

임상에서 정신건강의학과 의료윤리의 실제

임명호*

요약

의료윤리의 한 분야인 정신의학윤리는 강제치료와 같은 정신의학의 특성 때문에 복잡한 윤리적 갈등을 나타낼 수 있다. 저자는 정신의학윤리를 포함하고 있는 의료윤리의 기본적인 4원칙에 대해서 기술하고, 정신건강의학과 임상에서 흔히 접하게 되는 여러 가지 윤리적 상황에 대해서 임상사례와 함께 그에 대한 이론을 정리하였다. 의료윤리의 4원칙은 자율성 존중의 원칙, 악행금지의 원칙, 온정적 간섭주의를 포함한 선행의 원칙, 그리고 정의의 원칙이다. 정신건강의학과와 임상상황으로는 억제와 격리 시행에 따른 윤리적 문제, 강제입원에 대한 윤리적 문제, 비밀보장의 문제, 자율성과 타인의 이익 문제, 대리결정의 문제, 정신과 환자의 진단문제, 정신과 환자 간의 이성문제, 동의의 문제 등을 기술하였다.

색인어

정신건강의학과, 의료윤리, 임상, 실제

I. 서론

생명과학 기술의 발달과 첨단치료방법의 도입으로 인해 새로운 생명윤리분야의 문제들이 많이 발생하게 되었다. 정신의학윤리는 이러한 생명윤리 분야에서 가장 활발한 발전을 이루고 있는 의료윤리의 한 분야이다.

의학에서의 윤리적 결정은 여러 가지 과학적 지식, 시민권리, 소비자 운동, 대중교육의 증가, 법의 영향, 경제적 조건, 기타 문화적 종교적 압력 등으로 인하여 더욱 복잡한 영향을 받게 된다 [1]. 더군다나 정신의학은 인간의 복잡한 행동을 다루고 때에 따라서는 환자의 의사와 반대로 강제입원, 격리, 억제, 강제치료와 같은 고통스러운 결정과정을 거쳐야 하므로 옳은가 그른가, 좋은가 나쁜가와 같은 윤리적 결정을 하는 데 매우 복잡하게 얽혀있으며 이 때문에 정신의학윤리는 생명윤리분야 내에서도 가장 어렵고 모호한 분야로 알려져 있다[2]. 의학에서 일반적인 윤리적 지침은 ‘환자에게 해를 끼치지 말고 환자의 선택의 자유를 보호하라’는 것이다. 그렇지만 환자에게 해를 끼치지 말라는 윤리지침은 특히 강제 치료 등 정신과 치료 특성 때문에 커다란 갈등을 나타낼 수 있다[1].

정신의학에서 의학윤리를 강조하는 것은 단순히 도덕적인 진료를 하라는 것을 의미하지 않는다. 정신의학이 만나고 있는 많은 윤리적 문제들은 어떤 정답을 가지기 어려운 딜레마들이 많기 때문이다. 이러한 딜레마에 접근하기 위해서는 서로 대립되는 2가지 윤리 개념에 대한 진지한 고민, 상대방의 태도를 경청하는 태도, 자신의 입장을 합리적이고 균형 있게 주장하는 것 등이 필요하다. 또한 윤리적 진료란 자기 자신뿐만 아니라 타인과 동료들에게도 설득력을 가지고 접근할 수 있는 객관적인 사회적 성격을 가져야 한다[3].

본 저자는 정신의학윤리를 포함하고 있는 의료윤리의 기본적인 4원칙에 대해서 기술하고, 정신과 임상에서 흔히 접하게 되는 여러 가지 윤리적 상황에 대해서 사례와 함께 그에 대한 이론을 정리하여 기술하고자 한다.

II. 정신건강의학 의료윤리의 4원칙

1. 자율성 존중(respect for autonomy)의 원칙

윤리학에서 모든 인간은 이성적인 존재로 특정 환경과 상관없이 독립적이고 무조건적인 가치를 가지며, 자신의 운명을 스스로 결정할 능력을 가지고 있다고 생각한다[4,5]. 인간의 행동은 자신의 선택과 결정에 따른 것일 때만 자율적이라고 말할 수 있고 따라서 ‘자율성’과 ‘스스로에 의한 결정’은 같은 의미이다. 자율성은 개인이 ‘이성적인 인간’이라는 데서 출발한다[6]. 이러한 생각은 인간존중사상을 그 배경으로 하고 있다. 이러한 가치는 한 사람의 자율적인 선택을 존중하는 것으로 나타나며, 자율적인 선택은 곧 개개인의 자유를 인정해야 함을 뜻하는 것이다. 한 개인의 자율권 행사는 다른 사람의 자율권 행사와 갈등관계를 형성할 수 있기 때문에 누구나 자신의 자유를 가능한 한 많이 누리기 위해서는 결국 자율성에 대한 어느 정도의 제한을 수용하여야 한다.

개인의 자율성의 존중과 관련해서 의료에서는 충분한 정보를 받은 환자의 자발적인 승낙 또는 동의(consent)가 가장 먼저 나오는 윤리적인 과제이다. 말기환자에서 보존치료에 대한 환자의 거부권을 인정하거나 환자에게 어떤 특별한 시술을 할 때 ‘충분한 정보에 근거한 동의서(informed consent)를 받도록 하는 것은 자율성을 존중하는 행위이다. 그러나 자율성은 언제

나 반드시 지켜져야 하는 절대적인 진리는 아니다. 의료현장에서 개인의 자율성이 제한될 수 있는 경우가 있다. 정신과에서 극심한 정신병, 치매 환자를 강제로 입원시키는 사례가 이러한 경우의 대표적인 예가 될 것이다.

2. 악행금지(nonmaleficence)의 원칙

“남에게 해악을 가하지 말라”는 말은 가장 오래되고 기본적인 윤리지침의 하나이다.

히포크라테스의 선서에도 “나는 의술을 나의 능력과 판단에 따라 환자를 돕는 데 사용할 것이며 환자에게 해를 입히거나 환자의 상태를 악화시키는 데 사용하지 않겠노라”라는 내용이 있는데 이는 바로 악행금지의 원칙에 대한 내용이다. 환자에게 해로운 결과가 예상되는 실험이나 치료의 금지, 불필요한 생명유지장치의 철회와 같은 내용을 포함하며 잘못된 수혈이나 수술 부위가 바뀌는 것과 같이 의도적이지 않지만 부주의에 의한 경우도 포함한다[6]. 그러나 해악을 가하지 말라고 하는 것은 상대적인 것이지 절대적인 것은 아니다. 반드시 필요한 진료를 위해 환자의 몸에 해를 끼치는 악행은 정당화될 수 있으며 사전에 환자와 합의에 의해 이루어지는 진료상의 해악도 정당화될 수 있다. 그러나 의사에게는 가급적 환자에게 해가 가장 적은 진료방법을 추구해야 할 책임이 있는 것이다.

3. 선행(beneficence)의 원칙

윤리에서는 타인의 자율성을 존중하고, 타인에게 해악을 가하지 말 것을 요구할 뿐만 아니라 좀 더 적극적으로 타인의 복지에 기여하라고 요구한다. 윤리학에서는 다른 사람을 돕는 행동규범을 선행의 원칙이라고 하며, 선행의 원칙은 악

행금지의 원칙에 비해 해악의 예방과 제거는 물론 더 긍정적이고 더 적극적인 선의 실행을 요구한다. 윤리에서 일차적으로 하지 말라고 하는 금지형태의 원칙에는 더 잘 받아들이지만 다른 사람을 도와주어라 하는 형태의 원칙은 하나의 도덕적인 이상으로 보기 때문에 반드시 윤리원칙에 포함시킬 필요가 없다고 주장하는 학자도 있다.

다른 직업윤리에서는 선행은 반드시 행해야 하는 의무사항은 아니다. 타인에게 해를 끼치지 않을 의무는 있지만 그들을 도와주고 그들의 복지를 증진시켜야 하는 것은 반드시 행해야 하는 의무사항은 아니기 때문이다. 쓰러진 노숙자에게 국밥 한 그릇을 대접하였다면 칭찬받을 일이지만 그냥 지나쳤다고 해서 비난을 하지는 않는다. 이런 관점에서 선행은 의무를 넘어서는 것이다[6]. 그렇지만 의료윤리에서는 선행의 원칙을 매우 중요하게 여긴다. 의사가 응급환자를 보고 아무 조치도 취하지 않는다면 악행금지의 원칙을 위반하는 것은 아니지만, 선행의 원칙에는 어긋난 비윤리적 행위로서 비난받을 수 있다. 선행의 원칙에서는 타인의 선을 적극적으로 증진시켜야 한다고 요구한다. 여기에는 온정적 간섭주의라는 개념이 있다. 다른 진료과에 비해서 정신과는 판단능력이 상실되거나 미약한 환자를 치료해야 하는 경우가 많다[7]. 이러한 상황에서는 이성적으로 판단할 수 없는 환자의 결정보다 치료자의 판단에 의해 강제적으로 입원하고 치료해야 하는 상황이 일어나게 되는데 이는 온정적 간섭주의의 대표적인 예가 될 수 있다.

온정적 간섭주의(paternalism)란 아버지가 어린 자식을 돌보는 것과 같이 환자의 이익을 위해 환자의 동의 없이 행동하는 것을 말한다. 온정주의는 ‘아버지가 모든 것을 가장 잘 안다’라는 관점이다. 아버지와 어린 자식 간의 관계에서 아버지는 자식을 위해 무엇이 가장 좋고 이익이

되는가를 잘 안다고 가정하고 있기 때문에 그 아들에 관한 일을 결정함에 있어서 그로부터 동의 받을 의무가 없다. 이와 같이 온정적 간섭주의는 환자는 자신이 병에 대해 잘 모르고 ‘의사가 가장 잘 안다’는 전제에서 출발하고 있다. 이는 환자의 최대이익과 행복이라는 목적과 결과를 우선시하는 목적론적(teleological), 공리주의적(utilitarian) 입장이다[8]. 그런데 이러한 입장은 인간의 자율성(autonomy)—즉, 환자 스스로 결정할 수 있는 권리—을 인정하지 않는 문제점을 갖고 있다[9]. 의무론적(deontological) 입장은 의료행위의 결과가 좋고 나쁨과는 상관없이 그 의료행위가 윤리적 의무감으로 일어난 것이면 선한 것이고, 윤리적 의무감 없이 일어난 것이면 악한 것으로 본다.

이러한 두 입장의 조화는 특히 정신과 환자의 치료에 있어서 매우 중요하다. 정신과 환자는 신체적인 문제를 갖고 있는 환자에 비해서 스스로 판단할 수 있는 자율성이 상대적으로 부족하기 때문에, 그 자율성의 저하 정도에 따르는 온정적 간섭치료는 불가피하다[10]. 특히 심한 정신병 환자나 치매 환자처럼 자율적 판단능력이 상실되어 있는 환자에서는 더욱 그러하다[8]. 이 두 입장은 임상실제에 있어서도 양자택일의 문제가 아니고 상호보완의 문제이다. 말하자면 의무론적 입장을 근본태도로 하고, 공리주의적 입장을 방편으로 사용하는 것이다. 실제 임상경험에서 볼 때, 치료초기에 환자의 증세가 심하고 현실감이 부족할 때에는 온정적 간섭주의적 치료관계가 더 우세하다. 그러나 환자의 증세가 호전되고 현실감과 자율성이 회복됨에 따라 온정적 간섭주의적 치료관계는 의무론적 치료관계로 이행되어간다.

(1) 의료, 보건 분야에서 국가적 온정주의

국가온정주의는 의료의 맥락에서 전혀 거부할 수 없는 것처럼 보인다. 우리는 어떤 의사의 교육과 능력, 인격 등이 정해진 국가 면허제도와 의학계의 표준에 잘 맞을 때에 그 의사를 더욱 믿게 된다. 미국에서 20세기 초반 해도 의사들의 자격기준은 매우 낮았다[11]. 그러나 엄격한 기준을 만들고 그 기준을 엄격히 적용함으로써 미국의료의 수준이 향상되었다. 최소한 이런 규제는 일반인들이 의사에게 진료를 받는 것이 덜 위험하도록 만들었다. 건강과 관련된 국가온정주의는 일반적으로 정당화될 수 있다. 그러나 가부장적인 우려가 반영되어 있는 법률과 규제는 확실히 개인의 자유와 서로 갈등을 일으키게 될 것이다. 아마도 갈등을 해결할 수 있는 유일한 방법은 일괄타결이 아니라 쟁점별로 다루는 것이다.

Mill의 견해에 따르면, 국가의 교육관은 다음과 같아야 한다[11,12]. 즉, 아이를 교육하지 않는 것은 아이가 바람직한 존재로 발달할 수 있는 일반적인 기회를 박탈하는 것이며, 결국 이러한 행위는 범죄가 되기 때문에 가족들은 아이를 교육시켜야 한다. 마찬가지로 만일 가정이 교육의 기회를 제공하지 않는다면 국가가 이 책임을 떠맡아야만 한다. 아이에게 필요한 진료를 제공하지 않는 것은 적어도 아이에게 교육을 제공하지 않는 것처럼 심각한 손실을 주는 것이라고 생각하는 것이 논리적이다. 그러므로 만일 부모가 그 책임을 다하지 못하면 국가가 책임을 떠맡아야 한다[13].

(2) 의료, 보건 분야에서 개인적 온정주의

환자-의사관계에서 개인적 온정주의는 두 가

지 질문을 가진다[11]. 첫째, 환자-의사관계가 반드시 의사의 온정적 간섭주의에 환자가 의존하는 형태로 되어야만 하는가? 환자는 자신의 자율성의 일부일지라도 의사에게 이를 넘겼다는 생각을 하지 않도록 하여야 한다. 의사들도 명령을 내리는 사람이기보다는 충고를 제공하는 사람으로 여겨지는 것이 더 좋을 것이다. 둘째, 환자가 어느 정도까지 자율성을 포기해야하는가? 또한 의사가 합법적으로 행사할 수 있는 온정주의의 한계는 어디까지인가?

4. 정의(justice)의 원칙

의료의 수요와 분배, 보험급여와 관련된 분배 문제 등을 다루는 문제이다. 그러나 획일적 분배는 올바른 정의가 아닐 수 있다. ‘누구에게 사회적 선을 얼마만큼 배분해야 하는가?’ 하는 문제를 다루는 것을 분배정의라고 하는데, 마치 피자를 나누듯이 만인을 평등하게 대하자는 공평의 원리, 각 사람의 필요에 따라 분배하자는 수요의 원리, 공적에 따라 분배하자는 기여의 원리, 노력한 만큼 분배하자는 노력의 원리 등이 분배 정의의 중요한 쟁점들이다[6]. 실제로는 많은 제도가 개발되어 있고 다수의 사람들이 치료가 필요함에도 불구하고, 적절한 치료를 받지 못하고 있는 것이 현실이다. 앞으로 사회정의 차원에서도 많은 개선이 필요하다[1].

III. 임상 실제에서의 정신과 윤리

1. 억제와 격리시행에 대한 윤리적 문제

[사례] A씨는 25세 남자환자로 “주변에 타인들이 나를 해치려고 한다”는 피해망상을 주소로 보호자들과 함께 응급실에 내원하였다.

환자는 입원을 원하지 않았지만, 보호자들은 입원을 원하였다. 최근 가족을 대상으로 환자의 폭력 과거력이 있어 모두들 환자를 두려워하고 있었다. 정신과 의사는 보호자들과 상의 후 입원동의서를 받았고 환자에게 수면 주사제를 투여 후에 수면 중에 강제로 보호병동에 입원을 시켰다. 환자는 격리실에서 깨어난 이후에 강제입원에 대해서 강한 분노감을 표현하면서 병실의 벽과 유리창을 계속 치고 음식을 집어던지며 침대를 엮어놓는 등의 위협행위로 인해 주치의는 병동치료진과 상의 후 억제제대를 시행하기로 하였다.

억제(restraint)는 환자의 팔다리를 침대에 묶어서 신체활동을 직접적으로 제한하는 방법이며, 격리(isolation)는 환자를 보호실 또는 안정실이라고 불리는 작은 방 안에서 일정시간 동안 있도록 함으로써 신체적인 활동을 제한하는 방법이다[1]. 국내의 억제와 격리의 사용실태를 살펴보면, 대학병원 입원환자의 19.5%가 격리실을 경험하였으며, 정신과병원 입원환자의 15.3%, 국립정신병원 입원환자의 17.6%가 각각 억제를 경험한 것으로 보고되었다. 이러한 결과는 외국 주립병원에서 보고한 3.5%~4.6%의 억제 경험과 비교하여 큰 차이를 보이고 있다[14]. Fisher [15]는 억제와 격리는 환자의 손상을 예방하고 초조감(agitation)을 감소시킬 수 있는 효과적인 방법이며, 이러한 억제와 격리조치 없이 환자의 행동을 조정하는 것은 거의 불가능하다고 하였다. 또한 억제와 격리를 사용하는 주요 근거는 환자 자신과 타인에 대한 신체적 손상과 위험을 예방하고 안전을 확보하는 것에 있다[14,16,17]. 현실적으로 임상 최전방에서 공격적인 환자에 대해 신체적 손상을 감수해야 하는 정신과 의사의 입장에서는 환자의 문제행동에

대한 불안이 높다. 또한 정신병원의 관리 인력이 양적 질적으로 매우 부족한 현실상황에서 억제와 격리는 응급환자에 대한 효과적인 대처방법이기도 하다. 빠르고 적극적인 대처 및 치료로 인한 비용의 절감효과도 있을 것이다. 난폭한 한 환자 때문에 병동 내의 다른 환자에 미칠 파급적인 효과도 조기에 차단함으로써 병동의 빠른 안정화에도 기여할 수 있다. 그러나 억제와 격리는 환자의 신체적 자유와 존엄성을 손상시키는 행위이다. 이러한 행위는 환자에게 수치심을 느끼게 하고, 치료자에 대해 불신감을 갖게 하는 행위이다. 또한 과연 억제가 안전하고 효과적인 방법인지, 또한 억제를 시행함으로써 얻는 이익이 위험보다 크다고 할 수 있는지에 대한 의문이 있다[18].

억제와 격리는 행동수정(behavioral modification)이라는 행동치료방법의 하나로서 사용된다. 행동수정은 일차적으로 환자의 치료순응도를 높이기 위해서 사용되며, 전체 병동환자들을 대상으로 한 규정에 의해 시행되거나, 문제행동의 가능성이 있는 개별 환자에 대해서 설정된 행동목록에 의해 시행된다[19]. 초기의 고전적 행동치료는 기계적이며 권위적이고 환자 자신이 원하지 않는 강제적 행동변화를 강화시킨다는 비윤리적인 문제점으로 비판받아왔다. 현대의 행동치료는 그러한 비판을 수용하고 환자에 대해서 좀 더 인간적이고 인지적인 접근으로 변화하였으며 행동수정보다는 자기조절을 목표로 하고 있다. 또한 불가피하게 윤리적으로 강한 정당성에 의해 강제와 억제가 시행되었다고 하더라도 이를 시행하는 방법과 태도가 잘못되었다면 이는 심각한 문제가 될 수 있다. 목적의 정당성이 수단을 정당화할 수는 없기 때문이다[20].

온정적 간섭주의에 의한 행위가 정당화되기 위해서는 다음과 같은 조건을 만족해야 한다[5].

첫째, 온정적 간섭주의에 의한 행위가 위험성을 예방할 수 있거나 그 행위의 이익이 반대로 환자의 독립성의 손실과 침해당한 느낌을 능가하는 경우이다. 둘째, 환자의 상태가 자율적인 선택을 할 수 있는 능력이 심각하게 제한되어 있는 경우이다. 셋째, 이러한 행위가 유사한 다른 상황에서도 보편적으로 정당화될 수 있을 때이다. 넷째, 온정적 간섭주의의 행위 대상자(환자)가 이러한 행위에 대해 동의했거나 동의할 예정이거나 혹은 이성적이라면 동의할 것이라고 여겨질 경우이다. 자타해의 위험성이 높은 정신과 환자들에서 온정적 간섭주의에 의한 억제와 격리는 상기의 조건으로 보면 충분히 타당한 행위로 인정될 수 있겠다. 임상적으로 억제와 격리가 시행된 환자에서도 비가역적인 상태의 환자와 달리 정신과 환자는 시간이 지나면서 이성적인 판단능력이 회복되는 경우가 많기 때문에 입원 중에도 지속적으로 환자의 자율성에 대해서 평가함으로써 이성적인 판단능력을 확인하여야 한다.

별의 의미로 억제와 격리를 사용하는 것은 형평성의 문제와 더불어 매우 예민한 윤리적 문제이다[20]. 형평성의 기준은 윤리적인 잣대여야 하며 환자가 남이 아니라 나에게 문제를 보였는가 하는 감정적인 잣대이거나, 피해자가 의사나 간호사와 같은 치료진이나 아니면 다른 일반인이나에 따라 달라지는 차별의 잣대가 되어서도 안될 것이다. 또한 처벌의 공정성에 대한 강조보다는 환자의 욕구, 바람에 대한 이해를 기초로 한 개별적이고 치료적인 관점으로 접근하며, ‘억제와 격리를 시행할 것인가?’에 대한 판단은 공정성에 기반한 기계적인 기준이 아니라 ‘무엇이 환자에게 이로운 것인가?’하는 선의의 차원에서 이루어져야 보다 정의로울 것으로 보인다. 제한설정(limit setting)이나 자극을 감소시키기 위한 치료적 방법으로서 억제와 격리를 시행

하는 것은 적절한 적응증으로 인정되지 않으며, 폭력행동과 관련된 응급상황에서 최후의 선택으로 이용하도록 권고하고 있다[14,16]. 최근에는 제한설정, 타임아웃, 치료적 포용(therapeutic holding) 등의 덜 제한적인 방법을 먼저 사용하고 이러한 방법이 실패하면 억제와 격리와 같은 더 강제적인 방법을 시행하도록 권고하고 있다[21].

2. 강제입원에 대한 윤리적 문제 (치료받을 권리와 치료를 받지 않을 권리)

전통적 의료모델에 따르면, 필요하다면 일시적으로 환자를 강제로 입원시켜서 치료해주는 것이 옳은 일이며 이러한 행위가 환자와 가족과 사회에 더 도움이 되므로 얼마든지 정당화될 수 있다고 생각한다. 이러한 입장은 목적론적(te-leological) 입장이며, 공리주의적 입장이다. 즉 ‘그 행위가 윤리적으로 옳은가?’의 판단근거는 ‘그 행위가 사회적으로 얼마나 유익한 결과를 끼칠 수 있는가?’에 있다고 보는 것이다[22]. 그러나 이러한 전통적 의료모델의 반대되는 입장은 다음과 같다. 정신질환을 갖고 있다는 그 자체가 무슨 범죄 행위는 아니며, 이들 역시 일반인들과 똑같은 인권과 삶을 누리며 살아갈 권리가 있다고 생각한다. 정신과 환자들도 자신이 받게 될 치료방법을 선택할 수 있는 권리가 있으며 자신이 치료를 거부할 때에는 그러한 권리까지도 인정해주어야 한다는 입장이다. 이러한 입장은 의무론적(deontological) 입장이다[22,23].

만일 환자가 동의하지 않을 때에 어떠한 치료도 시행할 수 없다면, 정신과 환자 중 얼마나 되는 사람들이 치료를 받을 수 있겠는가? 하는 질문이 제기된다[22]. 자유에 대한 지나친 강조는 그것에 의한 부작용을 초래할 수 있다. 강제입원

에 대한 환자의 거부를 자유로 규정한다면, 정신과 환자가 질환에 사로잡혀 고통을 받는 것으로부터의 자유는 무시하는 경향을 보이게 된다는 것이다. 그렇지만 거꾸로 강제입원을 정당화하기 위하여 정신과 환자들의 공격성, 위해성을 지나치게 과장하는 경우도 있을 수 있다[22]. 정신과 환자들이 정신병원을 탈출했다는 뉴스가 마치 감옥을 탈주한 흉악범들의 이야기처럼 다루어지는 것은 잘못이다. 이는 일반인들이 정신질환자에 대한 공포를 갖게 하고, 정신질환자들은 사회에서 격리되어야한다고 잘못 생각하도록 유도할 수 있다. 반복적으로 병원을 탈출하는 환자는 억제와 격리라는 벌을 주어야 하는 행위가 아니라, 그러한 환자의 욕구를 이해하고 한편으로 치료에 대한 목적을 이해시키고 질병을 인식하도록 도와주는 개별적 접근이 우선적으로 필요할 것이다[20].

한편 ‘현실화되지 않은 위험성 때문에 한 인간의 자유를 억압할 수 있는가?’하는 의문이 생길 수 있다[22]. 한 개인의 위험성을 정확하게 예측하는 것은 사실상 불가능하다. ‘폭력적 행동을 예측하기’의 저자인 Monahan과 Steadman [24]은 ‘어떠한 심리적 검사도 폭력을 예측하는데 있어서 신뢰성 있는 진단능력이 없으며 기본적인 수준의 정확성조차도 갖고 있지 못하다’라고 지적하였다. 또한 특정 정신병과 폭력적 행위와의 연관성도 밝혀진 것이 없다. 예를 들어 정신분열증이 일반인들에 비해서 더 폭력적인 것은 아니다. 최근 정신과 환자의 입원치료에 상당한 변화가 일어났다. 항정신병 약물의 괄목할 만한 발전과 여러 가지 정신과 치료방법의 과학적 발전으로 인하여 입원치료가 점차로 줄어들고 있다. 이러한 변화로 정신과 환자의 강제 입원 혹은 억제 및 격리에 대한 문제로 인한 자율성의 침해 문제는 점차 감소하게 되었다[8]. 미국 내

에서 최근 30년 동안 주정부는 정신병 환자를 되도록 강제입원을 시키지 않는 방향으로 움직여 왔다[11]. 정신질환자이지만 시민으로서의 권리를 보호해야한다는 운동이 법적 사회적 정책 변화의 주요 요인이 되었다. 대부분의 주에서 강제적 입원 및 정신과 치료에 대한 적응증은 어떤 개인이 자신의 신체에 해를 가하거나, 다른 사람에게 해를 끼치거나, 정신적으로 이상을 초래할 수 있는 경우로 한정된다. 또한 강제입원이 되었다고 하더라도 일정기간이 지나면 합법적으로 치료를 계속할 수 있을지를 결정하기 위한 법정 관리를 필요로 한다. 정신과 환자의 강제입원에 대한 윤리적 결정을 할 때에 가장 근본적인 것은 환자의 자율성에 대한 올바른 평가—즉 환자가 얼마만큼 충분한 설명에 근거한 동의를 할 수 있는 능력을 갖고 있는가?—이다[8].

3. 비밀보장(confidentiality)의 문제

[사례] C씨는 34세 남자로 결혼 6년째이다. 최근에 골절상으로 수술을 받다가 우연히 후천성면역결핍증(AIDS)에 걸렸다는 사실을 알게 되었다. 과거 결혼 전에 회사업무로 베트남에 1년간 파견 기간이 있었는데 이 기간에 만났던 현지 여성으로부터 이환된 것으로 추정되었다. 우울증상을 나타내어 정신건강의학과로 전과되었다. 환자는 정신과 주치의와 상담 중에 이 사실을 자신의 아내에게 절대 비밀로 해달라고 요청하였다.

히포크라테스의 선서 중에서 “나는 환자가 나에게 알려준 모든 것에 대하여 비밀을 지키겠노라”라는 구절이 있다. 환자가 치료받는 중에 의사에게 말한 내용을 비밀로 지키는 것은 의사의 당연한 의무이다[8]. 특히 정신과 의사는

정신치료의 특성상 환자의 비밀과 사생활에 대한 비밀보장의 문제가 보장되어야 한다[25]. “법적으로 요구되거나 개인이나 사회의 안녕을 보호하기 위하여 요구되지 않는 이상, 의사는 의료 행위 중에 알게 된 환자의 비밀이나 환자의 문제 등을 밝히지 않을 수 있다”라는 미국의학협회의 의사윤리강령은 이런 점을 지지해 주고 있다. 미국정신의학회 등의 관련 협회에서는 비밀보장과 사생활보호를 위해 환자의 서면동의나 혹은 법의 요청에 의해서만 정보를 유출하도록 규정하고 있다[5,26,27]. 정신과 의사는 프라이버시(privacy)의 권리와 면책특권(privilege) 권리를 갖게 되는데, 프라이버시는 개인의 사생활이 외부에 알려지지 않고 외부에 간섭받지 않을 권리이며 면책특권이란 환자가 치료 중에 이야기한 비밀스런 내용을 사법적 상황에서 밝히지 않을 수 있는 권리이다[8]. 그러나 이러한 면책특권의 권리에 대한 예외상황이 나타날 수도 있다. 미국 캘리포니아에서 있었던 Tarasoff 사례(1976)는 환자의 개인적 비밀보장과 사회적 공공안전에 대한 유명한 판례이다[28]. 이는 환자가 가지고 있었던 제3자에 대한 강한 공격성과 해를 끼칠 수 있는 구체적 계획을 정신과 의사가 상담 중에 알게 되었을 때에 그것을 어떻게 처리할 것인가?에 대한 내용을 다루었던 재판이었다. 결과적으로 정신치료자는 위험한 환자로부터 해를 받을 수 있는 제3자를 보호하기 위해서 합리적인 조치를 취할 수 있다는 판결이 나왔다. 그렇지만 이 판결은 정신과 의사에게 많은 논란을 불러일으켰다.

이와 같이 환자의 비밀보장을 위협하고 있는 현대사회에서 정신과 의사의 윤리적 갈등은 대체로 두 가지 역할 간의 갈등이다. 첫째는 개인 환자의 치료자로서 환자의 최상의 이익을 보호해야 하는 역할이고, 다른 하나는 공중보건전문

가와 시민으로서 공중복리를 책임지는 역할이다. 그렇지만 정신과 의사의 기본태도는 환자의 비밀을 최대한 보장하는 것을 우선해야한다. 정신과 치료의 경우 환자의 비밀보장이 없는 한 치료적 동맹 즉, 의사-환자관계의 형성이 불가능하기 때문이다[29]. 뿐만 아니라 환자의 비밀보장은 환자의 자율성 존중을 전제로 하고 있고, 자율성 존중은 정신과 치료의 근본적인 목표인 자율성 회복과 직결되고 있기 때문이다[8]. 우리나라는 특히 가족주의적 가치가 강하게 자리잡고 있어서, 이미 성년이 된 환자에 대한 정보일지라도 치료자가 부모에게 알려 주어야 한다고 강하게 믿고 있고 실행을 한다. 이러한 생각의 근거에는 부모는 항상 자식을 보살피 주고 도움을 주는 사람으로서 어떠한 잘못이라도 감싸줄 수 있으며 자식에 대한 정보가 부모에게 비밀보장의 영역에 해당되지 않는다는 강한 가족중심적 가치가 자리 잡고 있기 때문이다.

환자에게 진정으로 도움을 주기 위해서는 치료자가 바로 결정을 내리는 것보다는 환자의 가치, 선택, 상황에 대한 보다 세심한 평가가 우선해야 할 것으로 보인다. 또한 치료자는 환자의 진정한 선택이 아니라고 판단될 경우에 치료적 관계를 통해 환자가 스스로 진정으로 원하는 것을 깨닫도록 도와서 치료자의 결정이 아니라 환자의 결정이 될 수 있도록 하는 돌봄의 윤리에 근거한 지혜가 필요할 것으로 보인다. 정보에 대한 접근대상이 부모가 아니라 배우자의 경우에도 치료자는 배우자와 환자의 관계가 어떤지, 배우자가 환자에 대한 애정이 있는지, 배우자가 환자를 도와주려는 의지가 있는지 등의 관계적 요소에 대한 세심한 평가를 하고 환자가 진정 원하는 것이 무엇인지 가족이 인식하도록 도와서 환자가 스스로 결정할 수 있도록 도와준다면, 선행의 원칙에 근거하면서도 환자의 자율성을 존중

할 수 있는 지혜로운 접근이 될 수 있을 것으로 생각된다[20].

4. 자율성과 타인의 이익

치료거부의 문제는 환자와 환자 이외의 다른 사람의 이익이 연관될 때에 복잡해진다. 예를 들면 부모의 신념이 아이들의 의학적 치료를 막는 경우이다[11]. 부모가 아이의 최선을 결정하는 것은 원칙적으로 인정되지만, 매우 특별한 상황의 경우에는 예외적이다. 예를 들면 정신병이 있거나 임상적으로 우울증이 심한 부모 혹은 보호자의 경우에는 환자의 복지문제를 결정하도록 허락할 수 없다. 정신이 온전한 성인 환자가 자신을 위한 의학적 치료를 피하거나 거부한다고 해도 자율성의 원리는 이것을 허락하는 공공정책을 지지할 것이다. 그러나 스스로 사고하고 결정할 수 있는 능력이 없는 사람의 이익이 관련된 경우에는 그 사람을 위해로부터 보호할 수 있는 정책을 따르는 것이 합리적일 것이다. 그러므로 자기 아이의 복지에 대해서 부모의 권리를 제한하는 것을 정당화하기 위해서는 누구도 해를 받아서는 안된다는 원칙에 호소할 수밖에 없다. 즉, 부모가 행동하거나 행동하지 않음이 아이에게 해가 되는 것이라면 아이를 위한 결정을 내리기 위해 부모의 자유를 제한하는 것이 정당화될 수 있다고 말할 수 있다. 따라서 법원이나 위임된 보호자 등과 같은 제 삼자가 아이의 최선의 이익을 대변하도록 할 수 있다.

5. 대리결정(surrogate decision making) 사례

[사례] E씨는 극심한 만성 알코올 중독 및 치매 증상으로 2년째 입원 중인 보호환자이다. 장기치료를 인한 문제가 지적되어 치료진

병동회의에서 퇴원을 고려하였다. 보호자는 혼자 사는 외아들뿐이었는데 경제적으로 매우 어렵고 어릴 때부터 부친과 사이가 좋지 않았으며 부친을 돌보겠다는 의지가 없었다. 보호자는 부친이 퇴원하면 계속 술을 마실 것이고 집에서 데리고 있을 수 없으니 이 병원에서 치료해주지 않는다면 어느 곳이든 받아 줄 수 있는 다른 요양원을 알아보겠다고 한다. 주치의의 생각으로는 퇴원 후에 더욱 시설이 안 좋은 병원이나 요양원으로 환자를 입원시킬 가능성이 높았다.

의사결정능력이 없는 환자를 위해 대신 결정해주어야 하는 경우가 필요할 수 있다. 대리자는 환자가 정상적일 때 미리 지정해둘 수도 있고 법원에 의해 지정될 수도 있다. 대개 가족이나 가까운 친척이 된다[1]. 환자의 입원에 대한 가족의 결정권은 대리결정의 영역에 해당하는데 Beauchamp과 Childress [5]는 환자가 치료를 선택할 것인지 거부할 것인지 선택할 수 없을 때는 병원, 의사 및 가족이 결정을 내리는 것이 정당화될 수 있다고 설명한다. 대리결정의 기준은 환자를 가장 잘 알고 있는 사람을 대리인으로 선정하여 환자가 자율적 능력이 있을 경우에 내렸을 법한 결정을 따르거나 환자가 사전에 가족들에게 남긴 말 등을 참고하여 사전의 자율적 결정에 따르거나 혹은 다양한 선택이 가져올 이익과 손실을 비교하여 환자에게 최선의 결정을 내리는 것을 포함한다.

상기 사례는 가족이 자신의 가치와 판단에 의하여 퇴원을 보류하는 결정을 내리고 있으며 그것이 환자의 이익을 제한하고 있는 것으로 보인다. 이러한 경우 치료자는 환자 가족의 결정을 그대로 수용하기보다는 환자의 재활을 위해서 가족을 이해시키고 환자의 사회적응에 대한

희망을 심어주며 가족이 환자의 이익을 도모할 수 있는 진정한 의미의 대리결정을 내릴 수 있도록 도와주어야 할 것이다. 퇴원 후 환자는 결국 가족에게 가야 하는데 가족이 환자를 돌볼 의사가 없는 경우 이렇다 할 방법이 없을 뿐만 아니라 현실적으로 의사가 종용하여 퇴원을 시킨다 하더라도 이후 가족에 의해 더 시설이 낙후된 병원으로 입원할 가능성이 크다. 결국 환자에게 더 나쁜 결과를 초래하지 않기 위해 어쩔 수 없이 장기 입원을 받아들여야 하는 경우도 생각해볼 수 있을 것이다. 정신과 의사가 입원을 연장함으로써 환자를 장기 입원하도록 하는 것이 표면적으로는 악행금지의 원칙을 위반한 비윤리적 행위로 보이지만, 여러 가지 사회적 요소들과 맞물려 오히려 환자의 이익을 위해 선택되는 현실에서 무엇이 윤리적인가? 하는 문제는 매우 어렵고 복잡한 결정인 것이다. 결국 대리자 자신이 최선이라고 판단하는 대로 결정하는 것이 아니라, 대리자가 환자의 입장에서 생각할 때 무엇이 최선인가?를 생각하도록 하는 것이 가장 중요하다.

6. 정신과 환자의 진단

[사례] 20세 된 남자 대학생이 1년 전부터 시작된 동성애를 주소로 내원하였다. 외관상은 여성스러운 모습이었으나 심층 면담 및 종합심리검사상에서는 동성애 경향이 매우 심각하지는 않은 것으로 나타났다. 지속적인 면담치료 중에 환자는 “곧 군대에 가게 되는데, 군대에 가면 적응하기 힘들 것 같다”는 말을 자주 하였다.

임상적으로 정신과 환자의 진단은 의학적인 측면뿐만 아니라 여러 가지 측면을 고려하여 판

단하게 되며, 객관적인 사실에 의해서만 결정되는 것이 아니라 그 시대가 가지고 있는 사회적 문화적 가치문제를 포함하여 이루어진다[22]. 그러한 예로써 성주체성 장애의 범주는 과거에 비해서 점차로 축소되고 있으며 섭식 장애의 진단기준은 과거에 비해서 확장되고 있다. 최근에 이루어진 정신과 진단기준인 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V) [30]는 정신과 장애의 범주를 과거에 비해 전반적으로 더욱 확장하였다는 비판을 받고 있다.

한 번의 정신과적 진단으로 인해 사회적으로 환자가 받게 되는 낙인(stigma)의 문제는 정신과에서 매우 오래된 문제이다[22,31]. 아직도 정신질환자에 대한 사회의 태도는 좋지 않은 선입견을 갖고 있는 것이 사실이다. 한편, 치료자가 누군가에게 정신병이라는 진단을 내리는 것은 진단받은 이들을 단순히 의학적 환자로 만들어 주어서, 그들을 윤리적 법적 책임으로부터 벗어나게 해주는 결과만을 가지게 할 수 있으므로 정신과 진단을 붙이는 것에 더욱 신중해야 한다[22]. 미국이나 국내에서도 임상현장에서 정신과 진단을 이용하여 병역을 기피하려는 사회적 문제를 종종 보고하고 있으며 최근에는 성범죄자가 성도착증의 정신과적 진단을 근거로 감형을 선고받는 경우가 있었다.

7. 정신과 환자 간의 이성 문제

[사례] 개방 병동에 입원해 있는 18세 우울증 남자 A와 22세 조울증 여자 환자 B가 병원 근처에서 자주 함께 있는 것이 목격되었다. 간호사는 최근 환자와의 면담 중에 두 환자가 병동 내에서 성적관계를 가졌다는 내용을 듣게 되었다. 치료진은 병동회의에서 이 문제를 상

의하고 양측 부모에게 알리고 두 환자 모두 퇴원을 권유하는 것으로 결정하였다.

이성에 대한 관심을 가지고 관계를 형성해 나가는 것은 인간의 기본적인 욕구의 하나로서 발달단계를 통하여 누구나 자연스럽게 겪는 경험이며 또한 개인의 자유이며 사생활의 영역이다. 그렇지만 정신과 병동에서 환자들 간의 이성관계가 나타날 경우 치료진들은 성적인 관계로 이어질 것을 두려워하며 이에 대한 환자 가족들과 사회로부터 오는 책임 추궁에 대해서 두려워한다. 치료자는 환자가 자율적인 의사에 따라 결혼과 출산을 결정할 수 있으며 이성교제 또한 환자의 사생활이므로 침해해서는 안 될 영역이라고 생각하면서도, 또 다른 한편으로 환자들의 결혼과 임신에 대한 부정적인 치료자의 경험으로 인해 실제로는 환자들의 결혼 및 출산을 우려하게 된다.

정신과 환자의 결혼에 대한 연구를 보면, 정신과 환자들의 경우 60% 이상에서 결혼에 대한 욕구가 있으며, 76%가 자녀 출산을 원하는 것으로 보고되었다[32]. 그러나 결혼을 한 정신과 환자가 별거와 이혼을 하였거나, 부정적인 결혼 상태에 놓여있는 경우가 43.8%로 나타났다[33]. 이는 가족, 치료진, 그리고 일반인들의 우려가 추정만은 아니라는 점을 보여주고 있는 결과이다. 그렇지만 이러한 단편적인 연구보고 외에 정신질환자의 결혼과 출산의 문제를 공론화하여 사회적으로 드러낸 적이 아직 없었다[20]. 치료자는 정신질환자의 이성 관계, 결혼과 이혼, 출산에 대해 사전에 충분한 윤리적 교육을 받은 적이 없으며, 이 때문에 임상에서 이러한 문제를 마주치게 되면 혼란스러운 가치를 나타내게 된다. 결혼과 임신에 대한 결정은 개인적인 영역이지만 정신질환자의 정신적인 상태가 결혼생활을 유

지하는 능력과 크게 관련이 되어 있고 또한 결혼 생활과 임신, 육아와 같은 상황에서 오는 스트레스가 병을 재발시킬 수 있으며 특히 임신의 경우 환자의 투약문제와도 밀접하게 관련되어 있는 만큼 단지 환자와 가족의 문제만으로 생각할 수는 없다. 환자와 가족들은 그런 이유로 치료자에게 결정을 부탁하거나 조언을 구하는 경우가 많고 치료자는 이에 어떻게 대답하는 것이 옳은지 주저하게 된다[33].

8. 동의(informed consent) 문제

[사례] 정신과 의사가 자신의 동료에게 담당환자에 대한 정신치료 녹취 내용을 들려주었다가 환자가 알게 되었다. 의사는 환자에게 본인의 교육목적을 위하여 녹취가 필요하다고 미리 동의를 구했지만, 환자는 내심 거절하기 어려웠다. 또한 동료에게까지 사적인 개인 내용을 상의할 수도 있다는 내용에 대해서는 과연 그 당시에 설명을 들었는지의 여부에 대해 의구심이 들었지만 당시에 서면동의 혹은 설명서를 받지 못했고 기억이 잘 나지 않았다.

동의에 대한 법률적인 원칙은 환자에게 알릴 것은 다 알리고 그들의 치료방법을 선택할 권리를 존중하라는 것이다[22]. 그러나 이 법은 더 복잡하고 미묘한 윤리적 책임에 대하여 어떻게 환자를 존중해주어야 하는지를 지시하지 못하고 있다. 법정신의학에서는 그동안의 법률적 문제에 대한 경험 때문에 동의를 꼭 서식으로 제대로 남길 것을 강조한다. 그러나 판단능력이 떨어진 정신과 환자에서 병의 내용과 각 치료방법의 장단점 등을 설명하고 환자가 어느 하나를 선택하게 하는 것이 과연 의사로서의 책임을 다하는 것인가? 아니면 오히려 책임을 회피하는 것인가?

하는 의문이 많이 제기되었다. 실제로 정신과 의사들이 가지고 있었던 미묘한 윤리문제들의 책임소재를 환자에게 떠넘기는 역할을 하였던 경우도 있었기 때문이다. 동의는 일회적으로 시행되는 것이 아니다. 불가피하게 환자를 강제 입원시키는 것을 윤리적으로 허용하기는 하지만, 동시에 환자를 강제 입원에 동의하도록 하기 위해서는 입원 중에도 지속적으로 동의할 수 있도록 설득하여야 한다. 다행히 정신과 환자의 다수는 입원치료를 지속적으로 받으면서 점차로 이해와 판단능력이 좋아지기 때문에 초기 입원 시에 치료를 부정하였던 환자들이 입원 치료 중에 치료를 받아들이는 경우가 많다. ㉞

REFERENCES

- 1) 민성길. 최신정신의학. 서울 : 일조각, 2006.
- 2) Fulford K. Psychiatric Ethics: A Bioethical Ugly Duckling. eds by Gillon R, Lloyd A. Principles of Health Care Ethics. Chichester : John Wiley and Sons, 1994 : 681-695.
- 3) Dyer A. Ethics and Psychiatry: Toward a Professional Definition. New York : American Psychiatric Press, 1988.
- 4) Ross W. The Foundation of Ethics. Oxford : Clarendon Press, 1939.
- 5) Beauchamp TL, Childress JF. Principle of Biomedical Ethics (4th ed). New York : Oxford University Press, 1994.
- 6) 한국의료윤리학회. 전공의를 위한 의료윤리. 서울 : 군자출판사, 2011.
- 7) Radden J. Psychiatric ethics. Bioethics 2002 ; 16(5) : 397-411.
- 8) 한국의료윤리학회. 의과대학 학습목표에 기초한 의료윤리학. 서울 : 계축문화사, 2001.
- 9) Chodoff P. Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. Am J Psychiatry 1984 ; 141(3) : 384-389.
- 10) Munetz M, Galon P, Frese F. The ethics of mandatory community treatment. J Am Acad Psychiatr Law 2003 ; 31(2) : 173-183.
- 11) 박석건. 의료문제의 윤리적 성찰. 서울 : 단국대학교 출판부, 2001.

- 12) Mill J. Utilitarianism, Liberty, Representative Government, London : JM Dent and Sons, 1968.
- 13) Waithe M. Why Mill was for paternalism. Int J Law Psychiatry 1983 ; 6(1) : 101-111.
- 14) Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of recent literature. Harv Rev Psychiatry 2000 ; 8(5) : 261-270.
- 15) Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry 1994 ; 151(11) : 1584-1591.
- 16) Taxis JC. Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. Issues Ment Health Nurs 2002 ; 23(2) : 157-170.
- 17) Greenberg D. Involuntary Psychiatric Commitments to Prevent Suicide, ed by Edwards R. Psychiatry and Ethics. Buffalo : Prometheus, 1982 : 283-298.
- 18) Moss RJ, La Puma J. The ethics of mechanical restraints. Hastings Cent Rep 1991 ; 21(1) : 22-25.
- 19) Reich WT. Encyclopedia Bioethic. New York : Macmillan, 2004.
- 20) 조민정. 정신과 병동 간호사가 인식하는 윤리 문제에 대한 사례 분석: 원칙주의를 중심으로. 박사학위논문. 이화여자대학교 대학원, 2005.
- 21) Kozub ML, Skidmore R. Least to most restrictive interventions. A continuum for mental health care facilities. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2001 ; 39(3) : 32-38.
- 22) 전우택. 정신의학과 윤리. 신경정신의학 1993 ; 32(1) : 14-27.
- 23) Kant I. Grounding for the Metaphysics of Morals. Indianapolis : Hackett, 1983.
- 24) Monahan J, Steadman HJ. Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment. Chicago : University of Chicago Press, 1994.
- 25) Gabbard G. Disguise or consent. Int J Psychoanal 2000 ; 81(6) : 1071-1086.
- 26) Appelbaum PS. Privacy in psychiatric treatment: threats and responses. Am J Psychiatry 2002 ; 159(11) : 1809-1818.
- 27) American Psychiatric Association. Principles of Medical Ethics: With Annotations Especially Applicable to Psychiatry (2001 edition). Washington : American Psychiatric Association, 2001.
- 28) Wexler D. Patients, therapist, and third parties: the victimological virtues of Tarasoff. Int J Law Psychiatry 1979 ; 2(1) : 1-28.
- 29) Radden J. Notes towards a professional ethics for psychiatry. Aust N Z J Psychiatry 2002 ; 36 : 52-59.
- 30) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Arlington : American Psychiatric Association, 2013.
- 31) Chadwick R, Aindow G. Treatment and Research Ethics, ed by Radden J. The Philosophy of Psychiatry. New York : Oxford University Press, 2004 : 282-295.
- 32) 문승연. 정신장애인의 결혼생활에 대한 탐색적 연구. 석사학위논문. 이화여자대학교 대학원, 2002.
- 33) 서일석. 정신분열증 환자의 결혼생활에 대한 고찰. 신경정신의학 1981 ; 20(4) : 451-458.

Practice of Psychiatry Ethics in the Clinical Applications

LIM Myung Ho*

Abstract

Psychiatric ethics, which is a field of medical ethics, could show complicated ethical conflicts due to the characteristics of psychiatry such as involuntary treatment. The author described the four basic principles of medical ethics including psychiatric ethics, and organized the clinical cases and theories of various ethical situations that are common in the clinical applications of psychiatry. The four principles of medical ethics are the principle of respect for autonomy, the principle of non-maleficence, the principle of beneficence including paternalism, and the principle of justice. The clinical situations of psychiatry described in this study include ethical problems relevant to restraint and isolation, ethical problems relevant to involuntary hospitalization, confidentiality problem, problems relevant to autonomy and others' benefit, surrogate decision making problem, problems relevant to the diagnosis of psychiatric patients, problems relevant to the relationships with the opposite sex between psychiatric patients, and agreement problem.

Keywords

psychiatry, ethics, clinical applications, practice

* Department of Psychiatry, Dankook University: Corresponding Author