

의사와 환자 간 원만한 인간관계 형성에 관한 소고*

A Study on Building of Harmonious Human Relationship between Doctor and Patient

최재규 (원광대학교 복지보건학부 교수)

Abstract

Jae-Gyu Choi

There are several reasons why doctors and patients do not examine the social context critically. First, to do so can become emotionally upsetting. Because change might prove difficult, doctors and patients may fear that discussing contextual problems in any depth would create needless frustration and conflict. Second, professional training gives little attention to the possibility of physicians' working to improve contextual sources of distress. Few physicians in medicine learn to spend much time on contextual concerns in routine doctor-patient encounters. A third reason not to examine context involves doctors' own perceptions that their role is necessarily a limited one. From this viewpoint, a critical discussion of patients' social context goes beyond what doctors reasonably should be expected to do. Therefore, to study on the building of their harmonious human relationship, this paper focuses on the exploring both the disease and the illness experience, the understanding of the whole person, the finding common ground for mutual incorporation(developing an effective management plan requires physician and patient to reach agreement in three key areas: the nature of the problems and priorities, the goals of treatment, and the role of the doctor and the patient), the enhancing of their relationship(attributes of a therapeutic relationship, power in their relationship, the meaning of the caring and the healing, and the transference and countertransference of their emotional feelings).

주제어 : 의사·환자 간 관계, 사회적 상황, 원만한 인간관계, 상호협력

Key Words : doctor-patient relationship, social context, harmonious human relationship, mutual incorporation

* 이 논문은 2006년도 원광대학교의 교비지원에 의해서 연구됨.

I. 서언

환자들의 대부분은 의사나 의사의 환자에 대한 태도, 그리고 의사의 치료과정에서의 여러 처치들에 대해 불만족스러워 한다. 의사들도, 모두가 그런 것은 아니겠지만, 환자를 치료하는 과정 속에서 의업으로서의 자신들의 일에 대해 자존감을 갖고 임하는 데에 한계성을 느끼게 하는 의료 환경에 처하는 경우가 예전에 비하여 훨씬 많음을 경험하고 있다. 또한 의사들은 의학교육을 받고나서 개원을 하거나 환자를 치료하는 과정 속에서 생기게 되는 여러 가지 어려움을 겪고 난 후에도 전혀 예상하지 못했던 환자에 대한 헌신과 의사가 보내는 시간의 유효성, 그리고 의술에 대한 책임성 등을 요구받고 있다.

과거에 비해서 오늘날에는 의사와 환자 간 관계에 영향을 미치는 많은 변화들이 있다. 이러한 변화들 가운데 환자들의 자율성에 대한 강조, 다문화주의에 대한 관심, 그리고 예방과 보건교육에 대한 정부의 보다 많은 배려 등은 의사와 환자 간 상호작용을 개선시켜 주고 있다. 이들 변화들은 환자들로 하여금 자신들의 보건의료에 더 많이 참여할 수 있도록 권한을 주는 쪽에 초점이 맞춰져 있다.

그러나 의사들의 입장에서 보면, 위에서 언급한 변화들을 쉽게 수용하기가 쉽지 않은데, 그것은 많은 의사들이 그들에게 가해지는 요구들로 불편함을 느끼고 있고, 환자들의 복지에 대한 의사들의 헌신과, 의사들이 환자들의 복지를 의료 현실에서 실현시키기 위해서는 많은 비용이 초래됨에도 불구하고, 오히려 비용을 줄이라고 하는 요구사이의 이해 갈등을 느끼는 등 새로운 어려움을 초래할 수 있기 때문이다.

의사가 자기 앞에 앉아있는 환자를 제대로 알고 이해할 수 있기 위해서는 환자 이전에 전인적 존재로서 했던 행동, 말, 그리고 행동과 말 속에 나타난 가치에 대해서까지도 충분히 알 필요가 있다. 그것은 의사를 대하는 환자의 목적과 의도는 환자 이전의 그가 과거에 했던 말, 순간순간의 선택, 행동 등을 통해서 알 수 있기 때문이다.

의사는 환자의 질병의 과정을 파악하고 재창조하기 위해서라도 환자의 과거를 알아야 한다. 의사가 환자 이전의 증상, 몸에 일어난 변화, 사건이 일어난 환경적 상황, 그리고 그가 무엇을 했는지 등에 대해서 알아야 하는 것은 환자가 어떻게 행동하고, 생각하고, 그리고 반응할 것인가를 미리 예견할 수 있기 위해서이기도 하다.

의사로 하여금, 위에서 언급했던, 환자에 대한 여러 가지 내용을 잘 알아야 한다는 것이 공허한 주문에 머물지 않게 하기 위한 한 모색으로 본 논문에서는 의사의 환자에 대한 질환과 질병 경험의 탐색, 의사의 전인적 존재로서 환자 이해, 의사와 환자의 협력을 위한 공동의 장 모색, 그리고 의사와 환자 간 관계의 양양이라는 네 가지 관점에 초점을 두고 살펴보고자 한다.

II. 의료현장에서 ‘사회적 존재’로서의 환자와 의사의 만남

과거의 전통적 의학은 신체의 기능과 질병에 대한 생물학적 이론에 치중하여 연구하였고 의사를 교육시켜 왔는데, 이러한 의학의 기본이 되는 이론적·방법론적 모형을 생의학 모형(biomedical model)이라고 한다. 생의학 모형의 핵심적 내용은 네 가지이다. 첫째, 질병을 측정이 가능한 생물학적 변이의 기준으로부터 멀리 벗어난 상태, 즉 이탈된 상태로 정의한다. 둘째, 특정적 병인론의 원칙으로 특정한 질병은 특정한 병원미생물이 인체에 침투함으로써 발생한다는 것이다. 셋째, 보편적 질병의 가정으로 질병의 증상과 과정은 역사적, 문화적으로 서로 다른 사회에서 동일하게 발현된다는 것이다. 그리고 마지막으로 의학의 가치중립성에 대한 가정으로 의사들은 과학적 방법의 합리성을 채택하고 있을 뿐만 아니라 과학자로서의 윤리기준인 객관성과 중립성을 유지한다는 것이다(정경균·김영기 외 공저, 1998: 21-28; 한국보건사회학회 편, 2000: 33-35).

과거의 전통적 의학이 ‘신체의 기능’과 ‘질병에 대한 생물학적 이론’에 치중하여 환자를 진단하고 치료하였다. 이러한 생의학 모형에 의한 환자 치료 접근방법은 전인(全人)으로서의 환자를 진단하고 치료하기에는 많은 한계성을 가지고 있음을 비판받아 왔다.

환자가 의사를 찾을 때에 환자는 신체적 문제뿐만 아니라 사회적 상황이나 배경에 따른 문제까지도 가지고 온다. 사회적 상황이나 배경은 일, 가족관계, 그리고 훨씬 넓은 범위에 걸쳐있는 지역사회와 관련되어 있는 것 등을 포함하고 있다. 환자의 신체적 문제에 대한 경험은 이러한 문제들이 일어나는 사회적 상황이나 배경과 서로 연결되어 있다. 통증과 병리적 현상은 단지 신체를 괴롭히는 경험이 아니다. 오히려 그러한 신체적 과정들은 개인의 인생 경험에 의해서 영향을 받기도 하고 영향을 미치기도 하는 것처럼 다루기 힘든 것이다. 환자들의 의사들에 대한 기대는 신체에 대한 진단과 치료보다 훨씬 많은 것들을 포함하고 있다. 그러므로 환자들은 의사들에 대해서 기술적 의료 그 이상을 요구하게 된다.

의사가 환자의 사회적 상황이나 배경을 검토하지 않은 이유는 몇 가지가 있다고 생각한다.

첫째, 의사가 환자의 사회적 상황이나 배경을 검토하게 되면 감정적으로 곤란하게 될 수 있기 때문이다. 변화는 어려운 것임을 알기 때문에, 의사와 환자는 사회적 상황이나 배경에 관련된 문제들을 논의하는 것이 쓸데없는 체념과 갈등을 초래할 것이라고 두려워한다. 변화를 추구하는 사람을 위한 사회적 지원의 기여가 그러한 논의를 또한 억제할 수 있다.

둘째는 전문가인 의사에 대한 교육 과정이 의사들이 그들의 일 속에서 사회적 상황이나 배경을 개선시킬 수 있는 가능성이 있음에 대해서 거의 관심을 두고 있지 않기 때문이다. 그렇기 때문에 의사와 환자의 일상적인 만남 속에서 많은 시간을, 사회적 상황이나 배경에 관심을 가지며, 보내기를 배운 의사들이 거의 없다.

셋째는 의사들 자신들이 그들의 역할이 필연적으로 한정적인 것이라고 하는 지각에 연유하기 때문이다.

이러한 세 가지 관점에서, 환자들이 가지고 있는 사회적 상황이나 배경에 대한 의미심장한 논의는 의사들이 합리적으로 기대할 수 있는 것을 훨씬 뛰어 넘는다.

대부분의 의사들은 환자가 가지고 있는 사회적 상황이나 배경을 정확하게 파악하는 것이 의사들이 가지고 있는 전문적인 능력이 끼어들 수 없는 삶의 영역에 간섭하는 것이라고 인식하고 있기 때문에 그들 의사들은 사회적 상황이나 배경에 대한 관심보다 기술적 관심을 다루는 것이 훨씬 더 편하게 느낄 수 있을 것이다.

다른 전문가들처럼, 의사들도 환자들을 도우려고 애쓴다. 환자들은 육체적, 정신적, 그리고 사회적 문제 등 다양한 문제들을 가지고 의사에게 온다. 의사들이 의료 현장에서 당면하게 되는 도전들 가운데 하나는 환자들이 표출하는 문제들의 스펙트럼에 어떻게 적절히 대응할 것인가에 대해 관심을 가지는 것이다. 의사들은 환자들이 표출하는 그러한 어려운 문제들을 도와 줄 수 있고, 최소한 그렇게 하도록 노력해야 한다고 믿는다. 그러나 의사들의 이러한 선의에도 불구하고 의료환경과 의료제도로 말미암아 의사들이 그렇게 하고 싶어도 할 수 없는 처지에 놓이는 경우가 허다하다. 개인들에 대한 동기부여에 있어서의 다양성과 보건의료제도의 부적절성에도 불구하고 대부분의 의사들은 진정으로 환자들을 돕기를 원한다. 환자들이 의사들을 만나게 되면 어떤 내용에 대해서 의견교환하기를 원하는지 다음 세 가지 차원에서 의사들은 유의하여 관심을 가질 필요가 있다.

첫째, 환자들은 일과 관련한 문제들을 의사들과 논의하고자 한다. 이러한 문제들에는 스트레스, 작업상의 사고, 전문가의 평가나 보증을 필요로 하는 질병, 업무상 또는 비업무상 재해에서 기인하는 증상, 일할 수 있는 능력에 방해가 되는 증상 등이 포함된다. 의사들은 충고를 해주고, 검사를 지시하며, 약물을 처방해주고, 고용주나 회사에게 그러한 사실들을 의료적으로 보증해줌으로써 그러한 사회적 상황이나 배경에 관련된 어려움들에 대응한다.

둘째, 환자들은 가정생활에 관련한 문제들에 대해서 의사와 의견교환하기를 원한다. 가족관계에 있어서 어려움 때문에 의사와 환자 간 대화에 빠져들게 한다. 여성들의 역할 유형은 집안 일, 보육, 가정 이외에서의 노동, 그리고 다른 많은 문제들과 관련하여 긴장을 초래하고 있다. 그러한 문제들이 광범위한 주의를 받기는 하지만, 의료가

이러한 긴장에 어떻게 개입하여 중재할 것인가의 관점에서는 흔히 소홀히 되고 있다.

셋째, 환자나 특히 보호자들이 의사와 논의를 하거나 상담하고자 하는 것으로 사회적 조건이나 상황으로부터 연유되는 이상한(정상이 아닌) 행동이나 정서적 문제들을 들 수 있다. 의사들은 환자들이 가지고 있는 가장 사적인 경험들에 대한 정보들을 접하고 있다. 정신적, 정서적인 문제들을 가지고 있는 환자와의 접촉을 통해 행해지는 활동들은, 위에서 언급한 두 가지 내용과는 상당히 다른, 적당한 행위에 대한 주된 기대들과는 동떨어진 것들이다. 의사들은 환자들의 물질적 탐닉으로 이어지는 알코올, 흡연, 약물과 같은 오용 및 남용에 대해서 여러 가지로 상담하거나 치료한다. 더 나아가서 의사들은 의술 행위의 실제적 부분으로 간주되는 정신적 장애, 스트레스, 불안, 우울증 등 정서적 문제들을 다룬다. 이러한 정서적 문제들은 일터, 가족관계, 그리고 지역사회에서 당면하게 되는 전후 관계의 어려움으로부터 생기게 된다. 사회적 상황이나 배경은 의사가 개인적 결함이라고 할 수 있는 탐닉, 자기 파멸적 행위, 그리고 정서적 압박 등을 다루려고 할 때 매우 중요하다.

환자들이 사회적 상황이나 배경에 뿌리를 두고 있는 문제들을 표출할 때 일반적으로 의사들은 어떤 형태의 도움을 제시할 뿐 사회적 상황이나 배경에 대한 비판을 거의 나타내지 않는다. 현재 불행을 초래하고 있는 사회적 근원을 변화시키려는 노력을 의사와 환자 간 만남 속에서 기대될 수 없으며, 환자들이 가지고 있는 육체적 문제들의 대부분이 사회적 상황이나 배경에서 기인되는 경우조차도 마찬가지이다. 의사들은 사회적 상황의 어려움으로 생기는 육체적 또는 정신적 충격을 완화시킴으로써, 이념과 사회통제에 대한 교훈이나 호소를 통해서 환자들의 행위에 영향을 미치고자 함으로써, 그러한 의료적 의견교환만으로 환자들의 사회적 여건이나 상황에 대한 동의를 얻는데 도움을 준다.

위에서 언급한 내용을 뭉뚱그려 말한다면, 치료과정 속에서의 의사와 환자 간 만남이 사회계층과 정치경제적 권력을 포함하고 있는 보다 광범위한 사회적 관계를 반영하고 기여하고 있는 미시정치 상황(micropolitical situations)이 된다. 이러한 만남 속에서의 의사와 환자들은 의식적 수준에서 그들의 미시정치 상황을 거의 인식하지 못한다. 의사와 환자들은 불만족한 상태에 있는 환자를 다루려는 의사들의 시도를 생각할 때 그리고 사회적 상황이나 배경이 초래될 때 자포자기를 경험할 수 있다.

‘사회적 존재’로서의 환자를 대하게 되는 의사와 환자 간 관계는, 그렇기 때문에, 반대의 입장에 처하게 된다. 대부분의 보건전문가들은 환자를 돕기를 원하지만, 의료적 만남의 미시정치학적 관계는 환자들이 가지고 있는 사회적 상황의 어려움에 대한 의사들의 대응 능력에 한계를 갖게 한다. 한편으로, 도우려고 한다는 전문가들의 공약과, 또 다른 한편으로, 사회적 상황이나 배경과 관련된 문제를 다루려고 하는 의료가

가지고 있는 한계적 능력 간 모순이 의사와 환자 간 의료적 만남에서 주의를 거의 얻지 못하는 미묘한 문제이다.

Ⅲ. 의사와 환자 간 원만한 인간관계 형성에 관한 논점

1. 의사의 환자에 대한 질환과 질병 경험의 탐색

질환(disease)은 의학적으로 규정된 생리적·생물학적 건강 이상 상태를 의미하며, 질병(illness)은 질환의 사회·심리학적 의미로 환자가 주관적으로 느끼는 병의 경험이다. 전문직을 포함한 주변 집단의 사회적 평가와 반응을 지칭하는 개념이다. 질환은 전인(the whole man)으로서의 사람에 초점을 두지 않고 육체적인 몸에만 초점을 두지만, 질병은 건강하지 못했을 때 환자들 각자가 가지게 되는 경험을 말하며, 따라서 그 경험은 환자들마다 독특한 것이 된다. 그러므로 질환과 질병이 항상 공존하는 것은 아니다.

질환과 질병을 보다 더 잘 이해하기 위해서는 의사가 환자에게 무엇을 어떤 내용으로 질문하는가를 보면 알 수 있다고 지적한다(E. G. Mishler, 1984). 그는 ‘의료의 목소리’와 ‘삶의 세상(lifeworld) 목소리’로 나누어 전자를 질환에, 그리고 후자를 질병에 비교하여 설명하고 있다. ‘의료의 목소리’는 의사가 환자에게 “어디가 아프십니까?” “그것이 언제 시작되었습니까?” “그것이 얼마나 오래 지속되었습니까?” “무엇이 그것을 더 호전시키거나 악화시킵니까?” 등으로 묻게 되는데, 이러한 ‘의료의 목소리’는 과학적이고 편견 없는 태도를 조장한다고 말한다. ‘삶의 세상 목소리’는 의사가 환자에게 “당신은 무엇에 대해서 가장 많은 관심을 가지고 계십니까?” “그것이 어떻게 당신의 삶을 망가뜨리고 있습니까?” “당신은 그것이 무엇이라고 생각하십니까?” “내가 당신 돕는 것을 어떻게 생각하십니까?” 등으로 묻게 되는데, 이러한 ‘삶의 세상 목소리’는 세상에 대한 ‘상식’의 관점을 반영하며, 그것은 개인의 특별한 사회적 상황이나 배경, 질병이 가지는 의미, 그리고 그것들이 개인적 목표의 달성에 어떻게 영향을 미치는가 등에 중점을 두고 있다는 것이다.

치료하는 과정 속에서 환자들의 질병 경험을 환자들의 입장에서 이해하기 위해서는 의사들이 환자들의 세계에 들어갈 수 있기 위한 인터뷰 기술이 필요하다. 의사들은 환자들의 생각, 기대, 느낌, 또는 기능에 관한 효력을 변화시켜야 한다.

질환과 질병 경험의 탐색과정 속에서 의사와 환자 간 원만한 인간관계 형성을 위해서는 의사가 탐색해야 하는 네 가지 차원의 질병 경험이 있다고 한다(Weston, Brown & Stewart, 1989). 첫째, 무엇이 잘못되었는가에 대해 환자가 가지고 있는 생각, 둘째,

환자들이 가지고 있는 문제들에 대한 그들의 느낌, 특히 공포심, 셋째, 의사에 대한 환자들의 기대감, 그리고 마지막으로 기능에 관한 질병의 결과 등이다. 의사와 환자 간 원만한 인간관계 형성을 위해 네 가지 차원의 질병 경험을 의사가 탐색할 때 가장 중요한 것은 네 가지 차원과 관계있는 환자들이 가지고 있는 실마리에 대해 주의를 기울이는 것이다.

의사들이 질병의 이러한 제 국면을 설명할 때 환자들은 그들의 의사들에 대해서 훨씬 더 만족하고, 의사가 추천하는 치료내용에 훨씬 순응적이며, 훨씬 더 회복이 잘된다고 지적하고 있다(Stewart et. al., 1989).

지금까지는 의사가 환자를 치료하는 과정 속에서 의사중심적인 ‘의료의 목소리’만이 팽배하였는데, 그것은 진단을 하는 것이 의사의 임무였고 또한 기술주의적 관점에서 의사와 환자 간 상호작용을 의사가 지배했기 때문이었다. 이제는 의사들이 ‘의료의 목소리’인 질환에 정성을 들인 만큼이나 똑같이 ‘삶의 세상 목소리’인 질병에 대한 환자들의 개인적 경험도 경청할 것이 필요하다. 다시 말해서 의사들은 환자들의 병뿐만 아니라 모든 문제들을 이해하고, 진단하며, 그리고 치료하기 위한 기초로서 환자들이 가지고 있는 사회적 상황이나 배경에 우선순위를 둘 것이 요구된다.

2. 의사의 전인적 존재로서의 환자 이해

과거의 전통적 의학이 바탕을 두고 있는 생의학적 모형에서는 첫째, 질병의 원인과 과정을 모두 분자생물학적 수준으로 단순화하는 환원론, 몸을 기계로 보고 질병을 기계의 고장으로 파악하는 기계론, 원인과 결과 사이에 단지 일대일의 대응관계만 존재한다는 결정론적 인과성, 인간의 몸을 정신과 신체로 분할하여 인식하는 이원론 등에 토대를 두고 세계를 해석한다. 둘째, 지식체계의 구성방식에 있어서 생리학, 조직학, 병리학, 미생물학 등의 기초의학을 토대로 하고 있으며, 이러한 기초의학은 다시 자연과학인 물리학, 생물학, 생화학 등에 그 바탕을 두고 있다. 셋째, 질병은 측정 가능한 생물학적 매개변수의 정상적인 상태로부터 일탈로 설명되는 과정이다(질병에 대한 전제), 질병의 대상은 “그 속에 정신이란 전혀 없고” 같은 기능을 수행할 생물학적 유기체이다(환자에 대한 전제), 적절한 치료는 병원(病原)의 과잉이나 부족을 보충하거나 중성화시킬 물리적, 화학적, 전기적, 그리고 외과적 개입이다(한국보건사회학회 편, 2000: 34-35) 등을 핵심적인 내용으로 하고 있다. 이와 같은 내용으로 볼 때 환자에 대한 의사의 관점은 역사적, 문화적, 그리고 사회경제적인 존재, 즉 더 나아가서 전인적 존재로서의 환자라는 차원에서 벗어나 있다.

의사와 환자 간 원만한 인간관계 형성을 위해서는 환자들이 일상생활에서 경험하게

되는 사회적 상황이나 배경을 감안하여 환자가 처한 입장에 대한 인식이 선행되어야 한다.¹⁾ 이러한 접근은 질환과 질병의 개념을 전인적 존재에 대한 이해와 통합시키는 것이며, 전인적 존재로서 환자가 병원을 방문하기 이전의 생활 주기 속에서 경험하게 되는 가족관계, 친구와의 인적관계, 고용 여부, 종교, 학력, 문화, 그리고 보건의료전달 체계 등 사회적 상황이나 배경에 대한 이해를 가능케 한다.

의사가 전인적 존재로서 환자를 대하게 되면, 의사가 환자의 문제를 동떨어져 있거나 우연한 상황보다 훨씬 그 이상으로 인식하는데 도움을 줄 뿐만 아니라 환자가 가지니고 있는 문제에 영향을 끼치고 있는 복잡한 요인들을 파악하는데도, 그리고 환자의 인생사로 인한 영향을 보다 폭넓게 이해하는데 도움을 준다.

전인적 존재로서 환자에 대한 의사의 접근은 환자의 질환과 치료에 대한 범주와 종류를 훨씬 뛰어넘어 환자들이 가지고 있는 풍부한 정보를 얻게 한다. 그러한 접근은 비로소 의사들이 환자를 가족, 친구, 직장, 건강신념, 그리고 문화를 접하고 있는 사람으로 알게 해준다. 각 개인들의 개성 발달과 가족생활 주기 변화에 대한 지식은 의사로 하여금 그들 환자들의 가족구성 체계상 발달 임무와 변화의 극복이나 절충의 관점에서 이해하는데 도움을 준다. 또한 전인적 존재로서의 환자들이 처해 있는 사회적 상황이나 배경을 의사들이 많이 알수록 진료에 영향을 미치는 장애나 지지에 대한 통찰력을 얻을 수 있다.

의사가 환자의 인생 경험을 환자와 공유할 때 의사가 환자의 복잡한 역동성과 진료에 대한 요구나 병에 대한 환자마다의 특이한 반응을 이해하는데 도움이 된다. 환자들의 가족 역동성이나 발달상의 어려움에 대한 구체적 측면을 의사들이 환자들과 반드시 공유할 필요는 없을지 모르나, 환자들을 관리하고 진료하는데 있어서 의사를 안내할 수도 있다. 환자들이 그들 자신들의 갈등이나 걱정의 근원에 대해 알도록 조장하는 것으로써 환자들이 자신들의 고투와 고통을 아는데 도움을 줄 수 있다. 전인적 존재로서의 환자를 이해함으로써 의사들은 병에 대한 사람들의 반응과 고통의 본질 등, 인간의 주위 상황이나 사정에 대한 지식을 더 깊게 할 수 있다고 한다(Cassell, 1991; Mayeroff, 1972).

환자의 건강에의 가능성과 사회적 상황이나 배경의 대부분은 진료에 대한 의사와 환자 간 관계 그리고 개인적인 경험의 본질로 이루어져 있다. 의사의 환자에의 접근은 환자가 의사에 대해서 얼마나 많이 그리고 어떤 종류의 신뢰를 두는가, 의사와 환자의 역할에 대해 어떤 종류의 기대를 하는가를, 그리고 그들 간에 어떤 종류의 권력 관계가 있게 되는가를 결정짓는다(Brody, 1992). 반면에 환자의 의사에 대한 권력을 포기하거나 취하려는 접근은 의사의 환자 진료에의 접근을 구체화한다. 이러한 환자

1) 여기서 사회적 상황이나 배경은 가족, 친구, 직업, 지역사회, 문화, 그리고 사람과 사람 사이의 물리적·사회적 환경 등을 포함하고 있다(Epp, 1986; Watson, 1984).

의 의사에의 접근은 환자가 가지고 있는 세계에 의해서 구현된다.

의사가 전인적 존재로서의 환자를 이해하여 의사와 환자 간 원활한 인간관계의 형성을 위해서는 환자의 공식적인 사회사의 한 부분으로서 단 한 번의 만남을 통해 전인적 존재인 환자에 대한 정보를 얻을 수 있는 것이 아니라 오랜 기간 동안의 수없이 많은 방문을 통해서 축적된다는 점에 유의할 필요가 있다.

3. 의사와 환자의 협력을 위한 共同의 場 모색

효과적인 관리 계획을 개발하기 위해서는 의사와 환자가 세 가지 중요한 영역에 대한 합의에 이르러야 하는데, 첫째는 문제와 우선순위의 본질, 둘째는 치료의 목적, 셋째는 의사와 환자의 역할 등이 그것이다. 이 세 가지에 대한 합의에 도달하기 위해서는 환자도 관심이나 이슈를 불러일으키고 질문할 수 있는 기회를 가져야 하며, 이러한 문제나 이슈에 대한 상호 논의, 그리고 논의 중인 관리 목표나 문제 정의에 대한 합의에 관해서 환자와 의사가 분명하게 표명해야 한다. 의사와 환자 간에, 위에서 언급한 내용들에 대한 합의가 결여되는 경우에는 의사에 의한 유연한 대응이 공동의 장 찾기를 양양시킬 수 있다. 위의 세 가지에 대해서 부연 설명하고자 한다.

1) 문제 정의하기

잘못되고 있는 것이 무엇인가의 본질에 대한 어떤 합의가 없으면 의사와 환자가 그들 둘 모두가 받아들일 수 있는 관리의 계획에 일치하는 것이 어렵다. 환자가 문제의 본질을 알고 있을 때 의사가 그것을 믿는 것이 매우 중요하지 않고, 오히려 의사가 추천하는 치료와 설명이 환자들의 세계를 알고 환자들의 관점에 최소한 일관되어야 한다. 사람들은 병에 걸렸을 때 그들에게 무엇이 일어나고 있는가에 대한 매우 이상한 개념을 전개할 수 있다. 환자들에게 전혀 설명이 없는 것보다 문제에 대한 비합리적인 설명을 해주는 것이 그들에게는 더 좋아 보일 수 있다. 그러므로 환자들에게 도움을 제공하는 엉터리 의사가 그 어떤 것도 제시하지 않는 신비스럽기조차 한 의사보다 더 선호될 수 있다.

의사와 환자가 문제의 원인에 대해 서로 다른 생각을 가질 때, 예컨대 환자는 숨겨진 문제로 움직일 수 없다고 말하는 반면에 의사는 그가 피병을 부린다고 생각하는 경우, 의사가 고혈압으로 진단했는데 환자는 진료실에서 초조하게 있게 되어 아마 혈압이 상승되었다고 고집하는 경우, 여섯 살 먹은 아이의 부모가 아이가 일 년에 여러 차례 감기에 걸리므로 무엇인가가 매우 잘못되어 있다고 생각하는 반면에 의사는 그 정도의 감기 걸리는 횟수는 정상적이고 오히려 부모가 아이를 과보호하고 있다고 생

각하는 경우에 의사와 환자 간에 문제가 생긴다. 또한 의사가 과거의 적절하지 못한 의료모형을 이용함으로써, 환자가 지니고 있는 문제를 정의하는데 있어서, 어려움에 처하게 된다.

2) 치료 목표 정의하기

만약에 의사가 환자들의 기대를 무시하게 되면, 의사들은 환자들을 이해하지 못하는 위험에 빠지며, 환자들은 환자들의 관심과 흥미를 의사가 인식하지 않는 것으로 인해 화를 내거나 마음의 상처를 입을 수 있다. 어떤 환자들은 기필코 의사에게서 자신에 관련된 내용들을 들으려고 하고, 또 다른 환자들은 의사들에게 무뎌지고 비협조적이다. 의사에게서 맨 처음 들은 것을 환자가 믿지 않게 되면 의사에게서 무슨 말이나 들으려고 하지 않는다. 환자의 고뇌를 온전히 들어주게 되면 의사들은 환자들의 내면의 삶에 들어가기 위해서, 감정이입적으로 환자들의 고통, 혼란, 희망과 두려움 등을 경험하기 위해서 지혜와 느낌을 이용하려는 도전에 처하게 된다. 이러한 경험은 위험한 것일 수도 있고 의사에게는 정서적으로 또 다른 배수구를 만드는 것일 수도 있다.

타이밍이 중요한데, 인터뷰 중에 의사가 너무 일찍 환자의 기대를 묻게 되면 환자는 의사가 진단하는 것을 피하고 그러므로 말을 많이 하는 것을 꺼리는 것으로 생각할 수 있다. 그러나 의사가 인터뷰가 다 끝날 때까지 기다리면 환자에게 그렇게 중요하지 않은 이슈에 시간을 허비할 수 있다.

의사는 환자가 하찮은 그 어떤 것에 의사의 시간을 허비하고 있다는 것을 의사의 목소리 톤과 말투를 통해 비난을 암시하지 않도록 해야 한다. 그리고 지금 나는 3주 동안 기침 감기에 걸려 있었고, 당신이 처방한 어떤 기침약도 도움이 되지 않는다는 환자의 말에서 그의 생각, 기대, 그리고 느낌을 알아채는 것이 도움이 될 수 있다. 또한 의사는 이전에 했던 충고를 정당화시키려고 방어하는 것을 피해야 한다. 대신에 환자의 욕구불만과 무엇인가가 이루어졌으면 하는 암시적인 메시지를 알아채는 것이 훨씬 더 도움이 될 수 있다.

결국 치료의 목표는 의사와 환자 둘 모두의 기대와 느낌을 고려해야만 한다. 숨겨진 의제를 인식하지 못하면 합의에 이르는 어려울 수 있다. 의사가 순응적이지 않다 라고 생각하는 것은 치료목표에 대해 환자가 의견일치를 보이고 있지 않다는 표현일 수 있다.

3) 의사와 환자의 역할 정의하기

치료에 대한 목표와 우선순위를 결정하거나 어떤 문제의 본질에 대해서 의사와 환

자 간에 심한 불일치가 있을 수 있다. 치료의 목표와 우선순위, 그리고 어떤 문제의 근원적인 원천에 대한 심각한 갈등이나 불일치가 있을 경우에 각자의 역할에 대한 기대와, 의사와 환자 간 관계를 자세히 들여다봄으로써 해결의 실마리를 찾을 수 있다.

의사들은 환자들을 진료하는 과정 속에서 환자들이 그들의 질병 증상에서 벗어날 수 있도록 정성을 다하는 한편으로 환자들이 치료를 수동적으로 받아들이는 역할만하기를 바란다. 그러나 환자들은 환자 자신들의 편안함과 건강으로의 회복에 지대한 관심을 가지고 있는 의사, 여러 가지 치료법 가운데 어느 한 가지를 결정하는 과정에 참여할 수 있는 자주적인 존재로서의 환자로 대하는 의사, 그리고 환자를 배려하고 환자의 입장에서 가능한 한 치료하려는 의사를 추구한다.

오랫동안 의사와 환자 간 관계가 진전되어 오면서, 의사는 환자들이 오랜 세월동안 서로 다른 환경 속에 있으면서 서로 다른 문제를 가지고 있다는 것을 알 수 있었고, 환자 가족 구성원 중 한 사람으로서의 시각을 통해 환자들을 볼 수 있게 되었다. 환자들의 입장에서는 의사의 말 한 마디는 환자가 끝까지 지키며 견뎌야 하는 지침이 된다. 또한 환자들은 의사란 환자가 필요로 할 때 거기에 있어야 하는 존재로 인식하고 있음을 의사들이 알아야 한다.

의사와 환자 모두가 자신들의 역할에 대한 서로 다른 기대를 가지거나 적절하게 조화되지 않게 되면, 예컨대 잘못된 것이 무엇이고 무엇을 해야 할 것인가를 환자인 자기에게 의사가 말해야 한다는 권위를 환자가 추구하는 반면에 의사는 환자에 관련된 치료에 대한 의사결정에서 환자와 동등하기를 바라는 경우, 환자가 그 자신의 부모에게서는 결코 얻을 수 없는 것을 벌충하려고 아버지 모습으로 의사와 깊고 의미있는 관계를 갈망하는 반면에 의사는 현대의료를 환자들이 가지고 있는 문제에 적용할 수 있는 생의학자이기를 바라는 경우, 그리고 의사는 의료에의 전인적 접근을 누리고 사람으로서 환자 알기를 바라는 반면에 환자들은 의사에게서 단지 기술적 도움만을 추구하는 경우에 효과적으로 함께 일하는데 어려움에 처하게 된다.

4. 의사와 환자 간 관계의 양양

의사는 마지못해 해명하거나 사이에 끼지 않은 채 효과적인 관계를 위한 기본적인 수단인 무조건적인 호감, 감정이입, 그리고 성실성과 개인적 자의식을 이용하여 환자들의 요구나 환자를 대한다. 의사들은 서로 다른 환자들은 서로 다른 접근이 필요로 함을 알고 있고 환자들의 요구에 부응하는 다양한 방식을 환자들에게 사용한다. 의사들은 환자들과 나란히 걸어가고 더 나아가서는 치료목적을 위해서 환자들이 가지고

있는 강점을 발휘시킬 수 있도록 그들의 관계를 이용한다.

관계는 두 사람 간 모든 상호교환을 위한 기초이고 기본원리이며 두 개인 간 근본적인 교환으로 설명될 수 있다. 관계는 간호, 느낌, 신뢰, 권력, 그리고 목적의식 등을 포함하고 있다. 의사와 환자 간 '관계'는 치료적 관계에 있는 환자를 돕고, 치료를 조장하려는 것이 목적이다. 의사와 환자 간 관계는 매우 복잡한 상호작용이 일어난다. 그렇기 때문에 몇 가지 관점에서 부연 설명하고자 한다.

1) 치료관계에서의 의사·환자의 특징과 태도

진료과정 속에서 의사들은 환자의 질병 증상과 과정에 대해서 환자들에게 확신하여 말하기가 쉽지 않다. 그것은, 엄격한 의미에서 말하면, 환자들의 문화적 의미망²⁾에 따라 동일한 질병이라도 서로 다른 치료적 접근이 가능하다는 생의학적 모형의 대안적 모형인 문화적 차원을 차치하고라도, 과학적·기술적 치료접근으로 설명될 수 없는 상황들이 의료현장에서는 자주 일어나기 때문이다

불확실성은 의료행위의 전 영역 속으로 끼어든다. 질환을 정의하고 진단을 내리고 처치를 선택하고 경과를 관찰하고 확률을 산정하고 우선권을 부여하거나 아니면 이 모든 것을 통합하는 행위를 할 때 의사들의 행보는 매우 어렵다. 이러한 과업이 얼마나 복잡하며, 그것들에 대한 환자들의 이해가 얼마나 알팍한지, 얼마나 다양한 결론을 내릴 수 있는지 올바르게 인식하는 일은 의사가 아닌 사람들은 물론이고 대부분의 의사에게도 매우 어려운 일이다.

한편 카셀은 의사와 환자 간 관계에 있어서 상호성과 신뢰성의 역할에 대해서, “의사들은 환자들이 의사들에 대해 갖고 있는 신뢰성에 의해서 의사들의 전문적인 지식을 행동으로 실천할 수 있는 자격을 갖춘 사람들”이라고 언급하고 있다(Cassell, 1991: 76). 신뢰성의 차원에서 의사가 환자의 질병 상태가 호전된다거나 악화된다고 하는 환자의 웰빙(well-being) 여부를 속단하여 언급하기란 매우 어렵지만, 그래도 신뢰성과 상호성을 확보할 수 있는 최소한의 방법은 환자에 대해 긍정적인 호감을 갖고 대화하며 환자 관련 의사결정에 환자를 참여시키는 것이다.

의사에 대한 환자의 신뢰감은 의사가 환자에게 솔직한 태도로 자신이 아는 것과 모르는 것, 확실한 소견과 아직 불확실한 소견, 그리고 원인을 밝힐 수 있는 증상들과 아직 원인을 찾지 못한 증상들을 이야기 할 때 오히려 강화된다고 볼 수 있다.

2) 문화적 의미망이란 건강과 질병의 지식, 신조, 기술, 역할, 규범, 가치, 이데올로기, 태도, 습관, 양식, 상징 등의 요소를 총체적으로 의미한다. 문화적 차원의 설명에 따르면 건강과 질병은 신체적 계통, 문화적 의미망, 사회제도 사이의 복합적인 구성관계에 의해서 좌우된다고 본다. 따라서 문화적 의미망에 따른 의학적 접근은 동일한 질병을 앓고 있는 환자라도 환자의 문화적 의미망에 따라 의학적 치료가 각기 달라야 함을 시사하고 있다.

의료과정 속에서 환자들의 의사들에 대한 다양한 형태의 불신 행동, 환자들이 의사들에게 화를 내는 모습, 그리고 잘못된 의료처치 등을 경험하게 됨으로써 의사들은 선부르게 환자들에게 확신에 찬 언행을 하기가 쉽지 않다. 난해하고 당혹스럽고 흥미로운 의료현상에 직면한 의사는 의문을 제기하고 다시 한 번 환자에 대한 자신의 생각을 되돌아보면서 자신이 틀릴 수 있음을 인정할 수 있을 때에 바로 그것이 불확실성, 가변성, 유일성, 그리고 가치 갈등을 특징으로 하는 상황을 해결할 수 있는 열쇠가 됨을 유의할 필요가 있다.

카셀은 환자들에 대한 의사들의 초지일관적인 항구성이 필요하고 모든 일들이 순조롭게 잘 되어 갈 때에는 변함없는 배려와 환자 앞에 나타나는 것이 어렵지 않지만, 의료과정 속에서 의사와 환자 간의 관계가 시큰둥하게 되고, 실수나 낭패스런 상황이 생기고, 잘못된 진단이 이루어졌을 때, 환자의 개성과 행동이 까다롭고 심지어는 박대하기까지 하고, 정서적 친밀성 때문에 임박한 죽음이 상실과 슬픔을 초래하게 될 때에는 초지일관적인 행동을 유지하기 위해 자기 자신의 원칙이 필요하다고 한다(Cassell, 1991: 78).

환자를 싫어하는 의사는 환자가 증상을 이야기하는 중에도 말을 자르고 자기에게 편리한 진단과 치료법을 선택해버리곤 한다. 환자의 증상에 대해 오관하고 있음에도 불구하고 잘못된 치료에 대한 확신은 점점 커지고 심리적 애착도 발전한다. 또한 환자에 대한 부정적인 감정으로 인해서 환자는 전혀 다른 틀 속에 맞추어질 수도 있다. 반면에 환자에게 호감을 가지는 의사는 환자 자신이 하려는 말을 의사가 진정으로 듣고 싶어 한다고 환자가 느낄 수 있도록 해야 한다. 그러면 환자는 자신의 이야기를 통해서 의사가 미처 생각하지 못했을 수도 있는 단서와 암시를 제공할 수 있다.

2) 의사와 환자 간 권력의 공유

통념상 외과의사는 ‘뛰어난 손’을 가져야 하고, 외과의사로 성공하려면 손재주가 좋아야 한다고 하지만, 사실상 더욱 더 중요한 것은 능숙한 의사결정이라고 볼 수 있는데, 그것이 가능할 수 있으려면 의사와 환자 간 권력을 공유해야 할 것이 첫째로 요구된다.

환자는 같은 사람이 당연히 한 명도 없고 의사는 각각 다른 그 한 명 한 명에 대해 빠른 시간 안에 다양한 동작을 하면서 효과적인 진단을 내리고, 응급처치를 하고, 그 다음에는 환자에게 가장 안전한 조치가 무엇인지, 입원시킬 것인지 아니면 타 병원으로 이송할 것인지 아니면 집으로 돌려보내야 할 것인지 등을 결정해야 한다. 이러한 다양한 내용에 대응하는 각각의 의사결정이 병원이나 의사 중심적으로 이루어지면 의사와 환자 간의 원만한 인간관계의 형성에 아무런 도움이 되지 않는다.

그러므로 의사와 환자 간 원만한 인간관계의 형성을 위한 여러 가지 수단 가운데 양자 간 관계 속에서 권력과 통제에 관한 것을 공유하는 것도 한 방법이 된다. 의사와 환자 간 권력을 공유한다는 것은 의사와 환자가 상호관계, 계약관계, 그리고 소비자 접근 관계를 가지면서 의사결정을 하는데 있어서 상당히 높은 정도의 통제권을 행사한다는 것을 의미한다(Steward & Roter, 1989; Roter & Hall, 1992).

3) 의사의 환자 보살핌과 치료의 의미

(1) 의사의 환자 보살핌의 의미

의사가 환자를 보살핀다는 것은 환자가 필요로 할 때 의사는 언제나 곁에 있고 환자를 위해 종사한다는 것을 의미한다. 안전한 정서적 거리를 유지하는, 그렇다고 무관심하다고는 할 수 없지만, 그런 의사의 이미지는 환자의 관심사항에 대해 의사와 환자가 함께 깊이 몰두할 수 있어야 한다(Montgomery, 1993)는 것이 오늘날 진정으로 의사가 환자를 보살핀다는 의미일 것이다. 의사가 환자를 열정적으로 보살핀다는 것에는 그들 두 명의 개인이 서로 배워서 알게 되는 것과 의사와 환자 간 관계에서 상호 의식하는 것을 포함하고 있다.

의사들은 흔히 ‘환자들의 일에 깊이 연루되지 말라’고 배우곤 한다. 그렇게 연루되면 시간을 헛되이 낭비하고, 매우 혼란스러운 일을 처리하는데 있어서 자신을 보호할 수 없을 뿐만 아니라, 환자가 느끼는 고통을 함께 해야 하는 상황에 처할 수도 있다는 이유 때문이었다. 그리하여 과거에는 의사들이 환자를 치료하는데 있어서, 위에서 언급하였듯이, 안전한 정서적 거리를 유지하는 것이 현명한 것으로 잘못 이해하기도 하였다.

보살핀다는 것은 모든 환자들이 각기 서로 다르다는 인식의 문제이며, 의학에서 공통의 진단 범주는 환자를 질병(illness)에 적절하게 대응시키는 것이 아니고, 질환(disease)에 관련되는 한에서 제대로 조응되며, 그것이 치료에 유용하지만 단지 보살핌의 방식을 얻을 수 있을 뿐이라고 지적하고 있다(Frank, 1991).

결국 의사와 환자 간 원만한 인간관계의 형성을 위해서는 의사가 환자를 보살핀다는 의미가, 환자의 영혼과 운명까지도 변화시키고, 환자를 무시하거나 경멸할 것이 아니라 존경하여야 하며, 어떤 절차를 결정하거나 관점에 대해서 이야기 할 때 열린 마음으로 상호작용하며, 의사의 자아존중감에 환자가 도전한다고 하더라도 환자의 입장에서 이해하려는 마음 등으로, 확대해석 되어도 마땅하다고 생각한다.

(2) 의사의 환자 치료의 의미

의사들은 대부분 환자들의 육체적인 병에 초점을 두고 치료하는 사람으로 생각하지

만, 진정한 의미에서는 환자들로 하여금 치료를 하게 하거나 스스로를 잘 보살피도록 하여 육체적으로나 정신적으로 더 나아가서는 정서적으로 안락함을 회복할 필요성을 절실히 알게 하는 것에 있다. 치료한다는 차원도 환자가 질병으로 인한 가정생활의 균열과 일상생활 및 사회생활에서의 자기 역할을 못함에 의해서 초래된 일탈된 상태로부터 시중일관성, 전체성, 연결성 등의 감정이나 생각을 회복하는 것이라고 볼 수 있다(Stephens, 1982).

위에서 언급한 ‘치료 한다’는 관점에서 보면, 육체를 치료하는 것과 사람을 치료하는 것과는 동일하게 보지 않고 구분하여 생각해야 한다는 당연한 귀결에 이르게 된다. 그러므로 환자를 치료한다는 의미는 질환에 초점을 두고 있는 신체적 차원의 치료와, 환자가 질병으로 인하여, 질병 이전에 유지했었던, 회복될 때까지 보류되었던 사회적 상황 속에서의 사회적 개인으로서의 다양 다종한 인적·관계적 연결성, 시중일관됨, 그리고 통제 및 관리 등을 회복하는 과정을 포함하고 있다(Cassell, 1991: 234).

질병이나 위기는 사람들을 인간으로서의 일상성에서 떼어 놓기 때문에 의사에 대한 가지 필요조건은, 사회적 상황 속에서의 사회적 개인으로서의 다양 다종한 인적·관계적 연결성, 시중일관됨, 그리고 통제 및 관리 등을 회복하는 것을 돕기 위해서, 환자가 겪고 있는 고통을 정확하게 인식하는 것이다. 의사가 환자를 ‘치료 한다’는 심도 원려한 의미를 현실의 의료현장에서는 실천하기가 어려울 뿐만 아니라 용기가 요구되기까지 한다.

4) 감정의 轉移와 逆轉移

(1) 환자의 의사에 대한 감정의 전이

의사와 환자 간의 치료관계 뿐만 아니라 모든 인간관계는 전이와 역전이 현상에 의해서 영향을 받는다. 전이란 사람들이 유년시절 이후로 겪게 되는 여러 가지 중요한 관계로부터 생기는 생명 사상, 행동, 그리고 정서적 반응 가운데서 무의식적으로 사람들에게 투영하는 과정이라고 볼 수 있다(Hepworth & Larsen, 1990). 이와 같은 전이의 정의에 입각해 본다면, 의사와 환자 간 치료관계에 있어서 전이란 환자가 유년시절 이후로 겪게 되는 여러 가지 중요한 관계로부터 생기는 생명 사상, 행동, 그리고 정서적 반응 가운데서 무의식적으로 의사에게 투영하여 치료에 영향을 미치는 과정이라고 볼 수 있다.

환자의 입장에서 보면 매우 중요한 의사와의 관계처럼 현재의 집착이나 애착이 크면 클수록 전이가 더 많이 일어날 것이다. 그러므로 의사와 환자 간 관계에 있어서 환자의 의사에 대한 전이를 잘 알게 되면 의사로 하여금 환자가 가지고 있는 세계를

환자가 어떻게 경험하며, 환자가 환자되기 전의 개인으로서 과거의 관계들이 현재의 행동에 어떻게 영향을 미치는지를 이해하는데 도움이 된다.

전이는 그 어떤 단계의 의사 환자 간 관계에서 생길 수 있고 양자 간에 일어나는 일들로 촉진될 수 있다. 심각한 질병을 가진 환자의 능력이 손상되거나 구체적인 진단이 암시하듯 조만간에 나타나게 될 결과로 환자가 압도당할 때, 환자들은 평소 의사가 그 환자를 생각했던 성격이나 행동과는 전혀 다른 방식으로 반응할 수 있다. 환자들은 매우 의존적이고 곤궁한 처지로 되돌아 갈 수 있는데, 그것은 의사와의 현재 관계에서 초래된 결과라기보다는 과거 해결되지 않은 관계의 반영이다. 환자들은 위기에 당면하게 되면 그들의 과거에 결여되었던 보살핌과 편안함을 추구하려 한다. 그러나 이와는 정반대의 행동을 보일 수도 있다. 예컨대, 환자들이 짐짓 누구한테도 의존적이지 않고 스스로 자급자족의 입장을 취하지 않으면 안 될 때에는 그들의 어린 시절에 받아들일 수밖에 없었던 자제심이 강한 자세로 되돌아갔음을 나타내는, 거리를 두고 냉담하게 되는 것으로써 반응할 수 있다. 환자들의 이러한 절박한 요청과 요구에 의사들이 부주의하여 대응하지 못하면 환자들의 예상치 못했던 분노와 적개심을 불러일으킬 수 있다. 환자들의 이러한 행동이 오랫동안의 오해와 보살핌을 제대로 받지 못한 것에서 비롯된다는 발생의 근원에 대한 이해가 의사들에게는 필수적이다 (Hepworth & Larsen, 1990).

의사들이 위에서 언급한 환자들의 전이 반응을 이해하게 되면 의사의 환자에 대한 치료와 보살핌의 능력이 확대 고양될 수 있으며, 의사들로 하여금 환자들을 대하면서 정서적 차원에서도 제대로 경험할 수 있게 해주고, 그리고 더 나아가서 환자들이 상처받기 쉽고 정말로 보살핌을 받아야 하는 경우 의사와 환자 간 관계에서 권력남용을 피할 수 있게 해준다.

(2) 의사의 환자에 대한 감정의 역전이

의사의 환자에 대한 감정의 역전이는 중요한 과거 관계에 유사한 방식으로 의사가 환자들에게 반응할 때 생기는 무의식적인 과정이다(Hepworth & Larsen, 1990). 의사들은 어떤 행동(미해결의 개인적 문제, 스트레스, 가치갈등 등)을 유발시키는 계기가 무엇인지에 경각심을 가질 필요가 있다. 의사가 환자들을 상담할 때 자기 관찰을 위한 능력과 더불어 자아 인식이 매우 중요함이 여기에 있다.

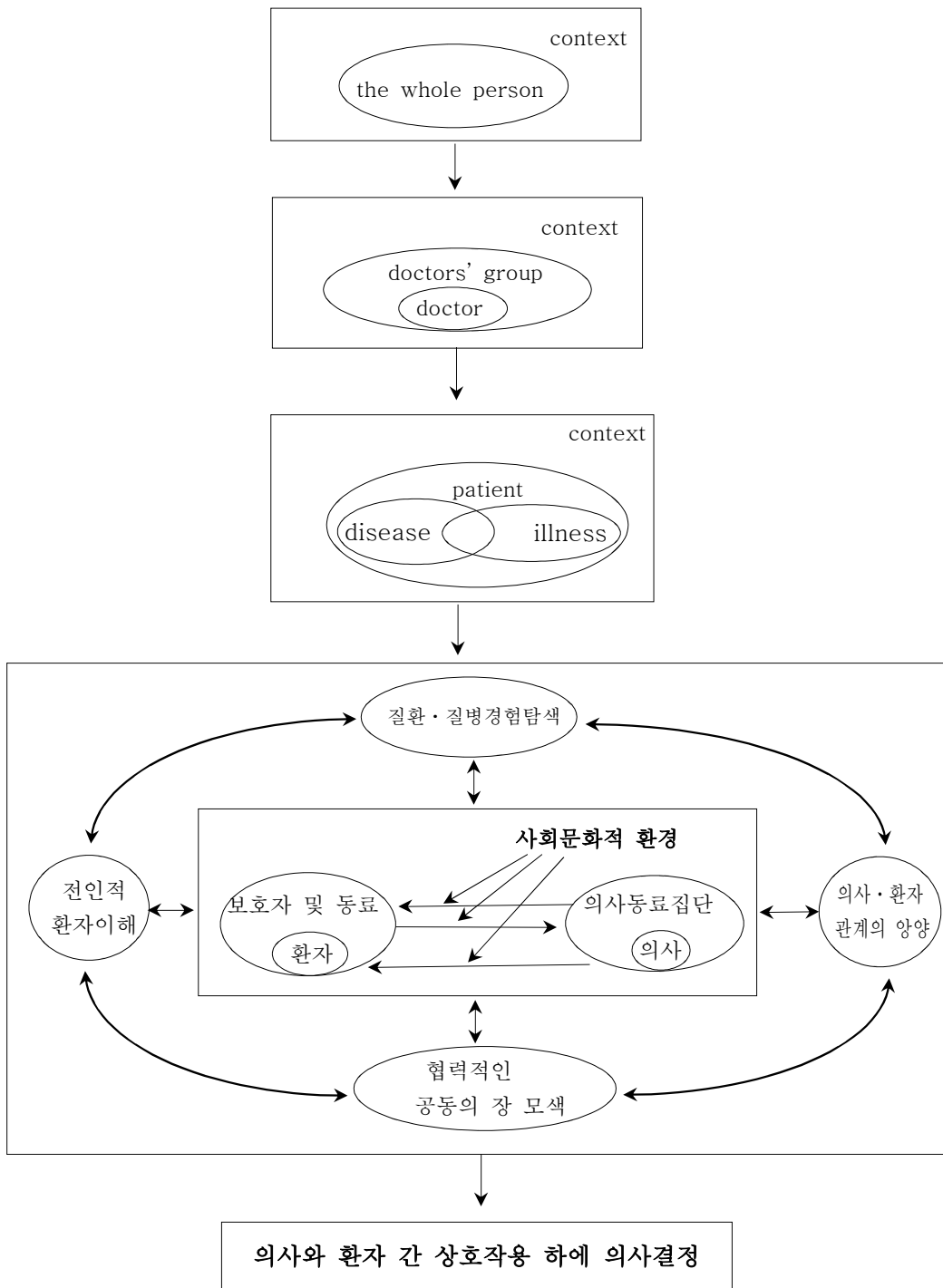
의사의 환자에 대한 감정의 역전이는, 주의 깊게 환자의 말을 듣지 않는 것, 환자의 말을 너무 쉽게 해석하는 것, 환자가 가지고 있는 느낌이나 생각의 정도를 잘못 판단하는 것, 충고를 너무나 강하게 하는 것, 환자의 문제를 과도하게 동일시하는 것, 환자의 이야기를 통해서 대리 기쁨을 얻는 것, 환자와 함께 권력 다툼에 몰두하는 것

등을 포함하고 있다(Dubovsky, 1981; Hepworth & Larsen, 1990).

의사들이 환자들에게 하는 감정 역전이의 기원과 중요성은 환자들만큼이나 복잡하고 다양하다. 우울해 하고 있는 여성 환자들에게 반복적으로 충고하는 것을 우연히 알게 된 의사는 의사의 어머니가 오랜 동안 앓고 있는 불안한 마음이나 고뇌에 그가 어떻게 반응했는가에 유사한 방식으로 그러한 슬픔으로부터 환자들을 구하려는 시도일 수 있다. 과거 성공적이지 못했던 관계에서 기인하는 환자들의 고통스런 이야기를 제대로 들어 줄만한 능력을 가지지 못한 의사는 의사 자신의 삶 속에서 겪었던 유사한 경험들과 관련될 수 있다. 어떤 환자의 요구와 고치기 힘든 행동은 의사 자신이 권력을 휘둘렀던 아버지와의 관계를 쫓 특징 지워왔던 모든 반응들, 늘 시간에 늦는 것, 회피하는 것, 권력다툼에 몰두하는 것처럼, 의사에 의한 행동을 조장한다.

의사와 환자 간 관계를 깊게 하고 그 관계를 돕기 위해서 전이와 역전이를 효과적으로 이용하기 위한 가장 중요한 수단은 의사의 자아 인식이다. 그렇게 의사가 자기 자신을 제대로 아는 것은 의사가 전이와 역전이 둘 모두를 정확하게 인식하기 위한 전제조건이다. 다른 사람들과 함께 연구하고 자기 자신을 평가하는 것으로써 의사가 환자와의 관계를 궁극적으로 강화시켜 주게 될 귀중한 통찰력을 얻는데 그리고 의료를 실천하는데 있어서 양자 간 편안함과 만족감을 또한 증가시키는데 도움이 될 것이다.

사회적 존재로서 또는 전인적 인간으로서의 환자와 의사가 의료현장 속에서 원만한 인간관계를 형성하기 위해서는 고려해야 할 중요한 사항들이 여러 가지로 수없이 많겠지만, 본 논문에서는 의사의 환자에 대한 질환과 질병의 경험 탐색, 의사의 전인적 존재로서의 환자 이해, 의사와 환자 간 원활한 협력을 위한 공동의 장 모색(문제 정의하기, 치료 목표 정의하기, 의사와 환자의 역할 정의하기), 그리고 의사와 환자 간 관계의 양양(치료관계에서의 의사·환자의 특징과 태도, 의사와 환자 간 권력의 공유, 의사의 환자 보살핌과 치료의 의미, 감정의 전이와 역전이) 등을 중심으로 살펴보았는데, 위에서 언급한 내용들을 다음의 그림으로 요약하였다.



<그림 1> 의사와 환자 간 원만한 인간관계 형성 기전

IV. 결어

의사와 환자 간 관계에 있어서 의사들은 환자들로 하여금 의사결정 과정에 참여하게 하고, 권한을 주어야 하는데, 이것은 지금까지 전문가인 의사들의 손에 쥐어 있던 통제권을 포기하는 것을 의미한다.

의사가 환자 이전의 전인적 존재인 개인으로 또는 사람으로서 겪었던 경험을 많이 알고 참여할수록, 의사가 그 과정을 통해서 질병과 환자 개인에 대한 정보를 얻기 위해서 환자에게 더 가까이 다가갈수록 의사는 환자와 더욱 더 긴밀하게 연결될 수 있고, 환자의 의사에 대한 신뢰는 더 커지며 유대도 강화된다.

또한 환자는 자기가 필요로 할 때 의사가 자신의 곁에 있어 줄 것이라는 믿음만큼 환자의 고통을 덜어주는 것도 없다. 이것이 의사의 환자에 대한 신뢰성 확보의 지름길이다. 이와 같이 적극적으로 환자의 고통을 줄여주고 위안을 주는 것이 기술적 치료 못지않게 매우 중요한 요소이다.

의사와 환자 간 관계에 있어서 원만한 인간관계 형성을 위해서는 의사들은 이제 환자들의 질병에 대한 나름대로의 독특한 경험을 이해하기 위해서 환자들의 세계 속으로 뛰어들어야 한다. 특히 의사들은 질병에 대한 환자들의 생각들, 환자들이 병에 걸려있는 상태를 어떻게 느끼는지, 그들이 의사들로부터 무엇을 기대하고 있는지, 그리고 질병이 환자의 기능에 어떻게 영향을 미치는지에 대해서 탐구해야 한다.

의료현장에서 경험의 주체는 의사와 환자이다. 인간으로서의 의사만이 병든 사람이 경험한 것을 제대로 경험할 수 있다. 따라서 '인간으로서의 의사'를 대체할 만한 어떤 대안도 없다는 점을 이제는 의사가 받아들여야 한다.

<참고문헌>

- 정경균·김영기 외 공저. (1998). 「보건사회학」. 서울대학교출판부.
 한국보건사회학회 편. (2000). 「사회변화와 보건복지」. 도서출판 태일사.
 이문희 옮김. (2007). 「닥터스 씽킹」. 해냄.
 보건과사회연구회 옮김. (1990). 「인간과 의학」. 나라사랑.
 강신익 옮김. (2002). 「고통받는 환자와 인간에게서 멀어진 의사를 위하여」. 들녘.
 Brody, H. (1992). *The Healer's Power*. New Haven, CT: Yale University Press.
 Cassel, E. J. (1991). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York: Oxford University Press.

- Dubovsky, S. L. (1981). *Psychotherapeutics in Primary Care*. New York: Grune & Stratton.
- Epp, J. (1986). *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Frank, A. (1991). *At the Will of the Body: Reflections on Illness*. Boston: Houghton Mifflin.
- Hepworth, D. H., & Larsen, J. (1990). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*(3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Mayeroff, M. (1972). *On Caring*. New York: Harper & Row.
- Mishler, E. G. (1984). *Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, N. J.: Ablex.
- Montgomery, C. L. (1993). *Healing through Communication: The Practice of Caring*. Newbury Park, CA: Sage.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1992). *Doctor Talking with Patients, Patients Talking with Doctors*. Dover, MA: Auburn House.
- Stephens, G. G. (1982). *The Intellectual Basis of Family Practice*. Tucson, AZ: Winter.
- Stewart, M. A., Brown, J. B., & Weston, W. W.(1989). Patient-centered Interviewing: Part III. Five Proactive Questions. *Canadian Family Physician*, 35 : 159-161.
- Stewart, M. A., & Roter, D. (1989). *Communicating with Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage.
- Watson, J. (1984). *Health a Need for New Direction : A Task Force on the Allocation of Health Care Resources*. Ottawa: Canadian Medical Association.
- Weston, W. W., Brown, J. B., & Stewart, M. A. (1989). Patient-centered Interviewing: Part I. Understanding Patients' Experiences. *Canadian Family Physician*, 35: 147-151.

접수일(2008년 09월 11일)

수정일자(2008년 10월 05일)

게재확정일(2008년 10월 31일)