

Toxicology

정신과 치료 거부 중독 자살 시도 환자의 특성과 중재 치료로서 응급의학과 입원의 효과

아주대학교 의과대학 응급의학교실

임용균 · 정희환 · 박은정 · 민영기 · 최상천

Characteristics of Suicidal Attempters with Acute Poisoning Who Discharged Against Psychiatric Medical Advice and Emergency Department Admission as an Acute Intervention

Yong Gyun Lim, M.D., Hoe Hwan Jeong, M.D., Eun Jung Park, M.D., Young Gi Min, M.D., Sang Chun Choi, M.D.

Purpose: Discharge against medical advice (DAMA) carries a risk of increased mortality and readmissions in the emergency department (ED). The aim of the current study was to examine characteristics of suicidal attempters with acute poisoning who were discharged against psychiatric medical advice and other clinical department admission as acute intervention.

Methods: We retrospectively selected a consecutive series of suicidal attempters with acute poisoning who were admitted to the emergency department between 2011 and 2012. Sex, age, admission time, psychiatric DAMA, impressions by the Psychiatrist-in-charge, and psychiatry follow-up after discharge were reviewed in the medical records. DAMA was defined as an unplanned discharge for which the psychiatrist-in-charge documented in the medical record that the patient or one's legally authorized representatives decided to refuse hospitalization against the psychiatrist's medical advice including closed ward admission.

Results: A total of 883 patients who had attempted suicide who visited the emergency department were included. Of these, 155 patients were suicidal attempters with acute poi-

soning for ED ward admission. Among these patients, the rate of psychiatric DAMA was 66.5% (n=103). Psychiatric impressions were 1) adjustment disorder 51.5% (n=53), 2) major depressive disorder 28.2% (29%). The rate of DAMA was higher in the adjustment disorder group than in the major depressive disorder group (82.8% vs 58.7%, $p < 0.001$). The rate of follow-up after hospital discharge to the psychiatric outpatient department was 26.5% (n=27).

Conclusion: Admission to the emergency department may improve psychiatric outpatient department referral in suicidal attempters with acute poisoning. In addition, customized plans according to psychiatric diagnosis will be considered for effective acute intervention and continuous psychiatric referral.

Key Words: Suicide, Poisoning, Treatment refusal, Patient discharge

Department of Emergency Medicine, Ajou University Medical Center, 164 Worldcup-ro, Yeongtong-gu, Suwon-si, Gyeonggi-do, Korea

Article Summary

What is already known in the previous study

Although the ED might be the best place to intervene patients with attempting to commit suicide, there is relatively high occurrence rate of discharge against medical advice (DAMA) in the ED. DAMA carries a risk of increased mortality and readmissions in the emergency department (ED).

What is new in the current study

Admission to the emergency department may improve psychiatric outpatient department referral in suicidal attempters with acute poisoning. This will be one of the clues to solve the problems related with attempting to commit suicide.

책임저자: 최 상 천
경기도 수원시 영통구 월드컵로 164
아주대학교병원 응급의학과
Tel: 031) 219-7754, Fax: 031) 216-7760
E-mail: avenue59@ajou.ac.kr

접수일: 2015년 11월 3일, 1차 교정일: 2015년 11월 4일
게재승인일: 2016년 1월 13일

서 론

2013년 OECD 보고서에 따르면 2011년 대한민국의 자살률은 인구 10만명 당 33.3명으로 회원국 중에 가장 높으며, 지난 20년 동안의 자살 증가율이 280.1%로 급격히 증가하고 있다¹⁾. 자살시도자의 증가는 사회경제적인 손실을 야기할 뿐만 아니라 추중 자살을 유발하므로 적극적인 관리가 필요하다²⁾. 또한 자살 시도 경험은 추가 자살 시도의 주요한 위험 인자이며 다수의 자살 시도자들이 재시도를 통해 결국 자살에 성공하기 때문에 자살 시도자에 대한 주의 깊은 평가와 같은 적극적인 의학적 접근과 추적 관찰 등의 후속 대책을 포함하는 급성 중재법 적용을 통해 자살 재시도를 낮추는 노력이 필요하다³⁻⁵⁾. Baraff 등⁵⁾은 자살 시도자들을 처음 대면하는 응급실 의사들이 정신보건전문가들을 조기에 개입시켜 자살자에 대한 적절한 평가와 조치를 취해야 한다고 하였다.

이러한 근거를 토대로 많은 수의 응급실 의료진은 응급실에 내원하는 모든 자살 시도자들을 정신과적 중재를 위해 정신과로 의뢰하지만 다음과 같은 이유로 적절한 정신과적 중재가 이루어 지지 못하고 있다. 첫째, 자살 시도자들은 다수에서 정신과적 면담을 거부하고, 면담을 하더라도 폐쇄병동 입원 등과 같은 정신과적 치료를 거부한다. 둘째, 자살시도자의 다수가 통상적인 근무시간 이외의 시간인 오후 8시부터 새벽 3시까지 가장 빈번하게 응급실에 내원하지만 야간 및 주말에는 정신과 전문 진료 연계가 어렵기 때문에 제한적인 환자에서만 정신과적 평가가 시행된다⁶⁾. 셋째, 아시아 문화권의 경우 정신 질환에 대한 오해와 부정적인 인식으로 인해 정신과적 면담과 치료를 받아들이지 못하는 경우가 있다^{7,8)}. 그러므로 응급실에 내원한 자살 시도자들에 대한 적절한 중재가 이루어지지 위해서는 추가적인 대책이 필요하다.

자살 시도자들은 정신과적 치료 이외에도 자살 시도에 의한 신체적 손상이 발생하기 때문에 신체 손상에 대한 치료가 필요한 경우가 많다. 이에 저자들이 근무하는 응급실의 경우 정신과적 치료를 거부하는 환자들에 대해서도 정신과적 치료거부동의서를 받은 후 신체적 손상에 대한 치료 및 자살 시도에 대한 급성 중재를 위해 적극적으로 응급 의학과로 입원시키는 치료 프로토콜을 운영하고 있다. 그러나 지금까지 이러한 정신과적 치료 거부자들에 대한 정신과적 분석이나 이들의 특성을 분석한 연구는 없었다. 이에 저자들은 중독의 방법으로 자살을 시도한 후 응급실에 내원하여 정신과 진료를 거부하였으나 급성 중독 증상의 신체적 치료나 자살 시도에 대한 급성 중재를 위해 입원했던 자살 시도 환자들을 대상으로 이들의 특성을 확인하였고, 정신과나 정신과 병동이 아닌 응급 병동에 입원하는 것이 자살 시도자들의 정신과 연계에 대한 도움이 되는가를

확인해보기 위해 본 연구를 시행하였다.

대상과 방법

1. 연구 대상

2011년 1월부터 2012년 12월까지 아주대학교병원 응급의료센터에 내원했던 환자들 중 국가응급실정보망(national emergency department information system, NEDIS) 주증상 코드가 자해(suicidal attempt)나 자살(suicide)이었던 환자들과 병원 퇴원진단명에 자살이나 자해 시도가 포함되었던 모든 환자들을 대상으로 이들의 의무 기록을 확인하였다. 이들 중 자살 시도 방법이 중독이었던 경우를 최종 대상으로 하였다. 이들에 대한 성별, 나이, 내원 일 및 시각, 응급실 내원 방법, 중독 물질의 종류, 정신과 의사의 추정 진단, 정신과적 면담이나 폐쇄 병동 입원 거부 여부, 입원 후 추가 정신과 협진 여부, 퇴원 후 정신과 외래 연계 여부를 조사하였다. 본 연구에서 정신과 치료 거부는 환자나 법적 보호자가 정신과 면담 자체를 거부하거나 정신과 면담후 폐쇄 병동으로 입원을 거부하는 경우로 정의하였으며, 정신과적 진단명은 정신과 진료 기록을 사용하였다.

2. 분석 방법

조사된 자료들을 암호화 및 부호화하였고, 연속 변수는 평균과 표준편차로, 명목 변수는 N (%)으로 표시하였다. 각 변수들에 대한 통계 분석을 위해 Epi Info™ 7 (Centers for Disease Control and Prevention)을 사용하였다. 기술 통계 확인과 연관성 검정을 위해 카이제곱 검정과 피셔의 정확 검정을 시행하였고, 유의수준이 0.05보다 작은 경우 통계적으로 유의한 것으로 판정하였다.

결 과

1. 전체 연구 대상의 특성

2011년 1월부터 2012년 12월까지 총 24개월 동안 172,171 명의 환자가 아주대학교병원 응급의료센터에 내원하였고, 이들 중 자살 시도 환자는 총 883명이었다(Fig. 1).

2. 응급의학과로 입원했던 자살 시도 환자들의 특성 (Table 1)

총 883명 중 중독 치료나 중재 치료를 위해 응급의학과

로 입원했던 자살 시도 환자는 155명(17.6%)이었고, 나이는 41.78 ± 18.41 세, 남녀비는 0.74:1이었다. 이중 정신과 치료를 거부한 환자는 총 102명(65.8%)으로 정신과 진료 자체 거부가 46명(29.7%), 폐쇄 병동 입원 거부가 56명(36.1%)이었다. 계절별 차이에서 봄(3~5월) 42명, 여름(6월~8월) 35명, 가을(9월~11월) 45명, 겨울(12월~2월) 33명으로 봄과 가을에 환자 수가 많았다. 이들에 대한 정신과적 분석 결과 및 치료 결과는 Table 1과 같다. 이중 응급의학과로 입원했던 자살 시도자들의 정신과 분석에서 가장 높은 진단명인 적응 장애와 주요 우울 장애 환자 118명에 대한 추가 분석을 시행하였는데 정신과 치료 거부와 관련해서 적응 장애의 경우 면담 자체를 거부한 환자가 28명(52.8%), 폐쇄병동 입원치료 만을 거부한 환자가 25명(47.2%)이었고, 주요 우울 장애의 경우 면담 자체를 거부한 환자가 6명(20.7%), 폐쇄병동 입원치료 만을 거부한 환자가 23명(79.3%)으로 이들의 차이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.001$) (Table 2). 추가 비교 결과는 Table 2와 같다.

입원 치료 경과와 관련해서 151명(97.42%)이 퇴원하였고, 4명(2.58%)은 사망하였다. 이중 중독에 대한 신체 치료 후 정신과로 전과하여 치료한 환자는 12명(7.7%)이었고, 응급의학과에 입원 도중에 일반 병실에서 목을 매 자살 시도를 하여 정신과로 강제 전과되었던 경우가 1례 있었으며, 탈원한 경우가 1례 있었다.

3. 자살시도환자들의 정신과 외래 추적 진료 확인 (Table 3)

자살시도로 내원한 전체 883명의 환자들을 대상으로 한 입원 및 응급실 퇴원 후 정신과 외래 추적 진료 확인에서 입원 치료 도중 사망한 71명의 환자를 제외하면 전체 812명 중 164명(20.20%)에서 외래 추적 진료가 시행되었다. 응급실에서 바로 퇴원하였던 478명의 환자 중 62명(13.0%)이 정신과 외래 추적 진료에 참여하였으며, 입원하였던 334명의 환자 중 102명(30.1%)이 정신과 외래 추적 진료에 참여하였다. 한편, 정신과적 치료 거부 후 응급의학과로 입원하였다가 생존 퇴원한 151명 중 41명(26.5%)이 정신과 외래 추적 진료에 참여하였으며, 이들에 대한 경과는 Fig. 2와 같다. 응급실에서 정신과 치료를 거부했던 환자들 중 정신과 치료 자체를 거부했던 46명 중 3명(6.52%)이 정신과 외래 추적 치료를 시행한 반면 폐쇄 병동 입원만을 거부했던 56명 중 24명(42.9%)에서 정신과 외래 추적 진료를 시행하여 차이를 나타냈다(Fig. 2).

진단명에 따른 정신과 외래 추적 진료 결과는 다음과 같다. 3명의 사망자를 제외한 주요 우울 장애 환자 51명 중 17명(33.3%)에서 정신과 외래 추적 진료가 시행되었으며, 응급실에서 정신과 치료를 거부했던 29명 중 11명(37.93%)에서 정신과 외래 추적 진료가 시행되었다. 1명의 사망자를 제외한 적응장애 환자 63명 중 13명(20.6%)

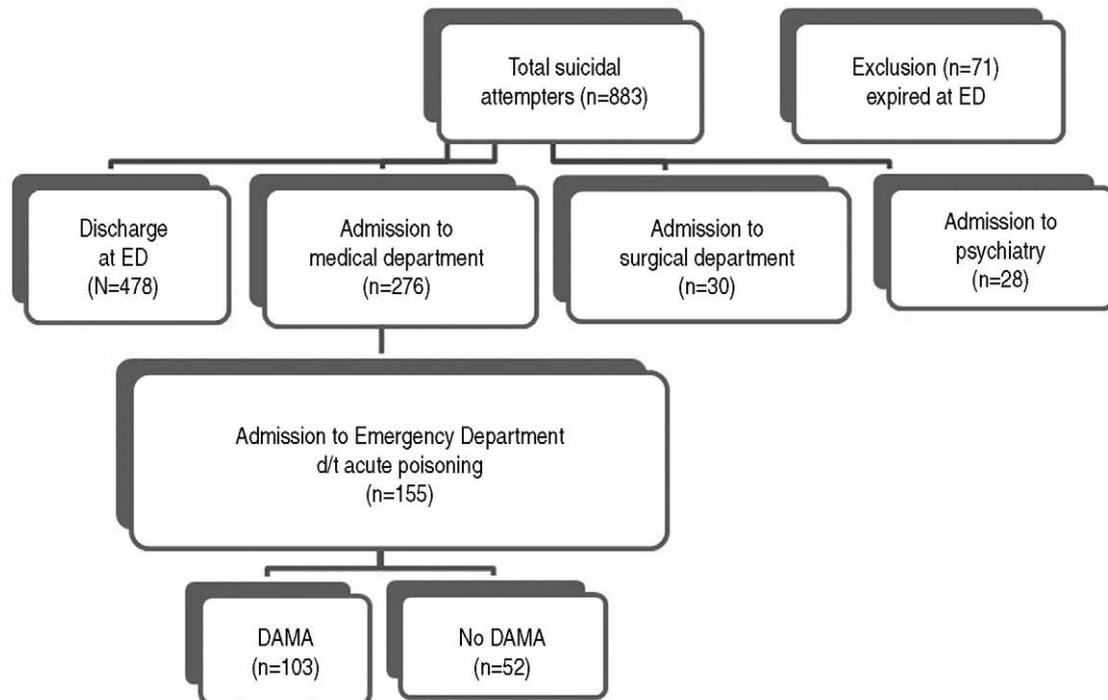


Fig. 1. Flow of the patients.

* ED: emergency department

† DAMA: discharge against medical advice

에서 정신과 외래 추적 진료가 시행되었으며, 응급실에서 정신과 치료를 거부했던 52명 중 11명(21.15%)에서 정신과 외래 추적 진료가 시행되었다(Table 2).

고 찰

본 연구는 자살 시도자들에 대한 급성 정신과 치료 중재

Table 1. DAMA vs no DAMA in patients with ED admission.

	DAMA* group (n=103)	No DAMA group (n=52)	p-value
Age	41.03 ± 17.05	43.29 ± 20.95	0.47
Sex (Female)	31 (59.6%)	58 (56.3%)	0.69
Suicidal Method			
Medication	50 (48.5%)	27 (51.9%)	0.69
Gas	38 (36.9%)	14 (26.9%)	0.22
Agricultural chemical	14 (13.6%)	8 (15.4%)	0.76
Ethylene glycol	1 (1.0%)	3 (5.8%)	0.08
Diagnosis			
Adjustment disorder	53 (51.5%)	11 (21.2%)	<0.001
Major depressive disorder	29 (28.2%)	25 (48.1%)	0.01
Bipolar disorder	2 (2.0%)	5 (9.6%)	
Dysthymia	3 (2.9%)	1 (1.9%)	
Schizophrenia	0 (0%)	3 (5.8%)	
Dementia	1 (1.0%)	1 (1.9%)	
Alcohol dependency	1 (1.0%)	0 (0%)	
Antisocial personality disorder	1 (1.0%)	0 (0%)	
Substance induced mood disorder	1 (1.0%)	0 (0%)	
Post-traumatic stress disorder	1 (1.0%)	0 (0%)	
Not diagnosed	11 (10.7%)	6 (11.5%)	
Psychiatric treatment at ED [†]			
Totally agreed	0	10 (19.2%)	
Reluctant	0	42 (80.8%)	
Refuse to closed ward admission	46 (44.7%)	0	
Totally refused	57 (55.3%)	0	
Treatment results			
Expired	1 (1.0%)	3 (5.8%)	
Survival at discharge	102 (99.0%)	49 (94.2%)	
Psychiatric OPD [‡] follow-up	27 (26.5%)	15 (28.6%)	0.79

* DAMA: discharge against medical advice

[†] ED: emergency department

[‡] OPD: outpatient department

Table 2. Adjustment disorder vs major depressive disorder in acute poisoning suicidal attempters with ED admission.

	Adjustment disorder group (n=64)	Major depressive disorder group (n=54)	p-value
Age	37.08 ± 16.25	46.22 ± 18.62	0.01
Sex (female)	36 (56.3%)	34 (63.0%)	0.46
DAMA*	53 (82.8%)	29 (53.7%)	<0.001
Refuse to closed ward admission	25 (39.1%)	23 (42.6%)	0.70
Totally refused	28 (43.8%)	6 (11.1%)	<0.001
Expired	1 (1.6%)	3 (5.6%)	
Survived at discharge	63 (98.4%)	51 (94.4%)	
Psychiatric OPD [†] follow-up	13 (20.6%)	17 (33.3%)	0.13

* DAMA: discharge against medical advice

[†] OPD: outpatient department

에 장애가 되는 정신과 치료 거부 환자의 특성 및 치료 결과를 확인하여 향후 자살 시도자들에 대한 급성 정신과 치료 중재에 도움이 되는 방향을 모색하고자 시행되었으며, 본 연구를 통해 저자들은 다음과 같은 내용을 확인할 수 있었다. 정신과 폐쇄 병동 입원을 거부하여 응급의학과로 입원했던 57명 중 생존 퇴원자 56명에서 42.9% (n=24)가 정신과 외래 추적 진료에 연계가 되었고, 응급실에서 정신과 치료를 거부했던 환자들의 정신과 진단은 1) 적응 장애 51.5% (n=53), 2) 주요 우울 장애 28.2% (n=29), 3) 진단명 없음 10.7% (n=10) 순으로 확인되었다. 이러한 결과들은 향후 자살시도자들의 급성 정신과 중재 치료에 대한 대책 정립시 도움이 될 수 있을 것으로 생각한다. 앞서 기술한 것처럼 정신과 치료를 거부했던 자살시도자들에 대한 기저 정신 질환 분석에서 적응 장애의 빈도가 51.5% (n=53)로 가장 높았다. Kessler 등⁸⁾에 따르면 주요 우울 장애를 포함한 기분 장애가 자살의 주요한 위험 요인이라고 하였으나, 다른 연구들에서는 적응 장애 또한 자살의 위

험 요인이며 적응 장애가 있을 경우 12배 이상 자살률이 높다고 하였다^{8,9)}. Table 2에 따르면 정신과 치료를 거부한 환자들 중 가장 비율이 높은 진단명은 적응 장애(51.5%)이지만, 응급실에서 정신과 치료에 순응하여 급성 중재 후에 응급의학과로 입원했던 환자들 중 가장 비율이 높은 진단명은 주요 우울 장애(48.1%)로 차이를 나타낸다. 이러한 차이가 앞선 연구 결과들의 차이를 설명할 수 있는 요인이라 생각한다. 응급의학과로 입원하였던 환자들에 있어서 주요 우울 장애와 적응 장애를 비교한 결과를 살펴보면 적응 장애 환자들의 나이가 어리고(37.08±16.25 vs 46.22±18.62, $p<0.01$), 정신과적 치료에 대한 치료 거부 비율은 높으며(82.8% vs 53.7%, $p<0.001$), 퇴원 이후 정신과 외래 추적 진료 참여에 대한 비율이 낮음(20.6% vs 33.3%, $p=0.13$)을 확인할 수 있다. 적응 장애 환자들은 자살 시도 빈도가 높지만 응급실 급성 중재 치료 시도에 순응하지 않으며, 정신과 연계에도 비순응적이다. 이러한 결과는 향후 자살시도자들에 대한 급성 정신과 중재법 및 자

Table 3. Number of the patients who visited psychiatric outpatient as follow-up.

	Total number of patients (n=812)	Number of patients who visited psychiatric OPD* (n=164)
Medical ED [†]	276	72 (26.1%)
Surgical	30	12 (40.0%)
Psychiatry	28	18 (64.3%)
Discharge at ED [†]	478	62 (13.0%)

* OPD: outpatient department

† ED: emergency department

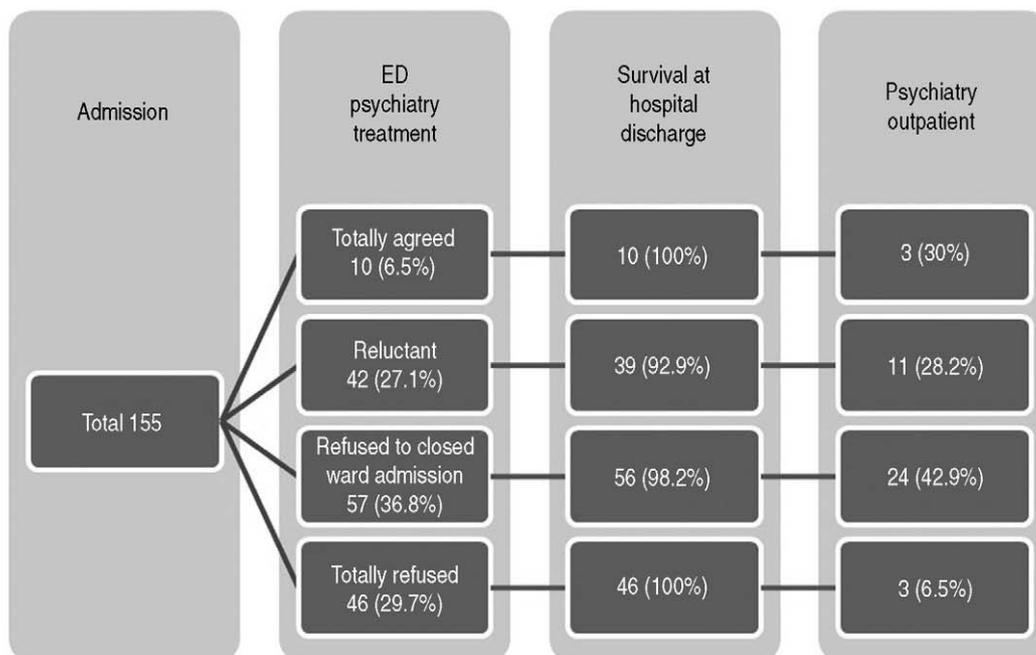


Fig. 2. Effects of emergency department admission as acute intervention on follow-up in patients with suicidal attempters.

살시도자 추후 관리에 대한 계획 정립 및 수정 시 적응 장애 환자에게 대한 적극적인 세부 고려가 반드시 필요한 부분이라 하겠다.

자살 시도자들의 증가는 사회 경제적 손실을 유발하기 때문에 재시도에 대한 관리가 필요하다. 자살 시도자들이 삶에 대한 의지가 높음에도 불구하고 자살 재시도율이 높다. 그러므로 자살시도자들에 대한 급성 정신과적 중재와 같은 대책이 마련된다면 재시도 가능성을 줄일 수 있을 것으로 기대되지만 모든 자살 시도자들을 대상으로 정신과 진료 연계를 포함하는 급성 정신과적 중재가 시행될 수 없다. 응급실에서 일회성으로 이루어지는 정신과 진료만으로는 자살 예방에 도움을 주는지 확실하지 않다. 또한 입원 1주 이내에 자살 위험도가 높고, 입원 기간이 짧았던 환자들에서 자살 위험도가 높은 것으로 알려져 있으며, 탈-병원화 운동으로 노르웨이에서 정신과 병상 수가 줄어든 후 자살율이 증가한 것으로 알려져 있다^{10,11)}. 만일 입원 진료가 시행되지 못하고 퇴원하는 경우에는 정신과 외래 추적 진료를 장려하고, 외래 추적 진료가 이루어지도록 전화나 인편으로 적극적으로 개입하는 것이 자살 재시도를 낮추고, 치료의 참여도를 높일 수 있는 방법이라고 제시되고 있다^{4,8,9)}. 그러나 응급실에서 모든 자살 시도자들에 대해 정신과 협의 진료를 의뢰하지만 다수에서 면담을 거부하거나 면담 후 폐쇄병동 입원 등 정신과 치료를 거부하기 때문에 저자들의 병원에서는 이러한 내용들을 근거로 자살 시도에 따른 신체적 치료 목적뿐만 아니라 이들에 대한 급성 중재 관리 및 추후 정신과 치료 연계를 위해 가능한 다른 임상과에 입원하도록 하며 주로 응급의학과에서 입원을 진행시키는 프로토콜을 운영하고 있다. 본 연구에서 정신과 치료를 거부하였으나 다른 임상과로 입원하였던 환자들의 퇴원 후 정신과 외래 추적 진료 참여 비율이 응급실에서 바로 퇴원하였던 환자들에 비해 2배 이상(12.97% vs 30.05%, $p < 0.01$) 높게 나타났고, 응급의학과에 입원하였던 환자들의 정신과 외래 추적 진료 참여율과 관련하여 정신과 치료 거부 환자군(26.5%, $n = 27$)과 그렇지 않은 환자군(28.6%, $n = 15$)간에는 차이는 없었다($p = 0.79$). 또한 응급의학과로 입원했던 폐쇄 병동 입원 거부 환자들의 정신과 외래 추적 진료 참여율 역시 42.9%로 다른 환자들에 비해 높았다. 폐쇄 병동 입원 치료 거부에 대한 결과를 살펴보면 폐쇄병동 입원 치료만을 거부했던 경우가 응급의학과 입원환자 중 46명(44.7%)이었다. Katsakou 등¹²⁾에 따르면 폐쇄 병동에 입원해 있는 동안 자신이 타인의 통제하에 놓인다는 생각에 병동 입원치료를 거부하는 경우가 많다고 하였다. 이러한 결과들을 고려할 때 개방 병동에서 치료받는 환경을 적극적으로 늘려 간다면, 더 많은 환자에서 정신과적 치료 기회를 제공할 수 있을 것으로 생각한다. 특히 본 연구에서 주요 우울장애 환자들이 치료를 받고자 하는 욕구는 있으나, 폐쇄병동 입원 치료만을 거부하는 경우가

높으므로 자살 시도자들의 정신과적 특성을 고려하여 기저 정신질환에 따라 치료적 접근을 달리 하는 것이 바람직할 것으로 생각한다. 또한 폐쇄 병동 입원을 거부하는 주요 우울장애 환자들에게 개방 병동 치료를 대안으로 제시하여 입원 치료하게 하거나, 혹은 폐쇄 병동에 대한 이미지 개선을 통하여 폐쇄 병동 입원에 대한 거부감을 줄여, 입원 치료 받을 수 있도록 설득하는 노력이 필요할 것으로 생각된다. 이러한 결과들을 고려할 때 자살시도자들에 대한 지속적인 정신과 치료 연계를 위해서는 정신과 치료를 거부하는 경우 신체적 치료 목적에 부합하는 정신과 이외의 다른 임상과가 자살 시도자들을 적극적으로 입원시켜 자살 재시도에 대한 욕구가 강한 시기를 지나가도록 하는 것이 자살 재시도를 줄일 수 있는 한 가지 방법이며, 이는 추후 정신과 치료 기회를 부여할 수 있는 중요한 과정이 될 수 있을 것으로 생각한다. 자살 시도자들에 대한 일반 병동 입원과 관련해서 발생할 수 있는 문제가 입원 도중 자살 재시도이다. 본 연구에서도 일반 병동으로 입원하였던 환자들 중 1명의 환자에서 자살 재시도가 있었으나, 의료진이 빨리 발견하여 심각한 결과는 발생하지 않았다. 미국 통계에 따르면 입원 환자 10만명당 5~40명에서 자살 시도가 있다고 한다^{13,14)}. 정신과 병원 입원 환자에서 발생하는 자살의 79.5%는 개방 병동에서, 15.9%에서는 폐쇄병동에서 발생한다고 한다¹⁵⁾. 앞서 제안한 바와 같이 자살시도자에 대한 일반 병동에 대한 입원이 이루어지기 위해서는 의료인을 포함한 보호자가 급성기에 환자의 자살재시도 가능성을 항상 염두해 두고 환자를 24시간 지속적으로 관찰 및 지지할 수 있는 치료 환경을 조성하는 것이 급선무라 생각된다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 연구 대상자 선정에 있어 선택 편향의 가능성이 있다. 정신과 치료에 대한 거부 의사를 표명했던 환자나 보호자 분석에 있어 환자의 중증도가 매우 높아 면담이 불가능하였거나, 반대로 중증도가 경미하여 면담을 시행하지 못한 경우가 있어 응급실에 내원한 환자들을 대표하기에는 한계가 있을 것으로 생각된다. 그러나 전체 대상 환자에서 이들이 차지하는 비율이 높지 않으므로 큰 편향이 있을 것으로 생각되지는 않는다. 둘째, 추락, 교통사고, 목매 등 다른 방법으로 자살 시도를 했던 환자들은 정신과 치료 거부에 대한 분석에서 제외하였기 때문에 결과가 제한적일 수 있다. 향후 모든 자살 시도자들을 대상으로 정신과적 분석과 외래 경과관찰 및 재시도에 대한 연구를 시행하면 자살 시도자들에 대한 급성 정신과 중재를 계획하거나 및 보강하는데 더 큰 도움이 될 것으로 기대한다. 셋째, 본 연구에서 자살 시도자들에 대해 정신과 의사가 면담 후 입원을 권유하였으나, 연구대상기간 초기에 해당하는 환자들에 있어 자살 위험도에 대한 평가와 같은 객관적인 자료가 입원 권유나 추가 정신과 치료에 대한 도구로 사용되지는 않았다. 현재 자살 시도자가 자살을 재시도할 위험도를 평가하는 것으로 SAD

PERSONS scale, Modified SAD PERSONS scale 등 과 같은 도구가 개발되어 사용되고 있다^{22,24)}. 이러한 지표들이 추후 자살을 정확하게 예측하지 못한다는 연구 결과도 있지만 객관적으로 자살 위험도를 평가하여 급성 정신과 중재 치료 및 환자의 경과 결정에 사용하는 것이 중요하며 연구 결과에 편향을 주지 않을 것으로 생각한다¹⁶⁾. 현재는 자살 위험도를 평가하고 있기 때문에 추후 연관된 연구를 진행할 수 있을 것으로 생각한다.

결론적으로 본 연구에서 급성 중독으로 자살을 시도했던 입원이 필요한 자살시도자들에 있어 가장 흔한 정신과 진단은 적응 장애와 주요 우울증이며, 이들 정신과 질환에 따라 폐쇄 병동 입원 여부나 정신과 진료 자체 거부와 같은 정신과적 치료 거부 결과에 차이점을 나타내는 것을 고려할 때 정신과적 진단별 자살시도자들에 대한 맞춤 전략이 필요할 것으로 생각한다. 또한 정신과적 치료를 거부하였으나 다른 임상과로 입원을 하게 되는 경우 추후 외래에서 자살에 대해 정신과 치료를 연계할 가능성이 높아짐을 고려할 때 이러한 전략을 포함하는 진단별 맞춤 전략이 자살률 및 재시도율을 낮추고, 예방하는데 도움이 될 것으로 생각한다.

참고문헌

1. Available at: <http://www.oecd-ilibrary.org/content/chapter/factbook-2013-97-en/>. Accessed October 1, 2015.
2. Kim WJ, Song YJ, Namkoong K, Kim JM, Yoon HJ, Lee E. Does a copycat effect exist in the emergency department? *Int J Psychiatry Med*. 2013;45:59-72.
3. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147:17-28.
4. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? *Crisis J Crisis Interv Suicide Prev*. 2013;34:32-41.
5. Baraff LJ, Janowicz N, Asarnow JR. Survey of California Emergency Departments About Practices for Management of Suicidal Patients and Resources Available for Their Care. *Ann Emerg Med*. 2006;48:452-8.e2.
6. Bergen H, Hawton K. Variations in time of hospital presentation for deliberate self-harm and their implications for clinical services. *J Affect Disord*. 2007;98:227-37.
7. Mann J, Apter A, Bertolote J. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*. 2005;294:2064-74.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:617-26.
9. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Lash TL. The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clin Epidemiol*. 2010;2:23-8.
10. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:427-32.
11. Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Cause-specific mortality in psychiatric patients after deinstitutionalisation. *Br J Psychiatry*. 2001;179:438-43.
12. Katsakou C, Rose D, Amos T, Bowers L, McCabe R, Oliver D, et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:1169-79.
13. Robertson WD. Poisonings in the United States, 1987. *Am J Emerg Med*. 1988;6:544.
14. Hogarty SS, Rodaitis CM. A suicide precautions policy for the general hospital. *J Nurs Adm*. 1987;17:36-42.
15. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: a longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry*. 2012;73:e735-41.