

## 외상 후 정신 장애의 장애 평가에 대한 정신과 전문가의 일반 의견

이병철\* · 류성곤\* · 정한용\*\*†

### Opinion of Experts about Psychiatric Evaluation after Trauma in Korea

Boung Chul Lee, M.D.,\* Sung-Gon Ryu, M.D.,\* Han Yong Jung, M.D.\*\*†

#### ABSTRACT

**Objectives** : The evaluation of disability after trauma in psychiatry is relatively subjective compared with other departments. A consensus among evaluators could improve reliability of evaluations. We compared disability rate of common psychiatric disorders without definite brain injury depending on their diagnosis from experienced evaluators in Korea.

**Methods** : A written questionnaire was mailed to each evaluator and the reply was analyzed. The questions included disability rate ranges of postconcussional syndrome, PTSD and depression. Other questions related with admission for evaluation, expected duration of treatment, life expectancy and need of supporting person were also asked.

**Results** : Range of disability rate were from  $8.6 \pm 4.5\%$  to  $26.6 \pm 12.8\%$  in postconcussional syndrome, from  $10.4 \pm 6.8\%$  to  $36.4 \pm 13.8\%$  in PTSD and from  $10.0 \pm 4.6\%$  to  $30.6 \pm 10.3\%$  in depressive disorder. There were lots of diversity in expected duration of treatment with psychiatric disability. Decline of life expectancy and need of supporting person were considered at least 50% of disability.

**Conclusion** : There is much diversity in evaluation of psychiatric disabilities with disability rate and expected duration of treatments even among experienced evaluators. A common consensus among experts may increase reliability of psychiatric evaluations after trauma.

**KEY WORDS** : Psychiatric disability · Postconcussional syndrome · Post traumatic disorder · Depression.

#### 서 론

장해란 '어떤 질병이나 수상을 입어서 사회적, 직업

적 혹은 학업 기능을 비롯한 일상생활에서 그 기능을 상실한 것'이다.<sup>1)</sup> 사고 이후 장애의 판정은 의료의 여러 분야에서 예민하고 중요한 문제이며 정신과에서도 차차 그 중요성이 더해가고 있다. 신경외과나 정형외과

\*한림대학교 의과대학 신경정신과학교실

Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Hallym University, Chuncheon, Korea

\*\*순천향대학교 의과대학 부천병원 신경정신과학교실

Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Soonchunhyang University Bucheon Hospital, Bucheon, Korea

†교신저자 : 정한용, 420-767 경기도 부천시 원미구 중동 1174

전화) (032) 621-5063, 전송) (032) 621-5018, E-mail) hanyjung@schbc.ac.kr

등 사고 관련 장애를 다루는 다른 과와는 달리 정신과 는 환자의 정신활동과 행동이라는 좀 더 추상적이고 고 차원적인 정신기능을 평가하게 되며 다른 과보다 객관 적인 검증 자료가 상대적으로 부족한 것이 사실이다.<sup>2)</sup> 하지만 더욱이 실질적인 뇌 손상이 있는 환자라고 하더라도 임상 양상과 병리학적 소견이 일치되지 않는 경우도 적지 않다.<sup>3)</sup> 정신 장애는 증상의 많은 부분을 보호자, 환자의 진술에 의존하거나 치료자의 관찰에 의해서 판단해야 한다. 증상도 한가지 손상에 의해 연관된 한 부위의 기능 장애가 오는 것이 아니고 동일한 부위의 두부 손상에서 오며 어떤 경우는 충동성의 조절문제가, 다른 경우는 우울한 기분의 문제가 두드러지는 등 다양한 양상으로 나타나기도 한다. 또한 사고 이후뿐만 아니라 사고 이전의 기능 정도나 행동양상들도 판정에 고려 해야 하는 경우들이 많으며 증세도 일정한 경과가 예측 되는 것이 아니라 같은 손상에도 빠른 회복을 보이는 경우가 있는가 하면 수년간 호전과 악화를 반복하는 경우도 있다.<sup>4)</sup> 이러한 현실은 각 개인의 장애 평가에서 치료자의 주관적인 판단이 많은 영향을 미치게 되는 원인이 되며 이런 주관성은 결국 환자와 치료자 모두에게 불만족스러운 결과를 가져오는 경우가 드물지 않다. 미국에서는 미국 의사 협회에서 가이드라인을 만들어<sup>5)</sup> 현재 제5판까지 출판하였으며 이 또한 지속적으로 보완해 나가고 있는 중이며 우리나라에서는 2008년 11월 현재 근로복지공단에서 전문가 의견을 통해 기존의 장애 평가기준에 대한 보완, 수정 작업을 하고 있는 상태이다. 이러한 작업들에는 각 치료자들의 의견을 모으는 것이 중요하며 본 연구에서는 이러한 치료자들의 개인차이를 전제로 하고 정신과 장애 평가 경험이 많은 정신과 전문

의들을 대상으로 정신과 장애 평가에 대한 내용들에 대한 일반적인 인식을 비교해 보고자 하였다.

## 방 법

정신과 정신 장애의 평가에 경험이 많은 정신과 전문 의 선생님들을 연구자들의 주관적인 평가로 선정하여 2007년 9월 4일 '외상 후 정신 장애 평가와 관련된 설문 질의'를 우편으로 보내고 이에 대한 회신을 받아 정리하였다. 질의 내용은 평가자들 개인의 장애 평가 관련 경력과 정신과 정신 장애 평가에 대한 일반적인 인식에 대한 질문, 상이한 증례 9개에 대한 장애율과 각각의 부속적인 질문들에 대한 대답을 얻는 것으로 하였다. 질문 의 내용은 표 1과 같았다.

회신률은 100%였으며 각 테이머에 대한 기술적인 표현은 statistica를 사용해 평균과 표준편차를 제시하였고 다른 내용들은 빈도표를 이용해 표시하였다.

## 결 론

정신 장애 평가 경험이 많은 응답자 25명의 전문의 재작기간은 평균 17.6±6.3년이었으며 감정 관련 업무 기간은 13.3±6.0년이었고 연평균 감정사례는 14.6±7.7례 였다.

### 1. 진단명에 따른 장애율 범위

뇌진탕 후 증후군 장애율 범위는 하한선으로는 8.6±4.5%, 상한선으로는 26.6±12.8%이 일반적으로 적당하다고 답변되었다(그림 1).

Table 1. Questionnaire for psychiatric disability evaluation after trauma

항 목	질 문
1.	일반적으로 장애율 평가 시 진단명에 따라 통상적인 장애율의 범주가 있습니다. 통상적으로 한시장애로 판정되는 다음 질환을 예로 든다면 환자의 증상에 따라 장애율은 어느 정도의 범위가 가능하다고 생각하십니까? 1) 뇌진탕후 증후군 ( % - %) 2) 외상후 스트레스장애 ( % - %) 3) 외상후 우울장애 ( % - %)
2.	선생님께서서는 장애 판정 시 입원을 권유하십니까? 입원을 한다면 대부분 그 기간은 어느 정도 입니까?
3.	비기질성 장애의 치료 종결시점은 사고 이후 어느 정도의 기간으로 생각하십니까?
4.	기질성 장애에서 향후 치료가 필요하다고 생각하십니까? 신경정신과적 치료가 필요하다면 그 치료 기간으로 어느 정도가 필요하다고 생각하십니까?
5.	여명 산정에 있어서 장애율을 기준으로 한다면 몇 % 환자에서부터 인정하는 것이 적절할 것으로 판단하십니까?
6.	개호 산정에 있어서 장애율을 기준으로 한다면 몇 % 환자에서부터 인정하는 것이 적절할 것으로 판단하십니까?

외상후 스트레스 장애의 장애율 범위는 하한선으로는  $10.4 \pm 6.8\%$ , 상한선으로는  $36.4 \pm 13.8\%$ 이 일반적으로 적당하다고 답변했다(그림 2).

외상후 우울장애 장애율 범위는 하한선으로는  $10.0 \pm 4.6\%$ , 상한선으로는  $30.6 \pm 10.3\%$ 가 일반적으로 적당하다고 답변했다(그림 3).

외상후 스트레스장애의 진단에서 다른 진단보다 다소

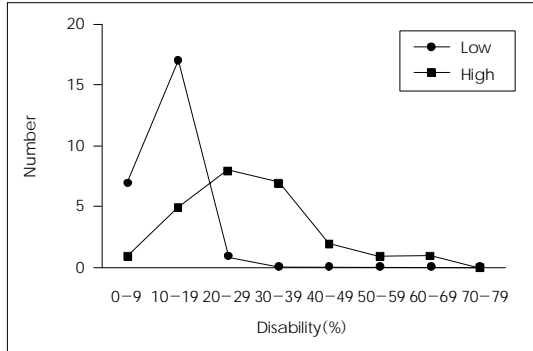


Fig. 1. Practical disability rate range under diagnosis of postconcussional syndrome.

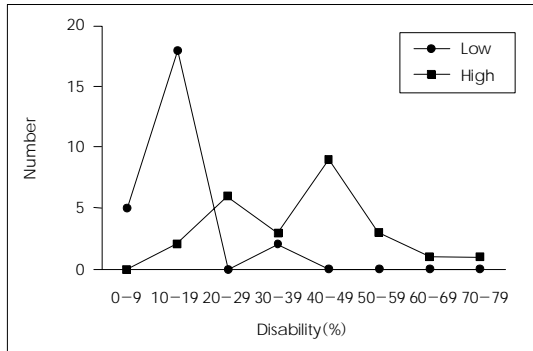


Fig. 2. Practical disability rate range under diagnosis of post traumatic disorder.

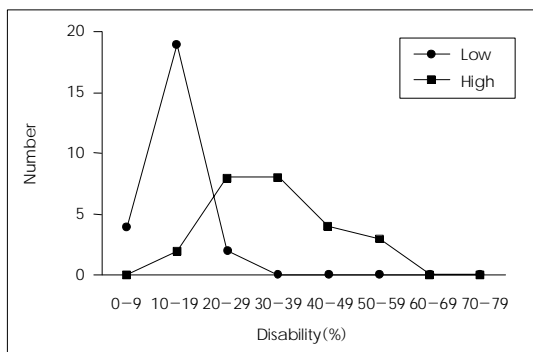


Fig. 3. Practical disability rate range under diagnosis of post traumatic depression.

장애율이 높은 편이었으며 외상 후 우울장애가 뇌진탕 후 증후군 보다 장애율 상한선의 편차가 다소 적은 경향을 보였다.

## 2. 장애 평가 시 입원

장애 평가 시 반드시 입원 시키는 비율은 52%였으며 대부분 외래에서 관찰 후 판정한다는 의견은 16%였다. 모두 외래에서 평가한다는 경우는 없었다(그림 4).

정신 장애 평가 시 입원 기간은 2주 이내가 56%로 가장 많았고 3주 초과에서 4주 이내가 32%로 그 다음을 차지 했다(그림 5).

평가 입원의 목적은 기질성 장애나 비기질성 장애 모두 객관적인 증상 확인과 진단 확인을 최우선으로 두었다. 기질성 장애에서는 다음 목적으로 입원적응관찰과 검사시행을 비기질성 장애에서는 다음 목적으로 검사시행과 입원적응관찰을 하기 위함이라고 답했다.

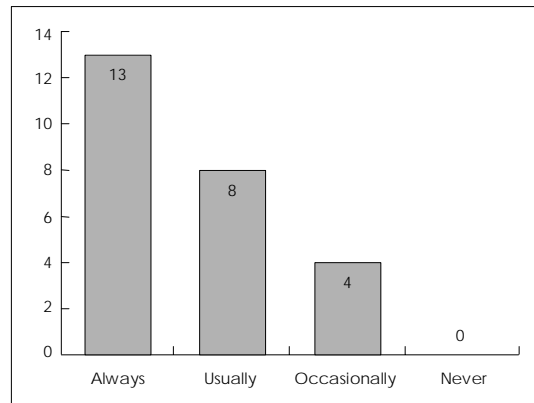


Fig. 4. Admission for the evaluation of the psychiatric disability.

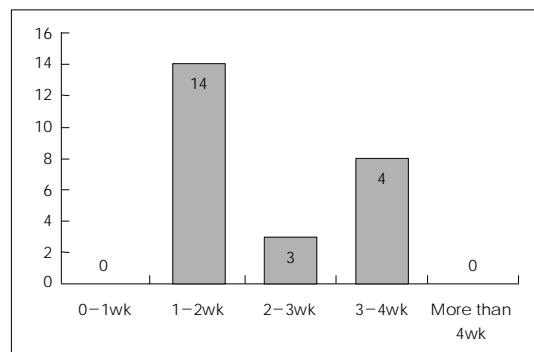


Fig. 5. Duration of the admission for the psychiatric evaluation.

### 3. 장애 치료 기간

정신 장애 시 향후 치료기간에 대한 의견은 응답자간의 편차가 가장 컸다. 이는 정신 장애 치료기간에 대한 정신과 전문의간의 의견이 상대적으로 낮은 일치율을 보인다는 것이며 그만큼 의사 개인의 주관적인 판단이 영향을 많이 미친다고 생각된다. 한편 증세의 가변성이 심하고 향후 경과를 예측하기 힘든 경우가 많은 정신 장애의 특성 때문일 수도 있다고 생각된다. 한시 장애의 치료기간에 대한 응답자들간의 의견은 5년 이내가 36%로 가장 많았고 2년 이내와 3년 이내가 각각 16%를 차지했으며 기간지정이 불가하다고 응답한 경우도 28%나 됐다(그림 6).

비기질성 장애의 치료종결 시점에 대한 응답자 의견은 사고 이후 3년 미만과 5년 이상의 비율이 각각 32%로 가장 많았고 18개월 미만이 16%였다(그림 7).

### 4. 여명과 개호

여명 산정에 있어서 장애율 기준으로 몇 % 환자에서

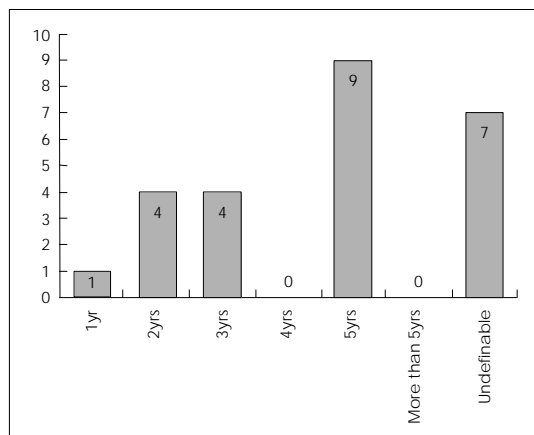


Fig. 6. Practical duration for the treatment of the temporal psychiatric disability.

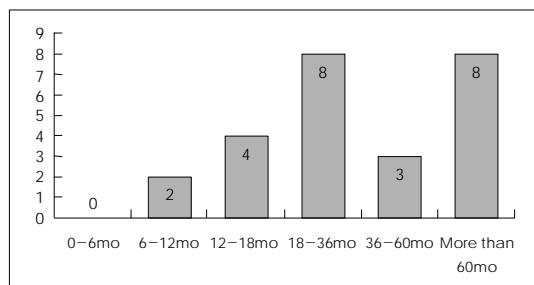


Fig. 7. Practical duration for the treatment of the psychiatric disorder after trauma without brain injury.

부터 인정하는 것이 적절할 것인가에 대한 답변은 50% 이상의 장애율에서 인정해야 된다는 의견이 44%로 가장 많았고 60% 이상과 70% 이상에서 인정해야 된다는 응답이 각각 16%로 그 다음이었다.

개호 산정에 있어서 장애율 기준으로 몇 % 환자에서 부터 인정하는 것이 적절할 것인가에 대한 답변은 50% 이상의 장애율에서 인정해야 된다는 의견이 36%로 가장 많았고 60% 이상에서 인정하는 것이 바람직하다는 의견이 24%, 70% 이상에서 인정하는 것이 적절하다는 의견이 20%로 나왔다.

## 토 의

사고 이후에 발생하는 정신 장애의 평가는 검사와 면담 및 전문가적인 관찰을 통해 공정을 기하고 있으나 상대적으로 다른 장애에 비해 주관적 의견이 개입될 여지가 많다. 정확한 평가를 위해서는 신뢰할 수 있는 정보 제공자와의 협조, 뇌영상학적 자료, 사고 전후의 상태 파악, 구조화된 평가도구의 사용 등이 필요하리라 생각된다. 아울러 황금률이 없는 현실에서 평가자들간의 평가에 관련된 개인적인 기준들과 노하우를 공유하여 전체적인 체계를 이루는 것도 중요한 부분이다.

외상 이후 환자들은 성격변화, 외상후 스트레스장애, 불안, 공격성, 충동성, 우울 등 여러 심리적인 변화들을 경험하게 된다.<sup>6)</sup> 사고 이후에 흔히 오는 우울장애는 외상성 뇌 손상 환자들의 경우 초기 평가에서 26% 정도가 진단되며 사고 6개월 뒤의 평가에서는 적게는 18%, 많게는 31%에서 우울장애를 보이는 것으로 알려졌다.<sup>7-9)</sup> 이러한 외상성 우울장애 환자들은 불안증세나 공격적 행동들도 각각 76.7%와 56.7%가 동반되어 나타난다.<sup>10)</sup> 뇌 손상 환자들의 우울장애는 사고 직후 뿐만 아니라 사고 이후 수십 년이 지난 후에도 일반인에 비해 계속 증가되어 있다.<sup>11)</sup> 이러한 외상 후 우울증상은 환자 본인이 주관적으로 느끼는 장애(impairment)의 정도와 직접적으로 관련이 있다.<sup>12)</sup>

따라서, 외상 후에 발생하는 정신과적인 후유증을 발견하고 적절히 치료하는 것은 환자의 장애 정도를 줄이는 데 기여한다고 하겠다.

이러한 외상 후 정신과 증상은 사고의 크기와 꼭 비례하는 것은 아니어서<sup>12)</sup> 일반적인 장애 평가와는 다른 부분이 있고 정신과 의사의 평가는 그만큼 중요하다고 할

수 있다. 이제까지 사고 이후 비기질적인 정신과 장애의 정도는 통념상 진단명으로 그 중한 정도를 가늠해 왔으나 본 연구의 결과에서와 같이 각 진단에 따라 상한선에서 크게는  $\pm 13.8\%$ 까지 차이가 있었다. 최근 신경정신의학회에서 논의 중인 평가안<sup>13)</sup>에서 이제까지 이러한 진단명에 의한 장애율이 아닌 정신 장애를 기질성과 비기질성으로 나누고 각각 가벼운, 보통, 뚜렷한으로 분류한 것은 의미가 있다고 하겠다.

본 논문은 뇌 손상의 증거가 뚜렷하지 않은 경우 주로 진단되는 뇌진탕후 증후군, 외상 후 스트레스장애, 외상 후 우울장애의 세 가지 진단명에서 일반적으로 제시되는 장애율을 조사하였다. 이 중 외상 후 스트레스장애가 평균 상한선(36.4%)도 가장 높고 상한선의 편차( $\pm 13.8\%$ )도 가장 넓은 것으로 나와 전문의간의 개인적인 판단 차이가 가장 크면서 중요한 것으로 나왔다.

한편 다른 연구에서는 본 연구에서 우울장애보다 높은 장애율이 기대되던 외상 후 스트레스장애 혹은 외상 후 스트레스 증상이 장애(disability) 정도와 관련이 없으며 오히려 우울증이 장애 정도와 유의한 관계가 있었다는 보고<sup>14)</sup>도 있었지만 자기기입식 설문 방식과 적은 대상자 수로 인해 일반화하기는 어렵다고 생각된다. 사고로 인해 발생하는 정신과적 후유증에 대한 장애평가의 범위는 위와 같았으나 실제로 사고 환자들은 과거에 있었던 정신과 질환으로 인해 증세가 더욱 심하게 나타날 수 있다. 정신과 진단을 받은 경우 사고의 위험이 일반인에 비해 높아지며<sup>15)</sup> 정신질환자들의 사고 위험성은 기분 장애의 경우 2.48배, 불안 장애의 경우 1.64배, 행동 장애의 경우 1.66배로 일반인들에 비해 높았다.<sup>16)</sup> 따라서 평가 시에는 이러한 정신과 과거력에 대한 평가가 반드시 이루어져야 하며 이를 위해서는 자세하고 충분한 관찰이 필요하다.

외상 후 장애 평가를 위한 입원에서 68% 이상에서 대부분 입원 관찰을 시행하는 것으로 나타났다. 정신과는 특히 증상의 관찰을 통해 진단이 바뀌는 경우가 종종 있는데 장애 평가의 경우는 아니나 어떤 연구에서는 평균 17일을 입원한 159명의 정신과 입원 환자의 입원 초기 진단명이 퇴원 시 20% 정도 바뀌었다는 보고<sup>17)</sup>도 있어 입원관찰은 정확한 평가를 위해 중요한 도구라고 생각된다.

한편 정신 장애로 인한 개호의 문제도 보호자들에게는 중요한데 대법원 판례로 기본적 생활이 가능하더라도 두

부 장애로 인해 충동적 행동, 판단력 부족으로 가족들이 수시로 도와주어야 하는 경우 5년간의 한시적 개호가 인정된 사례(대법원 1996.12.20. 96다41236 판결)가 있으며 정신과적 후유증으로 인한 가족들의 고통을 생각할 때 이에 대한 정신과 의사들의 관심도 필요하다고 하겠다.

다른 정신과 질환들과 마찬가지로 외상 후 발생하는 정신과적 후유증들도 조기발견 및 치료가 중요하다. 뇌진탕 증후군에서도 조기 발견과 적절한 교육 및 지지 그룹 형성으로도 증상이 만성화되는 것을 감소시키고 환자 삶의 질을 향상시킨다는 보고가 있었으며<sup>18)</sup> PTSD의 경우에도 치료 초기에 시행하는 평가를 통하여 급성 스트레스 장애나 외상 후 스트레스장애의 위험군에 대한 선별<sup>19)</sup>을 통한 조기 발견과 대처로 증상의 악화를 줄이는 것이 가능하다는 보고가 있다. 이렇게 조기 발견 치료를 통해 환자의 후유증을 줄이면 외상후 정신과적 후유증에 대한 환자 및 가족들의 만족도는 더욱 올라갈 것으로 생각된다. 본 연구는 소수의 정신과 전문의들을 대상으로 주관적인 경향을 설문으로 조사했다는 데 그 제한점이 있다. 하지만 장애 평가를 비교적 많이 하는 전문의들을 대상으로 이해관계가 없는 상태에서 연구되어 현재 우리나라의 정신 장애 평가의 경향과 문제점들을 고려해 볼 수 있는 기초 자료로서 의미가 있다고 하겠다. 정신과 장애 평가 연구에 있어서 향후 델파이 기법을 이용한 전문가 집단의 의견 교환이 이루어지면 정신과 장애 평가에 있어 보다 일관된 평가가 가능하리라 생각되며 이 부분이 앞으로의 과제로 생각된다.

**중심 단어** : 정신과적 장애 · 뇌진탕후 증후군 · 외상후 스트레스장애 · 우울장애.

## 참고문헌

1. Lee KS. Medical Judgement for Reparation and Compensation. Seoul: Joongang;1992.
2. Kim KI. Practical Problem of Disability Evaluation in Neuropsychiatric Field. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1993;32:135-148.
3. Lishman WA. Psychiatric disability after head injury: the significance of brain damage. Proc R Soc Med 1966;59: 261-266.
4. Kim KI. Reparation Medicine for Mental and Behavioral Disorder. Seoul: Joongang;2002.
5. American Medical Association. Guide to Evaluation of

- Permanent Impairment. 5th ed. Washington DC: American Medical Association:2006.
6. Johansson E, Rönnkvist M, Fugl-Meyer AR. Traumatic brain injury in northern Sweden. Incidence and prevalence of long-standing impairments and disabilities. *Scand J Rehabil Med* 1991;23:179-185.
  7. Fann JR, Katon WJ, Uomoto JM, Esselman PC. Psychiatric disorders and functional disability in outpatients with traumatic brain injuries. *Am J Psychiatry* 1995;152:1493-1499.
  8. Jorge RE, Robinson RG, Starkstein SE, Arndt SV. Depression and anxiety following traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993;5:369-374.
  9. Satz P, Forney DL, Zaucha K, Asarnow RR, Light R, McCleary C, et al. Depression, cognition, and functional correlates of recovery outcome after traumatic brain injury. *Brain Inj* 1998;12:537-553.
  10. Jorge RE, Robinson RG, Moser D, Tateno A, Crespo-Facorro B, Arndt S. Major depression following traumatic brain injury. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:42-50.
  11. Holsinger T, Steffens DC, Phillips C, Helms MJ, Havlik RJ, Breitner JC, et al. Head injury in early adulthood and the lifetime risk of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:17-22.
  12. Malec JF, Testa JA, Rush BK, Brown AW, Moessner AM. Self-assessment of impairment, impaired self-awareness, and depression after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 2007;22:156-166.
  13. Ryu SG, Jung HY, Lee BC. Public Hearing before publication of Neuropsychiatric Disability Evaluation Case Book. Annual Meeting Korean Neuropsychiatric Association:2007 October 25-26, Seoul, Korea. p.66-67.
  14. Neal LA, Green G, Turner MA. Post-traumatic stress and disability. *Br J Psychiatry* 2004;184:247-250.
  15. Fann JR, Leonetti A, Jaffe K, Katon WJ, Cummings P, Thompson RS. Psychiatric illness and subsequent traumatic brain injury: a case control study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72:615-620.
  16. Vassallo JL, Proctor-Weber Z, Lebowitz BK, Curtiss G, Vanderploeg RD. Psychiatric risk factors for traumatic brain injury. *Brain Inj* 2007;21:567-573.
  17. Ashley RV, Gladsjo A, Olson R, Judd LL, Sewell DD, Rockwell E, et al. Changes in psychiatric diagnoses from admission to discharge: review of the charts of 159 patients consecutively admitted to a geriatric psychiatry inpatient unit. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:3-7.
  18. McCauley SR, Boake C, Levin HS, Contant CF, Song JX. Postconcussional disorder following mild to moderate traumatic brain injury: anxiety, depression, and social support as risk factors and comorbidities. *J Clin Exp Neuropsychol* 2001;23:792-808.
  19. Michaels AJ, Michaels CE, Moon CH, Zimmerman MA, Peterson C, Rodríguez JL. Psychosocial factors limit outcomes after trauma. *J Trauma* 1998;44:644-648.