

# 우울 증상으로 의뢰된 입원환자의 임상적 특징 및 자문 의뢰 형태에 관한 연구

건국대학교병원 정신건강의학과  
윤나라 · 유승호 · 하지현 · 전홍준 · 박두흠

## A Study on the Characteristics and Consultation Request Type of Inpatients Referred for Depressive Symptoms

Nara Yoon, M.D., Seung-Ho Ryu, M.D., Ph.D., Jee Hyun Ha, M.D., Ph.D.,  
Hong Jun Jeon, M.D., Doo-Heum Park, M.D., Ph.D.

*Department of Psychiatry, Konkuk University Medical Center, Seoul, Korea*

### ABSTRACT

**Objectives** : The purpose of this study is to investigate the characteristics of depressive patients who admitted to general hospital. We examined the clinical characteristics of patients who were referred to the Department of Psychiatry as depressive symptoms, according to the type of consultation request, and comparing 'with re-consultation' and 'without re-consultation' groups.

**Methods** : We performed a retrospective chart review of 4,966 inpatients who were referred to the Department of Psychiatry from August 2005 to December 2011.

**Results** : For about 6 years, among the inpatients referred for psychiatric consultation, a total of 647 patients were referred for depressive symptoms, accounting for 13.82% of the total consultations. The average age of depressive patients was 58.6 years, which was higher than the average of 56.4 years of overall patients. Among the depressive patients, 275 patients were included in 'with re-consultation' group and there was no statistically significant difference when comparing 'with re-consultation' group and 'without re-consultation' group. However, there was a difference in the tendency of the two groups in the type of consultation request. 'With re-consultation' group was in the order of frequency of consultation type 3-2-1, whereas the 'without re-consultation' group was in the order of frequency of consultation type 2-3-1.

**Conclusions** : The group of inpatients who were referred for depressive symptoms in general hospital showed the largest proportion of the group of patients referred to the Department of Psychiatry. 'With re-consultation' group had a higher rate of re-consultation due to the occurrence of new symptoms after hospitalization compared to 'without re-consultation' group. Therefore, doctors in each department and psychiatrists should pay attention to the depressive symptoms of inpatients and actively discuss treatment plans to improve the quality of medical services, identify risk factors, and make efforts to intervene early if necessary.

**KEY WORDS** : Consultation-liaison psychiatry · Depressive disorder · Consultation type ·  
Psychopathological patient evaluation.

Received: April 19, 2021 / Revised: May 26, 2021 / Accepted: June 9, 2021

Corresponding author: Doo-Heum Park, Department of Psychiatry, Konkuk University Medical Center, 120-1 Neungdong-ro, Gwangjin-gu, Seoul 05030, Korea

Tel : 02) 2030-7368 · Fax : 02) 2030-7749 · E-mail : dhpark@kuh.ac.kr

## 서 론

종합병원에서 신체 질환으로 치료를 받는 환자 중 많은 수가 공존하는 정신 질환을 앓고 있는 것으로 알려졌으며,<sup>1-4)</sup> 입원한 환자의 경우에는 동반 이환율이 30%에서 최대 60%까지 보고되었다.<sup>5,6)</sup> 그러나 이 중에서 정신건강의학과에 자문을 의뢰한 경우는 2~5%에 불과하며, 정신과적 개입을 받지 않은 환자들에서 높은 수준의 정신병리학적 문제가 확인되었다.<sup>7-9)</sup> 이처럼 종합병원 입원환자 중에서 정신 질환이 병발되어 있는 경우가 많고 적절한 정신과적 개입을 받지 못하고 있다는 것이 알려지면서 자문 조정 정신의학의 중요성이 강조됐으며,<sup>5,6)</sup> 국내에서도 Byoun 등,<sup>10)</sup> Kim과 Rim 등<sup>11)</sup>에 의해 자문 조정 정신의학에 관한 연구들이 보고되어 왔다.

국내의 연구에서 자문을 요청하게 되는 가장 많은 사유는 우울감 또는 내/외과적 검사상 이상이 없는데도 불구하고 신체 증상을 호소하는 것으로 알려졌다.<sup>12,13)</sup> 또한, 자문을 요청하는 과를 비교해 보았을 때 내과계가 전체의 50% 이상을 차지하고 있으며,<sup>14)</sup> 다수의 논문에서 내과계 환자 중에 기분장애 또는 불안장애가 공존하는 경우가 많다고 보고하였다.<sup>6,14-16)</sup> 일반 인구와 비교해 입원환자에서 우울장애와 불안장애가 약 2배 정도 흔하다는 연구 결과도 이를 뒷받침하고 있다.<sup>17)</sup>

지금까지의 국내 연구들은 자문 의뢰된 전체 환자군을 대상으로 임상적 특징을 알아보고 전반적인 자문 현황의 변화와 추이를 분석한 연구들이 많았다. 본 연구는 특히 그 중 가장 많은 의뢰 빈도를 보이는 우울 증상을 가진 환자들의 인구학적 특성과 타과에서 자문 의뢰를 하게 되는 형태를 알아보고, 재협진 여부에 따른 차이를 알아보고자 하였다. 이를 통해 우울로 자문 의뢰되는 환자군이 가진 특징과 경향성을 파악하고, 반복적으로 자문이 이루어지게 되는 원인과 반대로 자문이 1회에 그치게 되는 이유를 유추해보고자 하였다. 이를 통해 자문의 뿐만 아니라 자문을 의뢰하게 되는 타과 의료진에게도 환자를 적절하게 평가하고 진료하는데 도움을 주고자 한다.

## 방 법

본 연구는 2005년 8월 1일부터 2011년 12월 31일까지 건국대학교병원에 입원한 환자들의 전산화된 의무기록을 바탕으로, 이 중 정신건강의학과로 자문 의뢰된 9,686건의 의무기록을 후향적 분석을 통해 조사 검토하였다. 분석 기간 동안 입원한 병력이 있는 환자 중에서, 우울 증상으로 총 2회

이상 자문 의뢰된 환자의 인구학적 특성과 각 과의 분포, 자문 의뢰 형태 및 자문의에 의한 정신과적 최종 진단명을 분석하여 재협진 환자의 특성을 알아보고자 하였다. 정신건강의학과에 자문 의뢰하는 종합병원의 각 과는 내과계(내과, 소아청소년과, 신경과, 재활의학과, 가정의학과, 피부과, 마취통증의학과)와 외과계(외과, 산부인과, 신경외과, 흉부외과, 정형외과, 성형외과, 안과, 이비인후과, 비뇨기과)로 이원화하여 비교하였다. 자문의에 의한 정신과적 최종 진단명은 DSM-IV-TR에 따라 분류하였다. 본 연구는 건국대학교병원 임상시험 위원회(IRB NO. 2021-02-022)의 승인을 받았다.

정신건강의학과에 자문 의뢰하는 형태를 비교하기 위해 Vaz와 Salcedo<sup>18)</sup>가 제안한 분류 방법을 사용하였다. Vaz와 Salcedo<sup>18)</sup>는 의뢰된 환자의 특성에 초점을 두기보다는 입원 당시 정신병리학적 증상의 유무와 정신건강의학과 과거력의 유무, 자문 의뢰 당시의 정신병리학적 증상의 유무, 증상과 환자가 입원하게 된 주소와의 관계 등 4가지 기준을 바탕으로 총 5가지의 자문 의뢰 형태(Consultation Request, CR)를 제시하고 있는데, 본 연구에서는 이를 바탕으로 총 6가지로 의뢰 형태를 재분류하였다.

1) 상호 보완형(CR1 : Complementary Request)는 입원당시에 정신병리학적 증상을 보였고, 환자가 입원하게 된 주소와 자문 의뢰하게 된 증상이 서로 연관성이 있는 경우 해당한다. 2) 병렬형(CR2 : Parallel Request)는 환자가 입원하게 된 주소와 정신병리학적 증상이 직접적인 연관 관계는 없으나, 자문을 의뢰하게 된 주치의에 의해 입원 당시 증상이 확인되었고, 자문을 통해 개입이 필요한 경우이다. 3) 보수형(CR3 : Mending Request)는 입원 당시 파악된 정신병리학적 문제는 없었으며, 내/외과적 문제로 인해 입원한 환자가 치료 중에 새롭게 개입이 필요한 수준의 증상이 발생하는 경우를 말한다. 4) 선행 과거력형(CR4 : Antecedent-Conditioned Request)는 현재는 정신과적 자문이 필요한 정도의 뚜렷한 문제를 보이지 않음에도, 이전에 환자가 정신과적 진단 또는 치료 과거력이 있어 자문 의뢰된 경우가 해당하며, 선행 과거력을 가진 환자들에 대한 주치의의 편견, 두려움에 의해 자문 의뢰되는 경우가 많다. 5) 오진형(CR5 : Misdiagnosis-Conditioned Request)는 선행 과거력이 없는 환자가 입원 중 정상적으로 보이는 반응, 적응 행동을 주치의가 정신병리학적 증상으로 해석하는 등 잘못된 환자 평가로 인해 자문 의뢰된 형태이다. 6) 단순 재의뢰형(CR6 : Follow up Request)는 앞서 여러 가지 이유로 정신건강의학과에 자문을 의뢰하여 답변을 받은 이후에 투약 논의 또는 향후 경과 등에 대해 문의하기 위해 자문을 재의뢰

하는 경우를 말한다.

본 연구에서 모든 통계 분석은 Statistical package for the Social Sciences (SPSS)를 사용하였으며, 통계적 유의성은 p 값이 0.05 미만인 경우를 기준으로 하였다. 연령, 자문 의뢰의 횟수와 같은 연속형 변수를 비교 분석하기 위해 독립 t-검정(student t-test)을 사용하였고, 내/외과계의 분포, 자문 의뢰 형태, 정신과적 최종 진단명 등 범주형 변수에 대해서는 카이-제곱 검정(chi-squared test)을 시행하였다.

## 결 과

건국대학교병원에서 2005년 8월 1일부터 약 6년 6개월간 정신건강의학과에 자문 의뢰된 총 9,686건 중 1명의 환자가 여러 차례 자문 의뢰된 건수를 제외하면 총 4,966명의 환자가 자문 의뢰를 받았다. 그중 6형 자문 의뢰(CR6 : Follow up Request)는 협진 시점에서 이미 2회 이상 협진이 의뢰된 환자군이므로 대상군에서 제외되었다. 따라서 총 4,683명의 환자군이 본 연구의 대상이 되었으며, 우울 증상을 주소로 자문 의뢰된 환자군은 647명(13.82%)으로 가장 높은 비율을 차지하였다(Fig. 1).

우울을 호소한 환자군은 우울 이외의 증상을 호소한 환자군과 비교하였을 때 평균 연령과 성별에서 유의미한 차이를 보였다. 우울 환자군에서 평균 연령이 58.6세로 비 우울 환자군보다 더 높았으며(p=0.002), 비 우울 환자군은 남성의 비율이 53.2%로 높았으나 우울 환자군에서는 여성의 비율이 더 높았다(66.9% ; p<0.001). 자문을 의뢰한 과는 두 집단에서 내과계가 외과계에 비해 높았으며, 우울과 비 우울 집단에서 유의미한 차이를 보였다(p<0.001). 자문 의뢰 형태를 비교해

보았을 때, 두 군에서 유의미한 차이를 보였는데(p<0.001), 두 군 모두 3형 자문 의뢰가 가장 높은 비율을 차지했다(Depression patients : 37.2% ; Other patients : 34.1%). 1명의 환자에 대해 정신건강의학과에 2회 이상 자문을 의뢰하는 재협진율의 경우, 두 군 간의 유의미한 차이를 보이지 않았다(p=0.222) (Table 1).

우울 증상을 호소한 환자군에서 2회 이상 협진 의뢰된 환자군과 그렇지 않은 환자군을 비교 분석하였을 때, 비 재협진군이 재협진군에 비하여 평균 연령이 높았으나 통계적 유의성을 보이지 않았으며(p=0.088), 두 군에서 여성의 비율과 내과계의 비율이 높았으나 유의미한 차이를 보이지 않았다(Table 2).

자문 의뢰 형태에 따른 차이를 알아보기로 전체 우울 환자군과 우울 환자군 중에서 비 재협진군, 재협진군으로 나누어 분석을 시행하였다. 우울 증상으로 자문 의뢰된 전체 환자 중 가장 많은 형태는 3형 자문 의뢰(37.2%)였고, 그 다음으로는 2형 자문 의뢰(34.6%)가 많았으며, 1형 자문 의뢰(21.6%)가 세 번째로 높은 비율을 보였다(Table 1). 비 재협진군의 경우, 전체 우울 환자군과 달리 2형 자문 의뢰가 34.9%로 가장 많은 비율을 차지하며 의뢰 형태 빈도 순위에서 차이를 보였으나, 재협진군은 전체 우울 환자군과 같은 빈도 순위(3형-2형-1형)를 보였다. 이러한 빈도 순위 차이는 카이 제곱 검정 분석을 시행하였을 때 전체 우울 환자군에서는 유의미한 차이를 보였으나(p<0.001), 비 재협진군과 재협진군에서 의뢰 형태에 따른 비율 간의 차이는 통계적 유의성을 보이지 않았다(p=0.348) (Table 2).

우울 증상으로 의뢰된 환자들은 재협진군과 비 재협진군에서 모두 최종 진단은 우울장애가 가장 많은 비율을 차지

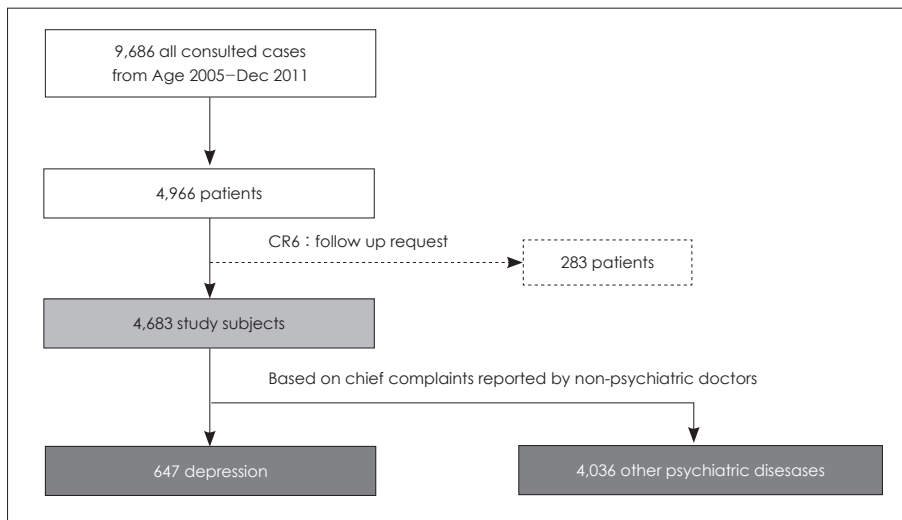


Fig. 1. Flow chart of study population selection. CR : Consultation request.

**Table 1.** Characteristics of study group

	Depression patients (n=647)	Other patients (n=4036)	p-value
Age (Mean, SD)	58.61 ± 17.05	56.38 ± 19.01	0.002
Female (%)	433 (66.9)	1886 (46.7)	<0.001
Admission department (%)			<0.001
Medicine	436 (67.4)	2461 (57.8)	
Surgery	211 (32.6)	1813 (42.2)	
Consultation Request type (%)			<0.001
CR1	140 (21.6)	1105 (27.4)	
CR2	224 (34.6)	1156 (28.6)	
CR3	241 (37.2)	1377 (34.1)	
CR4	17 (2.6)	278 (6.9)	
CR5	25 (3.9)	120 (3.0)	
Number of consultation (Mean, SD)	1.91 ± 1.59	1.92 ± 1.86	0.912
Re-consultation (%)	275 (42.5)	1613 (40.0)	0.222

CR : Consultation request, CR 1 : Complementary Request, CR 2 : Parallel Request, CR 3 : Mending Request, CR 4 : Antecedent-Conditioned Request, CR 5 : Misdiagnosis-Conditioned Request

**Table 2.** Comparison of characteristics and request type of depressive patients according to multiple re-consultation

	No re-consultation (n=372)	Re-consultation (n=275)	p-value
Age (Mean, SD)	59.59 ± 17.02	57.28 ± 17.04	0.088
Female (%)	255 (68.5)	178 (64.7)	0.307
Admission department (%)			0.215
Medicine	258 (69.4)	178 (64.7)	
Surgery	114 (30.6)	97 (35.3)	
Consultation Request type (%)			0.348
CR1	84 (22.6)	56 (20.4)	
CR2	130 (34.9)	94 (34.2)	
CR3	129 (34.7)	112 (40.7)	
CR4	11 (3.0)	6 (2.2)	
CR5	18 (4.8)	7 (2.5)	

CR : Consultation request, CR 1 : Complementary Request, CR 2 : Parallel Request, CR 3 : Mending Request, CR 4 : Antecedent-Conditioned Request, CR 5 : Misdiagnosis-Conditioned Request

하였다(72.7%, 61.0%). 비 재협진군에서는 수면 장애-불안 장애 빈도순으로 진단되었지만 반면, 재협진군에서는 일반 신체질환에 의한 정신장애가 두 번째로 빈도가 높았다(Table 3). 각 군에서 보인 빈도의 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

## 고 찰

이번 연구는 후향적 의무기록 연구를 통해 종합병원에서 타과에 입원한 환자 중 우울로 정신건강의학과에 자문 의뢰되는 환자들의 연령, 성별 및 내/외과계 진료과를 조사하여 인구학적 특성을 알아보고, 자문 의뢰 형태와 재협진 여부에 따른 차이 및 경향성을 알아보는 연구였다. 우울 증상으로 자문 의뢰된 환자의 경우에 3형 자문 의뢰, 즉 입원 당시

파악된 정신병리학적 문제는 없었으나, 입원 이후 새롭게 개입이 필요한 수준의 증상이 발생한 경우가 가장 많은 것으로 분석되었다.

2005년부터 2011년까지 약 6년간의 연구 기간 동안 본 종합병원에서 우울로 정신건강의학과에 의뢰되는 경우는 전체 의뢰 건수의 13.8%로 가장 많은 비율을 차지하였으며, 이는 기존의 자문 조정 정신의학에 관한 연구들에서 보고된 바와 같았다.<sup>12,13)</sup> 우울로 자문 의뢰된 환자군은 다른 증상으로 의뢰된 환자군에 비해 고령, 내과계, 여성의 비율이 높았다. 우울 증상으로 의뢰된 환자의 평균 연령은 58.6세였으며, 일반 노인 인구에 비해 신체 질환을 앓고 있는 노인 환자에서 우울 장애 평균 유병률은 29%로 높다는 이전 보고에서도 확인할 수 있었다.<sup>19)</sup> 또한, 다른 신체적 사유로 종합병원에 입원한 환자 중 여성이 남성에 비해 우울장애로 진단받을

**Table 3.** Comparison of psychiatric diagnosis of depressive patients according to multiple re-consultation

	No re-consultation (n=372)	Re-consultation (n=275)
Diagnosis (%)		
Schizophrenia and other psychotic disorder	0 (0)	0 (0)
Mental disorder due to a general medical condition	10 (2.7)	20 (7.3)
Delirium	6 (1.6)	5 (1.8)
Depressive disorder	227 (61.0)	200 (72.7)
Anxiety disorder	34 (9.1)	18 (6.5)
Somatoform disorder	2 (0.5)	0 (0)
Adjustment disorder	33 (8.9)	11 (4.0)
Substance related disorder	3 (0.8)	0 (0)
Dementia, cognitive disorder	7 (1.9)	1 (0.4)
Insomnia	37 (9.9)	11 (4.0)
Others	7 (1.9)	8 (2.9)
No diagnosis	6 (1.9)	1 (0.4)

가능성이 더 크다는 이전 연구 결과와 일치하였다. 본 연구에서 내과계가 외과계보다 우울로 자문 의뢰된 비율이 2배 이상 높은 결과를 보였다. 이는 뇌졸중이나 심장 질환, 암과 같은 만성적인 질환을 앓고 있는 경우에 입원 환자에서 우울 증상을 호소하는 비율이 높고,<sup>20-22)</sup> 노인의 경우 이러한 만성적인 질환을 앓고 있을 가능성이 더 크고, 여러 질환들의 동반 이환, 인지 기능 저하 등 위험 인자들로 인해<sup>23,24)</sup> 우울 장애에 취약하여 이로 인해 자문 의뢰 시에도 고령, 내과계의 비율이 높은 것으로 보인다. 반면, 우울로 협진 의뢰된 환자들을 재협진군과 비 재협진군으로 나누었을 때, 두 군에서 성별에 따른 통계적으로 유의미한 차이는 발생하지 않았다. 반복적으로 자문이 의뢰되는 사유를 비교하고자 시행했던 자문 의뢰 형태 비교에서 두 군 간의 통계적으로 의미 있는 차이는 없었으나, 재협진군은 3형-2형-1형의 빈도 순위를 보였으며, 비 재협진군은 2형-3형-1형의 빈도 순위를 보이는 등 의뢰 형태 빈도순에서는 차이를 보였다. 두 군에서 최종 진단을 비교해 보았을 때, 두 군에서 모두 우울장애가 가장 높은 비율을 보였으며, 비 재협진군에서는 불면이 그 다음을 차지하였으나, 재협진군에서는 일반신체질환에 의한 정신장애가 두 번째로 많은 진단을 받았다. 이를 종합해 보면, 입원 당시에는 증상이 없었음에도 입원 이후 새롭게 우울 증상이 발생하여 의뢰된 경우(3형)에는 주 호소와 상관 없이 입원 당시부터 증상을 갖고 있는 경우(2형)에 비해 비교적 여러 차례 자문이 이루어지는 것으로 보인다. 이는 환자 본인이 우울 증상에 대해 먼저 인지하고 있으면서 다른 계기로 병원에 입원하게 되었을 때 정신건강의학과 자문을 스스로 요청했을 가능성이 있으며, 초진에서부터 비교적 면담 및 치료계획에 대한 순응도가 높아 추가적인 협진이 이

루어지지 않았을 가능성을 유추해볼 수 있다. 또한, 비재협진군에서는 Table 3에서 보듯이, 입원 이전부터 환자가 불면, 불안 증상을 갖고 있었고 이는 ‘입원’이라는 환경적인 요소에 대한 반응적인 증상이기보다 진단받지는 않았지만, 정신건강의학과적 질환을 기저에 동반하고 있었을 가능성을 시사한다. 따라서 자문 의뢰되었을 때, 비교적 진단이 쉽고 약물 선택 등 치료 방향이 정해져 있어 타과 임상의로 하여금 스스로 환자의 증상을 조절할 수 있도록 하였을 가능성이 있다. 반면, 입원 이후에 새롭게 발생한 우울 증상의 경우에는 타과 임상의로가 자문의 필요성을 인지할 정도로 그 증상의 정도가 뚜렷하게 나타나며, ‘입원’이라는 환경적 요소로 인해 발생한 것인지 또는 이와 별개로 증상이 발생한 것인지 감별을 필요로 하기 때문에 자문의 요청에 의해서도 비교적 협진의 횟수가 증가했을 수 있다. 또한 최종 진단을 비교해 보았을 때, 뇌 손상, 뇌혈관 질환, 대사성 장애 등 기질적인 원인이 있는 경우에 증상에 대한 평가가 원활하지 않을 수 있으며, 치료 약물에 대한 반응이 감소하여 재협진이 이루어질 수 있음을 예상해볼 수 있었다.

본 연구는 단일 병원에서 후향적으로 진행된 연구이기 때문에 본 연구의 결과만으로 우울 증상으로 의뢰되는 환자들에 대해 일반화를 하기에는 어렵다는 한계점이 있다. 또한 일차적으로 타과 임상의로가 증상을 평가하여 협진을 의뢰한 환자군만을 대상으로 진행한 연구이므로, 환자 개개인의 신체 질환의 종류 및 중증도, 입원 기간이 다를 수 있으며, 타과 임상의로의 정신과 질환에 대한 이해도에 따라 크게 영향을 받을 수 있음에도 이를 반영하지 못하였다. 그리고 재협진군과 비재협진군으로 나누어 비교함에 있어서, 협진이 이루어지지 않은 원인에 대한 추적이 부족하여 실제로는 재

협진이 필요함에도 불구하고 환자가 퇴원을 하면서 외래로 추적 관찰되었거나 또는 환자가 협진을 통한 개입을 원치 않아 중단되었을 가능성 등 협진 의뢰 형태, 정신과적 최종 진단명 이외에 여러 요인들의 영향이 확인이 되지 않아 반복적으로 협진이 이루어지는 우울 증상 환자들에 대한 임상적 평가가 제한적이었다. 마지막으로 Beck Depression Inventory와 같은 증상 척도 등 추가 데이터가 부족하여, 우울 환자군 내에서 재협진군과 비 재협진군 간의 증상 차이를 분석하지 못한 것이 본 연구의 제한점으로 볼 수 있다. 하지만, 본 연구는 단일 종합병원에서 6년 이상의 기간 동안 4,683건의 많은 자료를 대상으로 데이터 분석을 시행함으로써 우울로 자문 의뢰되는 환자군의 인구학적 특성과 의뢰 형태 및 정신과적 진단을 파악하고, 재협진 유무를 비교하여 이와 관련된 요인들을 간접적으로 확인하였다는 것에 의의가 있다고 생각된다. 이번 연구를 통해 실제로 우울 증상이 단일 종합병원의 대규모 협진 데이터 분석에서도 많은 수를 차지하고 있음을 확인하게 되었고, 과거력이 없는 환자라 할지라도 입원 이후 치료 과정에서 새롭게 발생하여 의뢰되는 경우가 많다는 것을 알게 되었다.

우울 증상이 있는 환자들은 그렇지 않은 환자들에 비해 신체적 질환의 심각도를 고려하더라도, 통증 감수성의 변화로 인해 고통을 더 잘 느끼게 되며 움직임 제한 등 신체활동에도 영향을 받게 된다.<sup>25)</sup> 또한 우울 증상이 있는 환자들은 치료에 대한 의지가 떨어지고, 동일한 중증도를 갖고 있을 때 같은 치료를 했음에도 불구하고 치료 반응이 현저하게 적다고 보고되고 있다.<sup>25,26)</sup> 따라서 타과 임상과의 정신건강 의학과 의사들은 입원환자들의 우울 증상에 대해 주의를 기울이고, 특히 고령, 여성이거나 일반신체질환에 의한 정신장애로 진단받은 경우 반복적으로 정신건강의학과 자문이 필요할 수 있음을 인지하는 것이 중요할 것으로 보인다. 또한 정신과적 과거력이 없음에도 불구하고 입원 이후 새롭게 우울 증상이 발생할 수 있으므로 입원으로 인한 사회적 고립, 긴 입원 기간으로 인한 적응 문제 등 그 원인에 대해 알아봄으로써 타과 입원 환자에서 우울 장애로 발전할 수 있는 위험요인을 파악하는 추가 연구가 필요할 것으로 보인다. Beck Depression Inventory 또는 General Health Questionnaire 같은 선별 도구의 사용은 타과 입원 환자에서 정신과적 증상을 발견하는데 높은 민감도를 가지는 것으로 알려져 있다.<sup>27-30)</sup> 위험 요인을 갖고 있다고 생각되는 환자의 경우, 선별 도구를 사용함으로써 보다 적극적으로 우울장애를 예방하고 조기 개입함으로써 의료 서비스의 질을 향상시킬 수 있을 것으로 생각된다. 반면, 이번 연구에서 재협진

여부를 떠나, 우울로 자문 의뢰되었으나 최종 진단에서 우울 장애 이외의 진단으로 판단되는 비율이 3~40%를 차지한다고도 볼 수 있다.<sup>27-30)</sup> 이는 알코올 관련 장애, 약물로 인해 유발된 정신과적 질환, 조증, 조현병과 같이 비교적 증상이 뚜렷하고 행동적인 변화를 동반한 장애의 경우에는 타과 임상과의 진단을 감별하기 쉽지만, 경한 우울감, 불안과 같은 비특이적 증상을 보이는 경우에는 그 진단을 감별하기 어렵다는 점을 시사한다. 따라서 자문의 또한 우울 증상으로 자문 의뢰되었을 때 세밀한 자문과 적절한 정신과적 평가 도구를 사용하여 저활동성 섬망, 신경인지장애 등 우울 장애로 오인될 수 있는 질환들을 감별하는 것이 중요할 것으로 생각된다.

본 연구는 종합병원에서 우울 증상으로 의뢰된 환자군의 임상적 특징과 타과 임상과의 자문 의뢰를 판단하게 되는 이유, 재협진이 이루어지는 원인에 대해 후향적인 의무 기록 분석을 통해 알아본 연구였다. 이번 연구를 통해 입원 환자에서 우울 증상에 대한 정확한 평가와 적극적인 자문 의뢰, 치료 개입이 중요하다는 것을 알게 되었다. 입원 환자에 있어서 의료 서비스 질의 향상을 위해 향후 입원 환자에서 우울 장애로 발전할 수 있는 위험 요인과 적절한 선별 도구의 개발 등의 추가적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

#### Acknowledgments

None

#### Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

#### REFERENCES

- (1) Mofic HS, Paykel ES. Depression in medical in-patients. *Br J Psychiatry* 1975;126:346-353.
- (2) Millar HR. Psychiatric morbidity in elderly surgical patients. *Br J Psychiatry* 1981;138:17-20.
- (3) O'donnell K, Chung JY. The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychother Psychosom* 1997;66:38-43.
- (4) Shevitz SA, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. Psychiatric consultations in a general hospital. A report on 1,000 referrals. *Dis Nerv Syst* 1976;37:295-300.
- (5) Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I. General principles. *Psychosom Med* 1967;29: 153-171.
- (6) Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. II. Clinical aspects. *Psychosom Med* 1967;29: 201-224.
- (7) Gobar AH, Collins JL, Mathura CB. Utilization of a consultation liaison psychiatry service in a general hospital. *J Natl Med Assoc* 1987;79:505-508.

- (8) **Ruskin PE.** Geropsychiatric consultation in a university hospital: a report on 67 referrals. *Am J Psychiatry* 1985;142:333-336.
- (9) **Karasu TB, Plutchik R, Steinmuller RI, Conte H, Siegel B.** Patterns of psychiatric consultation in a general hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1977;28:291-294.
- (10) **Byoun WT, Kim JH, Je YM, Chung YI, Kim JC, Park JM.** A study for advancement of psychiatric consultation-liaison activity I. A survey of the prevalence of psychiatric morbidity in adult patient population of medical and surgical ward, and physician's attitudes toward psychiatric consultation. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1986;25:81-91.
- (11) **Kim SR, Rim HD.** A clinical study of psychiatric consultation at kyungbook national university hospital. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1995;34:90-107.
- (12) **Tylee A, Walters P.** Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 2:27-30.
- (13) **Balestrieri M, Bisoffi G, Tansella M, Martucci M, Goldberg DP.** Identification of depression by medical and surgical general hospital physicians. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:4-11.
- (14) **Clarke DM, Smith GC.** Consultation-liaison psychiatry in general medical units. *Aust N Z J Psychiatry* 1995;29:424-432.
- (15) **Olfson M, Fireman B, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Kathol RG, Hoven C, Farber L.** Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry* 1997;154:1734-1740.
- (16) **Lee TG, Kim JG.** A study concerning the psychopathology and psychiatric consultation of medical outpatients: focused on medical outpatients compared with health control group. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2003;42:775-760.
- (17) **The Psychological Care of Medical Patients.** Recognition of need and service provision. Joint Working Party of the Royal Colleges of Physicians and Psychiatrists. *J R Coll Physicians Lond* 1995;29:192-193.
- (18) **Vaz FJ, Salcedo MS.** A model for evaluating the impact of consultation-liaison psychiatry activities on referral patterns. *Psychosomatics* 1996;37:289-298.
- (19) **Royal College of Psychiatrists.** Who Cares Wins: Improving the Outcome for Older People Admitted to the General Hospital. London:Royal College of Psychiatrists;2005. p.10-12.
- (20) **Pepersack T, De Breucker S, Mekongo YP, Rogiers A, Beyler I.** Correlates of unrecognized depression among hospitalized geriatric patients. *J Psychiatr Pract* 2006;12:160-167.
- (21) **Guallar-Castillon P, Magarinos-Losada MM, Montoto-Otero C, Tabuenca AI, Rodriguez-Pascual C, Olcoz-Chiva M, Conde-Herrera M, Carreno C, Conthe P, Martinez-Morente E, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F.** [Prevalence of depression and associated medical and psychosocial factors in elderly hospitalized patients with heart failure in Spain]. *Rev Esp Cardiol* 2006;59:770-778.
- (22) **De Man-Van Ginkel JM, Hafsteinsdottir T, Lindeman E, Burger H, Grobbee D, Schuurmans M.** An efficient way to detect poststroke depression by subsequent administration of a 9-item and a 2-item Patient Health Questionnaire. *Stroke* 2012; 43:854-856.
- (23) **Alamri SH, Bari AI, Ali AT.** Depression and associated factors in hospitalized elderly: a cross-sectional study in a Saudi teaching hospital. *Ann Saudi Med* 2017;37:122-129.
- (24) **Mendes-Chiloff CL, Ramos-Cerqueira AT, Lima MC, Torres AR.** Depressive symptoms among elderly inpatients of a Brazilian university hospital: prevalence and associated factors. *Int Psychogeriatr* 2008;20:1028-1040.
- (25) **Creed F, Morgan R, Fiddler M, Marshall S, Guthrie E, House A.** Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics* 2002;43:302-309.
- (26) **Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, De Francesco M, Marinoni MG, Mosciaro C, Piccinelli M, Vaccari L, Tansella M.** Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med* 1999;29:823-832.
- (27) **Vonammon Cavanaugh S.** The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population: using the MMSE, GHQ, and BDI. *Gen Hosp Psychiatry* 1983;5:15-24.
- (28) **Depaulo JR, Jr, Folstein MF.** Psychiatric disturbances in neurological patients: detection, recognition, and hospital course. *Ann Neurol* 1978;4:225-228.
- (29) **Knights EB, Folstein MF.** Unsuspected emotional and cognitive disturbance in medical patients. *Ann Intern Med* 1977;87: 723-724.
- (30) **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.** An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.

**국문초록****연구목적**

본 연구는 우울 증상으로 정신건강의학과에 자문 의뢰된 환자들의 임상적 특징과 자문 의뢰 형태, 재협진 여부에 따른 차이를 알아봄으로써, 종합병원 입원환자의 우울장애의 특징을 조사하고자 하였다.

**방 법**

2005년 8월부터 2011년 12월까지 정신건강의학과에 자문 의뢰된 입원환자를 대상으로 하였고, 이중 우울 증상으로 의뢰된 환자들의 의무기록을 후향적으로 분석하였다.

**결 과**

우울 증상으로 의뢰된 환자는 총 647명으로 전체 협진 중 13.82%에 해당하였다. 우울 증상으로 의뢰된 환자의 평균 나이는 58.6세로 전체 정신건강의학과에 협진 의뢰된 환자군의 평균 56.4세보다 높았으며, 3형 의뢰 형태(입원 이후 새롭게 발생한 정신건강의학과적 증상을 위한 협진 의뢰)가 가장 많았다. 이중 재협진 의뢰된 환자는 275명으로 전체의 42.5%였으며, 재협진군과 비재협진군을 비교해 보았을 때 통계적으로 유의미한 차이는 없었다. 그러나 자문 의뢰 형태에서 두 군의 산술적 차이가 있었는데, 재협진군은 3형(보수형)-2형(병렬형)-1형(상호보완형)의 빈도순을 보였고 반면, 비 재협진군은 2형(병렬형)-3형(보수형)-1형(상호보완형)의 빈도순을 보였다.

**결 론**

종합병원에서 우울 증상으로 의뢰된 환자군은 전체 정신건강의학과 협진 의뢰 환자 군에 비해 고령의 비율이 높았고, 그중 재협진군은 비재협진군에 비해 입원 이후 새롭게 증상이 발생하여 협진 의뢰된 비율이 높았다. 따라서 각 과 주치의들과 정신건강의학과 의사들은 입원환자들의 우울 증상에 주의를 기울이고, 적극적으로 치료계획을 논의함으로써 의료 서비스의 질을 향상시키고 위험 요인을 파악하여 필요하면 조기 개입할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

**중심 단어** : 자문 조정 정신의학 · 우울장애 · 자문 의뢰 형태 · 정신병리학적 환자 평가.