

암 환자의 정신사회적 치료*

송 지 영**

Psychosocial Management of Cancer Patients*

Ji-young Song, M.D.**

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine 2(1) : 22-33, 1994* —

The author presented several points of experienced materials obtained from the joint meetings of consultation-liaison psychiatric division with oncologic department in Kyung Hee University Hospital. The joint meetings which have been held regularly every other week were very helpful not only for the psychiatrist but also for the cancer department staffs to manage the cancer patients actively. The joint meetings have been progressed into more cohesive and active communication as time goes by. Most of the subjects discussed in the meeting was focused on the psychological and behavioral problems of the cancer patients. Besides, the difficulties arising from the chemotherapy were discussed. Probably the most difficult task for the treatment team was to provide complete information while respecting the patient's right to deny their situation. The liaison psychiatrist usually gave comments to the charge doctor and/or nursing staff how to evaluate the patient's behavior and what would be the influential factors in developing the doctor-patient relationship. It was found that many cancer patients and their family members had their own peculiar illness behavior and disease concept which led patients to take non-medical or moreover, anti-therapeutic care. The family members were found to play an influential role in the choice of treatment method and progression of the disease. Another role of the liaison psychiatrist in the oncology ward was to encourage the treatment team members. In the practical point of view, it was not easy for the liaison psychiatrist to have time regularly for the cancer patients to encourage the liaison activities. And it seems to be fundamental that the consultation fee for the liaison psychiatrist should be set up at the reasonable level.

KEY WORDS : Cancer · Consultation-liaison psychiatry.

*본 논문은 1993년 6월 19일 한국정신 신체의학회 춘계학술대회에서 발표되었음.

This paper was presented at the annual academic meeting of the Korean Psychosomatic Society on June 19, 1993, Seoul

**경희대학교 의과대학 신경정신과학교실

Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Kyung Hee University, Seoul, Korea

서 론

저자는 암환자에 대한 정신사회적 치료를 말함에 있어서, 기존의 치료방법을 요약정리하기 보다는 그간 저자의 암환자에 대한 자문-조정 경험의 경험을 정리해서 말하려 한다. 이러한 실제 경험에 대한 내용은 임상실제에서 참고자료가 될 수 있을 것이고, 또 앞으로 이 방면에 대한 연구에 기본적인 자료가 될 수 있기를 기대한다.

저자는 경희대학교 부속병원에서 87년이후 현재 까지 내과의 혈액-종양학과와 암환자에 대한 정기적인 합동회의를 열고 있다. 중간에 공백기도 있었으나, 여름, 겨울방학외에는 거의 2주일마다 신경정신과 의국에서 저자와 정신과 전공의 1인, 혈액-종양 내과 스태프 2인 혹은 3인, 내과 전공의 3~4인, 혈액-종양 병동 간호사 4~6인, 실습 의학과, 간호학과 학생, 마취과(동통클리닉 담당) 의사, 치료방사선과 의사, 전도사(초기에 한동안 참여)가 모임을 갖고 있다.

합동회의에서는 문제되는 암환자에 대한 병상태, 문제되는 행동이나 태도, 감정상태 등에 대해 전공의가 발표하면 참여자 모두가 이들 문제에 대해 다각도로 토의하였다. 정신사회적 관점에 대한 내용이 많이 논의되므로 자연스럽게 정신과 의사의 역할을 수박에 없었다. 토의 결과가 비록 당장의 도움을 환자에게 줄 수는 없었지만, 환자의 문제를 같이 생각하고, 치료진들의 갈등을 진정시키는 경우도 경험하였으며, 답을 얻지 못하고 서로 고민만으로 그친 적도 있었다. 무엇보다도 현실적 상황에 초점을 맞추어 문제의 해결을 모색하려고 노력했으며, 또, 부정기적으로 암환자의 심리에 대한 강의를 가미하기도 했다.

정기적인 합동 회의에 대해서 뿐만 아니라, 대상 암환자를 진료하는 데 있어서 저자는 자주 갈등을 느꼈다. 많지 않은 진료시간에 쫓기며 암환자를 보아야 한다는 부담감에 자문-조정 부서를 맡게 된 것이 후회스럽기조차 하였으며, 한때 인공신장실과 신장이식팀에서 정신과 도움이 적극적으로 필요하니 도와달라고 했을 때는 일순간 정신과 의사로서 우쭐해지는 기분도 느꼈으나, 시간을 도저히 할애할 수도 없거니와, 또 암 이외의 다른

부분에 대해서 전문적인 지식을 갖기에는 시간이 너무 걸릴 것 같아서 요청을 거절하고 말았다.

1. 암환자에 대해 정신과의 자문-조정이 어떠한 방식으로 운영되고 있는가?

정신과 의사가 암환자를 진료하는데, 수년 전 초기에는 암병동에서 의사나 간호사가 문제점이 있다고 말하는 환자는 모두 찾아가 보았다. 그러나 이러한 방법은 환자들이 정신과 의사에 대한 경계심과 내과 담당의사에 대해 화내는 경우가 많았기 때문에, 이후부터는 원칙을 정하여 바꾸어 시행하도록 하였다. 즉, 모든 새로 입원한 환자는 정신과에서 볼 수 있도록 통보해 주되, 담당내과 전공의는 환자에게 정신과 진료를 받겠는지에 대한 동의를 얻은 후에 통보하도록 하였으며, 이미 몇 차례 입원하였으나 아직 정신과 진료를 받은 적이 없었던 환자인 경우에도 반드시 환자의 동의를 구한 후에 보기로 하였다.

과거 정신과에서 보았던 환자가 다시 입원 할 경우에는 정신과로 통보가 되지 않아서 못보는 경우가 자주 생겼다. 이는 정신과적 장기 추적치료나 관찰이 될 수 없는 한 요인이었다. 현실적으로 암병동에서 담당 내과전공의나 간호사가 정신과를 계속 보아야 할 재입원한 암환자를 가려내어 정신과에 그때그때 통보해 주기는 어렵기 때문에, 결국 정신과 자문의사가 암병동에 방문하였을 때 재입원환자가 있는지를 살펴보고 추적진료를 해야 했다.

정신과 의사가 암환자를 방문하였을 때, 환자가 정신과 진료를 거부하는 데에는 몇가지 이유가 있다.

(1) 환자 자신, 또 간혹 옆에 있던 보호자가 '정신과에서 왔다'는 소리를 듣자마자 '무조건 싫다' 하며 면담을 거부하는 경우로서, 이는 정신과에 대한 오해 내지는 무지로 겁을 내거나 싫어하는 경우이다.

(2) 즉각적인 거부 표시는 하지 않으나 강한 저항을 표시하는 경우로서, 이는 과거에 정신과와 접해 보았으나 별로 도움되지 못하였던 경우이다.

(3) 면담을 하면서 계속 주위를 살피고 표현을 주저하는 경우인데, 이는 주위 사람들이 자신을 이상하게 보지나 않을까 염려한 나머지 정신과를

꺼려하는 것이다.

정신과에 대한 일반인들의 편견, 오해 때문에 정신과의사 자신도 자주 당황하고, 화도 나게 되지만, 심한 우울증이나 섬망상태인데도 불구하고 노골적으로 화를 내면서 정신과 진료를 거절하는 경우가 있어 안타까울 때도 있다.

정신과 의사는 이러한 저항에 부딪혔을 때, 그래도 설득을 통하여 문제 접근을 위해 노력하려고 하지만, 내과 의사들은 환자나 보호자가 저항을 보일때 '정신과에서도 다룰 수 없다고 하니 우리로서도 더 해 줄 것이 없다. 퇴원하라'는 반응을 보이기도 한다. 이러한 태도는 암환자가 말기 상태로서 보조적 치료를 위주로 하는 경우에는 더 두드러진다.

암환자의 행동·심리 특성에 관한 외국의 많은 내용들이 장기간의 추적관찰과 면밀한 정신과 면담을 기반으로 이루어진 것이라면, 우리도 암환자의 특성을 파악하기 위해서는 재입원하는 환자를 철저히 찾아가 만나야 할 것이며, 이르기 위해서는 주치의인 내과 의사의 관심집중이 필요하다. 이러한 경험이 축적되어야만이 암환자의 심리 특성에 대해 제대로 파악할 수 있기 때문이다.

2. 정신과 지문-조정에서 흔히 겪는 문제와 대처방법

1) 병명 통고와 상황통고

"당신의 병은 암이요"라고 언제, 누가, 어떠한 방법으로 알려줄 것인가? 아니면 과연 말해주는 것이 나을까? 이러한 통고문제로 담당내과 의사들은 많은 고민을 하고, 정신과에서는 이에 대한 의견을 제시해 주어야 한다. 통고여부에 대해서 국내에서는 과거보다 가능한 알려주는 쪽으로 기울어져 있는 것 같다(정순미 등 1988). 물론 환자 본인에게 직접 알려주는 경우는 아직도 드물고, 주로 가족에게 먼저 의사가 알려준다. 병명통고나 병의 심각한 상태에 대한 통고는 대개 가족들이 먼저 알고, 환자는 가족을 통해서 듣게 된다. 일부 환자는 타과에서 암병동으로 옮겨왔을 때, 이미 자신의 상태가 심각하다는 것을 눈치채고 있으며, 가족을 통해서만 단지 확인의 과정을 거치는 경우도 있다.

통보의 시기에 대해서 치료진이 부딪치는 경우란,

항암제 투여를 시작해야 할 시점에 치료의 내용, 약의 부작용 등을 알려주어야 하기 때문에, 이때는 결국 병명을 알려주어야 할 상황이 된다. 이때 정신과 의사는 환자의 병에 대한 부정(Denial)하는 정도, 평소의 성격특성, 과거적응정도, 자아기능의 능력정도를 파악하여(조두영 1985) 내과의사로 하여금 좀 더 직설적으로 표현해 보라든지, 아니면 그대로 부정을 수용하고, 상황 설명은 간단히 하며 항암제 치료를 진행할 것인지 등에 관하여 조언해준다. 환자가 자신의 병이나 상태를 부정하는 경우에, 이러한 부정기제를 유지시켜야 할지, 진실을 알려서 적극대처시켜야 할지를 결정하기는 쉽지 않다(Manos와 Christakis 1985; 고경봉 1991). 젊은 내과의사인 경우에는 진실을 알려주려는 경향이 많으나, 경험있는 내과의사는 가족의 태도를 많이 고려하고 부정을 수용해 주려한다. 그래도 근래 의사들의 태도는 대체적으로 환자에게 진실을 알리고 적극대처를 하도록 하는 방향으로 변화하고 있는데(정순미 등 1988), 이는 우리 문화의 변천과도 관련이 깊을 것으로 생각한다.

암환자의 상당수는 입원하여 많은 검사를 여러 날에 걸쳐서 했으며, 자신의 상태가 별로 좋지 않은데도 불구하고, 검사결과에 대해 물어오지 않거나, 자신의 상태에 대한 질문을 거의 하지 않고 병실 생활에 순종적이다. 이들은 병에 대한 심리적 적응과정 중에서 충격상태(Shock stage)이거나 부정의 시기라고 할 수 있다. 부정의 강도가 너무 크다고 판단되면 이 문제에 대해서는 건드리지 말고, 단지 주변 상황에 대한 이야기, 일상적인 일이나 진료 상태에 관한 평범한 문제에 대해서만 대화하고 관계형성에만 주력하도록 한다. 이때 가족들조차 강한 부정을 보이고 정신과 진료를 거부하는 경우에는, 훗날 필요할 때 만나보겠다는 여운을 남기고 그 후 환자는 만나지 말고 주치의와 협의해 나가도록 한다.

병명이나 병상태에 대한 통보의 결정은 환자나 보호자가 '얼마나 알고 싶어 하는가'를 파악한 후에 이에 따라 조금씩 알려주는 것이 바람직하다(조두영 1985). 알려주는 정도의 결정은 개인의 자아기능 정도, 성격 특성, 과거 심한 갈등이나 어려움을 겪었을 때의 방법과 결과, 병전 사회 적응정도, 가족간의 긴장도, 환자의 현재 병상태 등을 고려

하게 된다. 정신과 의사는 이러한 점을 면담을 통하여 파악한 후에 내과 의사에게 통보의 강도를 어느 정도로 하라고 말해준다.

“암이나 아니냐” 혹은 “치료를 위해 당신은 이러한 상태입니다”라고 말하는 것보다 더욱 어려운 것은, 더 이상의 적극적인 내과적 치료는 없으며 단지 지지적·대증 치료밖에 할 수 없는 말기 상태에 대한 통고이다.

삶의 질(質)을 고려해서 통보해 주는 것이 원칙이라는 사실을 알면서도 실제로는 어렵다. 환자와 가족들은 치료의 포기로서, 더 이상의 치료방법이 없는 것이라고 받아들이기 때문에 좌절감과 함께 곧 퇴원할 수 밖에 없다고 생각한다. 치료진 조차도 적극적인 치료가 없다는데 대해 좌절감에 빠지게 된다.

이러한 상황속에서 통보는 지체되고 환자는 악화되어 간다. 급격히 신체상태가 악화되어 정신과에 찾아갔을 때는, 이미 정신적인 치료접근이 불가능한 상태가 되어 있기도 하다. 조금만 일찍 정신과에서 보았다면 다가올 죽음에 대한 대비를 어느 정도는 할 수 있지 않았을까하는 아쉬움이 남는다.

이제껏, 조만간에 임종을 맞이할 환자와 함께 삶과 죽음의 문제에 대해서 허심탄회하게 면담해 본 경험은 몇 사람에게 불과하다. 이런 말기 환자에 대해서 치료자는 대개 주제를 빙빙 돌려 피하거나 애매한 표현을 함으로써, 환자가 아파 할 지 모르는 부분을 감싸주려는 동정심에 휩싸이게 된다. 희망을 잃지 말 것을 강조하고, 의식이 뚜렷하고 수족을 움직일 수 있는 동안 시간을 가치있게 쓸 방법을 찾아보던가, 낚시시 사진을 찍어 놓는 등 임종에 대한 준비를 암시해 본다. 그러나 치료자가 죽음에 대해서 어느 정도의 뚜렷한 개념이 서있지 않거나 경험이 없으면, 무조건 죽음과 관련된 문제는 회피하려 하기 때문에 서둘러서 환자를 위로하거나 대화의 주제를 바꾸어 버린다.

정신과 의사는 말기환자를 대하는데 있어서 과연 어떠한 것이 바람직한 죽음인가하는 의문을 갖게 된다. 서구인의 견해로는 통증과 호흡곤란 증상이 조절되고, 스스로 할 수 있는 기능은 하도록 격려하며, 원하는 것은 무엇이든지 들어 줄 수 있는 분위기, 같이 있고 싶은 사람은 곁에 있고 싫은 사람은 보지 않을 수 있는 상태에서 죽는다면 바

람직한 죽음(Good death)이라고 한다(Manos와 christakis 1985). 한국인의 경우는 어떠한가? 병원 보다는 자식들이 지켜보는 집에서 임종을 맞이하려고 하고, 죽은 후의 처리에 대해 모두 준비되어 있고, 돈 걱정이 없다면 나은 죽음이라고 할 수 있는 것일까? 이에 대해서는 여러 방면의 학자들의 합동연구를 통하여 규명될 수 있을 것이다.

2) 정신장애

가장 흔히 보는 정신장애는 우울증이다. 중년의 환자중에는 많은 수에서 ‘이제 살만하니 병에 걸려 죽게 되었다’며 한(恨)많은 삶에 더욱 원통해하며 심한 좌절감에 빠진다. 재발된 환자의 경우에는 우울증이 더욱 심각하다(Goldberg 1981). 우울증이 발견되면 우선 기질적 원인에 의한 것은 아닌지 가려보아야 한다. 여러 종류의 항암제(Asparaginase, Vincristine), 진통목적으로 쓰는 마약류, β -차단제, 요독증 같은 대사 장애가 우울증을 유발할 수 있기 때문이다(Lederberg와 Holland 1989).

우울증이 발견되면 자살의 가능성을 생각하지 않을 수 없다. 자살에 대한 생각, 구체적인 자살 방법까지도 마련했는지, 과거 충동적 행동의 유무, 과거 정신병력 등을 감안하여 자살의 위험도를 측정해야 한다.

그럼, 위험성이 클 경우 곧 서둘러서 정신과 보호병동으로 옮기는 것이 안전할까?

내과 치료는 거의 없고 오직 적극적인 정신과 치료만을 해야 할 경우라면 옮겨야 하겠지만, 실제 이런 경우란 드물다. 암병동에서 가족이 24시간 붙어 있으면서 치료진이 적극적인 관찰을 하는 것보다, 정신과 병실에서의 치료가 더 안전하고 유용하다고 할 수 없다.

정신과 보호병실로 옮기면, 당장 몸을 돌봐주는 지지의 기회가 줄어들고 가족으로부터 멀어지며, 또 다른 새로운 분위기에 당황하고 적응해야 할 부담이 커진다. 환자의 불안, 우울이 더욱 커질 가능성이 있다. 그리고 똑같은 자살사건이 일어났을때, 정신과병실에서 보다는 내과병실에서 발생된 경우가 가족들의 분노, 좌절, 적대감이 적은 듯하다. 그러므로 성급히 정신과 보호병실로 옮기는 것은 신중을 기해야 한다.

그리고, 어떠한 경우라도 암병동에서 환자가

‘죽고싶다’는 표현을 지나가는 듯이 하였다 하더라도, 가족에게는 철저히 옆에 붙어서 감시하도록 하고 모든 치료진은 마음을 놓지 말도록 조언해야 한다. 정신과 의사는 자살과 관계된 위험성이 큰 요소가 있는지 알아보고, 자살욕구를 반복하여 직접 질문으로 확인하며, 표현을 고취시키며, 절대로 행동화하지 않을 것임을 의사와 거듭 약속해야 한다. 불면증, 불안이 동반되어 있는 경우에는 삼환계 항우울제를 투여하나, 폐암, 구강·식도암 등으로 상기도의 점막이 건조해서는 곤란할 때는 Trazodone을 투여하는 것이 좋다.

섬망상태도 자주 겪는 문제이다. 흔히 항암제 투여 후에 심한 탈진상태에서 나타나는데, 치료도중 감염의 위험성을 피해 격리병실에 있을 때 감각 박탈의 효과때문에 더욱 심화된다. 밤이면 더욱 불안정해져서 헛소리를 하며 행동장애가 동반된다. 간호하는 가족들조차 기진맥진하게 만든다. 증상이 심하지 않을 때는 의식의 변화가 의심되어 뇌파 검사가 진단에 도움될 것으로 생각하여 검사의뢰를 하게 된다. 그러나 철저한 격리상태가 요구되므로 침대에 실어 검사실까지 갈 수가 없다.

심한 행동장애시에 우선 쓸 수 있는 약은 Haloperidol일 것이다. 그러나 이것 또한 구내염, 구토중세로 먹이기가 어려울 뿐 아니라, 근육주사로 투여하려해도 항암제투여로 인해 조절기능이 완전 억압된 상태에서는 출혈가능성이 있으므로 근육주사도 할 수 없다. 소량을 먹여 보도록 하거나, 안 되면 혈관 주사로 투여하게 되나 무척 조심스럽다. 보호자, 치료진에게 상태를 잘 설명해주고 악화요소를 줄여보도록 노력하는 것으로 그치기도 한다.

섬망이 경미하여 파악하기 어려울 경우, 감별하는 방법의 하나로 흰종이에 ‘몇시 몇분을 시계로 그려보세요’하고 주문해 본다. 이는 시각-운동 협조기능, 지남력, 의식상태 등을 종합적으로 판단해 내는 좋은 검사 방법이다. 그리기장애의 정도는 뇌파기능 저하의 정도와 비례하는 것으로 알려졌다 (Wise와 Cassem 1990).

정신과 자문의사에 의한 암환자에 대한 치료적 접근 방법이 있어 몇 가지 주안점을 두고 있는 부분이 있다.

첫째는, 만나서 무엇을 이야기해야 하는가를 걱정하기보다는 그저 규칙적으로 만나보는 것 자체가

중요하다(Silberfarb 1988). 스탬과 전공의가 한번은 같이 가고 다음엔 한 사람이 방문하여 일주일 중에 방문횟수를 많이 하는 것도 한 방법이다. 무엇을 어떻게 말을 해야 할 지 곤혹스러울 경우가 많다. 암환자가 가급적 편안한 기분에 표현할 수 있는 분위기를 조성해 주는 것이 중요하다는 것을 알고 있더라도 환자는 당장 불편한 신체호소를 이것저것 많이 한다. 상당부분은 내과담당의사가 대답해야 할 사항들이다. 그러나 이러한 호소도 신중히 들어 주면서, 서서히 감정상태나 주변문제에 대해 이야기하도록 격려한다.

둘째, 삶의 질을 중심으로 하여, 비록 환자가 신체적으로 고통스럽거나 행동이 부자연스러우나 남아있는 기능을 최대한 살릴 수 있는 방안을 같이 모색해 보도록 애쓴다. 그리고 투병의지를 고취시키기 위해서 결코 희망을 저버리지 말 것을 강조한다.

세째, 퇴행과 격리를 방지하기 위해 주위와의 소통을 적극적으로 권하며, 불편한 것이 있으면 당당히 호소하고 좀 더 나은 서비스를 요구하도록 한다. 기존의 연구에 의하면 자신의 상태를 포기하고 죽는 날 만 기다리는 태도, 위축되어 계속 우울하게 지내는 사람들보다는, 좀 더 나은 길이 없을까 모색하며, 불편한 것에 적극적으로 도움을 요청하는 사람들이 오래 사는 것 같다고 하기 때문이다(Silberfarb 1982).

많은 경우에 환자를 몇 차례 만나고 나서 치료 관계가 어느 정도 형성되면, 자연히 인생관과 종교에 관한 주제가 떠오른다. 이때 치료자는 나름대로의 인생관과 종교관이 준비되어 있어야 당황하지 않고 대화를 이끌어 갈 수 있으며, 이로서 신뢰에 밑받침을 둔 좋은 관계 형성이 가능하다. 이러한 대화는 어렵게 느껴지기도 하지만 관계형성에 좋은 계기가 된곤 한다.

다양한 정신적인 문제 중에서도 가장 어려운 경우란 성격상의 왜곡이 심한 환자이다. 이들과는 관계형성이 어렵고, 대화가 반복적이고 일방적으로 될 뿐 아니라, 치료진과 계속해서 부딪치므로 정신과 자문의사로서도 접근이 매우 힘들다.

말기 환자로서 내과의사조차 관심이 떨어져 있고 더 이상 회복시킬 방법이 없는 경우에는, 정신과 자문의사보다는 종교인이나 자원봉사자가 더 낫다

고 생각한다. 의사가 시간내는 문제도 크지만 신앙과 관계된 문제가 많이 대두되므로 의사가 적합하지 않을 때가 많다. 그러므로 말기상태의 호스피스 활용은 필수적이므로 이를 활성화 시켜야 한다(한상우 등 1990). 정신과 전문의사의 개입은 심한 신체기능 부전상태가 되기 이전의 비교적 정신운동활동이 가능한 시기에 하는 것이 효율적이다. 물론 말기상태 뿐 아니라 모든 환자의 정신상태에 따라 어떠한 도움이 필요한지에 대한 판단은 정신과의사가 하게 된다.

3) 암병동에서의 치료와 관계되는 문제들

암병동으로 직접 입원을 하든, 다른과에서 암병동으로 옮겨오든, 많은 환자들은 병실에 오자마자 무언가 심상치 않은 병일 것이라는 생각을 하면서 불안해 하거나, 애써 불안을 감추려 한다. 더욱이 항암제 치료를 받으면서 탈진상태에 빠져있거나, 탈모 환자들을 보면 더욱 긴장하게 된다. 항암제 투여를 장기계획에 따라 시행할 경우 대부분은 치료에 대한 희망감 때문에 병명을 정확히 통고 해주지 않고 단지 “심한 염증이”라는 정도로만 알고도 치료에 동의한다. 노인환자인 경우에는 가족들이 치료의 부작용을 염려하여 거부하는 경우도 있으나, 대부분은 부작용이 심하다는 의사의 설명을 듣고서도 기꺼이 투약을 승락한다.

항암제 투여시 심각한 문제는 뒤따르는 심한 구토이다(Reed 1988). 오심, 구토와 탈진, 아무것도 먹을 수 없는 상태에서 환자는 기진맥진하게 된다. 환자 자신도 고생스럽지만 보호자 또한 밤잠도 못자고 고생한다. 가족이나 친지가 많아서 교대로 간호할 수 있으면 몰라도 보호자도 계속되는 긴장 때문에 짜증스러워진다. 환자나 보호자는 환자의 상태가 단지 먹지 못한다는 하나의 사실로 크게 걱정하곤 하는데, 이는 우리나라병원 어느 과에서나 겪는 공통적인 현상이다.

아무리 치료가 훌륭해도 먹지 못하는 상태가 되면 치료를 불신하거나 극도로 불안해지는 특성이 있다. 의사는 환자의 먹는 상태에 대해 보호자와 함께 관심을 보여 주는 것이 치료적 관계유지에 큰 도움이 된다. 단순히 같이 걱정하는 것으로도 효과가 있다.

항암제를 투여받으면 거의 모두 탈모상태가 된다.

국내의 정확한 통계는 없지만, 경험상 보면 생각보다도 탈모에 대해 크게 염려하는 환자는 거의 없었다. 다시 머리가 난다는 설명을 듣고 안심을 하기도 하고, 워낙 다른 신체적 고통이 크기 때문인지 탈모는 별문제가 아닌 것으로 생각하는 것 같다. 거울을 쳐다보면서 변모된 자신의 모습을 혐오하고 심한 우울에 빠지는 경우는 보지 못하였으며, 모자를 쓰거나 통원 치료시에는 가발을 써서 해결해 나간다.

항암제 투여시에 거의 모두 구토를 동반하는데, 항암제 반복 치료시에는 예기불안과 이에 따른 구토가 흔하다. 항암제 치료시에는 강력한 진토효과를 가지고 있는 Perphenazine이 대개 병합투여된다. 이것은 강한 역가의 항정신약물인데 진토효과를 기대하고 썼다가, 섬망상태나 좌불안석증(座不安席症; Akathisia) 등의 부작용을 초래하기도 하므로 이를 주의깊게 살펴보아야 한다. 즉 착란증이나 안절부절 못하고 불안해지면 투약약물내용을 검토해서 항콜린성 약물이 투여되고 있지 않은지를 보고 의심되면 투약을 중지토록 해야 한다. 통증조절 목적으로 쓰는 Morphine제제도 착란을 유발하는 경우가 종종 있다.

다른 모든 과에서도 있는 현상이지만, 암치료에 있어서도 각종의 민간치료 내지는 한방치료가 병용되고 있다. 이때문에 치료시기를 놓치고 악화된 상태로 입원되거나 현대의학의 포기하고 비의료적 치료(굿, 요양, 안수, 물리치료, 자연치료, 식이요법)에 의존하기도 한다(윤충한과 김광일 1991). 이는 한국의료문화의 특성이요, 현대의학발전에 큰 걸림돌이 되는 부분이기도 하다.

병원에 입원된 상태에서도 알 수 없는 보약이나 민간약물을 먹는 경우가 많다. 이러한 행동의 밑바닥에는 한국인 특유의 질병관이 있기 때문이다.

정신질환에서는 전통의학의 영향과 체면을 중시하는 문화특성으로 인한 신체화가 특성의 하나로 밝혀진 바 있는데, 기타의 질병상태에서도 이러한 전통의학에 대한 맹목적인 신뢰 - 한약은 속을 깎아내지 않고 몸을 보(補)해 줄 것이다든가 오랜 동안 내려온 것이니 믿을 만하다는 등 - 와 신비적 치유에 대한 기대감이 내재되어 있다. 이러한 질병행동의 특성을 고려하지 않고 의사는 무조건 환자나 보호자의 행동을 잘못된 것이라고 야단치면,

환자나 보호자는 자신의 행동을 감추려고 하고 의사는 눈치를 보며 계속한다. 야단치기보다는 차라리 의사에게 물어서 상의할 수 있는 분위기가 되도록 한 후에 잘못된 부분은 설명해주고 설득시켜야 한다. 이러한 비의료적 치료에 대한 관심은 교육 정도나 성격과는 무관한 것이다. 만성질환, 현대 의학으로 치료율이 낮다고 알려진 병일수록 이러한 방법으로 기울어질 가능성은 더욱 커지기 때문에, 암환자의 경우에 비의료적 방법에 의해 병이 악화되거나 경제적 손실이 되지 않도록 치료진들을 도와 주어야 한다.

한편 이들 민간요법이나 비의료적 치료가 갖고 있는 바람직한 부분도 치료자는 이해할 수 있어야 한다. 예로서 환자로 하여금 치료상에 적극적인 역할을 부여함으로써 환자의 불안을 줄이며 의존심을 줄일 수 있는 것이다. 치료를 위한 구체적인 과제를 주고 적당히 금기사항을 정해주거나, 식이요법에 대해 관심을 갖게 하는 것이다. 주사나 맞고 검사하고 일방적으로 치료를 받는 입장보다는 환자 자신도 치료를 위해 무엇인가를 한다는 자세가 환자로 하여금 희망감을 고취시키고 불안을 줄여 주는 효과가 있기 때문이다.

신앙에 관한 화제는 자주 있게 마련인데, 치료자와 환자의 신앙이 다르기 때문에 면담이 중단되거나 반복하는 경우는 거의 없었다. 환자의 신앙심에 따라 종교심을 고취시켜 주면 환자는 매우 고마워한다. 그러나 급성기, 적극적 치료시기, 지속적인 동통으로 시달릴 때에는 '기도조차 할 수 없다'고 호소하는 때가 많다. 신앙은 부수적인 도움을 주는 방책은 될 수 있어도 의료적 치료를 대체할 수 있는 것은 아니다. 환자의 신앙에 관한 대화에서 치료자의 신앙에 대한 자세가 중요하리라 생각한다. 어떠한 종교도 포용하겠다는 마음가짐과 각 종교에 대한 관심 또한 있어야 한다. 환자가 자신의 종교와 같지 않기에 '선생님은 잘 이해하지 못 하시겠군요'라고 말하면서 저항을 보인다 하더라도, 치료자가 이해하려고 애써보겠다는 자세를 보이면 저항은 곧 해결되었다.

내과 담당의사나 간호사, 정신과 의사 모두 흔히 겪으면서 해결방법이 막막한 문제 중의 하나는 돈 문제이다. 당장 입원비를 낼 수 없기 때문에 치료를 중단해야 한다던가, 항암제 치료시기가 다가왔어도

적시에 입원치료를 할 수 없거나, 입원 도중 돈 문제로 환자의 불안, 우울이 심해지거나 가족 간에 갈등이 생기기도 한다. 의료보험으로서 도움이 어느 정도 된다하더라도 암치료를 워낙 많은 돈이 소요되고 재발이 많으므로, 돈문제는 계속해서 치료진을 허탈하게 만드는 요인이다. 돈이 없기 때문에 위엄있는 죽음을 맞이하지 못하는 경우가 많은데 이것도 치료진을 우울하게 만드는 요인 중의 하나이다.

암병동 시설과 분위기에 관련된 몇 가지를 보면, 정신과 자문의사가 직접 병실로 들어가 환자나 가족을 만나보게 되는데 의사는 서서 침대결에서 환자를 보는 경우가 대부분이다. 미리 환자의 상태를 병록지와 간호사를 통해 대략 파악하고 가지만 환자나 주위의 분위기를 파악하기 위해 병실로 들어가 본다. 그런데, 침대결에서의 면담시간이 길어지면 자문의는 계속 서서 면담을 지속하기가 피곤할 수도 있고, 또 주위의 여러 환자나 보호자들이 보고 듣는 가운데 면담이 진행되니 환자나 의사에게 부담되기도 한다. 거동이 도저히 불편해서 안되는 경우를 제외하고는, 병실내에서 다른 사람이 있는 가운데 자신의 문제를 말하기보다는 면담실에서 좀 더 편안한 마음으로 대화할 수 있도록 해주어야 한다. 병동내에 면담실이 있어서 병실에서 뿐만 아니라 개인적으로 환자와 이야기 할 수 있는 시설이 필수적이다. 이러한 시설에 대한 배려를 병원 행정당국에서 해 주어야만 한다. 여유가 더 있다면 병실내에 게임 룸이나 환자들이 자신의 취미(그림, 음악)활동을 위한 공간이 확보되면 바람직할 것이다.

항암제 치료가 시작되면 감염방지를 위해 독방으로 옮겨지게 되는데 독방입원에 따른 감각자극 박탈에 대해 치료진은 신경을 써야 한다. 가족이나 친지들의 방문도 제한될 뿐만 아니라 외부 자극으로부터 차단되므로, 가뜩이나 신체가 탈진된 상태에서 환자는 쉽게 섬망상태로 빠져 들 수 있기 때문이다. 이때 환자는 엉뚱한 말과 행동을 하고, 밤이면 더욱 심해지고 예민해져서 가족에게 짜증을 많이 낸다. 방을 밝게 해주며 치료진은 짧게 자주 방문하도록 교육시켜야 한다.

방사선 치료실의 분위기 또한 중요하다. 지하실에 있는 방사선 치료실로 이르는 길이 어둡침침하고,

대기실의 분위기조차 어둡고, 모인 환자들조차 침울해 보이며, 치료실의 분위기가 우중충하다면, 가뜩이나 불안하고 우울한 환자로서는 더욱 심각해지지 않을 수 없다. 방사선 치료를 받는 환자들은 방사선 치료 자체에 의한 것과 함께, 또, 치료를 받는다는 것이 자신이 암이라는 사실을 재확인하기 때문에 이중의 부담을 갖게 된다(Forester 등 1978). 방사선 치료를 권고 받을 때 70% 이상이 불안을 경험한다 하며, 상당수의 환자는 치료전에 치료횟수, 방법, 예후 등에 대해 알려주었음에도 불구하고 듣지 못했다고 불평했다 한다. 그만큼 정서가 불안정한 것을 나타내는 것이다. 방사선 치료를 받기 전에 시설에 따른 분위기를 포함하여 치료과정에 대한 것에 상세한 설명이 꼭 필요하다(Peck와 Boland 1977). 그리고 방사선 치료후에 두통, 현기증, 불안, 불면을 호소하는 경우가 많다. 이때는 어디까지가 심리적 요인에 의한 것인지, 방사선 치료 자체에 따른 인지기능의 손상인지를 가려내야한다. 방사선치료의 초기에는 뇌압상승에 따른 두통이나 어지러움이 있고, 6~16주에는 두통, 졸리움증이 빈발하며, 장기간 치료에 의해서는 성격변화를 고려해야 한다(Lederberg와 Holland 1989).

암병동이 갖고 있는 분위기의 특성으로, 환자 보호자들 간의 상호관계와 퇴원한 환자들의 방문이 있다. 암병동에서는 환자 보호자들 간에 긴밀한 유대관계와 대화가 있다. 여기에는 치료에 도움되는 부분도 있고, 잘못된 정보나 반치료적인 의견교환도 많다. 치료진으로서 이러한 부분이 환자나 가족에게 미치는 영향이 결코 작지 않다는 점을 인식하여야 한다. 가족 간의 정보교환과 유대가 치료에 도움이 되는 방향으로 나아갈 수 있도록 정기적인 모임이 되도록 하고, 치료진의 일부가 참석하여 질문에 답해주거나 교육을 시키는 것이 바람직하다. 한편, 퇴원 후에 나아진 모습으로 환우(患友)를 방문하는 것은 치료 중인 환자에게 대단히 고무적인 것이다. 치료를 포기하거나 망서리는 환자가 환우의 방문으로 치료에 적극적인 태도로 바뀐 예도 있었다. 청소년인 경우에는 환우의 영향이 더욱 커서, 병원에서 사귀 친구의 도움으로 치료에 대한 의지를 북돋우고, 힘을 얻는 경우가 있었다. 청소년의 경우, 이러한 기능을 참고로 하여 치료에 이용할 필요가 있다. 이들은 나이든 치료자의 말은 귀담아 듣지

않아도 친구의 말은 잘 듣는다.

혈소판이 감소되거나 혈구감소시에는 수혈을 해야 하는데, 헌혈할 사람을 찾기가 쉽지 않다. 환자가 직장인인 경우, 평소 환자의 대인 관계가 어떠한가에 따라 동료직장인들이 헌신적으로 헌혈하기도 하고 문병조차 안오기도 한다. 수혈에 따른 상황을 알아보면 환자의 병진 성격이나 적응정도를 추측해 낼 수 있을 때가 많다.

최근 외국에서 관심분야로 되어 있는 것이 장기(長期) 생존자들에 대한 심리사회적 적응문제이다(Lederberg와 Holland 1989). 특히 이들의 삶의 질적인 측면을 중요시한다고 한다. 장기간 투병생활을 하는 환자를 규칙적으로 추적관찰을 해본 경험이 아직은 적지만, 앞으로 치료 방법의 개선, 경제수준의 향상으로 이러한 환자를 많이 접하게 될 것이다.

안락사 문제 또한 가끔 접하는 문제이나, 국내에서는 의료윤리에 관한 논의가 이제 시작단계에 있다. 생존의 결정을 환자가 할 수 있는가, 또 의사가 어디까지 환자를 도와 주는 것이 도리인가 등, 우리 사회문화에 맞는 의료윤리에 대한 많은 논의가 뒷받침되어야 할 것이다.

장기 생존자는 아니더라도 항암제 치료를 몇 차례 끝내고 열이 나서 재검진을 위해 입원했거나, 외래통원 치료중에 신경정신과로 의뢰되는 경우가 있는데, 이때에는 환자가 겪는 직업상의 어려움, 경제상태, 보험혜택을 받는지 여부, 방사선 치료에 따른 부작용—특히 내분비기능의 이상, 성기능 등에 주의를 기울여 보아야 한다.

4) 가족관계

암환자의 심리상태를 파악하거나 치료적 개입을 하는데에 있어 환자, 치료진과 가족과의 관계는 필수적이다.

갑자기 난치의 암에 걸린 아버지로 인해서, 그동안 가족 간에 누적된 갈등이 표면화되어 병실에서 가족끼리 언성을 높이고 다투거나, 간호를 서로 떠맡기려 하고, 남은 재산을 놓고 형제 간에 싸움을 하기도 한다. 고부 간의 갈등이 표면화되어 노골적으로 며느리를 헐뜯거나 이혼을 들먹거리는 시어머니도 있다. 아내가 병이 들자 그간의 불만을 처가에 떠넘기는 남편이 있다.

남편이 병중에 있으면 부인은 간호하며, 입원비 조달하라, 틈틈히 집안 살림하며 아이들 돌보아야 하는 등 과중한 일에 어쩔 바를 모르게 된다. 자문의는 이러한 상태를 빨리 가려내어 위기중재(Crisis intervention)역할을 하게 된다(Lederberg등 1990).

환자가 치료를 잘 받기 위해서는 주위 가족으로부터 따뜻하고도 적극적인 지지를 받아야 한다. 가족 간에 의견이 일치되지 않고 분열되어 환자에게 혼란을 조장하거나, 현실적인 문제에 대한 걱정으로 환자가 불안해지면 치료반응은 나쁠 수 밖에 없다. 병명통고나 상태통고에서 이러한 가족내의 역동이 여실히 드러나게 되는데, 정신과 자문의사는 가족 구조가 잘 통합되고 위계질서가 서있는 가정인지, 몇개의 편으로 나뉘어 있는지, 각자가 따로 따로인 구조인지를 파악하고, 가족 간의 또 가족과 환자와의 정보교환의 잘못이 있는지를 알아보기 위해서 가족과 함께 면담을 해야한다.

임신과 결혼의 문제가 병합되어 있는 경우에는 치료진이 어려움을 많이 겪는다. 신혼여행에서 돌아오자마자 신부는 빈혈의 원인이 백혈병으로 밝혀졌는데 임신을 이미 했다. 이때 과연 임신을 유지해야 할 것인지의 문제, 그리고 항암제 반복치료 도중에 임신이 된 급성 백혈구성 백혈병 여자가 기형아 출산에 대한 불안이 심한 경우가 있었다. 또, 남편이 병중(病中)인데 부인은 임신 6개월이었다. 부인은 간호하라, 자기 몸 돌보라 어려운데, 환자로 인해 시댁식구들은 극도로 예민해져서 온갖 짜증을 머느리인 부인에게 퍼붓는다. 아직도 과보호, 맹목적인 어머니의 사랑으로 물든 가정의 아들이 암에 걸리면, 이 한 사람을 위해 주위의 모든 것은 희생되고 격하되며, 시어머니나 시누이들이 부인의 탓으로 투사하는 경향도 있다. 한 사람이 아닌 여러 사람이 편이 되어 가족내 한 사람을 속죄양으로 만드는 데에 자문의가 개입하기란 여간 어렵지 않다. 치료자에 대해서조차 동조자인양 매도하여 공격하는 수가 많기 때문이다.

가족과 관련된 문제에 대해 정신과적 치료 개입을 해야 할 경우, 잘못된 지식이 전달되었거나 가족 간에 의사소통이 불충분하였다면 한 두차례의 가족 면담으로 해결된다. 가족내의 결속이 단단하지 않고

치료진과 원만한 관계형성이 되지 않는 경우에는 가족들 중에서 가장 영향력 있는 이를 선택하여 집중적으로 설득한 다음, 이 사람이 다른 가족들을 설득하도록 해 본다.

부부간의 갈등이 심각하면 자문의가 배우자를 각각 만나보아 문제를 파악한 후에 의사와 부부 3인이 함께 만나 의사소통 방법의 교정, 표현하는 단어선택에 대한 교육, 부부로서 생활의 목표설정, 좀 더 큰 문제 해결을 위해 서로 양보하도록 하는 등의 방법을 이용한다. 대부분 당면한 현실적인 문제를 어떻게 대처해 갈 것인가에 초점을 맞춘다. 이러한 모든 과정은 정신분석적인 자세로 이해되 문제해결을 위한 방법은 유도(manipulation),교육, 인지왜곡의 교정, 의사소통능력의 향상 등에 주안점을 둔다. 그리고 배우자나 가족이 사망한 후 가족들이 겪는 애도반응은 실제 많이 있으나, 영안실에서 실신하여 응급실로 방문하여 정신과 치료를 1~2회 받는 것 외에, 애도반응에 대해 정신과에서 지속적으로 개입하는 경우는 많지 않다.

5) 치료진에 관한 사항

정신과 자문의로서 암병동의 근무자를 만나는 것이나 암환자를 만나는 것은, 비록 시간을 빼앗기고 피곤한 일이긴 하나 많은 것을 느끼게 한다. 다루어야 할 내용은, 정신과 환자에서 보다 상대적으로 더욱 절박하고 처절해서, 역설적이지만 정신과 의사로서 위안받는 느낌을 가질 때가 적지 않다. 병원내에서 가장 많이 환자의 죽음을 목격하고, 삶과 죽음의 가장 가까운 현장에 있는 이들이 암병동 근무자들이다.

정신과 자문의는 이들 치료진의 정신 건강관리에 도 관심을 기울여야 한다. 치료담당자들이 건강해야 좀 더 많은 환자들을 활기있게 열심히 돌볼 수가 있기 때문이다.

암병동은 쉽게 우울한 분위기가 될 수 있다. 그 이유는(Lederberg와 Holland 1989),

(1) 치료예후가 비관적이다. 그리고 많은 환자가 이곳에서 죽는다.

(2) 치료에 따른 부작용이나 독성이 크고 많아서 신체와 정신의 탈진상태, 그리고 위급한 상황이 자주 발생한다.

(3) 치료방침을 결정하기에 어려운 경우가 많아,

자칫 의사 간에 의견대립으로 내부갈등이 생길 수 있다.

(4) 어린이, 노인, 말기환자의 치료시 발생하는 치료의 윤리적 측면, 시험적인 치료제품의 사용, 아직 증명되지 않은 치료법의 적용에 따른 윤리적인 문제가 발생할 수 있다.

이제까지 내과와 통합회의를 하면서 중앙내과의 스텝, 전공의, 간호사들의 회의에 대한 반응은 각기 달랐다. 스텝과 간호사들은 환자행동 평가나 치료의 일부를 정신과에서 담당해 주었으면 하는 기대를 많이 갖고 있었으며, 환자의 심적특성, 행동의 근거 등에 대해 호기심을 보였다. 그러나 대부분의 전공의들은 2~3개월 동안만 근무하다가 다른 분과로 가기 때문인지 큰 흥미를 갖지 못하였다. 신체치료에만 급급해 하고 정신적인 문제를 다루어 보려는 노력을 기울이는 전공의는 많지 않았다. 죽음의 문제, 치료결정에 따르는 윤리적 문제, 가족들의 괴로움 등에 진지한 관심을 보이는 경우는 적어서, 정신과 자문의로서는 가급적 이들이 흥미를 가질 수 있도록, 실제 상황을 재미있게 재연해 보이기도 했으며 정신과 자문에 따른 희망적인 측면과 삶 자체의 의의도 생각해 볼 것을 권해 보았다. 회의 때는 가능한 환자와 담당의사와의 관계에 초점을 두어 자신들의 감정상태, 환자에 대한 의사의 반응에 대해 표현을 많이 하도록 격려했다. 간호사들의 경우에는 수간호사의 정신과에 대한 호감도가 매우 중요해서 정신과 자문의는 수간호사와 친숙해지면 다른 간호사와 의견교환이 쉬워진다. 그리고 합동회의의 일부를 짧은 교육시간으로 활용해 보니 반응이 매우 좋았다.

합동회의 때는 실습학생들도 물론 참석시켜서, 정신과 실습생은 정신과의 또 다른 영역에 대해 접해보는 기회로, 내과 실습생은 질병과 심리의 관계를 숙고해 볼 수 있는 기회로 삼았으며 회의가 끝난 후에는 학생과 따로 회의에 대한 평가, 요약을 하고 공부할 부분들을 말하였다.

정신과 자문의의 역할이 아무리 여러 부분에 걸친다 하더라도, 암병동 치료진들의 사기는 무엇보다도 치료팀장의 지도력과 인격, 집단 결속력, 원활한 의사소통에 의해 결정된다(Lederberg와 Holland 1989). 자문의는 이러한 분위기가 되도록

중간에서 치료팀장을 격려해주고 공감해주고, 또 비판도 하는 기쁨의 역할도 한다.

통합회의를 초기에 할 때는 참석자 서로가 경계심, 경쟁심, 부끄러움 때문에 어색해하고 침묵하는 시간이 길었지만, 점차 분위기가 따뜻해지고 서로의 성격이 파악되면서, 표현이 많아지고, 한 가지 목표 즉 환자의 문제를 어떻게 이해하고 대처해 나갈 것인가? 에 집중할 수 있었다. 회의중에 자연스런 표현이 억제되거나 각색되는 일, 의사와 간호사 간의 역할분담의 혼동에 따른 갈등, 스텝과 전공의 간의 의견 불일치, 정신과 의사에 대한 두려움 등은 회의초기에 흔히 볼 수 있는 상황이다.

그런데, 회의가 반복되어도 치료진들에게서 계속 남는 숙제는, 자신의 죽음에 대한 태도와 불가항력의 현실에서 비롯되는 허탈감을 채워 줄 수 있는 주위의 심적 도움과 스스로 버틸 수 있는 능력을 키워나가는 일이다.

3. 암환자 정신과 자문이 활성화 되기 위한 몇 가지 요건

앞으로 암환자에 대한 정신과 자문-조정 역할을 제대로 할 수 있기 위해서는 몇 가지 개선되어야 할 점들이 있다.

(1) 암환자에 대한 정신과 자문을 필요로 하는 경우는 많은데, 대학병원이나 종합병원에서 현재와 같은 인력으로는 시간을 내어 암환자를 볼 수 있는 숫자가 한정될 수 밖에 없다. 한명의 암환자 자문에 소요되는 시간은 최소 20분~60분정도이다. 환자와 보호자면담, 병력지검토, 담당의사, 간호사와의 논의, 자문결과 작성에 드는 시간이 이러하기 때문에, 현재 의료보험에서 정한 자문료로는 경영수지 측면에서 보면 자문에 많이 응할수록 손해가 되는 셈이다. 현재로서는 정신과 자문의의 희생에 호소할 수 밖에 없다고 할 수 있다.

정신과 자문시간이 따로 정해져 있는 것도 아니고, 기존의 할 일 외에 덧붙여서 시간을 할애해야 하기 때문에 시간에 쫓길 수 밖에 없다. 외국과는 달리 우리나라에서 자문-조정 정신의학이 하나의 분과로서 자리잡지 못하는 것도 바로 이러한 현실적인 뒷받침이 되지 못하기 때문이다. 자문료의 현실화와 함께 조용히 만나서 이야기할 수 있는 방도 필수적이다. 요즈음같이 병원에서 공간확보가

어려운 시점에 암병동에 면담실을 만든다는 것이 사치라고 생각하는 관리자도 있을 것이다. 의식의 전환이 우선되어야 한다.

(2) 암에 대한 대민교육과 계몽이 좀 더 구체적이고 광범위하게 이루어져야 한다. 암에 대한 올바른 질병관을 확립되도록 교육하는 기구가 있어야 할 것이며, 사이버 치료, 비의료적 치료행위에 대한 계몽으로 의료비의 낭비를 막도록 해야 한다. 이는 암에만 국한된 것은 아니다. 교육 수준의 향상만으로는 안되는 것이므로 단편적이고 간헐적인 홍보보다는 전반적이고 지속적인 계몽이 필요하다.

(3) 암병동 치료진을 위한 병원측의 배려가 있어야 한다. 암병동 근무자, 방사선 치료 근무자들에 대해서 죽음관, 환자의 행동평가 방법, 환자-의사 관계에 관한 심리학, 집단결속력의 강화방법 등을 교육, 연구하도록 해야한다. 한편, 치료진들의 사기진작을 위한 휴가, 치료실 분위기를 밝게 치장하는 등의 배려가 필요하다.

정신과 자문의로서 지금까지의 짧은 경험을 통해서 느끼는 바는 암환자나 암치료진들에 대해 어떠한 치료기술을 필요로 하는 것인가 하는 문제보다는, 과연 이들에게 시간을 할애할 수 있는가 하는 것이 더 현실적인 문제였다. 그리고 치료자 자신의 삶에 대한 반성, 종교관, 인생관, 죽음관에 대한 좀 더 넓은 식견이 마련된다면, 앞으로 암환자를 대하는데 이제까지 범했던 어리석음을 조금이나마 줄일 수 있으리라 생각한다.

결 론

저자는 암환자들에 대한 수년간의 자문-조정 경험을 통하여 느꼈던 점들 중에서 주로 정신사회적 관점을 중심으로 기술하였다. 암환자에 대한 치료에는 내과 치료진 뿐만 아니라 정신과 의사, 심리학자, 동통클리닉 의사, 종교인, 호스피스 등 다방면의 전문인이 팀을 이루어 시행해야 할 필요가 있다. 치료시에는 환자의 평가, 치료진과 환자와의 관계, 치료진 상호 간의 관계, 가족관계 등이 치료진 회의에서 논의해야 할 중요한 부분이 된다. 앞으로 환자들이 암에 대한 올바른 지식을 갖도록 사회적

교육이 필요할 뿐만 아니라, 생명과 관련된 윤리적 문제에 대해서도 많은 토론과 연구가 필요할 것으로 사료된다.

중심 단어 : 암 · 자문 - 조정.

REFERENCES

- 고경봉(1991) : 암환자들과 비암환자들간의 질병행동의 비교. 신경정신의학 30 : 739-751
- 윤충환 · 김광일(1991) : 의료추구 행동에 대한 태도 조사. 신경정신의학 30 : 1091-1110
- 조두영(1985) : 임상행동과학, 서울, 일조각
- 정순미 · 이선미 · 한정옥(1988) : 암환자 심리에 대한 예비적 연구. 신경정신의학 27 : 317-323
- 한상우 · 정한용 · 한선호(1990) : 임종환자에 대한 태도조사-전문의, 수련의, 의대생, 호스피스를 중심으로. 신경정신의학 29 : 1408-1428
- Forester BM, Kornfeld DS, Fleiss J(1978) : Psychiatric aspects of radiotherapy. Am J Psychiatry 135 : 960-963
- Goldberg RJ(1981) : Management of depression in the patient with advanced cancer. JAMA 246 : 373-376
- Lederberg MS, Holland JC(1989) : Psycho-oncology. In ; Kaplan HI and Sadock BJ(ed), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th edition, Baltimore, Williams & Wilkins, pp1249-1264
- Lederberg MS, Massie MJ, Holland JC(1990) : Psychiatric consultation to oncology. In ; Tasman A, Goldfinger SM, Kaufmann CA(ed), Review of Psychiatry, Vol. 9, Washington D.C., American Psychiatric Press, Inc., pp491-514
- Manos M, Christakis(1985) : Coping with cancer : Psychological dimensions. Acta psychiatr Scand 72 : 1-5
- Peck A, Boland J(1977) : Emotional reactions to radiation treatment. Cancer 40 : 180-184
- Redd WH(1988) : Behavioral approaches to treatment-related distress. Ca-A Cancer Journal for Clinician 38 : 138-145
- Silberfarb PM(1982) : Reserch in adaptation to illness and psychological intervention an overview. Cancer(suppl) 50 : 1921-1925
- Silberfarb PM(1988) : Psychiatric treatment of the pa-

tient during cancer therapy. *Ca-A Cancer Journal for Clinician* 38 : 133-137

Wise MG, Cassem NH(1990) : Psychiatric consultation to critical-care unit. In ; Tasman A, Goldfi-

nger SM, Kaufmann CA, *Review of Psychiatry*, Vol. 9(ed), Washington D.C., American Psychiatric Press, Inc., pp413-432