

우리나라 의료의 생의학적 모델 어떻게 할 것인가?

- 생의학적 모델에서 생물정신사회적 모델로 -

원광대학교 의과대학 정신건강의학교실

이 상 열

What Should We do with Korea's Biomedical Model of Medicine?

- From Biomedical to Biopsychosocial Model -

Sang-Yeol Lee, M.D., Ph.D.

Department of Neuropsychiatry, Wonkwang University School of Medicine, Iksan, Korea

ABSTRACT

Understanding the biopsychosocial model of illness is crucial for any meaningful advance of health. The maintenance and promotion of health is achieved by different combinations of physical, mental, social and spiritual well-being. Health is not an objective of living. It is not only a state, but also a resource for everyday life. Health is a positive concept that emphasizes personal and social resources, as well as physical capacities. Understanding the biopsychosocial model of health and disease is very important in the medical system. George Engel challenged the medical profession to reconsider a strict biomedical approach to medical education and care, and to embrace a "new medical model," the biopsychosocial model. He argued that humans are at once biological, psychological, and social beings who behave in certain ways that can promote or harm their health. Although understanding the biopsychosocial model of illness is important, Korea's medical system have mainly been focusing on the biomedical model of illness. I would like to highlight the importance of biopsychosocial model of illness for Korea's medical system and real clinical field according to the 20th anniversary of Korean Society of Psychosomatic Medicine.

KEY WORDS : Biomedical · Biopsychosocial · Psychosomatic medicine · Korea

“환원주의(reductionism)”의 원리는... 자연세계에 대해서 연구하고, 분석하고, 궁극적으로 묘사하는 특별한 방법을 강조한다는 점에서 흥미롭다. 방법적으로는 이것이 대개 매우 효과적일지라도, 인식론적으로는 매우 불충분하다. 모든 과학은 각각의 독립적인 개체의 복합물 부분의 축적을 넘어서서, 그러한 부분들의 성질만으로는 추측될 수 없는 방식으로 행동한다(반응한다)는 것을 받아들여야 한다... 환원주의의 흐름이 쇠락하겠지만, 여전히 신체 과학에서는 일반적으로 널리 알려져 있으며, 독단적으로 사용될 경우 특히

생물학에서 위협하게 호도될 소지가 있다.¹⁾

서 론

2012년은 한국 정신신체의학회가 설립된 지 20주년이 되는 해이다. 전 세계의 의료가 생의학적(biomedical) 모델에서 시작하여, 생물정신사회적(biopsychosocial) 모델로 전환된 후 30년이 지났지만, 우리나라의 의료는 여전히 생의학적 모델을 근거로 팽창하고 있다. 그 결과, 의료는 비인간화되고 기

Received: May 23, 2012 / Revised: May 30, 2012 / Accepted: June 7, 2012

This paper was oral presented at 2012 Annual Conference of Korean Neuropsychiatric Association.

Corresponding author: Sang-Yeol Lee, Department of Neuropsychiatry, Wonkwang University School of Medicine, 144-23 Dongsan-dong, Iksan 570-958, Korea

Tel : 063) 840-6106 · Fax : 063) 840-6120 · E-mail : sangyeol@wonkwang.ac.kr

계적으로 변해가고 있으며 하나의 사람으로서 접근되고 있어야 할 진료 현상은 오히려 사람이 도외시된 질병만을 보려는 의료로 가득 차 있다. 이에 저자는 한국정신신체의학회 창립 20주년을 맞이하여 우리나라 의료가 생의학적 모델에서 생물정신사회적 모델로 발전되기 위하여 패러다임의 변환을 촉구하고자 한다.

인간은 행복을 추구한다. 그 행복은 건강을 전제로 한다. 건강은 생물체의 기능적 효용성 수준을 의미한다. 인간의 건강은 단순히 질병, 손상 혹은 통증으로부터 자유로운 상태를 의미하는 것이 아니라 신체적, 정신적, 사회적 및 영적인 상태를 의미한다. 그러나 건강은 역사적으로 생의학적 모델에 근거하여 질병, 기능 이상 혹은 손상이 없는 것으로 정의되어 왔다. 건강한 집단에 대한 역학적 연구는 사망률과 유병률에 초점을 맞추어 왔고, 임상적 집단 및 지역사회와 국가에서 개인의 평균적인 건강에 관한 것은 측정하기 쉬운(혈압 혹은 사망 진단서 등) 정의에 의한 결과가 사용되어 왔으며, 예후 역시 신체적 지표로 제한되어 왔다. 그 결과 긍정적 예후, 예를 들어 삶의 질, 안녕감, 회복 탄력성 등은 건강의 정의에 포함되지 못하였다.²⁾ 우리나라를 포함한 선진국들의 의료발전과 함께 고령화로의 변화는 노령화, 건강 및 인간 발달에 있어서 새롭고, 더욱 전인적인 접근을 필요로 하기 시작하였다. 그 결과, 급성 질환에 의한 사망률의 감소로부터 만성질환의 유병률의 감소로, 건강에 관한 관점은 손상, 감염과 같은 외부적 위협 요인으로부터 흡연, 음주, 운동 부족 등의 나쁜 생활 방식과 같은 내부적 위협요인으로 변화하기 시작하였다.³⁾

건강은 신체적, 생물학적, 환경적 경제적, 사회적, 문화적, 정신적 및 영적 혹은 도덕적 같은 요인들의 복잡한 연결망에 의해 결정된다.⁴⁾ 세계보건기구(World Health Organization)는 1958년에 건강을 '단순히 질병이 없는 상태가 아니라, 신체적, 정신적 및 사회적으로 완전한 안녕감 상태'라는 확장된 정의를 제안하였다.⁵⁾ 그러나 이 개념은 사회의 발전과 함께 변화하여 왔다. 과거에는 건강에 대한 개념이 질병이 없는 생존의 관점에서의 일상생활을 수행하는 개인의 능력으로, 최근에는 행복, 사회적 및 정서적 안녕감, 삶의 질 같은 질적인 측면을 포함한 긍정적 주제로 확장되어 왔다.⁶⁾ 긍정적 건강이란 건강한 신체, 높은 수준의 대인관계, 삶의 목적감, 삶의 과제에 대한 자기 기준적인 성취감, 스트레스, 외상 그리고 변화에 대한 회복 탄력성으로 정의된다.²⁾ 한편, 생의 주기에서 건강함은 개인적 기대와 이전의 건강 상태와 비교한 건강과 안녕감의 내부적 평가뿐만 아니라 타인과 사회적 기대에 추론한 자신의 건강에 대한 외부적 관점이 포함되어 있다. 따라서 건강의 개념은 생물학적 요인뿐만 아니라, 정신적, 사회적 요인의 부정적 및 긍정적 요인을 포함하고 있다.

질병의 생의학적 모델과 생물정신사회적 모델

과거 역사에서 질병의 주된 모델은 임상-병리적(clinico-pathological) 모델이었으며, 임상 병리적 모델의 결과가 생의학적(biomedical) 모델이다. 임상-병리적 모델은 질병의 증상과 징후를 설명하려고 하였고, 질병을 기관, 세포 그리고 최근에는 유전자의 구조적인 변화에 따른 것으로 분류하는 모델이다. 임상-병리적 모델의 시발점은 Morgagni(1682~1771)와 Boerhaave(1688~1738)으로부터 시작되었다. 이들은 프랑스 혁명 시기에 임상적-해부학적 병리적(clinico-anatomical pathological) 방법을 개발하였고, 인간의 질병을 관찰하여 경과를 연결시킨 후, 이를 다시 분류하였으며, 사후에 부검을 통하여 기관과 조직을 검사하여 진단을 증명하였다. 이는 환원주의가 인간의 건강에 중심을 잡아가는 첫 시발점이 되었다.⁷⁾

한편 신체와 정신에 대한 철학적 탐구와 함께, 의료 또한 신체와 정신을 구분하기 시작하였다. Descartes(1596~1650)는 인간을 육체와 정신으로 나누고 육체는 영혼이 깃들어 있는 기계와 같고 객관적 조사의 대상이라고 하는 이원론(dualism)적 사상을 전개하였으며, 특히 과학적 사고 방법을 주장하였다. 이후 마음-신체(mind-body) 이원론은 과학적 연구를 촉진시키게 되었다. Spinoza(1632~1677)는 정신과 신체가 동일한 실체의 두 가지 다른 측면이라는 이중 측면 이론(double aspect theory)의 일원론(monism)을 주장하였다. Leibniz(1646~1716)는 정신신체 평행론(psychophysical parallelism)을 주장하면서 마음과 신체는 태초로부터 신에 의해 결정된 조화로운 평행상태로 존재한다고 하였다. Berkeley(1685~1753)는 실체는 마음의 지각을 통해서만 존재하며 신체는 마음 안에 있다는 유심론(idealism)을 옹호하였으나, Mettrie(1709~1751)는 물질이 근본이고 마음은 신체 현상의 서술적 부분에 불과하다는 유물론(materialism)을 주장하면서 인간의 영혼은 완전히 신체 상태에 달려 있다고 하였다. Hodgson(1832~1912)은 정신은 신경계 작동의 부수적인 현상으로 정신과 정서는 그림자가 사람에게 영향을 줄 수 없는 것처럼 신체에 영향을 주지 못한다는 부수현상설(epiphenomenalism)을 주장하였다.⁷⁾

신체와 정신에 대한 철학적 혹은 의학적 논쟁의 시기에 의학은 자연과학의 발전에 의해 더욱 환원주의적 방향으로 발전하게 된다. Auenbrugger(1722~1809)에 의한 타진법이 개발되었고, Laennec(1781~1826)는 청진기를 통한 청진 결과와 질병의 징후와 증상을 연계한 후 확립된 진단체계를 갖추려고 하였으며, 사후부검을 통하여 장기의 구조적 변화를 일으키는 증상과 관련짓도록 하였다. 이후 200년 동안, 임상-

병리적 방법들은 진단과 분류를 확립하는 매우 큰 성과를 이루었고, 새로운 질병과 증후군이 기술되기 시작하였다. 이후 질병의 모델에서 새로운 발견들이 더욱 환원주의적인 방향으로 의학의 흐름을 주도하게 된다. Pasteru(1822~1895), Koch(1843~1910), Schaudinn(1871~1906), Noguchi(1876~1928) 등에 의한 감염균 혹은 바이러스의 발견과 세균 및 바이러스에 의한 병변 진행 과정의 발견은 병태생리에 대한 생의학적 모델의 타당성을 더욱 증가시켰다. 또한 1665년 Hooke(1635~1703)가 세포(cell : 작은 방이라는 뜻)를 발견한 후 Virchow(1821~1902)가 질병의 원인이 세포에서 기인한다고 주장하는 세포병리학을 주장하면서 질병에 대한 관점이 더욱 환원주의적으로 발전하게 된다. 임상-병리적 모델과 질병의 병원균 이론(germ theory)이 더해진 후 두 모델은 생의학적 모델로 변화하였으며 이후 질병에 대한 정확하고 세밀한 구조적인 혹은 감염적인 설명을 알아보려는 발전을 이루게 된다.⁷⁾

임상-병리학과 병원균, 현미경의 발달과 사후부검이 확산되면서 의학은 1950년대 이후 놀랄만한 발전을 이루게 된다. 전자현미경을 통한 신경해부학의 발전과 그리고 유전학, 내분비학, 면역학, 약물학, 생리학 병리학 등의 발전과 함께 전산화 단층촬영(computer tomography, CT), 자기공명검사(magnetic resonance imaging, MRI), 단일광자방출 전산화 단층촬영(single photon emission computed tomography, SPECT), 양전자방출 단층촬영(positron emission tomography, PET) 등의 영상의학의 발전은 질병에 대한 생의학적 모델의 급속적인 확산을 가져오게 되었다. 생의학적 모델은 신체와 정신을 별도로 취급하는 심신이원론(mind-body dualism)을 전제로 하여, 정신과 분리된 신체는 기계와 같이 수리 가능한 것으로 간주하고 기술적 개입의 장점은 과대평가되며 질환의 원인은 사회적, 심리적 요인을 배제한 생물학적 요인에 집중시키게 만들었다. 이러한 환원주의적 질병의 진단 및 치료 과정이 특징화되면서 의학 및 건강의 개념에서 생의학적 모델은 발전하고 더욱 심화되게 되었다.

1977년 Rochester 대학의 정신과 의사이면서 내과 의사인 George Engel은 의학에서의 생의학적 모델에 대한 문제점을 지적하면서 새로운 모델인 생물정신사회적 모델을 주장하였다.⁸⁾ Engel은 인간이란 자신의 건강을 증진시키거나 위해를 가할 수 있는 방식으로 행동하는 생물학적, 정신적 그리고 사회적 존재라고 고찰하였다. 또한 세포로부터 사회까지 여러 요인들이 상호작용하여 건강과 질병에 작용한다고 하였다. 아울러 한 체계의 기능의 손상은 다른 체계의 손상을 가져온다고 하였다. Engel은 자신의 이론을 발표하기 이전에 자연과학 및 사회과학에서 나타난 일반 체계 이론(general systems theory)을 활용하여 생물정신사회적 모델의 토대

를 만들었다. 체계 이론은 유기체의 각 구성 성분이 특정한 기간 동안 다소의 안정성을 가지고 있는데, 적어도 다른 어떤 것들에 연결되는 인과 속에 직접적 또는 간접적으로 연결되어 있으며, 한 수준의 변화는 다른 수준의 변화를 가져올 수 있다는 이론이다. 체계 이론은 생물학자인 Ludwig von Bertalanffy⁹⁾에 의해 1936년 제안되었으며, 이후 Buckley 등¹⁰⁾에 의하여 발전해 온 이론이었다. Bertalanffy는 환원주의에 반대하고 과학의 통일성을 부활시키려고 시도하였던 학자였으며, 체계 이론은 개체를 개체의 부분 또는 요인들로 분해하기 보다는 전체에 연결되어 있는 부분들의 정렬과 관계에 초점을 맞추었다.

Engel은 생물정신사회적 모델을 의학 연구, 교육 및 임상적 치료에 적용하고자 하였다. 이후 생물정신사회적 모델은 의학 전반에서 널리 알려지고 수용되었으나, 불행하게도 오늘날까지 특히 우리나라에서 생물정신사회적 모델은 여전히 생의학적 모델의 가장자리에 자리 잡고 있다. 왜냐하면 질병의 치료와 과학적 연구들이 원인에서 질병으로의 진행에만 초점을 맞추고 질병의 정신사회적 요인과, 예후지표로서의 앞서 언급한 긍정적 건강 개념의 요인들을 배제한 채 원인에서 질병으로 진행되는 과정에만 초점을 맞추었기 때문이다. 또한 의학자들이 생의학적 모델에 기원한 구조적 연구에만 전념하고 있기 때문이다. 한편 Engel의 생물정신사회적 모델은 이후 정신-신체 동일성 이론(mental-physical identity theory)과 유기적 통일성 이론(organic unity theory)까지 확장되었으며, 이를 통하여 단순히 마음과 몸(뇌)의 동일성을 벗어나서 마음-몸-세계 동일성(mind-physical-world)까지 확장되어가고 있다.¹¹⁾

Engel의 생물정신사회적 모델을 토대로 한 정신과 신체 혹은 마음과 뇌의 상호작용에 관한 많은 과학적 연구가 이루어져 왔으며, 정신과 신체 및 뇌의 상호작용에 관한 많은 연구들은 질병에 대한 생물정신사회적 모델의 타당성을 제시하여 왔다. 그 결과 마음 혹은 정신이 기능적인 신경해부학과 정보전달 체계로서의 자율신경계, 신경내분비계, 면역체계와의 연관성이 있으며, 정신사회적 변인들이 신체적 질병에 영향을 주고 있고, 정신사회적 변인들의 치료가 신체적 질병에 긍정적 효과가 있음을 증명하고 있다.^{12,13)} 그럼에도 불구하고 우리나라의 의료는 신체적 요인에만 집중되고 있다.

질병에 대한 최적의 치료는 질병의 신체와 정신의 표상을 함께 고려하는 치료적 방법을 포함하고 있어야 하며, 단지 신체만을 치료하는 의학적인 모든 과정은 부적절한 질병의 치료라고 단언할 수 있다. 질병에 대한 생물정신사회적 치료의 실제적인 유익함은 너무나 많다. 첫째, 생물정신사회적 모델은 환자에 대한 전인적인 치료를 하도록 한다. 생의학적 모델은 환자를 기계로 보며, 질병 상태를 자기(self)로부

터 분리되어 있으며, 요약되어 있는 독립된 실체로 본다. 그러나 이 관점은 환자가 자기와 신체로 구성되어 있음을 역설적으로 나타내고 있고, 질병은 자기와 신체 모두를 붕괴시킨다. 신체와 자기의 연계성은 자기가 신체에 국한되어 있지 않고 신체가 자기에 국한되어 있으며, “나는 내 몸”이라는 실제적 의미는 질병을 앓고 있는 환자의 특정한 한 부분으로서 “생명체로서의 신체”란 의미가 포함되어 있는 것이다. 생의학적 모델은 신체를 자기가 요약된 기계로 보기 때문에 환자의 개인성과 통합성을 낮게 평가하며 질병의 진단과 치료 과정에서 개인성과 통합성이 관계가 없다고 본다. 그러나 이런 가정은 신체와 개인이 기본적으로 연결되어 있고, 이를 분리하는 것은 의학적 맥락에서 개인의 일상적인 매일의 경험을 제외하기 때문에 틀린 가정이 된다. 질병은 단순히 신체적 기능 장애가 아니라, 특정한 환자의 신체와 자기의 질병으로서 다루어져야 한다. 질병은 단순히 몸의 특정한 신체적 기능의 손상이 아니라 환자의 삶의 붕괴로서 경험되고 있다.

둘째, 생물정신사회적 모델은 환자의 질병에 대한 생생한 경험을 치료하게 한다. 생의학적 모델에서 의사는 환자가 질병을 투약이나 수술 등 다양한 방법으로 치료될 수 있는 신체의 질병 상태로 보기 때문에 치료를 한다고 생각한다. 그러나 환자는 자신의 질병이 만성이든 급성이든 자신의 전체적인 삶에 영향을 주고 있는 신체와 개인의 한 부분으로서 치료를 받고자 원한다. 질병에 대한 의사의 관점과 모든 실존적 중요성에 영향을 주는 환자의 생생한 경험으로서 질병에 대한 환자의 관점의 차이는 의사와 환자의 의사소통을 어렵게 만든다. 환자가 자신의 질병을 극복하기 위해서는 의사는 환자의 신체 상태의 질병 그 자체로부터 환자의 질병에 대한 생생한 경험으로 초점을 변환해야 한다. 신체와 자기는 질병의 내재된 측면이기 때문에 신체와 자기의 치료 없이는 질병을 성공적으로 치료할 수 없게 된다. 그러므로 임상 실제에서 의사가 자신의 주된 관심을 질병의 객관적인 특징으로부터 질병의 주관적이고 개인적인 특징으로 변환하는 것이 필요하다. 의사는 임상 실제에서 환자의 질병이 일상생활에 어떤 영향을 주고 있는지 환자와 논의하는 시간을 충분히 가져야 하며, 환자가 질병을 견디고 인내할 수 있다는 확신뿐만 아니라 정상적인 일상생활을 되찾을 수 있는 강점을 갖도록 돕는 것이 필요하다.

셋째, 질병의 주관적이고 객관적인 기준을 포함하게 된다. 주관적인 요소는 질병의 개인적인 의미가 된다. 질병의 주관적/객관적 구분은 객관성이 신체를 포함하고 있고, 주관성이 정신을 포함하고 있다는 신체와 정신에 관한 또 다른 이원론이다. 환자의 질병에 대한 생생한 경험을 포함한 주관적 의학적 정보가 의사의 질병에 대한 객관적/신체적 해석으로 의미가 떨어지게 된다. 임상 실제에서 주관성은 특정 환자의

개인적인 상태의 지각(개인성)을 의미한다. 또한 오심, 두통, 통증 등의 신체적 감각에 대한 질적인 내용을 포함한 신체 감각의 내적 상태를 의미하며, 마지막으로 주관성은 개인적 의미를 포함한다. 질병의 개인적 의미의 주관적 정보 없이는 환자의 경험을 정확하게 인식하지 못하게 된다. 예를 들어, 환자가 머리가 아프다고 호소하는 것은 통증 때문에 사고 모임에 참석하지 못하는 의미, 부부간 갈등 및 가족 관계의 어려움으로서 의미, 항상 피곤하기 때문에 일상생활을 못하고 있다는 의미, 머리가 아픈 관계로 집중하지 못하고 실수를 많이 하게 되어 직장 생활을 원활하게 하지 못한다는 의미 등의 개인적 의미가 있을 수 있고, 이러한 개인적인 의미에 따라 질병이 환자의 삶에 어떻게 영향을 주는지가 결정된다. 의사는 질병의 객관성을 포함하여 주관성까지 확대하는 것이 필요하다.

셋째, 생물정신사회적 모델은 환자의 임상적 서술을 중요하게 받아들이도록 한다. 환자의 임상적 서술은 환자의 건강을 기록하고 있는 의학적 병력과 다르다. 환자의 의학적 병력은 증상, 질병 원인, 가능한 치료법 등으로 구성되어 있으며, 모두 생의학적 모델에 기반한 것이다. 그러나 환자의 임상적 서술은 어떻게 질병이 환자의 전 생애에 영향을 주었는지에 대한 통찰을 제공하며 환자의 관점에서 보는 자신만의 독창적인 질병의 이야기가 된다. 환자의 임상적 서술은 의학적 병력 기록보다 덜 정확하지만 의학적 진단과 치료 과정과 무관한 것이 아니다. 의사는 충분히 환자의 의학적 병력 이외에도 임상적 서술을 평가하고 검사할 수 있는 충분한 시간과 훈련이 필요하다. 효과적인 진단은 임상적 서술 측면과 의학적 병력의 두 형태의 평가가 없이는 불가능하다. 임상적 서술은 질병의 정신적 특성과 신체적 특성을 포함하여야 한다. 환자는 자신의 질병에 대한 객관적인 관찰자가 아니다. 환자는 자신에게 어떤 일이 있었는지를, 개인적 측면에서 중요성을 강조하게 되고, 질병이 자신의 삶에 어떻게 영향을 끼치고 있는지를 의사에게 말하게 된다. 예를 들어, 관절염을 앓고 있는 환자의 임상적 서술은 ‘통증 때문에 계단을 오르기가 어렵다, 오랫동안 산책하기 어렵다, 더 이상 사고 춤을 추기 어렵다, 통증이 있다는 것은 내 삶이 끝난 것이다, 가족들은 내 통증을 전혀 이해하지 못할 것이다’ 등의 다양한 임상적 서술이 가능하다.

현재 우리나라의 의료의 진료와 연구 그리고 대부분의 의료 정책은 질병의 생의학적 모델을 토대로 진행되어 가고 있다. 보건복지부에서 추진하고 있는 권역별 심뇌혈관 센터, 호흡기질환 센터, 재활 센터, 암 센터, 중증 외상질환 센터 등에서는 질병의 생의학적 모델을 토대로 진행되어 가고 있으며, 대부분의 언론과 의료의 임상 현장에서 질병에 대한 생의학적 모델을 토대로 논의되고 있는 것이 우리나라의 현실이

다. 임상 실제 진료 및 권역별 센터에서 환자의 정신사회적 측면은 무시되고, 정신사회적 치료의 중요성이 간과되고 있다. 또한 신체 질병의 치료에서 지지정신치료, 인지행동치료, 역동정신치료, 집단치료, 가족치료 등 정신사회적 치료가 신체적 질병에 미치는 긍정적 효과에 대하여 소홀히 다루어지고 있다. 우리나라의 임상 진료에서 의사의 일차적 역할이 질병을 경험하고 있는 개인을 배제한 채, 질병을 진단하고 증상을 경감하는 치료로 국한되어 가고 있다. 의료 행위의 목적이 질병을 치료하는 것이고, 약물을 처방하고 수술하는 것은 특정 신체 증상을 경감시키기 위한 것이나, 신체 증상은 개인의 정신적 혹은 심리적 상태에 영향을 끼치게 되어 있기 때문에, 의학적 치료는 신체와 정신, 신체와 개인적 측면의 상호작용을 반드시 포함하고 있어야 한다. 의사가 단순히 질병의 한 측면(신체적 측면)만을 치료하는 것은 전체적 인간으로서 환자를 치료하지 않는 것이며, 질병의 중요한 치료적 요인인 정신적 측면을 배제하고 치료하는 것이 된다. 암, 뇌졸중, 통증, 심혈관 질환, 소화기 질환, 호흡기 질환, 수술 환자, 외상 환자 등에 대한 정신사회적 치료의 효과에 대한 많은 연구 결과들이 이를 뒷받침하고 있다.

결론

한국정신신체의학회 창립된 지 20주년이 되는 2012년을 맞이하여, 우리나라의 의료가 생의학적 모델에서 생물정

신사회적 모델로 전환되어 국가와 국민 건강에 새로운 계기가 되기를 바란다. 그리고 그 중심에서 한국정신신체의학회가 중요한 역할을 담당하기를 원한다. 왜냐하면, 정신신체의학이 다양한 의학과 관련된 학문적 영역들의 상호작용에 초점을 두고 있으며, 생물정신사회적 상호작용을 가장 중요하게 강조하고 있기 때문이다(Fig. 1).¹⁴⁾ 아울러 우리나라에서도 질병에 대한 연구와 치료에서 생물정신사회적 모델에 근거한 A-B-C-D 기전¹³⁾이 확산되기 바란다. A는 마음(mind)과 행동(behavior), B는 뇌(brain), C는 정보 전달 체계(information transfer system)로서 자율신경계, 신경내분비계, 면역계이며, D는 장기(organ) 혹은 질병(illness)이다. 지난 50년 동안 정신신체의학에서 A-D, A-C, A-C-D의 연구가 주를 이루었으나, 향후 정신신체의학의 발전은 질병의 연구와 치료에서 A-B-C-D 기전에 대한 연구와 함께 이루어지게 될 것이다. 한편 우리나라 의료 현장의 질병 치료에서 생물학적, 정신적, 사회적 특징들이 고려된 치료가 제공되어야 할 것이다. 예를 들면, 우리나라의 의료를 생의학적 모델에 국한시켜 신체 질병에서 동반된 우울증 치료에 단순히 항우울제 치료만을 주장하는 의사들이 있다. 이런 관점은 질병에 대한 시대적 관점에 역행하는 것이며, 의료의 비인간화를 주장하는 것이다. 신체 질병과 연관된 우울증 역시 B-D의 생의학적 모델이 아니며, 개인의 주관성 및 질병이 주는 정신사회적 특성을 함께 고려하는 생물정신사회적 모델로 이해되어야 한다. 따라서 신체 질병에 동반된 우울증 치료 역시 단

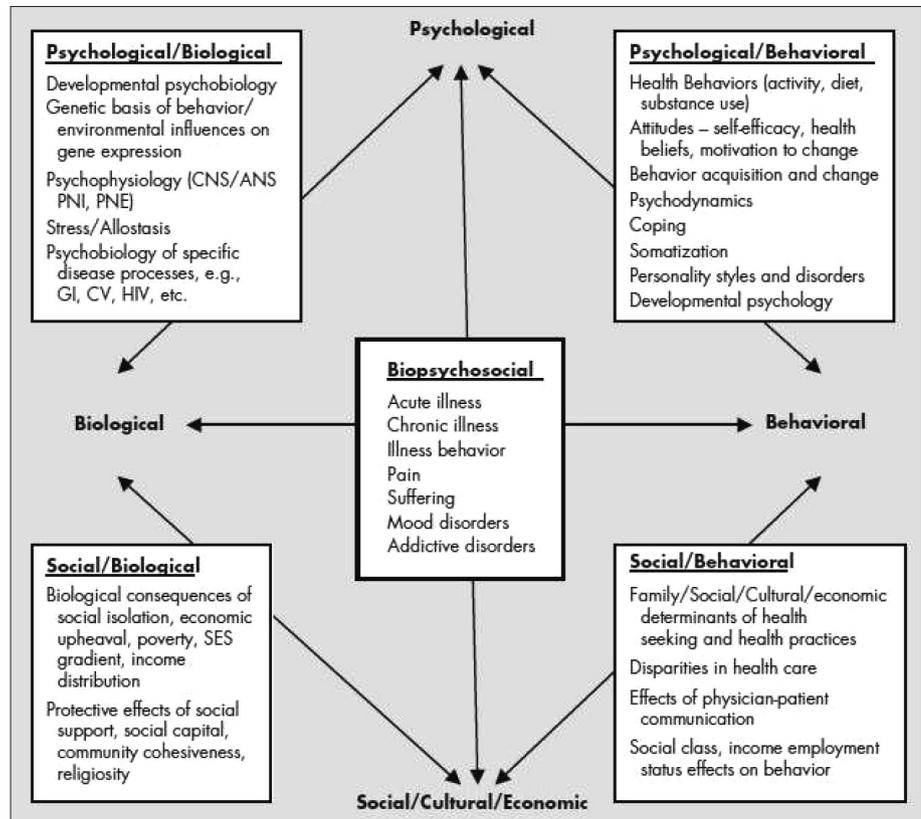


Fig. 1. The domains of psychosomatic medicine adapted from Novack DH, et al. PNI : psychoneuroimmunology, PNE : psychoneuroendocrinology, GI : gastrointestinal, CV : cardiovascular.

순히 약물치료만 하는 것이 아니라, 생활방식의 변화, 이완 훈련, 사회적 기술 훈련, 인지행동치료, 대인관계 정신치료 등의 다양한 정신치료가 환자의 특성에 맞추어 제공되어야 할 것이다. 아울러 신체 질병의 치료에서 환자의 낙관성, 회복 탄력성, 희망감, 자존감 등의 긍정심리학에 기반을 둔 질병으로 고통 받고 있는 개인의 정신사회적 요인의 증진을 위한 새로운 관점이 필요하게 될 것이다. 그리고 이런 관점은 정신신체의학의 발전과 함께 이루어지게 될 것이다. 우리나라 의료의 비인간화에서 인간화(humanism)를 위한 한국 정신신체의학회의 역할이 기대된다.

REFERENCES

- (1) **John Ziman.** Science rule - OK ? Nature 2000;404:811-812.
- (2) **Institute of Medicine.** Summarising population health: Directions for the development and application of population metrics. Washington, DC; National Academy Press;1998.
- (3) **Bass S, Caro F.** Productive aging” A conceptual framework. In Productive aging: Concepts and challenges, ed. Morrow-Howell N, Hinterlong J, Sherraden M. Baltimore; Johns Hopkins Univ. Press;2001.
- (4) **Thorsen CE, Harris AH.** Spirituality and health: What’s the evidence and what’s needed. Ann Behav Med 2002;24:3-13.
- (5) **World Health Organization.** The first ten year of the World Health Organization. Geneva; WHO;1958.
- (6) **McDowell I, Newell C.** Measuring and health: A guide to rating scales and questionnaires, 2d ed. New York: Oxford Univ. Press;1996.
- (7) **Weiner H.** Psychosomatic medicine and the mind-body problem. In History of psychiatry and medical psychology, ed. Wallace ER, Gach J. New York; Springer science;2008.
- (8) **Engel GL.** The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-136.
- (9) **Von Bertalanffy L.** General systems theory. New York: George Braziller;1968.
- (10) **Buckley W.** Sociology and modern systems theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall;1967.
- (11) **Goodman A.** Organic unity theory: the mind-body problem revised. Am J Psychiatry 1991;148:553-563.
- (12) **Lane RD, Waldstein SR, Chesney MA, Jennings JR, Loallo WK, Kozel DJ, Rose RH, Drossman DA, Schneiderman N, Thayer JF, Cameron OG.** The rebirth neuroscience in psychosomatic medicine, Part I: Historical contexts, methods, and relevant basic neuroscience. Psychosom Med 2009;71:117-134.
- (13) **Rane RD, Waldstein SR, Critchley HD, Derbyshire SWG, Drossman DA, Wager TD, Schneiderman N, Chesney MA, Jennings R, Lovallo WR, Rose RH, Thayer JF, Cameron OG.** The rebirth neuroscience in psychosomatic medicine, Part II: Clinical applications and implications for research. Psychosom Med 2009;71:135-151.
- (14) **Novack DH, Cameron O, Epel E, Ader K, Waldsteine SR, Levenstine S, Antoni MH, Wainer AR.** Psychosomatic medicine: The scientific foundation of the biopsychosocial model. Acad Psychiatry 2007;31:388-401.

8

국문초록

질병의 생물정신사회적 이해는 건강의 의미 있는 증진을 위해서 매우 중요하다. 건강의 유지와 증진은 신체적, 정신적, 사회적, 그리고 영적인 안녕감을 통하여 이루어진다. 건강은 단순한 상태와 삶의 목적이 아니며, 일상생활에서의 자원으로, 개인적, 사회적뿐만 아니라 신체적 능력의 긍정적 개념이다. 한편 의료 체계에서 생물정신사회적 모델의 이해 역시 매우 중요하다. Engel은 의사들의 교육 및 진료에서 생의학적 접근을 비판하고, 새로운 모델인 생물정신사회적 모델을 주장하였다. Engel은 인간을 특정한 방법으로 자신의 건강을 위해하거나 증진시킬 수 있는 생물학적, 정신적, 사회적 존재로 보았다. 질병의 생물정신사회적 모델의 중요함에도 불구하고, 우리나라의 의료는 질병의 생의학적 모델에만 중점을 두고 있다. 그 결과 한국의 의료가 기계화 되어가고 있고 비인간화 되어가고 있다. 저자는 한국 정신신체의학회 창립 20주년을 맞이함에 따라 우리나라 의료 체계 및 실제적인 임상 진료에서 질병의 생물정신사회적 모델의 중요성을 강조하고자 하였다.

중심 단어 : 생의학 · 생물정신사회 · 정신신체의학 · 한국.