 스코틀랜드에서는 법 개정을 통해 정신질환자의 강제입원 결정 과정에 이를 포함시켰다고 한다.^{20,28,29)} 신체질환에 대한 치료를 강제하는 것은 금지되어 있음에도 불구하고 정신질환에 대한 치료 강제만 가능하게 하는 것은 차별적이며, 이것이 윤리적, 논리적 문제에서 자유로우려면 정신질환이 있다고 곧바로 환자의 이성적 능력이 손상된 것으로 치부할 것이 아니라 환자의 치료 거부가 비이성적 상태에서 비롯되었는지 따로 평가하는 절차가 필요함은 자명하다.^{13,20,21,26,29,30)} 이에 정신질환에 대해서 뿐만 아니라 신체적 질환의 치료를 거부하는 경우에도 환자의 거부 의사가 올바른 이성에 근거해 내려진 결정인지를 판단, 그 결과에 따라 치료적 개입을 강제할 수 있도록 법적 근거를 마련해야 한다는 움직임도 있다.^{30,31)}

나머지 하나는 치료 가능성이다. 위에서 언급했듯이 강제입원의 기준에 치료 필요성을 포함하는 이유는 환자가 치료를 통해 회복, 적어도 호전될 수 있음을 전제로 한다.^{2,19,20,21)} 환자의 관련 능력이 손상되었다는 이유로 자발적인 의사결정의 권리를 제한하는 것이 정당화되는 경우는, 권리 제한을 통해 제공된 치료가 그 능력의 회복, 최소한 일부의 회복이

라도 달성할 수 있을 때뿐이기 때문이다. 이러한 맥락에서 몇몇 국가에서는 정신질환이 있어도 치료 가능한 질환이 아니라고 판단될 경우 그 질환은 강제입원의 기준에서 배제하며, 그것이 위에서 살펴 본 정신지체, 발달장애, 인격장애 등이다.^{1,5,20)} 치료 가능성에 대한 평가 역시 아직까지는 명확하게 제시되고 있지 않으나, 치료 필요성 기준이 내포하는 의미를 고려할 때 이 기준의 적용은 곧 적절하고 효과적인 치료의 가능성을 포함하여야 할 것이다.

국내의 경우 정신건강복지법에서는 ‘정신의료기관 등에서 입원 등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우’라는 모호한 표현을 사용하여 치료 필요성 기준은 독립적으로 고려하지도 않고 있는 실정이다. 따라서 치료 필요성 기준을 정신질환의 진단과 별개로 명시하고 이를 향후 개정에서 강제입원의 기준으로 포함시키는 것이 정신건강복지법의 취지에 더욱 부합하는 방향일 것이다. 이와 더불어 환자의 의사결정능력 평가에 대한 활발한 연구와 논의가 필요함은 물론이다.

입원적합성

국내의 정신건강복지법에서는 제45조에서 제49조에 이르기까지 입원적합성에 대해 언급하고 있다. 아직까지 구체적인 시행 방안이 확정되지는 않았으나, 제48조(입원적합성의 조사)의 제1항에서 ‘입원 등을 한 사람이 대면조사를 신청하거나 입원 등의 적합성이 의심되는 등’이라고 입원적합성의 조사 대상을 규정하고 제45조 제2항에서 ‘입원 등을 한 날부터 3일 이내에 ... 사항을 신고하여야 한다’라고 명시한 것으로 보아¹⁰⁾ 그 과정은 입원환자 전수를 대상으로 한 의무적인 자동 심사(automatic review)²⁰⁾를 1차로 거친 뒤 그 결과 입원적합성이 의심되거나 판단하기가 모호한 경우, 그리고 대면조사 신청자를 대상으로 한 2차 심사로 이루어질 것으로 보인다. 그리고 1차 심사는 전수 조사라는 특성상 정신과 전문의가 아닌 정신보건전문요원에 의해 서류 심사를 기반으로 시행될 가능성이 높다.

입원적합성 심사가 환자의 인권 보호와 복지 향상을 위해 효과적인 방법인지의 여부에 대해서는 다양한 의견이 있겠으나, 이미 법률로 규정되었으며 곧 시행을 앞두고 있는 것이 현실이다. 하지만 구체적인 내용이 아직 결정되지 못한 상황에서, 비슷한 국외의 사례가 있다면 귀중한 참고가 될 것이다. 이에 본고에서는 문헌고찰을 통해 발견한, 예상되는 입원적합성 1차 조사의 형태에 가장 가까운 미국의 한 사례를 소개하려 한다.

미국의 the Whittington scale³²⁾

위팅튼 척도(the Whittington scale)는 비교적 덜 숙련된 직원도 정신보건센터를 방문한 환자의 입원 또는 상담 의뢰 필요성을 평가할 수 있도록 상세한 체크리스트의 형태로 Whittington이 제안하였다(1966). 자세한 내용을 살펴보면, 위팅튼 척도는 환자의 행동, 정신 상태(mental status), 신체적 상태, 환자의 복지(well-being)에 대한 임상가의 고려 등에 대한 질문을 포함하는 몇 개의 항목으로 이루어졌는데 중요도(intensity)에 따라 1점에서 4점까지 배점되었고, 평가자는 각 항목에 대해 전혀 없음(none)을 0점, 막대함(extensive)을 3점으로 하는 채점 기준에 따라 0, 1, 2, 3점 중 한 점수를 매겨 이를 해당 항목의 배점과 곱한 뒤 모두 더해 총점을 계산하는 방식이었다.

이 척도는 이후 몇 개의 항목이 수정되어(1966) 코네티컷 정신보건센터(the Connecticut Mental Health Center)에서 훈련된 비임상 요원이 개별적인 차트 리뷰를 통해 해당 센터

의 정신과적 관리를 질적 평가(quality assessment)하는 기준으로 사용되었다. 차트의 내용이 체크리스트의 기준에서 벗어난다고 평가되면 비임상 요원은 차트와 평가 결과를 센터의 상급 전문의에게 보냈고, 전문의는 제기된 문제점에 대한 평가를 포함하여 전반적으로 체크리스트에 맞추어 차트를 재검토하는 방식으로 진행되었다. 특히, 입원치료를 받고 있는 환자의 차트 리뷰 결과 총점이 12점 미만이면 전문의 재평가의 대상이 되었다. 척도의 구체적인 내용은 표 1과 같다.

Flynn과 Henisz는 1975년에 입원환자 100명, 비입원환자 50명을 대상으로 정신과적 입원치료 결정의 기준으로 이 수정된 위팅튼 척도의 유용성을 평가하는 예비연구를 수행하였고, 이후 1981년에는 Henisz 등이 이를 확장하여 입원환자 250명, 비입원환자 50명에 대해 같은 연구, 즉 입원적합성(the appropriateness of hospitalization)을 평가하는 기준으로서 위팅튼 척도의 유용성을 검증하는 연구를 수행하였다.

Table 1. Criteria for hospitalization

Criteria for Hospitalization		
Instructions to reviewers		
(1) Rate patient on each criterion as : none=0, slight=1, moderate=2, extensive=3. Multiply the rates by the weight shown and enter the score on each criterion. Then sum scores of each criterion for total score. (2) Ratings are to be based on the patient's condition in the 7 days preceding evaluation for hospitalization. (3) In applying the criteria, an item of reported behavior should be employed to arrive at a rating on the first criterion on the list to which it applies : Do not use the same item of behavior to score a criterion that falls later in the list (e.g., suicidal behavior should not be used in rating Criteria 4 and 5).		
	W	S
1. Is there evidence of active suicidal preoccupation in fantasy or thoughts of patient?	2	
2. Have there been suicidal attempts or active preparations to harm self (i.e., buying a gun, etc.)?	4	
3. Has the patient threatened to hurt someone else physically? (limit to verbal threats)	2	
4. Have aggressive outbursts occurred toward people?	4	
5. Have aggressive outbursts occurred toward animals or objects?	2	
6. Has antisocial behavior occurred?	1	
7. Are there evidences of impairment of such functions as reality assessment, judgment, logical thinking, and planning?	1	
8. Does the patient's condition seem to be deteriorating rapidly or failing to improve despite supportive measures?	1	
9. Are there physical or neurological conditions or a psychotic, disorganized state which require(s) hospitalization to initiate the treatment process?	2	
10. Does a pathological or noxious situation exist among patient's family or associates that makes initiation of treatment without hospitalization impossible? Or does the patient's disordered state create such difficulties for family or associates that he has to be removed and hospitalized for their sake?	1	
11. Are emotional contacts of the patient so severely limited or the habitual patterns of behavior so pathologically ingrained that the "push" of a structured hospital program may be helpful? (This criterion should not be applied to acute patients, but only to those who are so limited as to be unable to establish and maintain emotional contacts.)	1	
12. Does evaluation of the patient's condition require the 24-hour observation and special evaluation that a hospital provides (including stabilization or reevaluation of medication)? Or is patient referred for treatment of drug or alcohol dependency?	4	
Total score :		

Adapted from Henisz et al. Behav Res Methods Instr 1981;13:629-636, with permission of Springer.³²⁾ W : Weight, S : Score

척도에 따른 채점 결과 입원환자의 5.6%에 해당하는 14명이 12점 미만의 점수를 받았는데, 전문의의 재평가에 의해 최종적으로는 4명만이 부적절하게 입원을 하고 있다고 판단된 반면, 비입원환자 중 채점 결과 12점 이상을 받은 비율은 6%로 두 군 간의 뚜렷한 차이가 증명되었다. 또한 연구 결과를 분석하여 저자들은 몇 가지 항목 간의 상관관계를 발견, 채점 흐름 상의 중복(redundancy)을 피하기 위해 내용의 수정은 없이 몇 항목의 순서를 변경하여 표 2와 같은 척도를 제안하였다. 최종적으로는, 몇 차례 수정을 거친 위팅튼 척도(표 2)가 초기 입원적합성 평가 기준으로서 매우 효율적이고 정확한 도구임을 주장하였는데, 정확한 진단이 내려지기 전에도 체크리스트의 포괄적인 내용에 근거하여 입원의 필요성을 평가하기 쉽고, 총점이 12점 미만인 환자들을 1차로 가려내어 전문적인 평가가 이들에게만 집중될 수 있도록 돕는다는 면에서 특히 그렇다고 강조하였다. 한편, 이 척도가 환자의 초기평가를 위해 개발된 것이기 때문에 입원연장을 평

가하는 기준으로 사용되어서는 안 된다는 당부도 남겼다.

고 찰

19세기에서 20세기 초까지 정신의학의 주도적 흐름이었던 정신병원 운동(asylum movement)과 1960년대에서 1970년대에 사회적으로 큰 반향을 일으켰던 반정신의학 운동(antipsychiatry movement)은, 그 방향성이 서로 정반대였음에도 불구하고 역설적이게도 당시에는 모두 환자의 인권에 대한 존중을 최우선에 둔 움직임이었다.³³⁾ 이러한 사실은 절대적인 가치로 여겨지는 인권의 의미조차 시대적인 상황과 여건에 따라 다른 각도에서 해석이 될 수 있음을 시사한다고 할 수 있다.

국내의 이번 정신건강복지법 시행 역시 환자의 인권 보장을 최우선의 가치로 내세우고 있으나, 강제입원의 대상이 되는 정신질환 진단 기준의 축소와 강제입원의 기준으로서 위

Table 2. Proposed revision of the hospitalization checklist used at the Connecticut Mental Health Center criteria for hospitalization

Proposed revision of the hospitalization checklist used at the Connecticut Mental Health Center criteria for hospitalization		
Instructions to reviewers		
(1) Rate patient on each criterion as: none=0, slight=1, moderate=2, extensive=3. Multiply the rates by the weight shown and enter the score on each criterion. Then sum scores of each criterion for total score. (2) Ratings are to be based on the patient's condition in the 7 days preceding evaluation for hospitalization. (3) In applying the criteria, an item of reported behavior should be employed to arrive at a rating on the first criterion on the list to which it applies: Do not use the same item of behavior to score a criterion that falls later in the list (e.g., suicidal behavior should not be used in rating Criteria 4 and 5).		
	W	S
1. Have there been suicidal attempts or active preparations to harm self (i.e., buying a gun, etc.)?	4	
2. Is there evidence of active suicidal preoccupation in fantasy or thoughts of patient?	2	
3. Have aggressive outbursts occurred toward people?	4	
4. Have aggressive outbursts occurred toward animals or objects?	2	
5. Has the patient threatened to hurt someone else physically? (limit to verbal threats)	2	
6. Has antisocial behavior occurred?	1	
7. Are there evidences of impairment of such functions as reality assessment, judgment, logical thinking, and planning?	1	
8. Does the patient's condition seem to be deteriorating rapidly or failing to improve despite supportive measures?	1	
9. Are there physical or neurological conditions or a psychotic, disorganized state which require(s) hospitalization to initiate the treatment process?	2	
10. Does a pathological or noxious situation exist among patient's family or associates that makes initiation of treatment without hospitalization impossible? Or does the patient's disordered state create such difficulties for family or associates that he has to be removed and hospitalized for their sake?	1	
11. Are emotional contacts of the patient so severely limited or the habitual patterns of behavior so pathologically ingrained that the "push" of a structured hospital program may be helpful? (This criterion should not be applied to acute patients, but only to those who are so limited as to be unable to establish and maintain emotional contacts.)	1	
12. Does evaluation of the patient's condition require the 24-hour observation and special evaluation that a hospital provides (including stabilization or reevaluation of medication)? Or is patient referred for treatment of drug or alcohol dependence?	4	
Total score :		

Adapted from Henisz et al. Behav Res Methods Instr 1981;13:629-636, with permission of Springer.³²⁾ W : Weight, S : Score

험성의 강조는 세계적인 추세와 시대적인 흐름에 비추어 보았을 때 정신의학의 수행에 있어서 우리의 인식이 상당히 뒤쳐져 있음을 보여주는 것이다.

선진국을 중심으로 하는 현대의 추세는 보다 넓은 진단 기준의 적용, 의사결정능력 및 치료 가능성의 평가, 안전보다는 건강과 행복을 가능하게 하는 치료의 강조, 그리고 투명하고 정기적인 심사(review)의 시행이다.²⁰⁾

입원적합성심사의 도입은 심사 절차를 추가함으로써 이러한 추세에 부합하는 움직임으로 볼 수도 있으나, 여러 심사 제도가 이미 중복되고 있음을 고려하면 새로운 절차의 추가보다는 기존 제도의 시행 과정을 보다 엄밀하고 투명하게 관리하는 것이 더 효율적인 개정방향이 아니었을까 하는 의문을 제기하게 된다. 하지만 입원적합성심사의 시행이 이미 예고된 상황에서는 구체적인 내용이 법 전체의 취지와 철학에서 벗어나지 않기를 희망하는 것이 최선이며, 그러한 의미에서 위팅튼 척도라는, 국내의 입원적합성 평가와 가장 유사한 목적으로 사용된 미국의 한 척도를 소개하였다. 다만 이 척도의 가장 진보한 형태조차 30여 년 전의 것임을 고려한다면, 만약 위팅튼 척도를 참고로 하여 평가 기준을 마련하더라도 각 항목의 세부적인 내용이나 배점에 대해서는 다시 논의가 필요할 것이다. 그리고 당시 척도의 개발 목적이 입원으로 인한 보험금 등의 과도한 비용 지출을 억제하려는 사회적 압력 속에서 입원의 정당성을 증명하기 위한 수단을 마련하려는 데에 초점이 맞추어져 있었기에³²⁾ 현재 국내의 입원적합성 평가 취지와는 다소 차이가 있다는 것도 염두에 두어야 할 것이다. 또한, 특히 이 척도가 강제입원의 기준으로 위험성을 지나치게 강조하는 미국의 것이기에, 본문에서 살펴본 각 기준의 의미에 맞추어 상당한 수정이 요구된다.

다시 말하지만, 새로운 국내법에서 가장 우려되는 대목은 강제입원의 기준으로 위험성을 강조한 변화이다. 이는 낙인을 강화하여 정신질환자들이 치료를 치료로 받아들이지 못하고 처벌로 여기게 되는 결과를 초래하고 인지된 강압(perceived coercion)의 정도를 훨씬 심화시켜,^{12,34)} 정신의학 치료의 특성인 장기 치료에 협조할 가능성을 낮추고 적절한 치료 제공이 어려워져 결국 강제입원에 대한 의존도를 높이는 악순환으로 이어지게 된다.¹⁹⁾ 실제 위험성 기준을 강조하는 방식으로 강제입원의 대상을 축소한 사회에서는 예상과 달리 강제입원율이 상대적으로 높은 수준을 유지하거나 오히려 법 개정 전보다 증가하는 결과를 보인다는 보고가 많다.^{1,4,14,24)} 또한 뚜렷한 위험성을 보이지 않는 환자들은 입원의 대상이 되지 못한 채 교도소에 수감되는 경우도 증가하여, 탈원화(deinstitutionalization)의 목적을 이루기보다는 역설적으로 재수용화(reinstitutionalization) 또는 횡수용화

(transinstitutionalization)를 초래한다는 지적도 상당하다.^{35,36)} 같은 맥락에서 강제입원의 기준으로 위험성을 전혀 고려하지 않는 이탈리아나 스페인이 낮은 강제입원율을 보이고 있음은 주목할 만하다.⁴⁾ 그리고 강제입원율의 증감은 구체적인 법령 내용의 변화보다는 입원이 아닌 방식으로 치료를 제공할 수 있는 기반이 마련되어 있는지의 여부에 훨씬 크게 좌우된다는 연구 결과도 있다.^{1,37)} 따라서 위험성 기준의 강조는 철학적, 윤리적인 문제를 차지하더라도 강제입원율의 감소라는 일차적이고 표면적인 목표의 달성을 위해서도 효과적인 수단으로 보기 어렵다.

그리고 무엇보다도, 강제입원의 정당성에 대한 근본적인 논란은 강제입원의 효과에 대한 연구 결과가 나오지 않는 한 지속될 것이다. 본문에서 상술했듯이, 정신과 강제입원의 정당성을 부여하는 근거는 환자가 강제입원을 통해 이익을 얻을 수 있다는 믿음이다. 그러나 다른 방식의 치료보다 강제입원을 통한 치료가 더욱 효과적이지에 대한 연구는 전 세계적으로 전무하다. 이는 무작위 대조 연구가 윤리적으로 불가능하다는 점 등 연구 수행의 실제적인 어려움에 기인하지만, 강제입원의 효과에 대한 객관적인 증거가 없는 상태로 관습적으로 강제입원이 지속되고 있는 것은 정신과 영역의 위기를 초래할 수 있다는 우려가 전문가 집단을 중심으로 제기되고 있다. 따라서 정신질환자를 효과적으로 치료할 수 있는 수단은 강제입원뿐이라는 막연한 통념에서 벗어나 그 확실한 근거를 제시할 수 있는 연구가 반드시 필요하며, 이러한 연구야말로 정신과에 대한 낙인을 해소하고 치료 접근성을 높일 수 있는 근본적인 해결책이라 할 것이다.^{3,6,11,19,34)}

이번의 전격적인 정신건강복지법 시행은 상당한 혼란을 초래하고 있으나, 한편으로는 그 어느 때보다 법령과 제도 등 정신의학의 실제 수행 방식에 대한 뜨거운 관심과 논의를 이끌어내고 있기도 하다. 강제입원의 철학적, 윤리적, 의학적 의미 등에 대한 고민 및 각국의 관련 법 제도와 그 영향을 비교 연구한 수많은 해외 문헌들에 비해, 지금까지 국내에서는 비슷한 분야의 연구 결과나 문헌 고찰이 극히 부족한 실정이다. 그리고 이러한 관심 및 연구의 부족이 비전문가를 중심으로 한 법 개정 및 시행에 전문가 집단이 명백한 근거를 바탕으로 올바른 방향을 구체적으로 제시하지 못한 채 끌려가는 결과를 낳았다고 볼 수 있다. 따라서 이번 정신건강복지법 시행과 그 혼란스러운 결과를 계기로 하여 향후 국내에서도 강제입원을 비롯한 정신의학 수행의 방식과 그것이 내포하는 포괄적 의미에 대한 논의와 연구가 활발히 이어지기를 희망해 본다.

중심 단어 : 강제입원 · 법적 기준 · 정신과적 진단 · 위험성 · 치료 필요성 · 의사결정능력 · 입원적합성 · 위팅튼 척도.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest

REFERENCES

- Salize HJ, Dreßing H, Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients-legislation and practice in EU-member states. Final report. European Commission: Health & Consumer Protection Directorate-General Research Project. Central Institute of Mental Health;2002. Grant Agreement No. SI2.254882 (2000CVF3-407).
- Feiring E, Ugstad KN. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res* 2014;14:500.
- Jacobsen TB. Involuntary treatment in Europe: different countries, different practices. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25:307-310.
- Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe--a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:3-8.
- Zhang S, Mellsop G, Brink J, Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neurosci Bull* 2015;31:99-112.
- Høyer G. Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions. *J Ment Health* 2008;17:281-292.
- Fistein EC, Clare IC, Redley M, Holland AJ. Tensions between policy and practice: a qualitative analysis of decisions regarding compulsory admission to psychiatric hospital. *Int J Law Psychiatry* 2016;46:50-57.
- Molodynski A, Turnpenny L, Rugkåsa J, Burns T, Moussaoui D; World Association of Social Psychiatry International Working Group on Coercion. Coercion and compulsion in mental healthcare-an international perspective. *Asian J Psychiatr* 2014;8:2-6.
- ccourt.go.kr [homepage on the Internet]. Constitutional Court of Korea. 2014 Heonga9 decision, 2016. 9. 29 [cited 2016 Oct 30]. Available from: http://search.court.go.kr/ths/pr/ths_pr0101_P1.do?seq=0&cname=&eventNum=41196&eventNo=2014%ED%97%8C%EA%B0%809&pubFlag=0&cld=010200&selectFont=.
- law.go.kr [homepage on the Internet]. Mental Health Act [cited 2016 Nov 4]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=59049&ancYd=20030529&ancNo=06893&efYd=20040530&nwJoYnlnfo=N&efGubun=Y&chrClsCd=010202#0000>.
- Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:576-584.
- Riecher-Rössler A, Rössler W. Compulsory admission of psychiatric patients--an international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:231-236.
- Kallert TW, Rymaszewska J, Torres-González F. Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countries: implications for clinical practice. *Int J Forensic Ment Health* 2007;6:197-207.
- De Stefano A, Ducci G. Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: an overview. *Int J Ment Health* 2008;37:10-21.
- Brayley J, Alston A, Rogers K. Legal criteria for involuntary mental health admission: clinician performance in recording grounds for decision. *Med J Aust* 2015;203:334.
- FRA-European Union Agency for Fundamental Rights. Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
- Gray JE, McSherry BM, O'Reilly RL, Weller PJ. Australian and Canadian mental health Acts compared. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:1126-1131.
- Hiday VA. Civil commitment: a review of empirical research. *Behav Sci Law* 1988;6:15-43.
- Diseth RR, Høglend PA. Compulsory mental health care in Norway: the treatment criterion. *Int J Law Psychiatry* 2014;37:168-173.
- Fistein EC, Holland AJ, Clare IC, Gunn MJ. A comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions. *Int J Law Psychiatry* 2009;32:147-155.
- McLachlan AJ, Mulder RT. Criteria for involuntary hospitalisation. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:729-733.
- Owen GS, Spencer BWJ, Kanaan RAA. The legal and ethical framework for psychiatry. *Medicine* 2012;40:666-667.
- Perlin ML. Sanism and the law. *Virtual Mentor* 2013;15:878-885.
- Bagby RM, Atkinson L. The effects of legislative reform on civil commitment admission rates: a critical analysis. *Behav Sci Law* 1988;6:45-61.
- Helmchen H, Sartorius N, editors. Ethics in psychiatry: European contributions. Dordrecht, Heidelberg, London, New York: Springer;2010.
- Sjöstrand M, Karlsson P, Sandman L, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics* 2015;16:34.
- Banner NF, Szmukler G. 'Radical interpretation' and the assessment of decision-making capacity. *J Appl Philos* 2013;30:379-394.
- Davidson G, Brophy L, Campbell J, Farrell SJ, Gooding P, O'Brien AM. An international comparison of legal frameworks for supported and substitute decision-making in mental health services. *Int J Law Psychiatry* 2016;44:30-40.
- Doyal L, Sheather J. Mental health legislation should respect decision making capacity. *BMJ* 2005;331:1467-1469.
- Dawson J. A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD. *Int J Law Psychiatry* 2015;40:70-79.
- Dawson J, Szmukler G. Fusion of mental health and incapacity legislation. *Br J Psychiatry* 2006;188:504-509.
- Henisz JE, Etkin K, Levine MS. Criteria for psychiatric hospitalization: a checklist approach. *Behav Res Methods Instrum* 1981;13:629-636.
- Burns T. Psychiatry: a very short introduction. New York: Oxford University Press;2006. p.51-54, 93-99.
- Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W, et al. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* 1995;18:249-263.
- Fakhoury W, Priebe S. Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry* 2007;6:313-316.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005;330:123-126.
- Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A, Dubois V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:360-365.