

# 정신건강의학과 인턴 수련지침서

## 1. 수련목표

### 가. 일반목표

- 일차 진료의로서 정신건강 문제를 가진 환자의 진단, 치료 및 의뢰에 필요한 기본적인 지식과 술기를 익힌다.

### 나. 구체적 목표

- 1) 정신건강의학과 환자를 다루는데 필요한 정신의학적 면담기술을 숙지한다.
- 2) 정신건강의학과 환자에 대한 병력조사 및 정신상태검사를 시행할 수 있다.
- 3) 정신건강의학과 진단체계에 대한 지식을 습득하고, 주요 정신질환에 대한 감별진단을 할 수 있다.
- 4) 정신건강의학과와 주요 약물에 대해 숙지하고 부작용에 대처할 수 있다.
- 5) 자살, 공격적 행동 등과 같은 정신건강의학의 응급상황에 대처할 수 있다.

## 2. 인턴이 할 수 있는 술기와 진료범위

가. 외래 환자에 대한 초진면담(병력청취 및 정신상태검사)

나. 병동입원 환자에 대한 초진면담(병력청취 및 정신상태검사)

다. 병동입원 환자에 대한 지지적 정신치료

라. 입원 및 외래환자의 집단정신치료 보조치료자로 참여

마. 입원 및 외래환자의 뇌자극치료(ECT, TMS)에 대한 보조치료자로 참여

바. 입원 환자의 PRN 처방이 있는 경우 사전 지시에 따른 처방

## 3. 의무기록 작성

가. 입원 환자 초진 시 「입원초진기록」 작성 및 전문의에게 코사인

나. 외래 환자 초진 시 「외래초진기록」 작성 및 전문의에게 코사인

다. 입원 환자 면담 후 「입원경과기록」 작성 및 전문의에게 코사인

라. 당직 시 추가 면담 혹은 주요 처치 시 「입원경과기록」 등 이용하여 기록

마. 격리 및 강박 시행 참관 시 「격리 및 강박 기록서」 작성 후 전문의에게 코사인

## 4. 필수 술기

정신건강의학과 인턴은 수련기간 동안 기본적인 정신의학적 면담기술과 정신의학적 병력조사/정신상태검사 시행법을 필수적으로 습득해야 한다.

### 가. 정신과적 면담 기술

- 1) 환자를 존중하고 도와주려는 태도와 경어사용과 같은 기본예절을 갖춘다.

- 2) 환자와 의사의 좌석은 같은 높이가 좋다. 위험할 수 있는 환자와 면담할 때에는 면담실 문을 열어두고, 의사는 출입문 가까이 앉고, 의사와 출입문 사이에는 장애물이 없도록 한다. 필요한 경우에는 제3자로 하여금 문밖이나 면담실 안에 있게 한다.
- 3) 면담 중에는 가능한 기록하지 않으며 첫 면담이라도 진찰에 그치지 않고 치료적 의미를 가진다는 것을 알아야 한다.
- 4) 우울증 환자의 경우 너무 일찍 환자에게 모든 것이 잘 될 것이라고 격려하지 말라. 환자는 의사가 자신의 고통에 대해서 이해를 못하고 있다고 여길 수 있다.
- 5) 망상을 가진 환자의 경우 망상에 직접적으로 도전하고 공격하는 것은 피하면서, 환자의 믿음에 의사는 동조하지 않음을 나타내 보이는 것이 도움이 된다.
- 6) 환자와 정보제공자는 따로 보는 것이 원칙이다. 동석한 경우에는 환자의 이야기를 먼저 듣고, 가족이 중간에 끼어드는 일이 없도록 한다.
- 7) 의사 자신의 개인적인 사항을 지나치게 노출하는 것에 주의하고, 환자와 치료적인 관계가 아닌 개인적인 관계가 형성되지 않도록 한다.
- 8) 정신과 환자의 경우 입원사실 자체부터 비밀보장(confidentiality)의 대상이 된다. 환자와 관계된 내용에 대해서는 자문의뢰, 법원의 명령과 같은 특수한 경우를 제외하고는 절대 누설하지 않는다.

#### 나. 정신과적 병력조사 및 정신상태검사

##### 1) 병력 조사

- 가) 개인 자료: 환자의 기본적 신원사항, 입원일자, 정보제공자 이름, 정보신뢰도
- 나) 주소 또는 문제: 환자나 보호자가 말한 그대로 기록
- 다) 현병력: 주소의 발병과 경과, 유발인자, 이차적 이득
- 라) 가족력: 부계 및 모계 3대
- 마) 개인력: 유아기/소아기/사춘기/성인기/노년기
- 비) 인격: 병전 인격 및 인격의 변화

#### 다. 정신상태검사

- 1) 전반적 외모, 태도 및 행동: 복장, 위생상태, 표정, 수족의 운동, 자세의 이상, 상동증 및 함구증, 치료진에 대한 태도, 눈맞춤, 공격적 행동, 강박적 행동
- 2) 기분(정동): 주관적 기분과 객관적 기분상태를 같이 기록 우울, 상쾌, 다행감, 분노, 공포, 불안, 공황, 적개심, 평온, 행복, 슬픔 등 사고의 내용과 기분이 적합한가, 기분의 정도가 타당한가.
- 3) 언어 및 사고 과정: 말이 많은가/거의 없는가, 목소리의 톤과 억양, 발음이상 사고비약, 함구증, 우원증, 보속증, 동문서답, 지리멸렬, 말비빔, 신어조작증, 반향언어
- 4) 사고내용: 망상(피해/과대/색정/관계 등), 지배관념, 강박사고, 공포증, 관계사고, 자살사고
- 5) 지각: 환각(환청, 환시, 환촉), 착각, 이인증, 비현실감
- 6) 의식 및 지남력

7) 기억:

가) 장기기억—고향, 출신학교, 주민등록번호, 주소, 전화번호

나) 단기기억—당일 아침 반찬이나 어제 본 뉴스의 내용 등 하루 이내의 사건

다) 즉각기억회상—서로 연관성이 없는 세 단어(예: 나무, 자동차, 모자)를 불러주고 바로 따라 하라고 시킴

8) 주의력 및 집중력: serial 7(100-7), 요일 거꾸로 말하기

9) 일반 지식과 지능 및 추상적 사고: 역사적 사건, 최근 뉴스, 속담풀이, 공통점 찾기

10) 판단력과 병식: 길을 가다가 주민등록증을 주었을 때 어떻게 할 것인가? 병원에 온 이유, 어떤 병이 있는가?

## 5. 관찰 술기

- 1) 정신건강의학과 인턴은 주요 정신질환에 대한 감별진단을 할 수 있어야 하며, 이를 위해 수련기간 동안 주 2회 이상 외래 참관을 한다.
- 2) 정신건강의학과 주요약물에 대해 숙지하고 부작용에 대처할 수 있어야 하며, 이를 위해 수련기간 동안 매일 병동회진에 참여한다.
- 3) 자살, 공격적 행동과 같은 정신건강의학적 응급상황에 대처할 수 있어야 하며, 이를 위해 수련기간 동안 주 2회 이상 병동 야간 당직 및 응급실 당직에 참여한다.

### 가. 정신의학적 응급

#### 1) 자살

가) 자살 기도자의 95%가 정신질환(주로 우울증, 물질사용장애, 정신분열증)을 가지고 있다.

나) 응급실을 방문한 자살 기도자에 대한 정신과적 처치

① 먼저 신체적인 상태에 대한 검사와 처치를 한다.

② 환자를 보기에 앞서 먼저 보호자를 만나 경위를 듣는다.

③ 자살 기도의 심각성을 판정한다. (예: 음독의 경우)

㉠ 약 종류: 수면제나 항정신성 약물보다 독극물(농약, 청산가리 등)인 경우에 더 심각

㉡ 양: 많을수록 심각

㉢ 장소: 쉽게 발견되지 않는 곳에서 기도한 경우에 더 심각

㉣ 시간: 음독 후 발견되기까지 오래 걸리는 시각(늦은 저녁)에 기도한 경우 더 심각

㉤ 주위 사람: 주위 사람이 없는 곳에서 기도한 경우 더 심각

㉥ 기도 후 사실 통보: 기도사실을 알리지 않거나 늦게 알릴수록 더 심각

㉦ 유서가 발견된 경우에 더 심각

④ 의사 앞에서 행동을 뉘우치며 되풀이하지 않겠다고 하는 경우 믿어서는 안 된다.

⑤ 경위도 모르면서 눈물을 흘린다고 선불리 위로하지 말고 차라리 실컷 울게 한다.

⑥ 분노가 의사에게 향하더라도 참고 따듯이 받아들인다.

⑦ 자살 기도자의 가족을 질책하지 않는다.

⑧ 자살 기도자가 응급실에 있는 동안 철저히 감시한다.

- ⑨ 자살 기도자는 원칙적으로 입원시킨다. 환자와 가족이 입원을 거부하면 가족이 하루 24시간 철저히 환자를 돌보도록 주의를 준다.
- ⑩ 추후 법적 문제의 가능성을 생각하여 자살 기도자와 가족을 면접한 시간과 내용, 입원하지 않고 귀가한 이유와 판단의 근거에 대해 자세히 기록한다.

#### 다) 자살에 대한 질문

- ① 과거에 자살을 생각한 적이 있습니까?
- ② 과거에 자살을 시도한 적이 있습니까?
- ③ 현재 자살 생각을 가지고 있습니까?
- ④ 자살 계획을 세운 게 있습니까?
- ⑤ 그렇다면 어떤 방법으로 자살하려고 하나요?

### 2) 난폭하거나 공격적인 환자

#### 가) 난폭한 행동의 원인에 따라 다음과 같이 처치한다.

- ① 기질성 정신질환으로 의심되면 무조건 항정신병 약물을 투여하기보다는 원인을 치료하는 것이 중요하며, 원인을 모르는 상태에서는 강박을 하는 것이 필요하다.
- ② 정신분열병이나 조증의 경우에는 대부분 면담으로 중재하기 어려우므로 항정신병약물을 빨리 주는 것이 최선이며, 약효가 나타날 때까지는 강박 혹은 격리해야 한다.
- ③ 비정신병적, 비기질적 원인인 경우에는 대부분 언어적 중재가 가능하다.

#### 나) 언어적 중재(verbal management)시 고려사항

- ① 먼저 의사 자신의 안전을 고려하라.
- ② 침착한 언행으로 의사가 상황을 통제하고 있다는 인식을 심어주어라.
- ③ 도발적이거나 심판적이지 않는 방법으로 부드럽게 말하라.
- ④ 가능하면 의사와 환자 모두 앉도록 한다.(단, 충분한 거리를 두고)
- ⑤ 환자의 눈을 응시하는 것은 가능한 피하라.(환자는 도전으로 해석할 수 있다)
- ⑥ 환자가 말을 시작하면 들어라.
- ⑦ 투약여부에 대해서 스스로 결정하게 유도하여 상황에 대한 '조절감'을 느끼게 한다.

#### 다) 약물

- ① Haloperidol 5-10mg + Lorazepam 2-4mg IM: 가장 추천
- ② Chlorpromazine 25-50mg IM or Diazepam 5-10mg IV or Lorazepam 2-4mg IV

#### 라) 강박(Restraint)

- ① 강박은 적어도 4명의 인력이 필요하며 가족으로 된 결박의가 가장 안전하다.
- ② 강박을 시행할 경우 그 이유를 환자에게 꼭 설명해주어야 하며(환자가 듣지 않더라도), 강박상태에 있는 동안 치료진이 항상 환자의 눈에 띄는 곳에 있어 환자를 안심시킬 수 있어야 한다.
- ③ 환자의 머리는 약간 높이 두고, 두 다리는 벌리고, 한쪽 팔은 옆으로, 다른 팔은 머리 위로 두고 강박한다.
- ④ 강박 유지 시 간호사는 15분 간격으로 강박상태와 환자의 사지의 혈액순환 및 부종을

관찰한다. 강박은 특별한 사유가 없는 경우 24시간을 초과할 수 없다.

- ⑤ 위험한 환자의 강박 해제 시에는 일정한 시간 간격을 두고 환자의 반응을 관찰해가면서 하나씩 해제하도록 하며, 그 와중에 다시 위험이 있으면 강박을 재시행 한다.
- ⑥ 강박의 이유, 치료경과, 환자의 반응을 잘 기록한다.

#### 나. 주요 정신의학적 응급 상황

##### 1) 공황발작(panic attack)

- 가) 비정기적으로 극심한 공포 또는 불쾌감이 있으면서, 다음 증상 중 4가지 이상이 급격하게 발생하여 10분 이내에 최고에 도달하는 상태 (심계항진/ 발한/ 떨림/ 숨이 가쁘거나 질식하는 느낌/ 숨막히는 느낌/ 흉통 또는 흉부의 불쾌감/ 메스꺼움 또는 복부 불편감/ 어지럽거나, 불안정한, 또는 쓰러질 듯한 느낌/ 이인증 또는 비현실감/ 자신에 대한 통제를 잃거나 미칠 것 같은 느낌/ 죽음의 공포/ 감각이상/ 한기 또는 발열감)
- 나) 공황발작은 처음 시작한 지 10분간 증상이 급격히 증가하며, 대개 20-30분간 지속된다. 그러나 한 시간 이상 지속하는 경우는 거의 없다. 환자 중 20%는 발작 중 실제로 실신을 하기도 한다.

##### 다) 감별진단과 검사

- ① 물질남용(substance abuse), 심근경색, 갈색세포종, 갑상선 기능이상
- ② CBC, fasting glucose, calcium, LFT, e', BUN/creatinine, TFT, U/A, EKG

라) 치료 : Lorazepam 2-4mg IM or IV를 환자가 안정될 때까지 20-30분 간격으로 반복

##### 2) 알코올 금단(Alcohol withdrawal)

- 가) 장기간 고용량의 음주를 하다가 갑작스럽게 감량하거나 중단하였을 때 발생하며 다음과 같은 증상을 보인다(자율신경계 항진 증상/ 진전/ 불면/ 오심과 구토/ 정신운동성 초조/ 불안/ 착각, 환각과 같은 일시적인 지각장애/ 경련).

##### 나) 주요 증상의 시간적 경과

- ① 진전 : 6-8 시간
- ② 지각장애 : 8-12 시간
- ③ 경련 : 12-24 시간
- ④ 진전섬망(delirium tremens) : 48-72 시간
- ⑤ 불면/불안 : 수일 이상 지속

##### 다) 치료

- ① Benzodiazepines : Chlordiazepoxide 200-400mg p.o. Lorazepam, Diazepam도 가능
- ② 망상과 환각이 심하면 Haloperidol 0.5-2mg IM q 2h로 투여
- ③ Vitamin B1(thiamine) : 하루 100mg 이상 투여, Wernicke encephalopathy 예방

## 6. 필수 환자군

### 가. 주요우울장애

1) 평생유병률: 약 5~10%로 매우 흔한 질환

2) 주요 증상

가) 기분 관련 증상: 슬픔, 저조한 기분, 짜증, 불쾌감 등이 있으며, 매사에 즐거움을 잘 느끼지 못하거나 흥미와 관심, 동기 등이 저하되기도 함.

나) 신체적인 증상: 잠들기가 어렵고 이른 새벽에 일어나곤 하며, 식욕은 증가하는 경우도 있으나 대개 감소. 성욕이 떨어져 성관계를 부담스러워하고 피함.

다) 인지증상: 부정적인 생각을 하게 되고 집중력 및 기억력이 저하. 불필요한 죄책감에 휩싸이거나 자신이 쓸모없다는 생각에 빠져들기도 함.

라) 기타: 심한 경우 망상이나 환청 등의 정신병적 증상이 동반.

3) 원인: 생물학적 요인과 환경적 요인이 복합적으로 작용

4) 치료: 가벼운 우울증은 환경의 변화와 지지적 상담 만으로 해결될 수 있으나 병원에 찾아오는 많은 환자들은 증상이 심해 약물 치료를 병행해야 함. 항우울제를 기본으로 처방하되 증상에 따라 항불안제, 항정신병 약물을 추가적으로 사용할 수 있다.

#### 나. 양극성장애

1) 평생유병률: 약 1%

2) 호발연령: 성인초기. 대개 30세 혹은 그 이전.

3) 진단: 한 번이라도 조증삽화가 나타나면 양극성장애로 진단. 조증 시기에는 고양된 기분, 과활동성, 과대망상 등이 주요한 증상으로 나타나고 우울증 시기에는 우울한 기분, 무의욕 증, 무감동 등이 주 증상이 됨

4) 치료: lithium, valproic acid, lamotrigine 등의 기분안정제 또는 quetiapine, olanzapine, aripiprazole 등의 비정형 항정신병약제

#### 다. 조현병

1) 평생유병률: 약 1%

2) 호발연령: 남자 15~25세, 여자 25~35세.

3) 증상: 환각, 망상, 와해된 언어, 와해된 행동 및 괴이한 행동, 음성증상(정동의 둔마, 무의욕 증 등) 등이 나타날 수 있음

4) 치료: risperidone, olanzapine, aripiprazole, quetiapine 등의 항정신병약물을 투여. 치료의 목표는 급성기 삽화의 빈도와 중증도를 감소시키고 심리사회적 기능을 최대한 향상시키는 데 있음.

#### 라. 섬망

1) 단기간에 발생하는 의식 및 전반적 인지기능의 저하

2) 주요 임상양상

가) 전구기-불안, 공포, 안절부절못함, 기면, 수면장애 등

나) 급격히 발생, 단기간에도 변화가 심한 경과

다) 각성수준과 주의집중력의 저하로 쉽게 산만해짐.

라)수면-각성 주기의 변화(낮에 자고 밤에 깬다)

마) 기억력의 감퇴(특히, 단기기억력)

바) 와해된 언어와 사고(조리가 없고 횡설수설함)

사) 지남력 장애(비교적 드물며, 주로 사람에 대한 지남력에 장애)

아) 지각장애(환각, 착각)

자) 신경학적 이상소견(dysgraphia, constructional apraxia, dysnomic aphasia, tremor, asterixis, myoclonus, background slowing on EEG)

### 3) 원인과 경과

가) 원인은 매우 다양하다(뇌병변, 신체질환, 약물, 통증, 감각박탈 등).

나) 갑자기 시작하고 지속기간은 일주일 이내이나, 원인이 교정이 되지 않으면 계속된다.

### 4) 치료

가) 원인 교정과 supportive care가 가장 중요하다.

① 간호사실에 가까운 방으로 환자를 옮기고, V/S를 자주 측정한다.

② 사고가 일어날 수 있는 상황을 피한다.

③ 너무 자극이 없거나, 너무 많은 자극은 피한다.

④ 보호자를 상주시키고, 친숙한 물건을 놓아둔다. 시계나 달력을 놓아둔다.

⑤ 정기적으로 시간, 장소, 사람에 대한 정보를 준다.

⑥ 밤 동안에도 병실에 적당한 조명을 켜둔다.

⑦ 창문이 있는 병실이 도움이 된다.

⑧ 안경이나 보청기를 하고 있으면 돌려주어라.

⑨ 의심, 피해의식, 지남력 장애 등이 지속되면 방을 옮겨보아라.

나) 정신병적 증상 : haloperdol 2-10mg IM (P.O.로 줄 경우에는 IM 용량의 1.5배)

다) 불면 : short acting benzodiazepine, trazodone, hydroxyzine

라) 강박은 하지 않는 게 원칙이나 부득이 한 경우에는 최소한으로 시행한다.(2 or 4 point)

## 항정신병약물의 신경학적 부작용

### 1. 급성 추체외로 증상

- ① acute dystonia: 항정신병약물 투여 초기 또는 급격한 증량 후 수일 이내에 발생하는 근육통 및 근 긴장도의 이상은 acute dystonia의 가능성이 높다. diazepam 5-10mg IV injection 혹은 benztropine 1정을 경구투여한다.
- ② drug-induced Parkinsonism: tremor, rigidity, gait disturbance, bradykinesia 등의 장애를 보이는 경우 의심하며, 치료로는 benztropine 또는 trihexyphenidyl을 하루 1~3정, 2~3회 분복한다.

### 2. 지연성 증후군

- ① tardive dyskinesia: 장기간 항정신병약물을 투여 시 반복적이고 불수의적인 상동성 운동 장애 증후군이 발생할 수 있다. 입, 혀, 턱 주위의 불수의적 운동이 가장 흔히 나타나며, 손, 어깨, 목, 상체 등 다른 부위에도 나타날 수 있다. 일단 증상이 나타나면 투약 중이던 항정신병약물의 용량을 줄이거나 중단하고, 제2세대 항정신병 약물로 교체하는 것이 바람직하다.