

# 호스피스 · 완화의료와 정신의학

조 성 진

원자력병원 신경정신과, 호스피스실, 사회사업실

## Hospice Palliative Medicine and Psychiatry

Seong Jin Cho, M.D.

Department of Psychiatry, Hospice and Social Work, Korea Cancer Center Hospital, Seoul, Korea

### 서 론

호스피스완화의료와 정신의학은 밀접히 연관되는데, 환자와 가족의 삶의 질 향상, 총체적 도움, 다학제적 접근, 가족치료, 심리사회적 프로그램 등에서 그 철학과 내용을 공유한다. 실제 호스피스 환자에서 정신과 질환의 공존비율 역시 매우 높으며 임종에 가까울수록 정신증상의 발현율이 급격히 증가한다. 특히 암환자 심리, 재발 및 악화, 암치료 과정, 임종심리, 기질적 요인, 가족문제, 사회경제적 요소, 기존 정신질환 악화 등과 관련된 정신증상들이 대표적이다.

그러나 말기 환자가 대부분인 호스피스에서 정신과적 측면에 대한 체계적, 적극적인 개입이 부족하기에 많은 환자들이 심각한 정신증상으로 더욱 고통을 받으며 임종하고 있다.

결국 호스피스의 질을 높이고 말기 환자와 가족의 고통경감 및 삶의 질 향상을 위한 정신의학적 도움은 필연적이다.

호스피스의 실제 주요영역들에 대한 정신의학적 개입도 절실하다. 첫째는, 신체적 측면이다. 특히 통증은 ‘과거 통증경험, 현재 통증자극, 환자의 해석’에 의한 최종감각이므로 정신과적 개입이 매우 유용하다. 특히 마약성 진통제는 중추신경계 약물이며 보조진통제 역시 정신약물이다. 결국 이러한 약물치료와 정신치료 및 프로그램에 의해 효과적인 통증조절이 가능하다. 한편 소화계, 호흡계, 순환계, 근골격계 등 대부분의 신체증상들 역시 불안·우울 등 정신과적 증상과 상호작용하면서 악순환되므로 이 또한 정신과적 개입이 필요하다.

둘째는, 심리적 측면이다. 이는 호스피스에서 가장 큰 부분을 차지하며 아울러 정신의학 고유의 영역이기도 하다. 셋째는, 사회경제적 측면이다. 이 역시 정신의학에서 매우 강조되며 이미 총체적, 다학적 개입이 실행되고 있다. 넷째, 가족 측면이다. 정신과 고유영역에서는 가족모델 및 역동을 기초로 기본적으로 가족치료를 수행한다. 다섯째, 영적 측면이다. 임종과 관련되는 영적 안녕과 정신과적 도움 역시 상호 밀접하다.

이렇듯 실제 호스피스의 대표영역인 신체·심리·사회경제문화·가족·종교 등 모든 측면에서 정신과적 요소가 깊숙이 관련되며 신체적·심리적·영적 차원들을 취합하는데 필수적이다. 즉, 위 분야들은 서로 영향을 주고받으므로 호스피스에서는 통합적인 면이 고려되어야 하고 그 중심에 정신의학이 자리하고 있다.

그러나, 호스피스의 모든 영역에서 정신과적 개입이 절실함에도 불구하고 실제로는 대단히 부족하다. 국내의 경우 1980년대 이후로 몇몇 측면에서 연구가 이루어져 말기 환자와 관련된 특정 증상(불안, 우울...)과 사별가족, 심리사회 프로그램, 소아 및 노인 호스피스 등에서 일부 진전이 있었다. 외국의 경우에도 호스피스 관련 정신의학적 측면에 대한 체계적인 개입은 여전히 부족하다.

필자는 오랫동안 암전문병원에서 정신과의사이면서 호스피스와 사회사업에 몸담아왔던 경험을 토대로 본고를 작성하였다. 다른 분야 전문가들의 이해를 돕기 위해 평이한 용어로 기술하였으며, 지면상 실제 정신과적 문제들에 대해 임상에서 가장 필요로 하는 개입방법들을 개괄적으로 소개하였다. 먼저, 정신과적 증상의 현황과 치료원칙을 부연하고, 이어서 각각의 문제, 통

증, 가족치료, 심리사회 프로그램, 특정 증상에 대한 정신과적 개입과 주요 이슈들의 순서로 약술한다.

## 본 론

### 1. 호스피스에서 정신질환 현황과 개입원칙

**1) 말기 환자의 정신질환 현황:** 말기 환자는 극심한 심리적 고통과 정신과적 증상을 겪는데 이는 신체질환 자체보다 삶의 질을 더욱 저하시킨다. 가족의 정신과적 증상 역시 심각하므로 간과되어서는 안 된다. 말기 환자는 거의 모두가 정신과적 증상을 겪으며 특히 우울증, 기질성 정신장애, 통증의 발병률이 매우 높다. 진행암 및 말기암의 경우 불안장애는 대부분, 우울증은 80% 이상, 기질성 정신장애는 85%, 통증은 65% 정도 발현된다.

정신과적 증상의 악화요인들은 암특징, 환자특성, 통증특성, 신체증상, 사회경제적 상황, 문화적 요인, 영적 측면, 치료과정, 치료진 특성, 가족요인 등에서의 부정적 측면들이다.

**2) 정신과적 개입 원칙들:** 정신과적 증상을 평가하는데에는 위에 언급한 악화요인들을 잘 취합하여야 한다. 실제로 정신상태, 환경요인들은 물론이고 약물이나 영양자제, 신체상황 등으로 더욱 악화되는 경우도 흔하다. 아울러 임상소견들과 여러 평가도구(불안 및 우울 척도, 삶의 질 척도, 인지기능척도, Distress thermometer...) 들도 취합하여 평가한다.

환자마다 특유의 증상과 대응기전을 가지므로 치료 역시 개별화되어야 하며 다음은 일반적 원칙이다. 첫째, 다양한 원인 및 악화요소를 취합하여 조절한다. 둘째, 태도와 관계형성에 유의한다. 셋째, 통증과 신체증상을 적극 조절한다. 넷째, 가족적·사회경제적 이슈에 주목한다. 다섯째, 문화적 영적 측면의 도움이다. 여섯째, 적절한 면담과 정보제공 등이다.

실제 정신과적 개입방법들은 약물치료와 비약물치료로 대별된다. 첫째, 정신약물학적 치료이다. 대부분의 정신증상들이 약물을 통해 호전된다. 정신약물 사용에는 정신과 자문이 필요하다. 특히 말기 환자는 신체적·의학적 상태가 양호하지 못하기에 약물사용에 더 많은 사항을 고려해야 한다. 그러나 임상에서는 약물 투여가 매우 부족하다. 실제로 정신증상과 정신약물에 대한 경험과 인식부족, 정신과자문 부족, 의료진간의 의사소통 부족 등으로 인해 조절 가능한 증상들에 적절한 치료가 이루어지지 못하고 있다. 둘째, 비약물학적 개입이다.

예컨대, 정신치료적 개입, 심리사회적 그룹프로그램, 인지행동요법, 가족치료, 완화의료진 간 개입 등이다.

### 2. 주요 문제에 대한 정신의학적 개입

#### 1) 불안

**(1) 현황 및 분류;** 거의 모든 말기환자에서 보이며 가장 흔하고 정도가 극심하다. 다양한 요인들이 있고 대개 중첩된다. 임상적으로는 외상후스트레스장애, 범불안장애, 공포증, 공황장애 등 여러 양상이다. 특히 임종환자의 불안은 임박한 심장 혹은 호흡정지, 폐색전증, 전해질 불균형, 탈수 등에 의해 악화되기도 하며 죽음과 실존적 문제에 관련된 심리요소도 매우 중요하다.

한편 암 자체 혹은 치료과정에서 이차적으로 발생하는 ‘기질성 불안’의 요인들은 심한 통증, 대사장애, 저산소증, 패혈증, 호흡곤란, 호르몬 분비 증양, 신체증상, 섬망, 불안유발 약물(스테로이드, 자극제...), 약물금단(마약성 진통제, 진정제...) 등이다.

**(2) 임상양상과 평가원칙;** 불안이 심할 경우 자율신경계 반응과 맞물려 다양한 신체증상들이 발현되거나 악화된다. 즉, 인지기능(공포, 주의력과 집중력 저하...), 심혈관계(심계항진, 고혈압, 흉통...), 호흡계(호흡곤란, 호흡정지...), 신경정신계(현기증, 안절부절, 감각이상, 허약, 탈진, 수면장애...), 운동계(근육긴장, 피로, 전율...), 소화계(오심, 설사, 식욕부진, 소화불량...), 일반심리(긴장, 불안정, 흥분, 민감, 경계...), 기타(발한, 구강건조, 목이물감, 빈뇨...) 등이다.

**(3) 치료원칙;** 첫째, 악화인자의 조절과 치료가 가장 중요하다. 둘째, 기질성 요인(섬망, 약물...)을 적극 교정한다. 셋째, 다른 원인(통증, 신체증상, 사회적·문화적·영적 요인)을 조절한다. 넷째, 우울증 등 동반 정신질환을 적극 치료한다. 다섯째, 지지적 면담과 정신치료이다. 여섯째, 인지행동적 치료이다. 일곱째, 정신약물치료이다. 실제 임상에서는 단독보다는 병합치료가 유용한데 항불안제와 지지적 면담 그리고 행동과 이완치료 등을 병합한다.

#### (4) 약물치료

**① 벤조디아제핀 항불안제:** 말기환자 불안치료의 주요 약물이며 가장 많이 사용된다. 약물 간 상호작용과 신체상태 및 정신상태에 유의하여 소량부터 시작한다. 단기간 또는 간헐적 사용에 좋으며 진정과 수면유도에도 유용하다. 짧게 작용하는 약물(lorazepam, alprazolam)이 말기환자에서 안전하다. 돌발성 불안 혹은 약물중단 어려움의 경우 긴 반감기 약물(diazepam, clonazepam)로

바꾸면 좋다. Midazolam은 매우 짧은 반감기를 가지며 호흡곤란 혹은 말기환자 관련 초조와 불안의 진정에 유용하고 정맥주입으로도 투여되며 안전하고 효과적이다. Alprazolam은 특히 심혈관계, 호흡계, 소화계 등 다양한 자율신경 관련증상이 동반될 때 탁월하다. Lorazepam은 설하투여가 가능하며 다른 임상과에서 가장 선호한다. Diazepam 역시 흔히 처방되는데 특히 직장투여가 가능하다. Clonazepam은 신경병성 통증에도 효과적이다.

② **비벤조디아아제핀 항불안제:** Buspirone은 심한 진정을 초래하지 않으나 효과가 지연되므로 말기환자에서 제한될 수 있다. 항정신병약물(haloperidol, risperidone...)은 벤조디아아제핀의 최대 치료용량에 조절되지 않는 불안과 초조에 종종 유용하다. 특히 기질성 원인이 의심되거나 정신증상(망상, 환각) 혹은 급성 혼돈을 동반하는 심한 불안·초조의 조절에 유용하다. Hydroxyzine은 통증 있는 암환자의 불안에 유용하다. 항우울제는 우울이 동반된 불안에 효과적이다.

(5) **비약물치료:** 말기 환자의 불안과 공포, 두려움은 극심하며 대개 약물치료와 지지적 정신치료, 인지행동개입 등이 병합된다.

## 2) 우울

(1) **현황 및 분류:** 말기 환자의 우울은 임박한 상실에 대한 절망과 애도의 발현이기도 하며 병의 진행, 신체 제약, 통증 등이 심화될수록 증가되는데 진행 암환자의 80% 이상에서 두드러지고 임종기에는 대부분이 겪는다.

대부분 ‘주요 우울증’인데 매우 심각하다. 특히 신체적, 의학적 상태의 악화에 의한 ‘기질성 우울’도 심각한데 이는 다양한 원인들에 의하며 실제로 많은 약물들과 신체상태에 의해 우울이 초래되거나 악화되므로 정확한 원인을 알아야 한다. 간혹 망상적 사고와 환각 및 정신적 우울증도 보일 수 있다.

(2) **임상증상 및 평가:** 말기환자에서는 일반 진단기준보다 심리적 혹은 인지적 증상이 더 강조되는데 특히 절망감, 죄책감, 무가치함, 자살사고 등은 우울증의 심각도와 관련된다. 신체증상은 말기질환 자체로도 초래되며 우울증과 악액질(Cachexia)은 구별되는데 공통적으로 전신쇠약, 식욕감퇴, 의욕상실, 수면장애와 무딘 정서표현 등이 있지만 악액질은 대개 말기에 나타나고 우울증은 중기부터 오는 경향이 많으며 심리측면이 강조된다.

첫째, 기질성 뇌 증후군을 규명하기 위해 약물, 의학적 상황, 내분비계, 중추신경계, 혼돈, 등을 평가한다.

둘째, 신체질환 자체와 예후를 평가한다. 셋째, 가능한 다른 악화인자를 평가하는데 통증, 다른 증상, 사회적·문화적·영적 측면 등이다. 넷째, 가족 및 사회적 지지 정도와 가족력도 평가한다. 다섯째, 실존적 심리적 요소도 평가한다.

(3) **치료 원칙:** 임상에서는 약물처방이 매우 부족하다. 이는 우울증의 심각성과 치료에 대한 인식부족, 정신과자문 부족, 정신약물에 대한 선입견과 경험 부족 등에 기인한다. 치료방법들은 기질성 뇌증후군 치료, 다른 악화요소 조절(통증, 신체 증상들, 사회적·문화적·영적 측면), 지지적 정신치료, 가족치료, 그룹치료, 인지행동 요법, 약물치료 등이다. 특히 전문적이고 잘 훈련된 정신치료적 접근과 지지가 중요하며 심한 우울에 약물은 주요한 방법이다. 따라서 항우울제에 지지적 면담과 정신치료를 병합한다.

한편, 임종기에는 시간요소가 약물치료 여부 결정에 중요한데, 예상 수명이 수개월이면 항우울제 효과까지 기다릴 여력이 있으나 3주 이내로 예견되는 경우에는 빨리 작용하는 정신자극제가 최선일 수 있다.

(4) **약물치료:** 심한 우울증 치료에 주요 방법이며 최근 유용한 약물들이 개발되었다. 환자 각각에 맞게 용량을 조절하고 소량으로 시작하며 전신적 의학상태에 주의하면서 다른 약물과의 상호작용을 자주 평가한다.

① **삼환계 항우울제:** 최근 임상에서는 점차 차세대 항우울제로 대체되고 있다. 진정, 항콜린성, 심혈관계 부작용에 대한 주의는 말기질환, 노인, 허약상태에서 특히 필요하다. 진정약물(마약성 진통제...)을 투여 중이면 진정 악화가능성에 주의한다.

② **차세대 항우울제:** 부작용이 적고 쉽게 용량조절이 가능하여 특히 암환자의 우울증에 유용하다. 선택적 세로토닌 재흡수 차단제(SSRI)는 말기질환에서 장점이 많은데, 항콜린 효과와 진정작용이 거의 없다. Fluoxetine은 무난하며 Paroxetine은 진정작용이 있어 불안·초조성 우울에 적합하고 Sertraline은 수면에도 도움이 되므로 취침 전에 복용하며 Fluvoxamine 역시 진정작용이 있어 저녁에 복용한다. Bupropion은 새롭게 주목받는 약물이며 말기환자에서 정신자극제와 비슷한 기력회복 효과가 있다. Mirtazapine은 오심과 구토 및 식욕부진 환자에 매우 유용하며 Escitalopram은 최근 각광받고 있다. Nefazodone, Venlafaxine도 선택적으로 사용된다. Trazodone은 소량에서 수면조절에 유용하다.

③ **정신자극제(Psychostimulants):** 예상수명이 짧은 경우 유용하다. 특히 정신운동지체, 인지기능장애와 기분장

에, 다른 약물에 의한 졸림 등에 유용하다. 긍정적 작용은 집중력, 주의력, 수행능력, 에너지와 식욕 등의 개선이며 저용량에서도 식욕 촉진, 다행감, 허약과 피로 개선이 가능하다.

**④ 기타:** 수면제는 동반 수면장애에 대한 보조치료제로 유용하다. 항정신병약물 역시 정신증상과 우울이 공존하거나 극심한 초조가 있는 경우 유용하다. MAOI는 말기환자에서 제한되며, Lithium 역시 기존에 유지해왔던 경우를 제외하고는 제한된다.

**(5) 비약물치료:** 진행암 환자의 우울은 대개 약물치료와 지지적 정신치료를 병합한다. 심각한 우울 환자에 대한 지지적 면담법을 충분히 숙지하고 공감적으로 경청하면서 환자의 입장을 우선시하여 환자의 자존감과 능동성을 존중해주면서 면담한다.

**3) 자살**

**(1) 현황:** 암환자들의 절망감과 우울은 말기에 더욱 심한데 이와 관련 자살문제 역시 중요하다. 자살환자의 86%는 말기 직전 혹은 말기였으며 예상수명이 수개월 내일 때 자살시도가 제일 높았다. 정신증상이 있을 때 위험률이 높다. 실제 자살 암환자의 35%가 우울증, 20%가 섬망, 50%가 적응장애였다.

**(2) 원인 및 위험 요소:** 암환자의 자살 취약성 요소들은 우울증과 절망감, 조절되지 않는 통증, 재발·전이·진행암, 섬망 및 초조, 자율성과 독립성 상실, 조절감 상실, 저명한 죄책감, 무기력, 피로와 소진, 기존 정신질환, 약물 혹은 알코올 남용, 자살시도 경력, 가족문제, 자살 가족력, 사회적 지지 부재 및 격리 등이다.

절망감은 장기적인 자살위험의 가장 확실한 예견인자이다. 심한 통증 역시 중요하다. 기질성 정신장애(섬망...)는 인지기능저하(혼돈...)와 초조, 흥분을 유발하며 이는 충동적 자살시도로 이어지므로 중요하다. 암과 치료로 인한 신체장애(운동상실, 마비, 신체기능상실, 절단, 감각상실...) 역시 위험인자이다. 추가적인 도움이나 보건의료체계와의 접촉이 없을 때도 자살률이 높는데 암에 혼자 직면하면서 고립무원감, 격리감, 포기감을 느끼며 이는 절망감과 자살로 이어진다.

**(3) 개입 및 치료:** 개입의 목적은, 모든 수단을 동원해서 자살을 예방하는 것이 아니라 절망에 의한 자살을 예방하는 것이다. 예측평가에서 자살의도에 대해서는 직접적으로 질문한다. 80%는 자살에 대한 경고를 하며 자살계획을 인정할 때는 특히 위험하다. 일단 신뢰관계가 생기면 환자들은 암에 의해 압도되는 위협으로부터 벗어나고자 대개 자살사고를 드러낸다.

자살 환자에 대한 실제개입원칙은 다음과 같다. 먼저, 자살 취약성 요소 및 위험도 평가를 통해 대책을 세운다. 한편 자살사고의 의미와 위험의 심각성도 드러내도록 한다. 동정적으로 경청하는 한편 자살사고가 부적절하다는 비판적·진술적 태도는 삼가야 한다. 아울러 통증이 심각한 문제이므로 충분히 조절한다. 또한 초조·섬망 등의 위험인자를 정확히 파악하여 빨리 조절한다. 약물치료에서는 진통제, 신경이완제, 항우울제 등이 초조, 정신증, 주요 우울증, 통증 등을 조절하는 데 유용하다. 이어서, 위기-개입-지향 정신치료적 접근이다. 가능한 한 환자의 지지체계를 유용화하는 것이 중요하다. 밀접한 가족 구성원이 환자를 지지하도록 한다.

**4) 기질성 정신장애**

**(1) 개요:** 기질적, 의학적 원인에 의해 정신과적 증상이 발현되는 경우이다. 말기암의 경우 75% 이상이다. 진행암에서 흔한 기질성 정신장애는 섬망, 치매, 의학상태에 의한 기분장애 순이다.

대표적인 섬망(delirium)은 기질성 인지장애이며 임상에서 아주 중요하다. 역학적으로 전반적 뇌기능 부전에 의해 갑작스런 의식의 변화와 함께 집중, 사고, 지각, 기억, 행동, 감정, 수면 등에 장애가 오는 상태이다. 특히 지남력 장애, 양상변화, 갑작스런 시작 등이 특징이다. 대개는 가역적인 과정이므로 원인요소가 교정되면 회복될 수 있다.

**(2) 원인 및 기전:** 일반적인 섬망의 위험요소는 고령, 소아, 뇌손상 및 뇌질환, 알코올 의존, 당뇨병, 감각장애, 영양장애 등이다. 특히 진행 암에서 섬망을 유발하는 의학적 상태들은 직접적인 중추신경계 요인들(뇌종양, 경련), 간접적인 요인들(기관 부전, 대사성 뇌증, 전해질 불균형 및 탈수, 항암약물, 마약성 진통제, 방사선, 감염, 저산소증, 혈액학적 이상, 영양결핍, 혈관장애, 내분비 이상, 치매, 심한 통증, 탈진 및 쇠약, 불안 초조 환경변화)이다.

특히 약물에 의한 경우는 매우 중요하다. 마약성 진통제(morphine, pethidine)는 암전문기관에서 가장 흔하게 섬망을 유발하는 요인이다.

**(3) 임상증상 및 평가:** 임상에서 아주 흔하며 가끔 자연회복되는 가역적 혼돈상태가 그냥 지나가는 경우도 많다. 심각도 변화가 특징인데 해가 진 후 주로 밤이나 새벽에 악화되는 경우가 흔하다. 징후로는 갑작스런 의식 혼탁, 주의력 장애, 기억력 장애, 추상력 및 이해력 장애, 시간·장소·사람에 대한 지남력 장애, 지각왜곡(환각, 환상), 망상(편집증), 초조, 수면장애, 불안장애 등

이 있다. 실제 섬망 관련 문제는 암환자 치료에서 큰 문제이다.

말기환자 인지장애의 50% 이하에서만 요인이 규명된다. 임상적으로 인지장애 진단을 위해 여러 평가도구들이 이용되지만 말기환자에서는 제한이 따르므로 대개 임상증상과 관찰을 통해 평가한다.

**(4) 치료;** 먼저 기저의 원인요소를 찾고 교정하는 것이 중요하며 추가로 증상적, 지지적 치료를 수행한다. 수액과 전해질 균형, 영양, 비타민 등이 도움된다. 약물치료 역시 중요하고 유용하다. 급성증상 · 상태 완화가 시급한데 이 때 약물이 사용된다. Haloperidol은 신체질환에 의한 섬망치료에 선택약물이고 임상에서 가장 유용하다. Haloperidol에 lorazepam을 추가하면 초조성 섬망을 급속히 조절하는데 효과적이다. 새로운 항정신병 약물들(risperidone, clozapine, olanzapine)도 저용량에서 유용하다. 한편 가역적 원인들(감염, 탈수, 전해질 불균형, 대사이상...)이 교정되고 섬망증상이 해결된 후 약물을 감량하면서 중단한다.

한편 환경적 요인의 교정과 섬망 환자에 대한 면담도 중요하다. 환자의 입장에서는 당연히 낮설고 불안해하며 판단력 · 지각 등이 왜곡되어 초조 · 의심 등을 보이며 행동문제를 보인다. 이에 대해 의료진은 환자의 정신상태를 이해하면서 공감적 격려를 해주어야 한다. 가족이나 보호자들에 대한 교육 역시 중요하다. 의료진은 가족에게 섬망의 원인과 상황 및 예후에 대한 설명을 통해 안심시키고 도움방법을 교육하여 가족들이 환자에게 더욱 지지를 보여 환자의 정신상태 회복에 도움이 되도록 한다.

**(5) 임종기의 섬망;** 섬망의 가역성과 회복은 진행암에서도 종종 가능하다. 그러나 마지막 24~48시간에는 대개 가역적이지 않다. 말기 섬망의 역학은 다요소적이고 발견되지 않을 수 있기 때문이다. 비록 원인이 밝혀진다 해도 다양한 장기부전이 진행되는 비가역적 시기이다. 이러한 마지막 섬망은 종종 'terminal restlessness or agitation'으로 언급된다. 이 시기는 검사나 시술이 제한되며 환자의 편안함이 주초점이다. 따라서 임종환자 섬망 치료는 경우에 따라 판단한다.

신경이완제 역시 말기 섬망의 혼돈과 초조를 감소시키고 감각과 인지기능 개선에 효과적이지만 대개 마지막 시기에는 가능하지 않다. 이때는 유일하게 진정에 의해서 조절될 수 있고 의식 자체가 저하된 상태이다.

한편, 많은 환자들이 마지막 48시간 동안 죽음에 대한 공포로 인해 안절부절하거나 정신착란을 보인다. 영

양상태가 나쁘거나 불안해하는 환자에서 인지기능 장애가 잘 생긴다. 이런 경우 가족의 역할이 더욱 필요하다. 안정된 환경을 유지하며 가족들은 조용하고 친숙한 모습으로 접근한다. 이 시기 대화가 필요한 환자에게 부적절한 진정은 피한다.

**5) 치료 관련 정신의학적 문제들:** 암환자들은 암 치료과정과 부작용에 의해 더욱 고통을 받는다. 대표적으로...

첫째, 방사선 치료와 관련하여... 대부분의 환자들은 방사선에 대한 무의식적 공포와 두려움을 가지고 있으며 치료과정 자체도 심각한 정신증상을 초래할 수 있다. 실제로 완화의료 영역에서 증상완화적 방사선 치료가 시행될 때는 기존의 취약한 신체상황과 맞물려 다양한 정신증상이 발현된다. 특히 뇌부위에 대한 직접 방사선치료는 정신증상의 발생률을 현저히 높인다. 아울러 방사선 치료에 의해 이차적으로 신체 합병증을 보이는 경우도 많아 이로 인해 정신증상 자체도 악화된다. 따라서 방사선치료를 전후하여 의학적 상태 및 정신상태 추이에도 유의한다.

둘째, 항암약물치료와 관련하여... 다양한 약물들이 직간접적으로 주요한 신체증상과 정신증상을 초래, 악화시킨다. 가장 흔한 부작용인 오심과 구토는 심리적 조건화 반응 · 예기불안 등으로 악화될 수 있으며 항불안제, 항구토제, 최면, 근이완, 상상 등의 방법으로 조절될 수 있다. 실제로 화학요법 치료 도중 신체상태 변화에 의해 인지기능장애가 초래 · 악화되는 경우가 아주 흔하다. Steroid는 불안부터 우울증과 심한 정신증상까지 다양한 문제를 일으킨다. 결국 약물요법을 전후하여 정신상태 평가에 특별히 주의하며 다양한 의학적 유발요인의 교정에도 노력한다.

셋째, 수술과 관련하여... 모든 수술 특히 절제술은 삶의 질에 심각한 영향을 미친다. 수술과 관련되는 외모 변화와 장애는 암 자체와 더불어 환자의 삶에 막대한 고통을 준다. 특히 절단은 자기상(self image)을 손상시키고 심한 우울을 초래하며 재활의 어려움 속에서 더욱 고통을 겪게된다. 결국 수술에 의해 이차적으로 다양하고 심각한 정신증상이 초래된다.

**6) 수면장애:** 수면장애로 인해 심한 고통을 받는 말기 환자들이 아주 흔하다. 수면부족 · 박탈 시 정신증상과 신체증상이 증가한다. 수면장애의 두 가지 분류는, 첫째 명확한 원인이 없는 일차성(수면이상, 수면수반증), 둘째 원인이 있는 이차성(정신장애, 의학상태, 약물... 관련)이다.

**(1) 불면증;** 수면시작 또는 유지가 힘든 상태이며 암환

자 수면장애 중 가장 흔하다. 대략 암환자의 절반에서 불면증을 경험했으며 1/3은 현재도 겪고 있고 지속적 불면증도 흔하다. 다양한 원인이 있으며 통증과 불안이 가장 흔한 요인이다. 대개 우울증 시에는 조조각성을 보이고 불안·초조 시는 입면곤란이 많다. 기질성 정신장애(섬망...)에서도 흔하다.

치료방법은 원인치료, 약물치료, 인지행동요법, 환경요법 등이 추천된다. 원인치료는 가장 중요하며 병력과 검사를 통해 원인이 밝혀지면 이를 교정한다. 일차성인 경우 수면위생(sleep hygiene)을 개선하고 다양하게 지시해주면 호전될 수 있다. 이차성의 경우 기저의 장애에 대한 특징적인 치료가 필요하다. 통증과 불안과 우울이 동반되는 경우 이에 대한 적극치료가 필요하다. 약물 부작용이나 다른 기질성 요인이 원인인 경우 해당 약물과 기질적 상황을 조절한다.

특히 수면각성주기 조절에 주의한다. 암환자들은 거동이 불편하고 낮에 누워있는 경우가 많으며 소진상태이다. 결국 밤낮이 바뀌어 저녁에 잠들기는 더욱 어렵다.

Zolpidem은 탁월한 수면유도 효과를 가지며 특별한 부작용이 없어 안전하고 선호된다. 벤조디아제핀 약물에서는 반감기가 짧은 약물이 선호된다. 항히스타민제는 암환자에서는 제한된다. 항우울제는 종종 소량으로 훌륭한 수면제이며 trazodone은 수면유지와 깊은 잠유도에 유용하다. 결국 수면약물과 기저의 정신증상·신체증상을 조절하는 약물들과의 병용을 통해 불면증을 효과적으로 개선할 수 있다.

**(2) 과면증(hypersomnia - 수면과다);** 불면증보다는 적으나 임상에서 흔하다. 수면각성주기의 변화로 낮에 수면하는 환자들이 많다. 과도한 수면과 주간 졸리움도 흔하다. 다양한 약물, 특히 마약성 진통제나 진정제 등으로 인해 졸리움 등 부작용을 호소하는 경우도 많다. 특히 신체기능과 기력저하 및 허약으로 누워있는 경우가 많기 때문에 과수면 양상을 보인다. 다양한 원인이 있으며 약물관련 경우까지 포함하면 매우 흔하다.

심하지 않은 경우는 수면각성주기 조절과 활동 및 지시 등이 유용하다. 원인이 명확한 이차성인 경우 원인에 대한 교정이 필수이다. 일차성 과면증에 대한 치료 약물투여는 암환자에서 대개 제한된다. 일부에서는 자극효과가 있는 SSRI가 고려되며 특히 정신자극제는 종종 유용하다.

**(3) 기타;** 일주기 리듬 수면장애, 수면 수반증(악몽, 야경...), 정신질환 및 물질에 의한 수면장애, 수면수반증

(하지 초조 증후군...) 등도 가끔 나타나며 적절한 약물로 조절된다.

### 3. 암성 통증에 대한 정신과적 개입

**1) 암통증의 정신과적 측면:** 진행암 환자의 통증은 다학적 접근을 필요로 하며 특히 정신과적 개입이 중요하다. 암통증은 단순한 통각이 아니라 성격, 정서, 인지, 행동, 사회관계 등을 포함하는 다차원적 개념이다. 따라서 암통증에 대한 신체적, 정신적 치료가 동시에 이루어져야 한다. 결국 통증조절은 정신증상을 호전시키며 반대로 정신증상 조절을 통해 통증 자체도 경감된다. 특히 말기환자에서 통증이 있을 때 정신장애가 많다. 심한 통증은 심리적 고통·삶의 질 저하·우울 등을 악화시켜 자살위험성도 높인다.

한편 마약성 진통제에 대한 오해와 선입견으로 인해 적절한 통증조절이 이루어지지 않고 있는데, 이는 의료진 측면과 환자 측면 각각의 오해와 선입견으로 인해 합당한 약물치료가 시행되지 못하는 현실을 반영한다. 실제로 마약성 진통제에 의한 중독은 매우 드물다. 중독이란 심리적 의존인데 진통 이외의 효과를 얻기 위한 갈망과 충동적 행동이 특징이며, 가끔 발생하는 신체적 의존 혹은 내성과는 다르다. 강조하건대 마약성 진통제에 의한 중독은 거의 유발되지 않는다.

암 통증의 정신과적 조절방법에는 마약성 진통제, 보조진통제(정신약물), 정신치료, 인지행동요법, 심리사회 프로그램 등이 있다.

**2) 보조적 정신약물 치료:** 정신약물들은 보조진통제로서 진행암 통증조절에 매우 효과적이다. 이들은 불안, 우울, 불면, 섬망 등의 조절은 물론 진통효과와 마약성 진통제 강화효과도 가진다.

#### (1) 항우울제

**① 삼환계 항우울제:** 암통증과 신경병성 통증에 효과적이며 항우울, 마약성 진통제 강화, 직접 진통 등의 효과가 있다. Amitriptyline이 많이 사용되며 신경병성 통증에 효과적이다. 처음에는 적은 용량으로 시작하고 부작용을 자주 평가하면서 효과가 있을 때까지 천천히 조절한다.

**② 차세대 항우울제:** Paroxetine은 신경병성 통증에 효과가 있으며 암통증 보조제로도 가능하다. Sertraline, fluoxetine 역시 유용하다. Nefazodone은 opioid 수용체에 직접 작용하여 진통효과를 나타내며, venlafaxine 역시 통증경감 효과가 있다.

**(2) 정신자극제;** 마약성 진통제에 의한 과도한 진정을

감소시키고 강력한 보조 진통제 역할도 한다.

(3) **신경이완제**; Pimozide는 신경병성 통증에 사용된다.

(4) **항불안제**; 훌륭한 보조진통제이며 통증관련 불안 증상을 개선한다. 특히 alprazolam은 환상통과 신경병성 통증에 유용하며, clonazepam은 신경병성 통증, 두통에 좋다.

(5) **위약(placebo)**; 위약반응은 내인성 opioids의 진통효과에 의하지만 단기간만 효과적이며 암통증은 적응증이 아니다.

3) **교육 및 가족개입**: 통증은 주관적 경험이므로 환자가 자신의 통증을 의료진에게 정확히 표현하고 치료에 적극적으로 참여할 때 효과적으로 조절된다. 따라서 환자와 가족을 대상으로 ‘통증관련교육’을 반드시 시행한다. 실제로 교육을 통해 환자의 순응도가 높아졌으며 마약성 진통제에 대한 오해도 줄었고 통증의 정도도 낮아진다.

한편 통증조절은 종종 진정을 동반하고 의사소통을 제한하기에 가족과의 갈등의 원천이 된다. 따라서 통증 조절과 의식유지 사이를 잘 판단하여 정확한 용량을 투여하고 부작용이 나타나면 이를 적극 조절하여 양 측면을 최대한 확보한다.

4) **인지행동 요법**: 인지치료와 행동치료가 있으며 두 가지를 병용하기도 한다. 인지치료는 통증에 대한 환자의 생각을 변화시키는 방법이다. 행동치료는 통증에 대한 대처기술을 개발시키거나 통증에 대한 반응을 수정하도록 도와주는 방법이다. 암환자 통증에 유용한 인지행동 요법들은 교육, 이완, 주의분산, 병합요법 등이다. 의료진은 이러한 개입의 유용성에 대해 환자와 어느 정도 관계를 형성한 후 소개한다.

이완요법은 근육긴장과 교감신경을 안정시켜 직접 통증을 감소시키며, 분산 혹은 주의전환은 통증에 대한 지각을 감소시킨다. 최면요법은 20%에서 효과를 보이며 마약성 진통제 사용을 50% 감소시킬 수 있다.

#### 4. 특정 신체증상에 대한 정신과적 치료

말기환자의 신체증상들은 정신과적 증상들을 악화시키며 역으로 정신과적 증상 역시 신체증상악화에 기여한다. 결국 어려운 신체증상들에 대한 정신과적 치료 역시 매우 중요하다.

1) **식욕부진 및 체중감소**: 정신과적 요인도 중요한 역할을 한다. 흔한 요인은 불안, 우울, 조건화된 음식혐오이다. 정신약물(항우울제, 항불안제)은 심한 우울증과 불안에 의한 식욕부진인 경우 필요하다. 이완훈련과 행

동요법은 조건화된 오심과 구토에 유용하다. 행동개입은 식욕부진, 연하곤란, 오심, 구토 등에 이용된다. 최면은 주로 소아에서 사용되었고 식욕개선과 체중증가를 가져온다. 식욕부진과 체중감소는 대부분의 말기환자들이 겪고 있으므로 기존의 조절약물 외에 정신약물과 다양한 정신과적 개입을 통해 호전되도록 노력한다.

2) **무기력 및 쇠약**: 진행 암환자의 2/3에서 보이는데 말기로 갈수록 그 비율은 더 증가되어 임종기에 이르면 모든 환자에서 나타난다. 일부 환자들은 화학요법과 방사선치료에 의한 일시적, 가역적인 심한 무기력을 죽음의 임박한 신호로 느끼기도 한다. 결국 정신과적 치료는 중요하며 환자와 가족 교육을 포함해야 한다. 환자가 무기력에 대해 두려워하며 심각한 예후에 대해 왜곡된 개념을 갖고 있을 때는 지지적 관계를 통한 도움과 안내가 중요하다. 이처럼 인지행동적, 정신치료적 접근을 통해 무기력은 어느 정도 개선될 수 있다. 정신약물 치료는 아직 정립되지 않았지만 정신자극제의 적절한 사용으로 허약, 무기력, 식욕저하 등이 개선된다.

3) **오심과 구토**: 진행 암환자의 50%에서 경험하며 흔한 이유는 화학요법, 방사선, 약물, 독소, 대사이상, 소화기 폐쇄 등이다. 구토를 유발하는 화학요법에 의해 오심과 구토에 조건화된 결과 환자는 치료를 예견만 해도 오심을 호소한다. 실제로 많은 환자들이 화학요법에 공포반응을 갖고 입원에 대한 조건반사로서 오심과 구토를 호소한다.

진토제는 도파민 차단작용으로 좌불안석증 등 추체외로 증상을 초래하며 이에 대한 치료는 진토제 용량감소, 다른 약물로 변경, 항콜린 약물 추가 등이다. 예기 오심과 구토 조절에 alprazolam은 매우 효과적이며 lorazepam 역시 예방적으로 유용하다. 행동요법에 의한 예기 오심과 구토조절 역시 유용하다.

#### 5. 정신치료적 개입

단기 지지적 정신치료는 말기의 실존적 이슈 모두를 다룬다. 극도로 두려워하는 임종기 환자들에게 의료진도 적합한 지지방법을 찾지 못해 당황하는데 환자의 상황과 인식에 맞게 접근한다. 죽음에 대한 대화 역시 환자에 따라 조절되어야 한다. 많은 환자들은 죽음에 대한 토론을 원하지 않으며 만약 원한다면 감정을 나눌 수 있는 누군가와 선택적으로 한다. 의료진은 환자가 원한다면 이에 반응할 수 있어야 한다. 정신치료적 개입은 환자와 가족 양자를 포함하고 환자와 가족의 말기의 감정적 요구를 파악하여 도울 수 있다.

실제 정신치료의 목표에는 위기경험 느낌을 줄이는 것, 자기 가치감을 가지고 죽음을 대할 것, 과거와 현재의 잘못된 개념을 교정할 것, 현재의 질환을 삶의 경험의 연속선상으로 취합할 것, 이별·상실·미래에 대한 이슈를 드러낼 것 등이 포함된다.

특히 임박한 죽음에 초점을 맞추기보다는 환자 자신의 인생과 경험에 대하여 가벼운 마음으로 대화하기에 충분히 편할 수 있는 존재가 종종 유일하게 치료사일 수 있다. 죽음에 대해 이야기하고 질문하고 싶어하는 임종환자는 그렇게 하도록 허용된다. 치료자는 지속적 관심과 상호관계를 유지하며 이런 과정을 통해 임종환자를 도울 수 있다.

임종환자 역시 죽음과 통증에 대해 이야기하고 질문하고 싶어한다. 고통은 지지적 관심과 상호관계 속에서 자유롭게 다루어져야 한다.

## 6. 그룹프로그램, 인지행동요법 및 최면치료

**1) 그룹프로그램 및 최면치료:** 환자 대상, 가족 대상, 의료진 대상 등 다양한 형태의 그룹치료가 실제 임상에서 도움이 된다. 진단별 환자 심리사회적 그룹프로그램은 환자의 삶의 질, 대응능력 및 적응에 긍정적 효과를 가져온다. 또한 통증환자 모임, 사별가족 관리 등에도 그룹치료원칙이 적용된다. 실제 환자와 가족들을 대상으로 다양한 형태의 그룹프로그램들이 점차 활발히 시행되고 있다.

최면은 무아지경(trance)에서 초점이 맞춰진 집중상태이다. 특히 소아의 오심과 구토 및 통증치료에 종종 유용하다. 암환자의 2/3에서 최면이 가능하지만 많은 집중능력이 필요하다는 한계가 있다.

### 2) 인지행동 치료

**(1) 개요:** 말기 환자의 불안, 우울, 통증, 특정 신체증상 등에 유용한 치료방법이다. 인지치료의 목적은 증상을 초래하는 인지왜곡을 규명하고 변경하는 것이다. 즉, 비적응적 신념과 비기능적 태도를 바꾸는 것이다. 행동치료의 목적은 병적 증상을 유발하는 ‘학습된 비적응적 행동패턴’의 수정이다. 신체적 제약에도 불구하고 말기 환자 대부분은 행동요법의 유용한 대상자이다.

#### (2) 실제 인지행동 요법들

① **이완요법:** 불안·우울과 통증조절에 활용되며 진정효과를 유도하고 위기대처에도 도움된다.

② **분산 및 주의전환:** 이를 통해 고통스런 자극에 덜 집중하는 것이며 속으로 숫자 세기, 기도하기, TV 보기, 이야기하기 등이 있고 예술치료, 아로마, 작업치료도

있다.

③ **전환상상:** 고통스런 감각과 통증으로부터의 상상적 전환이다.

④ **해리된 신체화:** 고통스런 신체부분이 자신의 몸이 아니라고 상상하는 것이다.

⑤ **바이오피드백:** 수의적으로 조절할 수 없는 자율신경계를 조작적 조건화를 통해 조절하는 것이다.

⑥ 이 외에 체계적 탈감작, 우발사고 조절, 단계적 과업 달성 등이 있다.

## 7. 가족치료 측면의 정신과적 개입

정신의학 고유영역에서는 가족역동과 가족모델을 기초로 가족치료적 개입을 기본적으로 수행하는데 이는 말기환자 가족에게도 유용하다. 말기 환자와 가족은 소진되면서 양가감정과 죄책감도 가지므로 서로의 감정을 솔직하게 표현하도록 하며, 가능한 한 가족이 계속 환자 곁에 있어 정서적 지지를 제공하도록 한다.

한편, 암은 환자가족에게도 엄청난 고통을 남긴다. 주요 가족문제로는 기존의 가족갈등, 가족 포기, 가족 소진 등이다. 특히 투병기와 임종기를 거치면서 이러한 문제들이 악화된다. 기존의 가족갈등이 강화될 때는 상호 논쟁보다 외부 스트레스에 직면하는 것에 초점을 두도록 안내한다.

결국 가족의 정신과적 측면 역시 매우 중요하다. 가족들의 불안은 환자가 호소하는 증상이 심할수록 증가한다. 특히 환자의 임종시기에 가족들의 정신증상 빈도가 높아지는데 불안 50%, 우울 40%, 수면장애 50%, 체중감소 30%이며 소외감과 흔히 겪는다.

의료진은 가족들이 환자의 병에 대해 느끼는 것과 가족들의 삶에 미치는 영향 등에 대해 상담함으로써 고통을 덜어줄 수 있다. 즉, 신체적·정신적 증상들과 죽음 및 죽어가는 과정에 대한 잘못된 믿음에 대해 설명해주며 가족들의 고민과 두려움을 표현하게 함으로써 합리적인 희망을 주고 그들이 느끼는 소외감과 괴리감을 덜어줄 수 있다.

가족에 대한 교육 또한 중요하다. 가족들은 질환에 대한 정보와 환자를 간호하고 정신적으로 지지하는 법에 대해 교육받아야 하며 또한 그러기를 원한다. 가족이 지치거나 우울하면 환자를 지지해줄 수 없으므로 가족이 정신적으로도 건강해야 한다.

한편 환자 임종 후 사별가족의 반응은 대단히 중요하다. 대개 급성 슬픔반응은 점차로 감소되는데 6개월에서 일 년 정도 지나면 어느 정도 회복이 가능하다. 종종

병적인 슬픔과 비정상적 애도반응은 주요 우울증으로 이어지므로 주의한다. 주요 우울장애에 속하는 내용들은 다음과 같다. 즉, 무가치함에 대한 병적 집착, 현저한 정신운동지체, 현저한 기능장애 지속, 생존자 감정을 벗어나는 자살사고, 환각, 과잉 동일시, 망상적 사고, 죽은 사람의 유품에 대한 과도한 집착과 사용 등이다.

이러한 병적 애도반응 양상을 보일 수 있는 경우들은 다음과 같다. 즉, 어린 환자, 너무 짧거나 길었던 유병기간, 심했던 외모변화, 심한 고통, 갑작스럽고 충격적인 임종, 임종환자와 양가적 혹은 적대적 관계, 환자에게 많은 의존, 가족의 정신적 · 신체적 질병, 주의의 지지 부재, 격리되었던 환자, 죽음에 대한 심한 책임감, 외상성 상실의 경력 등이다.

이럴 경우 약물치료 및 정신치료가 반드시 필요하다. 결국 가족의 병적 애도반응 예방과 사회적응 및 건강을 위해 지속적인 사별가족 지지가 필요하다. 이를 위해 호스피스에서는 사별가족을 위한 프로그램들도 수행한다.

#### 8. 호스피스 전문가들의 정신과적 측면

호스피스 의료진 및 팀원들의 정신적 요소와 환자의 정신과적 증상은 상호 연관된다. 의료진 역시 삶과 죽음의 절박한 순간에 있는 임종환자들을 접하며 심한 스트레스를 겪는다. 실제로 시술 · 투약과 돌봄에 따른 과도한 부담, 의료진 간의 갈등, 인생말기의 이슈들, 실존적 문제들, 환자의 외모변화에 대한 반응, 어려운 환자에 의한 소진, 자살사고에 대한 반응, 해결할 수 없는 문제에 대한 무기력, 통증과 부작용을 유발하는 치료방법들, 환자 사망의 충격, 일과 휴식과의 불균형, 의료진 입장에서의 상실들, 육체적 · 감정적 소진 등의 위험성에 항시 노출되어 있다. 따라서 의료진에 대한 정신과적 도움도 필요하다.

의료진 간의 효율적 의사소통과 건강한 관계가 매우 중요하며 이는 환자와 가족들과의 바람직한 관계를 위해서도 필수적이다. 좋은 팀접근이 이루어지는 의료진을 통해 양질의 도움이 환자와 가족에게 제공될 수 있음은 지극히 당연하다.

환자 · 가족과 의료진 사이의 의견이 다르거나 갈등이 초래될 때 이는 순응도 저하, 협조부족 등으로 이어져 의료의 질을 저하시키는 물론 환자의 삶의 질에도 부정적 영향을 미친다. 따라서 의료진 및 호스피스팀원들은 다양한 심리적 · 정신과적 방법들을 통해 환자 · 가족과의 신뢰관계 형성과 유지를 위해 지속적으로 노

력해야 한다.

#### 9. 정신의학 관련분야와의 협조

**1) 정신종양학(호스피스 관련):** 정신의학의 한 분과인 정신종양학은 ‘정신적, 사회적 요인들이 암의 발생과 경과 및 예후에 미치는 영향들’과 역으로 ‘암환자와 가족의 정신사회적 고통과 증상 및 여파’에 대해 연구하고 도움과 진료를 수행하는 분야이다. 따라서 암의 예방부터 암치료과정은 물론 치료 이후 재활에 이르기까지 대상 학문영역이 넓다. 선진국에서는 이렇듯 암환자와 가족에 대한 정신사회적 측면까지 취합해서 포괄적이고 질 높은 의료를 수행하고 있으며, 우리나라에서도 최근 정신종양학회가 창립에 이르고 있고 점차 발전하고 있다.

정신종양학과 호스피스는 공통점이 있는데, 암환자 대상, 다학제적 접근, 삶의 질 강조, 정신사회적 요인 강조, 가족측면 등이다. 그러나 다른 점은, 호스피스에서는 임종이슈가 포함되고, 종교적 영적 측면이 강조되며, 말기 환자를 주 대상으로 하고, 사별관련 이슈도 중요하며, 윤리적 측면이 더 부각된다는 점들이다. 하지만 정신종양학의 연속선상에 호스피스가 있으므로 향후 이들 두 분야의 접목과 협력을 통해 양측의 발전이 더 촉진될 것으로 기대된다.

**2) 노인정신의학(노인호스피스 관련):** 최근 노인전문병원, 노인요양병원, 다양한 효자병원, 치매센터, 노인병센터 등의 개념으로 운영되고 있는 각종 기관들에서 호스피스에 준하는 홍보와 의료를 수행하고 있다. 호스피스에서는 암 외에도 당연히 노인성 질환, 신경계 질환, 말기 내과질환, AIDS 등으로 고통 받으며 일정기간 내로 임종이 예견되는 환자들도 포함한다. 실제로 암 외에 이러한 말기 질환에 이환된 노인환자들이 많아지고 있기에 앞으로 노인환자들을 주 대상으로 하는 기관들에서의 호스피스 측면의 역할과 비중은 매우 증대될 것이다.

정신의학의 한 분과인 노인정신의학은 노령인구에서의 모든 정신의학적 측면을 포함하며 특히 호스피스와 겹치는 내용들이 많기에, 노인정신의학의 학문적 이론과 임상경험들이 곧바로 호스피스에 적용될 수 있으며 그로 인해 노인을 주 대상으로 하는 호스피스를 수행함에 있어 실제적이고 수준 높은 서비스가 더욱 가능하게 될 것이다.

**3) 소아정신의학(소아호스피스 관련):** 정신의학의 한 분과인 소아정신의학은 소아에서의 정신의학적 측면에

대한 분야인데, 가장 중요한 주제인 성장과 발달 측면에 대해 기본 이론들 및 정상범주소건을 기초로 하여 다양한 문제를 가진 소아들을 돕고 있다. 또한 소아에서 나타날 수 있는 심리적, 정신과적 증상과 문제들에 대해서도 치료하고 있다. 아울러 이미 놀이치료, 예술치료, 가족치료, 직업치료 등 다양한 프로그램들을 실제 임상에 활발히 적용하고 있다. 결국 이러한 도움들을 통해 성장과 발달에서 지체나 장애가 있는 소아들을 돕고 회복시켜 더욱 더 성장과 발달을 잘 이루도록 도와줄 뿐만 아니라 관련되는 정신과적 증상들도 치료하고 있다. 결국 소아정신의학에서는 소아의 여러 발달이론들을 토대로 소아의 연령과 지능 및 신체기능과 정신기능에 맞게 계획하여 접근하면서 가족치료적인 개입도 함께 하고 있다.

소아호스피스에서도 소아의 심리적, 정신과적 문제가 중요하게 대두된다. 특히 질환특성과 연령에 따라 성장 및 발달단계가 다르며 이를 기초로 접근하고 도와야 하기 때문에 소아정신의학적인 이론과 경험이 필수적이다. 결국 소아정신의학에서의 기본적인 발달이론부터 각종 개념들은 물론 실제적인 다양한 치료방법들을 통해 실제적인 도움을 얻을 수 있다. 즉, 소아정신의학의 경험과 지식이 소아호스피스에 적용되면 가장 큰 도움을 받을 수 있다.

**4) 윤리학:** 윤리학은 철학의 한 분야이며, 호스피스는 임종이 예견되는 환자들을 주 대상으로 하기 때문에 이와 관련되어 윤리적인 주제가 항상 부각된다. 일반적인 의료윤리 문제 중에서도 특히 삶과 죽음과 관련된 윤리 문제들이 가장 중요하게 논의되는데, 예컨대 사전의사결정서, 의미없는 치료의 중단, 임종통고, 안락사, 장기기증, 뇌사 등은 매우 중요한 사안들로서 정확한 절차와 합의가 반드시 필요하다. 아쉽게도 임상에서는 이러한 윤리문제들에 대한 인식과 경험이 부족하여 타당한 판단과 개입이 이루어지지 못하고 있다.

향후에는, 의료윤리 개념을 바탕으로 호스피스에서의 중요한 윤리적 주제들에 대한 인식을 기초로 호스피스 현장에서 항상 드러나고 있는 윤리적 갈등상황과 문제들에 대해 합리적이고 체계적인 접근을 하여 환자와 보호자 및 의료진에게도 도움이 되었으면 한다.

## 결 론

본고를 통해 실제 호스피스의 대표영역인 신체·심리·사회경제문화·가족·종교 등 모든 측면에서 정신

과적 요소가 깊숙이 관련되며 신체적·심리적·영적 차원들을 취합하는데 정신의학적 측면이 필수적임을 강조하였다. 또한 각 분야들이 서로 영향을 주고받으면서 악순환 혹은 선순환 되기에 호스피스에서는 다학제적, 통합적 접근이 필수적임도 재차 부연하였다. 아울러 호스피스의 모든 영역에서 정신과적 개입이 절실함에도 불구하고 실제로는 대단히 부족한 실정이며 여러 가지 제한점과 한계가 많다는 점도 인정할 수밖에 없었다.

이에 따라 향후 호스피스 발전을 위해 정신의학적 측면에서는 다음과 같은 실제 노력을 기울여야 한다. 즉, 진행 및 말기 암환자와 임종기 환자에 대한 총체적 이해와 접근, 환자의 총체적인 삶의 질 향상이 구현되도록 정신과 영역에 대한 재인식, 말기 환자와의 면담 및 실제적인 개입에서 정신과적 지식과 경험 공유, 호스피스 팀원들에게 정신과 영역에 대한 교육과 토론, 실제 정신과 자문의 활성화, 말기 환자와 가족의 정신과 질환에 대한 이해와 접근, 순수한 정신과적 질환과 기질적 요인에 의한 정신증상의 감별과 치료, 호스피스 환자의 정신신체증상에 대한 이해와 접근, 다학적 팀접근과 가족치료 및 심리사회적 프로그램의 활성화 등이다.

특히, 말기 환자와 가족의 정신의학적, 심리적 고통과 증상을 스크리닝하거나 예방할 수 있는 도구의 개발과 증상조절의 정도를 재평가할 수 있는 방법의 개발과 보급에도 힘써야 하겠다. 이를 위해서는 여러 분야의 전문가들의 통합된 노력과 학문적 협조를 통한 체계화된 연구가 필요할 것이다.

정신과 의사와 관련해서는 정신과 의사의 호스피스 참여, 호스피스에서 정신질환의 중요성과 관련성 강조, 정신증상 적극 조절, 정신과 자문의와 치료진간 의사소통 등이 더욱 필요하게 될 것이다.

결론적으로, 호스피스 의료진은 말기 환자의 정신과적 증상들을 체계적으로 평가·치료하고 관련된 신체 증상도 조절하는 정신과적 방법을 응용할 수 있어야 한다. 바라건대, 본고를 통해 정신과의사 및 관련 전문가들간의 협력이 촉진되어 정신과적 증상과 문제들에 대한 실제 개입이 더 잘 이루어져 호스피스 환자와 가족의 삶의 질 증진에 기여할 수 있었으면 한다.

## 참 고 문 헌

1. 한국호스피스완화의료학회. 완화의학. 서울: 군자출판사; 2005; 391-433.

2. Cho SJ. Psychiatric disorders of terminal patients with cancer in comprehensive cancer center. The 6th Asia Pacific Hospice Palliative Conference 2005;198-9.
3. 권신영, 조성진. 자살사고를 보이는 암환자에 대한 실제적 개입. 한국호스피스완화의료학회지 2003;6:58-64.
4. 조성진. 호스피스에서 심리학적 연구방향. 한국호스피스완화의료학회지 2004.
5. Tross S, Hirsch DA. Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infection and AIDS. American Psychologist 1988;43:929-34.
6. Billings JA, Block S. Depression. J Palliative Care 1995;11:48-54.
7. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. Journal of Clinical Psychiatry 1990;51:12-7.
8. Cote TR, Biggar RJ, Dannerbert AL. Risk of suicide among persons with AIDS-a national assessment. Journal of the American Medical Association 1992;208:2066-8.
9. Breitbart W. Psychiatric management of cancer pain. Cancer 1989;63:2336-42.
10. Razavi D, Stiefel F. Common psychiatric disorders in cancer patients. I and II. Support Care Cancer 1994;2:223-32, 233-7.
11. Breitbart W. Psychiatric complications of cancer. In: Brain MC, Carbone PP, eds. Current therapy in hematology oncology-3. Toronto and Philadelphia: B.C. Decker Inc.; 1988:268-74.
12. Breitbart W. Psychotropic adjuvant analgesics for cancer pain. Psycho-Oncology 1992;5:133-45.
13. Connel C. Art therapy as part of a palliative cancer program. Palliative Medicine 1992;6:18-25.
14. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
15. Lynch ME. The assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer. J Palliative Care 1995;11:10-8.
16. Massie MJ. Depression and suicide in patients with cancer. J Pain Symptom Manage 1994;9:325-40.
17. Chochinov HN, Holland JC. Bereavement. In: Holland JC, Rowland JH, eds. Handbook of psychooncology: psychological care of the patients with cancer. New York, NY: Oxford University Press; 1989;612-27.
18. Fainsinger R, Bruera E. Treatment of delirium in a terminally ill patient. Journal of Pain and Symptom Management 1992;7:54-6.
19. Bruera E, Miller L, McCalion S. Cognitive failure in patients with terminal cancer: a prospective longitudinal study. Psychosocial Aspects of Cancer 1990;9:308-10.
20. Breitbart W. Cancer pain and suicide. In: K. Foley, ed. Advances in pain research and therapy. Vol. 16, New York: Raven Press, 1990:399-412.