

환자 고통의 의미와 의사의 바람직한 대응 및 태도

유호종*

【요약】

환자의 고통에 잘 대응하는 것은 의사의 임무 중 하나이다. 그럼에도 우리나라의 의사들은 환자의 고통을 방치하는 등 대응을 잘못하는 점이 있다. 이런 문제의식 하에 이 논문에서는 환자 고통에 대한 의사의 바람직한 대응방식과 그 실천에 필요한 태도를 규명하려고 하였다. 이중 환자 고통에 대한 의사의 바람직한 대응 방식을 규명하기 위해서 먼저 환자 고통의 여러 의미들을 밝히고 각 의미에 맞는 대응방식을 검토하였다. 그 결과 환자 고통은 때로는 의사가 때로는 환자 본인이 잘 판단할 수 있는 의미를 가질 수 있으며 또 때로는 무의미할 수도 있음을 밝혔다. 그리고 그 의미에 맞게 의사가 대응하려면 고통을 그대로 두거나 일부러 가해야 하는 경우도 있고 적극적으로 제거해야 하는 경우도 있음을 보았다. 다음으로 환자의 고통에 대응하는 의사의 실천에 필요한 태도는 ‘공감’ 개념을 중심으로 해명하였다. 그 결과 의사는 ‘정서적 공감’을 극복하고 대신 ‘인지적 공감’을 갖출 필요가 있다는 점을 밝혔다. 하지만 인지적 공감은 도덕적 동기를 결여할 수 있다. 따라서 이의 보완이 필요한데 의사의 경우 정서적인 것보다는 지적인 것에서 도덕적 동기를 더 잘 획득할 수 있다는 점을 보였다.

【주제어】 환자, 의사, 고통, 공감, 도덕적 동기

* 연세대학교 보건대학원, 의료법윤리학연구원 연구교수

I. 서론

의사¹⁾는 타인의 고통 한 가운데 있다. 의사만큼 고통 받는 사람들을 상대로 하는 직업은 거의 없다. 고통 받는 사람들이 기꺼이 환자가 되어 의사를 찾는 이유는 이 고통을 해결해 주길 바라서이다. 따라서 의사가 자기 임무를 잘 수행하려면 이 고통들에 대해 제대로 대응해야 한다. 환자의 고통에 제대로 대응하지 못하는 의사는 좋은 의사가 될 수 없다.

우리나라의 의료는 수많은 환자들을 고통으로부터 구해냈다. 하지만 의료현장에서 의사가 환자의 고통을 방치하는 경우 역시 흔히 발견된다. 검사나 치료라는 명목으로 환자에게 불필요한 고통을 가하는 경우도 적지 않다. 전체적으로 볼 때 환자 고통에 대한 의사들의 대응이 만족할 만한 수준이라고 평가하기는 힘들 것이다. 이런 미비함이 환자들이 의사와 병원에 대해 불만을 갖고 불신하는 한 중요한 원인이 되고 있는 것으로 보인다.

따라서 오늘날 우리나라 의료가 해결해야 할 중요한 과제들 중 하나는 바로 환자들의 고통이 잘 다루어지도록 하는 것이다. 이를 위해 무엇보다 의사들이 환자 고통에 대한 바람직한 태도와 대응방식을 잘 알고 또 익히고 있어야 한다. 이를 위해 의대와 그 이후의 의사 수련 과정에서 ‘환자의 고통’이라는 주제를 거둬들여 다루고 교육해야 한다. 또한 이를 뒷받침할 수 있도록 이 주제에 대한 학문적 연구와 논의가 활발하게 이루어져야 한다.

이런 문제의식 하에 이 논문에서는 무엇보다 환자의 고통에 대해 의사가 어떻게 대응해야 바람직한지 규명하려고 한다.²⁾ 그런데 이런 대응방식을

1) 의료법에서는 의사와 치과의사, 한의사를 구분하고 있는데 이 글에서 ‘의사’는 의료법상의 의사와 치과의사를 우선 가리키는 용어로 사용되고 있다.

2) 고통에는 몸에서 느끼는 통증, 피로 등의 신체적 고통과 마음이나 정신에서 느끼는 슬픔, 절망 등의 정신적 고통이 있다. 또한 소음이나 악취로 겪는 고통처럼 감각기관에서 느끼는 지각적 고통이 있다. 이 글에서 ‘고통’은 이 모두를 포괄하는 개념으로 사용된다.

알려면 고려해야 할 것이 환자 고통이 갖는 의미이다. 고통은 그 자체만 볼 때는 누구나 싫어하는 부정적인 것이므로 없애면 없앨수록 좋다. 하지만 고통이 의미를 갖고 있다면 무조건 없애기보다 그 의미에 적합한 방식으로 대응해야 한다. 이 점은 환자가 겪는 고통에서도 마찬가지이다. 따라서 의사가 환자 고통에 적절하게 대응하기 위해서는 먼저 환자 고통의 의미를 알아야 한다. 그래서 이 논문에서는 먼저 환자 고통이 가질 수 있는 의미의 유형을 살펴볼 것이다.(2장) 그리고 이를 바탕으로 각 유형의 의미에 알맞은 고통 대응방식을 밝힐 것이다.(3장)

그런데 임상현장에서 환자들의 고통은 제각각이고 그 의미도 서로 다르다. 이런 상황에서 의사가 실제 환자들의 고통의 의미를 잘 파악하고 그에 적합한 대응방식을 실천할 수 있으려면 갖고 있어야 할 태도가 있다. 지금까지는 ‘공감’이라는 개념이 이 태도를 나타내는데 주로 쓰였다. 따라서 이 논문에서는 ‘공감’이라는 개념을 중심으로, 의사가 환자의 고통에 잘 대응하기 위해 갖추고 있어야 할 태도에 대해서도 해명할 것이다.(4장)

II. 환자 고통의 의미

일반적으로 볼 때, 고통의 의미로 다음과 같은 종류를 생각할 수 있다.³⁾

의미	경험으로 확인 가능한 의미	위험을 알리고 대처하게 함
		좋은의 수단
		좋은의 한 요소
		정신적 성숙의 계기 : 지적·도덕적·정서적 성숙, 의지 강화
		도덕적 의무나 헌신

3) 유호종, 『고통에게 따지다』(웅진지식하우스, 2006), 99-146.

	초월적 의미	위대한 목적에 기여함
		죄에 대한 벌
무의미		

환자의 고통이 갖는 의미도 이 중 어디에 속할 것이다. 이때 그 의미에 대해 최종적인 판단을 내릴 권한은 대개 환자에게 있다. 하지만 최종 권한을 가진 사람과 그런 판단을 가장 잘 할 수 있는 사람은 다를 수 있다. 즉 환자 고통의 의미 중에는 환자 본인이 가장 잘 판단할 수 있는 것이 있는 반면 의사가 환자보다 더 잘 판단할 수 있는 것이 있다. 전자의 경우 의사는 환자에게 그 판단을 맡기면 된다. 반면 후자의 경우에는 의사가 환자 고통의 의미를 적극적으로 판단해야 하고 그 결과를 환자에게 알리고 설득할 필요가 있다. 물론 이 경우에도 환자가 자기의 판단을 고집하고 그런 바탕 위에서 의사결정을 한다면 의사는 이를 따라야 한다.

1. 의사가 판단해야 할 의미

환자의 고통이 다음과 같은 의미를 가질 때는 의사가 환자보다 더 잘 판단할 수 있다. 따라서 임상현장에서 의사는 환자가 고통을 호소할 때나 환자에게 고통이 수반되는 검사나 치료를 하려고 할 때 그 고통이 이런 의미들을 갖는지 잘 따져 보아야 한다.

1) 이상 신호와 보호책

환자가 호소하는 고통의 상당수는 환자에게 어떤 이상(異常)이 생겼다는 것을 알려주며, 또 환자가 이 이상에 대처하여 자기를 보호하는 행동을 하도록 동기 지워 준다. 가령 넘어진 환자가 팔에서 느끼는 심각한 통증은 팔에

골절과 같은 어떤 문제가 생겼다는 것을 알려준다. 또한 이 통증은 환자가 팔을 함부로 움직이지 않게 함으로써 팔이 더 이상의 피해를 입지 않도록 보호해 준다. 따라서 이런 고통들은 ‘이상 신호와 보호책’으로서의 의미를 가졌다고 볼 수 있다.

환자 고통의 이런 의미는 고통의 일반적 의미 중 ‘위험을 알리고 이에 대처하게 함’에 속하는 것이다. 그런데 환자는 자기가 느끼는 고통이 이런 의미를 가진 고통일 것이라고 짐작할 때에도, 정말 그러한지와 정확하게 어떤 이상을 알려주는 고통인지 알 수 없을 때가 있다. 반면 전문지식을 가진 의사는 환자의 고통이 어떤 이상을 알려주는 신호인지 더 잘 알 수 있다. 그래서 환자는 고통의 더 정확한 의미를 묻기 위해 의사를 찾는다.

한 가지 주의할 점은 ‘이상 신호와 보호책’이라는 이 의미는 같은 환자의 연속되는 고통에서도 있었다가 없어질 수 있다는 점이다. 예를 들어 배가 아픈 사람이 의사를 찾아오고, 의사가 그 고통 호소에 근거해 원인을 찾는 동안에는 그 복통이 배의 이상을 알리는 신호로서의 의미를 지닌다. 하지만 의사가 가령 위궤양이 그 고통의 원인임을 밝혀낸 다음에는 더 이상 신호로서의 의미를 갖기 힘들다. 왜냐하면 이때는 그 고통이 없어도, 즉 신호를 안보내도 환자에게 위궤양이라는 이상이 있다는 것을 환자나 의사 모두 알기 때문이다.

2) 건강 회복에 불가피함

임상에서 행해지는 각종 검사와 치료 중에는 환자에게 큰 고통을 가하는 것이 많다. 이런 현상은 ‘의학적 치료가 점점 더 침습적이고 공격적으로 변화한 현대 의학’⁴⁾에서 더욱 두드러진다. 현대 의학은 비유하자면 ‘각종 첨단 무기들이 각축을 벌이는 일종의 전쟁터’⁵⁾가 된 것이다.

4) 황임경, 「질병 체험과 서사」, 『한국의철학회』제10권(2010): 12.

5) 황임경, 「질병 체험과 서사」, 13.

의사가 검사와 치료 과정에서 환자에게 가하는 고통은 그 자체로만 보면 해악이다. 그리고 ‘무고한 사람에게 해악을 끼쳐서는 안된다’는 것은 인간이 지켜야 하는 도덕적 의무에서 첫손가락에 꼽히는 것이다. 따라서 의사가 가하는 고통이 정당화되려면 그 해악을 상쇄할 만한 분명한 의미를 가지고 있어야 한다.

이런 의미로 우선 생각할 수 있는 것이 ‘건강 회복에 불가피함’이다. 검사와 치료 과정에서의 고통이 ‘건강’이라는 좋음을 획득하는데 불가피하다면 정당화될 수 있는 것이다. 이 의미는 고통의 일반적 의미 중 ‘좋은 의 수단’이라는 의미의 일종이라고 볼 수 있다.

그런데 환자에게 어떤 검사와 치료가 행해져야 환자가 건강을 잘 회복할 수 있는지는 의사가 가장 잘 판단할 수 있다. 이것은 여러 가능한 검사와 치료 중에서 어떤 것의 고통이 ‘건강 회복에 불가피함’이라는 의미를 가질 수 있는지도 의사가 가장 잘 판단할 수 있다는 것을 뜻한다. 따라서 의사는 고통의 이런 의미에 대해 적극적으로 판단을 하고 그 내용을 환자에게 설득할 필요가 있다.

덧붙이자면 같은 종류의 검사법이나 치료법에 수반되는 고통도 상황에 따라서 이 ‘건강 회복에 불가피함’이라는 의미를 지닐 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다는 점이다. 가령 ‘마취 없이 발치함’이라는 치료방법은 마취약이 개발되기 전이거나 구할 수 없는 상황에서는 그 고통이 ‘건강 회복에 불가피함’이라는 의미를 가질 수 있다. 하지만 마취제를 구할 수 있는 상황이라면 그 치료법에 따르는 고통은 더 이상 이런 의미를 가질 수 없다.

2. 환자에게 판단을 맡겨야 할 의미

고통이 일반적으로 가질 수 있는 의미 중에는 경험으로 확인 가능한 다른 의미들도 있다. 그 중 하나는 ‘좋은 한 요소’라는 의미이다. 가령

롤러코스트를 탈 때의 스릴감은 급격한 오르내림에서 느끼는 무서움이라는 고통이 섞여 있어야 가능하다. 이 경우 ‘무서움’이라는 고통은 ‘스릴감’이라는 좋음을 이루는 한 요소라는 의미를 갖게 된다. 고통은 또한 그 고통을 겪는 사람을 지적으로나 정서적으로, 도덕적으로나 의지적으로 성숙되게 만들 수 있다. 이 경우 고통은 ‘정신적 성숙의 계기’라는 의미를 갖는다. ‘젊어 고생은 사서도 한다’에 담긴 권고의 이유가 되는 것은 고통의 이런 의미이다. 그리고 자기를 희생해 가며 다른 사람을 돕는 사람이 겪는 고통도 있다. 이때의 고통은 ‘도덕적 의무나 헌신’으로서의 의미를 갖는다.

환자 고통의 경우 ‘좋은 한 요소’라는 의미를 갖는 경우는 생각하기 힘들다. 환자만이 느낄 수 있는 쾌감 같은 것이 있어야 환자의 고통은 이런 의미를 가질 것이다. 반면 환자의 고통이 ‘도덕적 의무나 헌신’으로서의 의미를 갖는 경우는 적지만 발견할 수 있다. 가령 의학 연구자 중에는 연구를 위해 스스로를 질병에 감염시키는 경우가 있다.⁶⁾ 이때 그가 질병에서 느끼는 고통은 그것이 미래의 환자들에게 도움이 된다는 점을 고려할 때 ‘도덕적 의무나 헌신’이라는 의미를 가진다고 볼 수 있다.

환자의 고통이 ‘정신적 성숙의 계기’라는 의미를 갖는 경우는 상대적으로 많이 찾아볼 수 있다. 가령 조선시대 영조는 종기가 나 땀을 뜰 때 심한 고통을 겪은 후 피의자에게 행하던 단근질을 폐지시켰다.⁷⁾ 종기로 인한 고통이 다른 사람들에 대한 배려심이 커지는 성숙을 가져온 것이다. 이와 비슷하게 병을 앓음으로써 생각이 좀 더 깊어지고 남을 더 많이 배려하게 되는 변화를 보인 사람의 예는 많이 찾아볼 수 있다.

이렇게 환자의 고통은 ‘도덕적 의무나 헌신’이나 ‘정신적 성숙의 계기’와 같은 의미를 가질 수 있다. 그런데 고통이 이런 의미를 가질 때 그 사실을 가장 잘 알 수 있는 것은 환자 본인이다. 왜냐하면 고통의 이런 의미는 환자가

6) 티모시 머피, 강준호 역, 『생명의학 연구윤리의 사례연구』(서광사, 2008), 146.

7) 신명호, 『조선 왕실의 의례와 생활, 궁중문화』(돌베개, 2002), 87-88.

처한 구체적인 상황과 환자의 가치관, 세계관 등에 따라 달라지는데 이것들을 가장 잘 아는 것은 환자 본인이기 때문이다. 또한 환자 본인만이 고통의 이런 의미를 내성적으로 직관할 수 있다. 따라서 환자의 고통이 이런 의미를 갖는지의 판단은 의사가 내리려 하지 말고 환자에게 맡겨야 한다.

고통의 의미 중에는 경험으로는 확인할 수 없는 초월적 성격의 의미도 있을지 모른다. 이런 초월적 의미로 많이 주장되는 것이 고통은 우리가 알 수 없는 어떤 방식으로 인간을 넘어서 있는 ‘위대한 목적에 기여’한다는 것이다. 그리고 이런 입장에 선 사람들은 환자의 고통 역시 같은 의미를 가진다고 본다. 가령 많은 기독교인들은 인간의 모든 고통은 신의 섭리에 의한 것으로 환자의 고통 역시 마찬가지라고 생각한다.

동서고금을 막론하고 고통의 초월적 의미로 주장되었던 또 하나는 고통이 ‘죄에 대한 벌’이라는 것이다. 인간은 본질적으로 죄인이기 때문에, 또는 전생에서 죄를 지었기 때문에 그 죄에 대한 벌로 현재의 삶에서 고통을 당한다는 것이다. 이런 입장에서는 질병이나 그로 인한 환자의 고통 역시 이런 벌이라는 의미를 갖는다.

환자의 고통이 과연 초월적 의미를 갖는지, 갖는다면 그 초월적 의미는 무엇인지는 형이상학적 물음에 속한다. 그리고 형이상학적 문제에 있어서는 사람들의 생각이 다를 때 그 중 누구의 생각이 옳은지 알 길이 없다. 이 경우 그 문제가 문제되고 있는 당사자에게 판단을 맡겨야 한다. 따라서 환자 고통의 초월적 의미에 대해서는 환자에게 판단을 맡겨야 한다. 왜냐하면 이 판단과 그에 입각한 의사결정으로 가장 큰 영향을 받는 것은 환자 본인이기 때문이다.

여기에 더해서 일반적으로는 의사가 잘 판단할 수 있는 의미에 대해서도 환자에게 판단을 맡겨야 하는 경우가 있다. ‘건강 회복에 불가피함’이라는 의미가 그러하다. 예를 들어 A 치료법은 건강을 회복시킬 확률이 85%인데 환자에게 100 크기의 고통을 가하고, B 치료법은 확률이 80%인데 절반인 50 크기의 고통을 가한다면 이 두 치료법의 고통 중 어떤 것이 ‘건강 회복에

불가피함'이라는 의미를 가졌다고 볼 수 있을까? 이에 대한 답은 가치관에 따라 달라질 수 있다. 즉 건강회복의 가능성을 조금이라도 높인다면 큰 고통이라도 감수할만하다고 생각하는 사람은 A 치료법의 고통에, 건강회복의 가능성을 조금 더 높이기보다는 큰 고통을 덜어 내는 것이 낫다고 생각하는 사람은 B 치료법의 고통에 이런 의미를 부여할 것이다.

이 경우 의사는 자기 가치관에 따를 때 A, B 두 치료법의 고통 중 어느 것이 '건강 회복에 불가피함'이라는 의미를 갖는지 판단할 수 있을 것이다. 하지만 이 판단을 환자에게 설득시키려 해서는 안 된다. 대신 환자가 환자의 가치관에 입각해서 판단하게 맡겨야 한다. 왜냐하면 그 상황에서 문제되는 고통은 의사가 아닌 환자에게 가해질 고통이기 때문이다.

3. 무의미한 고통

고통이 앞에서 열거한 것과 같은 의미들 중 어느 것도 갖고 있지 않을 때 그 고통은 무의미한 고통이 된다. 어떤 고통이 이런 무의미한 고통은 아닌지 판단하기 위해서는 고통의 여러 의미들 각각에 대해 그 고통이 갖고 있는지 아닌지를 따져 보아야 한다.

환자 고통의 의미 중 의사가 적극적으로 판단해 보아야 하는 것은 '이상 신호와 보호책'이라는 의미와 '건강 회복에 불가피함'이라는 의미이었다. 오늘날의 의료현장을 보면 이 두 의미를 모두 갖지 못한 고통들을 발견할 수 있다. 그 한 예는 회복 불가능한 말기 환자가 겪는 고통이다. 이런 고통은 몸에 어떤 이상이 있어 발생하는지 다 밝혀져 있으므로 이상을 알리는 신호로서의 역할을 하지 못한다. 그렇다고 그런 고통을 겪는 것이 말기 환자의 건강을 회복시켜주는 것도 아니다. 또 다른 예는 만성통증 환자가 겪는 고통이다. 만성통증은 '통각이 신체의 손상에 대한 방어 기능을 다 한 뒤에도 지속적으로 나타나는 통증'으로, 우리 몸에 다른 특별한 이상이 없음에도 불구하고 나타난다. 따라서 신호로서의 의미를 가지고 있지 않다. 그리고 만성통증은

건강회복에 불가피하기는커녕 오히려 우리의 생존 가능성을 감소시킨다.⁸⁾

이렇게 환자의 고통 중에는 ‘이상 신호와 보호책’이라는 의미도 ‘건강 회복에 불가피함’이라는 의미도 갖지 않은 것들이 있다. 하지만 의사는 이 점만 보고 그 고통들을 무의미한 고통이라고 속단해서는 안 된다. 왜냐하면 환자는 이런 고통에서도 ‘정신적 성숙의 계기’와 같은 의미를 경험하거나 ‘위대한 목적에 기여함’과 같은 초월적 의미를 믿을 수 있기 때문이다. 이 경우 그 고통은 환자에게 무의미한 고통이 아니다. 따라서 의사는 적어도 환자와 관련해서는 그 고통을 무의미한 고통으로 취급해서는 안 된다.

반면 환자의 고통 중에는 ‘이상 신호와 보호책’과 ‘건강 회복에 불가피함’이라는 의미가 없을 뿐만 아니라 환자가 ‘정신적 성숙의 계기’나 ‘위대한 목적에 기여함’ 등의 의미를 찾지 못하는 고통이 있다. 이런 고통은 적어도 환자와 관련해서는 어떤 의미도 갖지 못하는 무의미한 고통으로 보아야 한다. 가령 말기환자나 만성통증 환자가 자기 고통에서 아무런 의미도 발견하지 못할 때 그들의 고통은 무의미한 고통으로 간주되어야 한다.

III. 환자 고통에 대한 의사의 대응

의사는 환자의 고통에 대해 일률적으로 대응할 것이 아니라 그 고통의 의미를 파악하여 그에 맞게 대응해야 한다. 그런데 고통은 크게 의미를 갖는 경우와 그렇지 않은 경우로 구분할 수 있다. 따라서 우선 이 두 경우로 나누어서 고통의 의미에 맞는 의사의 대응 방식을 생각해 보자.

8) 최현석, 『인간의 모든 감각:우리는 무엇을 보고 듣고 느끼고 이해하는가』(서해문집, 2009), 273.

1. 의미 있는 고통의 경우

의사는 환자의 고통이 의미를 가진 경우 그 의미를 잘 살리고 그 의미에 부합되게 고통에 대응해야 한다. 먼저 고통이 ‘이상 신호와 보호책’으로서의 의미를 가진 경우 그 고통으로부터 알 수 있는 환자의 이상은 무엇인지를 잘 살펴보아야 한다. 그리고 환자의 고통이 환자의 상처를 보호하는 역할을 하는 경우 그런 역할을 지속할 수 있도록 고통을 그대로 두어야 한다.

과거의 의사들은 고통의 이런 의미를 찾기 위해 환자의 고통 호소에 귀를 기울였다. 반면 오늘날의 의사들은 환자 몸과 연결된 각종 의료기기들이 보내는 신호에 더 관심을 기울인다.⁹⁾ 검진용 의료기기 사용으로 환자의 고통이 보내는 신호에 주의하지 않아도 환자의 질환 상태를 잘 파악할 수 있기 때문이다. 그래서 오늘날 많은 고통들은 과거에 가졌던 ‘이상 신호와 보호책’이라는 의미를 잃게 되었다. 이런 변화는 좋은 일이다. 왜냐하면 그런 의미를 상실한 고통들은 이제 굳이 견딜 필요가 없는 것이 될 수 있기 때문이다.

하지만 의사들이 검진기기에 지나치게 의존함으로써 발생하는 문제점도 있다. 검진 기기들은 보통 몸의 이상만을 포착할 수 있다. 그런데 환자의 고통은 몸의 이상이 아니라 극도의 스트레스와 같은 심리상의 이상에서 올 때도 많다. 이 경우 고통은 환자의 심리상의 이상을 알려주는 신호로서의 의미를 지닌다. 검사기기에 대한 지나친 의존은 고통의 이런 의미를 간과하게 만든다. 의사가 환자의 몸의 이상뿐만이 아니라 심리상의 이상까지 총체적으로 파악하려면 검진 기기에만 의존할 것이 아니라 환자의 고통 호소에 더 귀를 기울여야 한다.

고통이 ‘이상신호와 보호책’이라는 의미를 가질 때 의사가 그 의미에 적합하게 고통을 다루지 않으면 환자에게 큰 해를 끼칠 수 있다. 그 예로

9) 황임경, 「질병 체험과 서사」, 7.

유명 바이올리니스트 정경화의 경우를 들 수 있다. 정경화는 심각한 손가락 부상으로 5년 동안 연주를 못한 적이 있다. 이 부상의 원인을 그녀는 다음과 같이 설명한다.

"2005년 공연을 하려는데 왼손 둘째손가락 근육이 조금 아팠어요. 연주는 해야 겠어서 병원에 가서 코티손 주사(일종의 무통 주사)를 맞았는데, 그게 문제였어요. 아프지 않기에 그냥 연주한 것이 근육에 무리를 주어서 둘째손가락 근육이 완전히 망가져 버렸습니다."¹⁰⁾

당시 정경화의 둘째손가락 근육 통증은 이 근육에 이상이 발생했다는 것을 알리고, 이 근육을 무리하게 사용하지 못하도록 보호하는 의미를 가지고 있었다. 그런데 그녀를 진료한 의사는 이런 의미를 파악하지 못하고, 진통제로 이 통증을 없앴으로써 그녀가 오랫동안 바이올린 연주를 할 수 없을 정도로 손가락 근육을 상하게 하는 결과를 가져왔다.

다음으로, 고통의 의미 중에서 ‘건강 회복을 위해 불가피함’이라는 의미는 주로 검사와 치료 과정의 고통에서 발견된다. 의사는 이런 의미를 갖는 고통의 경우 그것이 자신에 의해 발생하는 고통일지라도 환자에게 가하는데 주저함이 없어야 한다. 환자가 당장 고통스러워한다고 필요한 치료를 망설여서는 안 된다. 그리고 환자가 이런 고통을 거부하는 경우 이를 받아들여도 설득해야 한다. 치료 과정의 고통이 무서워 아예 치료를 받지 않으면 더 큰 고통이나 해악이 발생한다는 점 등을 환기시켜야 한다.

그런데 ‘건강 회복을 위해 불가피함’이라는 의미가 확인된 고통을 가하는 데는 이렇게 단호해야 하지만 그 이전에 고통이 이런 의미를 지니는지 판단하는 과정은 매우 신중해야 한다. 왜냐하면 그 판단이 잘못된 경우 환자에게 상당한 정도의 불필요한 고통을 추가로 가하게 되는 것이기 때문이다. 의사가 이런 의미를 판단하는데 신중해야 하는 것은 비교하자면 판사가 무고한

10) 김신영, 「김신영 기자의 클로즈업(closeup) : 소리, 활을 내려놓으니 그 때 몸이 찾아내더라」(2013), http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2013/11/01/2013110101612.html?Dep0=twitter (검색일:2014.08.04)

사람에게 형벌을 선고하지 않도록 조심해야 하는 것과 같다.

그런데도 의사 중에는 별 숙고 없이 기계적으로 이런 판단을 내리는 사람들이 있다. 대표적인 것이 어떤 질환에 대한 공인된 치료법이 가하는 고통은 그 질환의 어떤 경우에도 이런 의미를 갖는 것처럼 사용하는 것이다. 하지만 공인된 치료법이라고 해서 그 질환의 모든 경우에 정당화될 수 있는 것은 아니다. 예를 들어 항암치료법은 암에 대한 표준 치료법 중 하나이지만 말기 암환자에게는 더 이상 ‘건강회복에 불가피함’이라는 의미를 갖지 못한다. 그런데도 상당수 의사들은 말기 암환자에게 항암치료를 하면서 ‘어쨌든 암에 대해 항암치료를 하는 것이니 잘못된 것이 아니다’고 합리화한다. 이 경우 의사가 가하는 항암치료의 고통은 그 결과만을 볼 때 폭력범이 무고한 사람에게 가하는 고통과 다를 바 없다.

고통의 의미 중에는 고통이 그런 의미를 지니는지에 대해 환자에게 판단을 맡겨야 하는 것들도 있었다. ‘정신적 성숙의 계기’나 ‘더 높은 목적에 기여함’ 등의 의미가 그러하였다. 그런데 이런 의미들의 경우 각 의미에 어떻게 대응해야 적절한가에 대해서도 환자에 따라 생각이 다르다. 가령 고통이 ‘더 높은 목적에 기여함’이라는 의미를 갖고 있다고 생각할 때 어떤 이는 고통을 그대로 참고 견딜 때 그 의미가 실현된다고 생각하는데 비해 다른 이는 고통을 없애려고 노력하는 과정에서 실현된다고 본다.¹¹⁾ 이 경우 어떤 것이 고통의 의미에 대한 적절한 대응방식인가의 판단 역시 각 환자에게 맡겨야 한다.

예를 들어 프로이트는 말년에 암 때문에 극심한 고통을 겪으면서도 분명한 의식을 가지고 이 고통을 견뎌 내려고 하였다. 그래서 모르핀과 같은 진통제를 사용하는 것을 끝까지 거부했다.¹²⁾ 이 일화로 짐작해 볼 때 프로이트는 자기의

11) Clement Dore, "Does suffering serve valuable ends?" *Philosophy and Phenomenological Research*, Vol. XLV, No1(1984), 104-106

12) 손봉호, 『고통 받는 인간-고통문제에 대한 철학적 성찰』(서울대학교 출판부, 1995), 133.

고통에서 ‘정신적 성숙의 계기’와 같은 의미를 발견했을 것이다. 그리고 이런 의미를 실현시키기 위해서는 고통을 견디는 방식으로 대응해야 한다고 생각했을 것이다.

이런 경우 프로이트를 담당한 의사라면 환자의 이런 생각을 확인해서 그의 뜻에 따라 그를 고통 속에 놓아두어야 한다. 즉 의사는 환자가 자기 고통에 대해 이런 종류의 의미를 부여하고 있지는 않은지, 그리고 그 의미에 적합한 대응방식은 무엇이라고 생각하는지 확인해야 한다. 그리고 그에 부합하게 조치를 해야 한다.

이와는 어긋나게, 의사 자신이 환자의 고통에 대해 이런 종류의 의미를 부여하거나 적절한 대응방식을 결정하는 경우가 의료의 역사에서 많았다. 예를 들어 19세기 중엽 에테르 기체를 흡입하는 방식의 마취법이 발명되었을 때 미국 치과의사협회 회장은 “통증을 방해하는 것은 하나님 뜻을 거스르는 사탄의 활동이기에 반대한다.”라고 선언했다. 그리고 비슷한 생각에서 많은 의사들은 마취법 발명 후에도 마취 없이 수술하기를 고집했다.¹³⁾ 지금도 그 정도와 양상은 다르지만 환자가 판단해야 할 고통의 의미와 대응방식을 의사가 대신 판단하는 경우가 존재하고 있다.¹⁴⁾ 이것은 정당화될 수 없다.

2. 무의미한 고통의 경우

환자의 고통 중에는 ‘이상신호와 보호책’이나 ‘건강회복에 불가피함’이라는 의미를 갖지 못하며 그 이외에 환자가 찾을 수 있는 의미도 없는 고통이 있다. 이런 고통은 무의미한 고통으로 단지 부정적인 것일 뿐이다. 따라서 이런 고통에 대해서는 최대한 없애는 것이 바람직한 대응방식이다.

13) 펠러니 선스트립, 노승영 역, 『통증연대기:은유, 역사, 미스터리, 치유 그리고 과학』(에이도스, 2013), 14.

14) 가령 고통에 차서 진통제를 호소하는 말기 환자에게 담당 의사가 통명스럽게 ‘죽는 길이 당연히 고통스럽지’라는 투로 말했다고 한다.

환자의 무의미한 고통을 제거할 수 있는 지식과 기술은 의사가 가지고 있다. 이런 이유 등으로 의사에게는 이런 고통을 제거할 임무가 있다. 대다수의 사람들이 그렇게 생각하고 이는 의사 역시 마찬가지이다. 그런데도 실제로 많은 의사들은 환자의 무의미한 고통에 대해 별로 관심이 없으며 이것을 없애려는 노력을 적극적으로 기울이지 않는다.

그것은 현대의료가 의료의 직접 목표를 ‘질병 치료’에 두기 때문이다.¹⁵⁾ 의료의 최종 목표는 크게 말해 ‘건강회복’ ‘생명연장’ ‘고통제거’라고 할 수 있는데 현대 의료는 이런 목표들은 질병만 치료하면 자연히 모두 달성되는 것으로 보았다. 그래서 환자의 고통에 대해서도 ‘질병에 걸린 사람이 갖는 고통과 두려움은 질병이 해결되면 저절로 없어질 부차적인 문제일 뿐이라는 것이 현대의학의 기본 가정’이었다.¹⁶⁾ 이런 생각은 다음과 같이 도식화할 수 있다.

질병 치료 → 건강회복 (생명연장·고통제거)

직접목표

최종목표

이 입장은 ‘치료와 이를 위한 진단을 하는데 통증완화는 장애가 되는 것일 뿐 치료과정의 일부가 될 수 없다’¹⁷⁾고 본다. 즉 고통제거를 의료행위의 직접목표로 삼게 되면 건강회복이나 생명연장 같은 의료의 다른 최종목표들은 달성하기 어렵게 된다고 보는 것이다.

이런 입장은 급성 감염성 질환이 질병의 주가 되고, 환자의 질병을 치료하여 낫게 하거나 치료할 수 없어 포기하는 것 이외에는 달리 선택할

15) 여기서부터 이 절 끝까지의 내용은 ‘유호종, 「환자의 고통에 대한 의사의 정당한 태도」, 『한국의료윤리교육학회지』 제7권 제1호(2004), 104-106’을 바탕으로 하였다.

16) 황임경, 「질병 체험과 서사」, 4.

17) 강명신, 「통증의 심신상관성, 그리고 임상적 통증개념 비판」, 『의철학연구』 제10권(2010), 72.

것이 없는 단순한 의료 상황에서는 잘 맞을 수 있다. 하지만 복잡한 현대의 의료상황에서는 질병을 치료할 수는 없지만 환자 생명을 연장하거나 고통 제거는 할 수 있는 경우들이 있다. 오늘날 많이 나타나는 만성질환과 만성통증이 모두 그러한 경우들이다.

이런 경우, ‘생명연장’이나 ‘통증제거’를 위해 더 이상 ‘질병치료’에만 집착하면 안 된다. 질병치료를 할 수는 없지만 생명연장이나 고통완화는 할 수 있는 상황이라면 이것들을 직접 목표로 삼아야 한다. 즉 오늘날에는 의료의 직접목표가 다음 도식에서와 같이 보충되어야 한다.

질병 치료 → 건강회복 (생명연장·고통제거)

직접목표

최종목표

생명연장

직접목표·최종목표

고통제거

직접목표·최종목표

의사들은 생명연장과 고통제거 중 생명연장이 의료의 직접목표로 추가되어야 한다는 점은 더 쉽게 받아들이고 있다. 그래서 지금의 의료현장을 보면 환자의 질병치료가 불가능한 경우에도 어떻게든 환자의 생명을 연장시키기 위해 여러 적극적인 시술을 행한다. 반면 질병치료를 불가능하지만 고통제거는 가능한 상황에서는 환자를 외면해 버리는 경우가 많다. ‘적극적 치료 아니면 퇴원’과 같은 선택지만을 환자에게 강요하는 것이다.¹⁸⁾

하지만 환자의 고통 제거는 의료가 달성해야 할 최종 목표 중 하나이다.

18) 박재영, 『개념 의료: 왜 병원에만 가면 화가 날까』(청년 의사, 2013)

의료의 궁극 목적은 ‘환자의 최선의 이익’인데 고통에서의 해방은 환자에게 아주 큰 이익이 되기 때문이다. 따라서 환자의 건강은 회복시킬 수 없지만 그 고통은 제거할 수 있을 때 의사는 당연히 고통 제거를 직접 목표로 삼아 이를 달성하기 위해 노력하여야 한다.

물론 이것은 환자의 모든 고통을 제거하려고 해야 한다는 말은 아니다. 그냥 두어야 하는 고통과 일부러 더해야 하는 고통도 있다. 하지만 무의미한 고통은 제거해야 한다. 의사는 이런 고통에 대해서 질병 치료를 통해서뿐만 아니라 직접적으로도 제거하기 위해 노력해야 한다.

IV. 환자 고통에 대한 의사의 공감

앞에서 보았듯이 의사는 환자 고통에 대해 그 의미에 따라 대응을 달리 해야 한다. 즉 의사는 환자 고통을 그냥 지켜보아야 할 때도 있고, 상당한 고통을 직접 가하는 것을 주저하지 말아야 할 때도 있고, 고통을 없애기 위해 적극 노력해야 할 때도 있다. 그런데 의사가 이렇게 그때그때 고통의 의미에 맞게 잘 대응하려면 그에 적합한 마음이나 태도를 갖추고 있어야 한다.

의사가 가져야 할 이런 마음이나 태도로 가장 많이 주장되는 것은 ‘공감’이다. ‘의사는 환자의 고통에 공감할 수 있어야 한다’는 것이다. 이런 의사만이 환자의 고통에 적절하게 잘 대응할 것이라고 사람들은 믿는다. 그리고 서구에서도 흔히 ‘공감’으로 번역되는 ‘empathy’가 의사가 환자의 고통에 대해 가져야 할 마음이나 태도로 주로 거론된다. 따라서 여기서는 우리말의 ‘공감’과 영어의 ‘empathy’ 개념을 중심으로, 의사가 환자의 고통에 대해 가져야 할 마음이나 태도는 무엇인지 규명해 보려고 한다.¹⁹⁾

19) 우리말의 공감으로 번역되는 낱말에는 ‘empathy’와 함께 ‘sympathy’가 있다.

1. 공감의 종류

영어에서 ‘empathy’은 학자에 따라 다양한 의미로 쓰인다. 먼저 ‘empathy’를 정서적이거나 감정적인 것으로 규정하는 사람이 있다. 가령 미국의 심리학자 E. B. 티치너(Titchener)는 이 개념을 ‘다른 사람이 겪는 고통의 정서적 상태로 들어가 그들의 고통을 자신의 고통인 것처럼 느끼는 현상’으로 규정하며²⁰⁾ 폴 에얼릭과 로버트 온스타인은 ‘다른 사람의 기분과 경험을 감정적으로 이해하는 능력’이라고 규정한다.²¹⁾ 반면 ‘empathy’를 지성적이고 인지적인 것으로 규정하는 사람들도 있다. 가령 미국의 일반내과학회에서는 이 개념을 ‘다른 사람의 감정적 상태를 경험함이 없이 그 상태를 올바르게 인식하는 것’으로 규정한다.²²⁾ 그리고 ‘empathy’를 정서적이고 동시에 인지적인 것으로 보는 입장도 있다. 가령 많은 심리학자들은 empathy를 ‘다른 사람들의 내적 상태들, 즉 그의 사상, 감정, 지각, 의도에 대한 인지적인 인식’이면서 ‘다른 사람에 대한 대리적인 정서적 반응’이기도 한 것으로 정의한다.²³⁾

이 두 용어의 의미에 대해서는 영어사용자들도 일치된 모습을 보이지 않으나 대개 ‘sympathy’는 ‘empathy’에 비해 더 수동적이고 감정적인 상태를 나타낼 때 쓴다. 그래서 도덕의 기반이나 조건으로 거론되는 것은 대부분 ‘sympathy’가 아닌 ‘empathy’이다. 또한 학자들은 ‘empathy’를 상당히 다양한 의미로 사용하는데 그 중에는 ‘sympathy’의 통상적 의미와 같게 ‘empathy’를 사용하는 사람도 있다. 이런 점들을 볼 때 도덕과 관련해서 서구 논의를 살필 때는 ‘sympathy’가 아닌 ‘empathy’에 대한 논의만 살펴도 충분하다는 것을 알 수 있다.

20) 소병일, 「공감과 공감의 윤리적 확장에 관하여-흠과 막스 셸러를 중심으로」, 『철학』 118권(2014 2월), 200.

21) 소병일, 「공감과 공감의 윤리적 확장에 관하여-흠과 막스 셸러를 중심으로」, 201.

22) Jodi Halpern, "What is clinical empathy" J GEN INTERN MED 18 (2003), 670.

23) 김홍일, 「공감의 도덕교육적 함의 - M.L.Hoffman의 이론을 중심으로」, 『도덕교육학연구』 제7집 1호(2006 8월), 99.

우리말 ‘공감’의 경우 이 말이 어떤 의미를 갖는 말인지에 대한 학문적 규정은 별로 이루어지지 않았다. 따라서 이 용어의 일상 용어적 의미에 주목할 필요가 있는데 사전에서는 다음과 같이 제시하고 있다.

남의 감정, 의견, 주장 따위에 대하여 자기도 그렇다고 느낌. 또는 그렇게 느끼는 기분.²⁴⁾
 남의 주장이나 감정, 생각 따위에 찬성하여 자기도 그렇다고 느낌.
 또는 그러한 마음.²⁵⁾

이 규정을 보면 ‘공감’의 의미 중 하나에는 ‘남의 감정...에 대하여 자기도... 그렇게 느끼는 기분’이 있다는 것을 알 수 있다. 예를 들어 ‘그 소비자의 분노에 공감을 느낀다’는 말을 하는 사람은 소비자가 느꼈던 분노를 자기도 유사하게 느끼고 있다는 점을 말하려고 한 것이다. 그리고 이 규정은 ‘공감’이 정서적이라기보다는 인지적 상태를 가리키는 의미도 갖고 있음을 보여 준다. ‘남의... 의견, 주장 따위에 대하여 자기도 그렇다고 느낌.’이나 ‘남의 주장이나 ...생각 따위에 찬성하여 자기도 그렇다고 느낌’에서는 먼저 ‘남의 주장, 의견, 생각’에 대한 이해가 전제되어 있다. 이런 이해에 더해 ‘자신도 그렇다는 느낌’이 추가되는데 이때의 느낌은 실제로는 ‘그 의견이나 주장, 생각이 옳다는 판단’이라고 볼 수 있다. 예를 들어 ‘나는 생산자의 반박에 공감한다.’고 말하는 사람은 ‘생산자의 반박이 무엇인지 알겠으며 그것이 옳다는 판단이 든다.’는 점을 말한다고 볼 수 있다.

이상에서 영어의 ‘empathy’나 국어의 ‘공감’은 모두 정서적인 상태를 나타내는 말로도 쓰이고 인지적인 상태를 나타내는 말로도 쓰이고 있다는 것을 알 수 있다. 그리고 ‘의사에게는 환자의 고통에 대한 공감이(또는

24) Naver 한글 사전(국립국어원 제공), <http://krdic.naver.com/detail.nhn?docid=3179200> (검색일 2014. 10.14)

25) Daum 한글 사전(고려대학교 민족 문화 연구원 제공), <http://dic.daum.net/word/view.do?wordid=kkw000020006&q=%EA%B3%B5%EA%B0%90> (검색일 2014. 10.14)

‘empathy가’) 필요하다’고 말하는 사람들 역시 이런 다양한 의미로 이 용어들을 사용하고 있다. 따라서 ‘의사가 환자에 대해서 가져야할 적합한 마음과 태도는 공감인가’와 ‘이때의 공감은 구체적으로 어떤 것인가’를 밝히기 위해서는 ‘공감’의 의미가 다의적으로 혼란스럽게 쓰이지 않도록 세분할 필요가 있다.

따라서 이 글에서는 ‘공감’을 두 종류로 나누어 규정하려고 한다.²⁶⁾ 먼저 ‘다른 사람의 감정을 비슷하게 같이 느낌’의 상태는 ‘정서적 공감’으로, ‘다른 사람의 생각이나 감정, 의도 등을 인지적으로 파악하고 이해함’이 상태를 ‘인지적 공감’으로 규정한다. 이런 규정은 ‘공감’에 대한 우리말의 일상 용법적 의미뿐만이 아니라 empathy에 대한 서구의 학문적 규정 및 논의도 함께 반영하려는 의도에 따른 것이다.²⁷⁾

이제 이렇게 규정했을 때 의사가 환자의 고통에 적절하게 대응할 수 있으려면 갖추어야 할 것은 정서적 공감인지 인지적 공감인지 아니면 둘 모두인지 생각해 보자.

2. 정서적 공감의 한계와 인지적 공감의 필요성

의사가 환자의 고통에 적절하게 대응하기 위해서는 먼저 그 고통의 의미를 알아야 한다. 그리고 이 의미를 알려면 환자가 어떤 종류의 고통을 어느

26) ‘공감’을 두 개념으로 나누어 사용한 논의는 전에도 있어 왔다. 박민, 「인지적 공감과 정서적 공감: 정신병리와 심리재활에의 함의」, 『재활심리연구』 제19권 제3호(2012), 388. 참조

27) 여기서 ‘인지적 공감’으로 규정한 상태는 우리말 ‘공감’의 일상적 의미가 가리키는 바와 차이가 있다. 우리말에서는 ‘공감’이 인지적 상태를 나타낼 때에도 상대방의 주장 등에 대한 단순한 이해에 머무르지 않고 추가적으로 ‘찬성’이나 ‘동의’의 뜻을 갖고 있기 때문이다. 이에 대해 영어의 ‘empathy’는 단순한 이해에 머무를 때도 ‘empathy’란 용어를 사용한다. 따라서 이런 의미로 ‘empathy’ 개념을 사용하는 서구의 논의도 수용하여 검토하기 위해서는 일상용법과의 어느 정도의 차이를 감수하면서 ‘인지적 공감’을 여기서처럼 규정할 필요가 있다.

정도나 겪고 있는지, 환자 자신은 그 고통에 대해 어떻게 생각하며 어떤 의미를 부여하는지 등을 알아야 한다. 그런데 이렇게 상대방의 생각이나 감정 등을 아는 상태는 우리의 규정에 따를 때 ‘인지적 공감’이다. 따라서 인지적 공감은 의사가 환자의 고통에 적절하게 대응하기 위해 꼭 필요하다.

그렇다면 정서적 공감은 어떻게? 환자의 고통에 정서적으로 공감해서 그 고통을 같이 느끼는 의사는 환자의 고통이 극심할 때 이를 똑바로 주시하지 못한다. 따라서 환자의 고통 상태와 그 의미에 대해 정확하게 파악하기 힘들게 된다. 또한 의미를 파악했다 하더라도 이 의미에 맞는 조치를 하는데 어려움을 겪을 수 있다. 가령 의사는 ‘건강 회복에 불가피함’이라는 의미를 갖는 고통은 주저 없이 환자에게 가해야 하는데 환자의 당장의 고통이 계속 느껴지므로 차마 그러지 못하게 된다. 그 결과 환자의 건강 회복이 더뎠다는 등 환자가 피해를 보게 된다.

이상에서 의사가 환자 고통의 의미를 파악하고 그에 적합하게 대응하는데 인지적 공감은 필요하지만 정서적 공감은 방해가 된다는 것을 알 수 있다. ‘화상환자의 죽은 조직 제거 치료나 복강루 환자의 세척 예에서부터 환자와의 거리두기가 없이는 진료하기 어려운 무수한 상황’²⁸⁾이 있는 것이다. 이런 상황들에서는 환자의 고통에 인지적 공감은 하되 정서적 공감은 하지 않은 의사가 환자의 고통을 그 의미에 맞게 잘 다룰 수 있다.

더 나아가 의사는 자기 자신을 위해서도 정서적 공감에서 벗어날 필요가 있다. 의사는 의료현장에서 다양하고 때로는 극심한 고통을 겪는 많은 환자를 만난다. 이런 상황에서 의사가 환자들의 고통을 같이 느끼게 되면 의사는 항상적으로 상당한 고통 상태에 있을 것이다. 그리고 그런 상태에 있는 한 의사가 자기 일에서 만족감과 행복을 느끼기는 쉽지 않다. ‘감정을 규제하는 기술이 없다면 의료인은 타인의 고통에 반복적으로 노출되면서 괴로움(distress), 소진(burnout) 등을 겪고 이것은 그들의 행복을 해칠 것이다.’²⁹⁾

28) 최보문, 2010, 「의사의 외출타기」, 『의협신문』 2010년 5월 24일 <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=62645> (검색일 2014. 8. 3)

이렇게 필요한 ‘감정을 규제하는 기술’과 반대되는 성격의 것이 정서적 공감이다.

이와 달리 환자의 고통에 정서적 공감 없이 인지적 공감만을 하는 의사는 그 고통의 종류나 크기, 일어난 상황, 의미 등에는 주의를 기울이고 또 잘 파악하지만 환자와 같이 고통을 느끼지는 않는다. 따라서 환자의 고통에 거둬 노출되어도 마음의 평정을 유지하고 자기 일에서 만족감과 행복감을 느낄 수도 있다.

따라서 의사는 환자를 위해서나 자신을 위해서나 환자의 고통에 대해 정서적 공감 없이 인지적 공감만을 하는 것이 좋다. 그리고 다행히도 의사가 현실적으로 성취하기 쉬운 것도 정서적 공감보다는 인지적 공감이다. 정서적 공감의 경우는 의사들이 의사직을 수행할수록 자연적으로 줄어드는 경향이 있다.

한 연구에 따르면 의사들은 의과대학 과정을 시작할 즈음 흔히 가장 공감적이고 배려심이 많지만 임상 수련을 할수록 정서적으로 덜 공감적이게 된다.³⁰⁾ 그 원인에는 의대 교육의 방향성과 같은 인위적 요소도 있겠지만 무엇보다 의료현장과 의사의 일 자체의 특성 때문일 것이다. 의사들은 수술, 조직 검사, 혈액 채취 등을 하면서 사람들에게 고통을 가해야 하고 부상 등으로 고통 받는 사람들과 매일 말을 나누어야 한다.³¹⁾ 이런 고통에의 반복적 노출이 자연스럽게 그들을 정서적으로 덜 공감적이게 만들었을 것이다. 인간의 자기보호 기제는 자신의 정신적 안정을 위해 그런 방식으로 작동하는

29) Jean Decety, Chia-Yan Yang, and Yawei Cheng, “Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study”, *NeuroImage* (2010): doi:10.1016/j.neuroimage. 2010. 01. 25: 1-2.

30) Omar Sultan Haque, Adam Waytz, “Why Doctors Should Be More Empathetic-But Not Too Much More”(2011), <http://www.scientificamerican.com/article/doctors-and-dehumanization-effect/> (검색일:2014년 8월 5일)

31) Omar Sultan Haque, Adam Waytz, “Why Doctors Should Be More Empathetic-But Not Too Much More”(2011)

것 같다. 반면 의사의 인지적 공감은 정서적 공감과는 반대로 시간이 지날수록 자연적으로 커질 수 있다. 인간의 이해 능력은 보통 경험이 많이 쌓일수록 커진다. 의사 역시 만난 환자의 수가 많아질수록 환자의 상태를 더 잘 파악할 수 있는 안목이 생길 것인데 이것은 환자의 고통에 대해서도 마찬가지일 것이다.

이상 보았듯이 의사는 자연적으로, 정서적 공감보다는 인지적 공감을 더 잘 획득하는 것 같다. 여기에 더해 교육 가능성을 보아도 의사에게 정서적 공감을 교육하기보다는 인지적 공감을 교육하기가 더 쉽다. 사람이 주어진 상황에서 어떤 정서나 감정을 느끼는가는 자동적이고 수동적으로 결정되는 성격이 강해서 그 자신이나 타인이 의도적으로 바꾸기 힘들다. 반면 사람의 앎은 자기의 노력과 타인의 도움으로 점점 커질 수 있다. ‘감정은 고치기 힘들나 인지와 이해는 변화할 수 있는 것’이다.³²⁾

이렇게 의사가 환자의 고통에 대해 정서적 공감이 아니라 인지적 공감을 하는 것은 그 고통에 바람직하게 대응하기 위해 필요하며, 의사의 행복을 위해서도 중요하다. 또한 의사가 의업을 계속하면서 겪는 자연적인 심리적 변화와도 일치하며 교육적으로도 변화를 일으키기 쉬운 방향이다. 이렇게 의사가 환자 고통에 대해 정서적 공감보다는 인지적 공감을 하는 것이 타당성이나 현실적 실현 가능성 모두에서 우위에 있으므로 의사 양성 및 수련 과정은 그런 방향으로 나아가야 할 것이다.

3. 인지적 공감의 한계와 보완책

1) 환자 고통에 대응하는 의사들의 현재 모습

32) Mohammadreza Hojat et al., "The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School" Academic Medicine, Vol. 84, No. 9(September 2009), 1183.

의사 양성 및 수련의 바람직한 방향에 맞게 서구 의학계에서는 의과대학 등에서 의사의 정서적 공감보다는 인지적 공감 배양에 힘써야 한다는 입장이 주류를 이루었다. 의사는 환자의 고통에 대해 초연한 관심(detached concern)을 가져야 한다는 주장 등이 그것이다. 가령 ‘근대의학의 아이콘과 같은 윌리엄 오슬러’³³⁾는 “고통에 대해 아무것도 느끼지 않는 지점에 이르도록 그들의 감정을 중립화함으로써 의사는 환자의 내면을 볼 수 있고 탐구할 수 있다”고 말하였다.

의료계가 환자의 고통에 대해 정서적 공감 상태를 벗어나 거리를 둘 수 있는 의사를 양성하려 했다는 점은 가령 다음의 글에서도 잘 알 수 있다.

“1월부터 학생들은 살아 있는 동물로 해부실습을 시작했다. 지금은 교수가 학생들에게 절개 시범을 보이는 중이었다. 이 실습은 다른 사람의 고통에 대해 무감각할 수 있는 인내력을 기르는 연습이기도 했다. 의사의 조건은 강심장이 아닌 돌심장이었다.”³⁴⁾

이런 방향을 취한 의료계가 실제로 정서적 공감을 ‘극복’한 의사들을 배출하는 데는 분명히 성공한 것으로 보인다. 문제는 환자의 고통에 대한 인지적 공감을 키워서, 환자의 고통에 잘 대응하는 의사를 양성하는 데에도 성공했는가 하는 점이다. 현재 우리나라의 의료현장을 보면 이에 대해 긍정적으로 답하기는 쉽지 않다. 환자의 고통에 대해 무감각하고 제대로 알지 못하거나 어떤 배려도 하지 않는 의사를 많이 발견할 수 있다.

그들은 환자가 고통을 호소할 때 ‘그 정도는 다른 사람도 아프니 좀 참으라’거나 ‘만 분들은 잘 참는데 환자분이 좀 심하시네’라거나 ‘어디가 어떻기에 그러시냐, 차트 보면 괜찮으시다’며 타박을 준다.³⁵⁾ 그들은 환자의 고통을 그 의미와 맞지 않게 다루어 없애야 할 고통을 그대로 방치하고,

33) 최보문, 「의사의 외줄타기」(2010).

34) 에릭 시걸, 정성희·석은영 역, 『닥터스 1』(김영사, 1990)

35) 강명신, 「통증의 심신상관성, 그리고 임상적 통증개념 비판」, 76.

스스로 무의미한 고통을 환자에게 가하기도 한다. 그 결과 당장의 결과만 아니라 장기적, 전체적으로 보아도 의료가 사람들의 고난과 통증을 증가시키는 ‘가장 슬픈 일’이 벌어지기도 한다.³⁶⁾

이렇게 환자의 고통에 바람직하게 대응하지 못하는 의사들은 다시 두 종류로 나눌 수 있다. 그 하나는 환자의 고통에 대해 인지적 공감을 하지 못하는 의사들이다. 여러 조사에서 의료계가 의사의 인지적 공감 능력을 키우는데 별로 성공적이지 못하다는 것이 확인된다. 의료계에서는 의사의 인지적 공감 능력을 측정하기 위해 주로 ‘제퍼슨 의사 공감 점수(Jefferson Scale of Physician Empathy)’를 사용한다. 그런데 이 점수를 사용한 한 조사에 따르면 의과대학생의 학년이 오름에 따라 인지적 공감 정도는 늘지 않고 오히려 줄었다.³⁷⁾ 또한 다른 여러 연구들도 일반적으로 의학 교육의 과정에서 공감의 붕괴가 일어남을 보여주는데³⁸⁾ 이때의 붕괴되는 공감에는 정서적 공감만이 아니라 인지적 공감도 포함된다.

환자의 고통에 제대로 대응하지 못하는 또 한 종류의 의사는 환자의 고통에 대해 잘 알고 있다는 점에서 인지적 공감은 하고 있다. 더 나아가 어떻게 환자의 고통에 대응해야 바람직한가도 알고 있다. 하지만 그 알고 있는 바대로 실천하려고 하지 않는다. 가령 수십 년 의사생활을 한 나이 먹은 의사들의 경우 어떤 마음가짐으로 환자들을 대했든 그동안 많은 경험을 쌓았기 때문에 환자의 고통에 대해 상대적으로 잘 안다. 하지만 그런 의사들 중 상당수는 환자의 고통에 대해 적절하게 대응하는 행동을 하지 않는다.

36) 에릭 J. 카셀, 강신익 역, 『고통받는 환자와 인간에게서 멀어진 의사를 위하여』 (들녘, 2002), 493.

37) Mohammadreza Hojat et al., "The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School"(1183).

38) Mohammadreza Hojat et al., "The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School"(1186).

2) 도덕적 동기의 보완

그렇다면 왜 오늘날 상당수 의사들이 환자의 고통에 대해 인지적 공감을 하지 못하거나 인지적 공감은 하면서도 환자의 고통에 바람직하게 대응하는 행동을 하지 않는가. 의사가 환자의 고통에 대해 인지적 공감을 하는 것이나 환자 고통에 대해 그 의미에 맞게 대응하는 것은 환자의 고통에 무관심한 것보다 더 많은 노력을 요구한다. 그리고 그런 노력을 한다고 해서 의사에게 당장 직접적 보상이 주어지는 경우는 많지 않다. 이것은 의사의 환자 고통에 대한 인지적 공감과 실천 노력이 자기 이익에 도움이 되지 않아도 도덕적으로 옳은 행위를 하려 하는 것인 도덕적 동기를 필요로 한다는 점을 보여준다. 그렇다면 이 도덕적 동기는 어디서 찾을 수 있을까?

정서적 공감의 경우는 도덕적 동기를 일정정도 그 안에 함축하고 있다. 타인의 고통에 대해 정서적 공감을 하는 사람은 그 고통이 자기에게도 느껴지기 때문에 자기가 이 고통에서 벗어나기 위해서라도 타인의 고통에 관심을 갖고 이를 해결하기 위해 노력하게 된다. 그래서 정서적 공감은 그 자체로 어느 정도까지는 사람들을 도덕적으로 행동하게 만들며, 더 나아가 완전한 형태의 도덕적 동기에 대한 탐구를 촉발시킬 수 있다. 많은 사람들이 도덕과 관련해서 정서적 공감을 중요시여기는 것은 이 때문이다.

하지만 정서적 공감은 자기와 상대방의 관계에 따라 일어나는 강도가 다른 등 보편타당성에서 한계를 보인다. 또한 가령 2014년 발생한 ‘세월호 참사’ 때 일반 국민들의 공감이 시간에 따라 변화한데서 보듯이 시간의 흐름 속에서 일정하게 유지되지 않아 그것만으로 완전한 도덕적 동기는 되지 못한다.³⁹⁾ 특히 의사의 경우는 앞에서 살펴본 대로 정서적 공감 상태를 유지하기도 힘들며 또 그 상태를 벗어나야 할 여러 이유가 있었다. 이런

39) 흄에 따르면 공감의 정도는 ‘관계, 친숙, 유사성’의 영향을 받는다. 이런 ‘편파적인’ 공감능력에 윤리가 근거할 때 그 윤리도 불완전한 것이 된다. (소병일, 「공감과 공감의 윤리적 확장에 관하여-흄과 막스 셸러를 중심으로」, 206.)

점들을 고려할 때 의사의 도덕적 동기를 정서적 공감에서 찾으려 해서는 안 될 것이다.

이와 달리 인지적 공감은 의사가 갖출 필요가 있는 것이었다. 하지만 인지적 공감은 정서적 공감에 비할 때 도덕적 동기를 함축하는 정도가 훨씬 작다. 인지적 공감은 ‘중립적’으로, ‘희생자의 상황을 공감적으로 평가하여 자신의 목적을 달성하려는 파괴적인 행동으로 나타날 수도 있다’고 보는 사람도 있다.⁴⁰⁾ 인지적 공감은 공감의 대상자를 위해 사용될 수도 있지만 해하기 위해 사용될 수도 있는 양날의 칼처럼 보는 것이다. 이런 시각에 대해서는 ‘알면 실천 한다’는 관점에 선 사람들의 반론 가능성이 남아 있다. 하지만 인지적 공감이 그 자체로 도덕적 동기를 함축한다하더라도 그 함축하는 정도는 정말 크지 않을 것이다. 이 점은 ‘유능한 고문자’나 사이코패스의 존재에서 확인이 된다. 유능한 고문자는 피해자의 고통에 대해 매우 잘 알고 있다. 하지만 이 앎을 피해자에게 더 고통을 가하고 자기 뜻에 반하는 실패를 하게 만들기 위해 사용할 뿐이다.⁴¹⁾

이렇게 인지적 공감은 도덕적 동기로는 별 도움이 되지 않는다. 따라서 의료계에서 환자 고통에 바람직하게 대응하는 의사를 양성해 내려면 인지적 공감을 늘릴 뿐 아니라 의사에게 도덕적 동기를 갖게 하는 방안도 찾아야 한다. 그러기 위해 도덕적 동기의 기원에 대해 지금까지 크게 두 종류의 주장이 있어 왔다는 것에 주목할 필요가 있다. 그 하나는 도덕감이나 정서적 공감과 같은 정서나 감정에서 도덕적 동기의 기원을 찾는 것이고, 다른 하나는 칸트의 실천이성처럼 지적인 것에서 그 기원을 찾는 것이다.

이중 전자에 속하는 정서적 공감은 의사들이 도덕적 동기를 찾는데 적합하지 않다는 것을 앞에서 살펴보았다. 따라서 이제 후자의 지적인 것에서 도덕적

40) 김홍일, 「공감의 도덕교육적 함의 - M. L. Hoffman의 이론을 중심으로」, 112.

41) 2014년 육군 28사단에서 일어난 병사 간 구타에 의한 사망사건은 얼마 전까지 구타의 피해자여서 그 고통을 누구보다 잘 아는 선임병사가 신입병사가 오자 가해자로 옮겨갔음을 보여준다.

동기를 찾아보아야 한다. 그 구체적인 방법이 무엇인지 밝히기 위해서는 앞으로 많은 탐구가 필요할 것이다. 가령 그 방법 중의 하나로 의사들이 의사의 임무와 역할을 명확하게 인식하게 함으로써 환자 고통에 대해 인지적 공감뿐만이 아니라 도덕적 동기까지 갖게 만드는 방안을 생각해 볼 수 있다. 의사 중에는 의사의 임무와 역할이라고 자신이 인정하는 것에 대해서는 최선을 다해 수행하려는 사람들이 적지 않다. 그런데 그런 의사들 중에도 의사의 역할은 질병치료에 한정되고 환자 고통은 의사가 직접 대응해야 할 것이 아니라고 생각하는 사람이 있다. 그런 의사가 고통에 대한 적극적인 대응 역시 의사의 임무라는 사실을 납득하게 된다면 이제 환자 고통에 적극 대응하려는 동기를 갖게 될 것이다.

그 외에도 의료나 도덕의 핵심 요소를 이루는 것들에 대한 지적인 논의와 탐구는 의사들에게 도덕적 동기를 잘 부여할 수 있는 가능성이 있다. 따라서 의사 수련 과정에서는 환자의 고통에 대한 인지적 공감을 키우려는 노력과 함께 도덕적 동기를 부여할 수 있도록 이런 지적 논의와 탐구 역시 활발하게 이루어지도록 해야 할 것이다.

V. 결론

환자의 고통을 방치하지 않고 그 의미에 맞게 적극 대응하는 것은 의사가 해야 할 일 중의 하나이다. 이 글에서는 먼저 환자 고통이 가질 수 있는 여러 의미들을 밝힌 다음, 각 의미에 맞는 의사의 적절한 대응방식은 무엇인지 알아보았다. 그리고 의사가 그런 바람직한 대응을 할 수 있으려면 환자 고통에 대한 인지적 공감과 함께 도덕적 동기 획득이 필요하다는 점을 살펴보았다. 또한 이때의 도덕적 동기는 정서적인 것이 아닌 지적인 것에서 찾을 가능성이 크다는 점을 제시했다.

지적인 것에서 구체적으로 어떻게 도덕적 동기를 찾을 수 있는지의 방안

대한 체계적인 논의는 앞으로 이루어져야 할 것이다. 이와 함께 의사가 환자의 고통에 대해 인지적 공감을 잘 하기 위해서는 또 어떻게 해야 하는가도 문제로 남아 있다. 이에 대해 위내시경과 같은 검사를 의사가 직접 받아보는 ‘환자체험’ 방법 등이 제시되고 있는데⁴²⁾ 역시 본격적인 논의는 앞으로 따로 이루어 져야 할 것이다.

이 글에서 다루지 못한 또 한 가지는 이 글에서 규정한 것과는 다른 형태의 정서적 공감이 있을 가능성이다. 이 글에서는 ‘환자의 고통에 대해 유사하게 고통을 느끼는 것’으로서의 정서적 공감을 논하였다. 하지만 이와 달리 환자의 고통에 대해 유사한 고통이 아니라 ‘연민’이나 ‘분노’와 같은 다른 정서를 느끼는 공감 형태가 있을 수 있다. 그리고 이런 정서적 공감은 의사로 하여금 환자의 고통에 냉철하게 대응할 수 있게 하는 등 이 글에서 본 정서적 공감과는 다른 가능성을 가지고 있는 것일지 모른다. 만약 그렇다면 그 정서적 공감은 의사가 억제하기보다 인지적 공감과 함께 갖추면 좋은 것이 될 수도 있다.⁴³⁾ 이런 가능성들을 이 글에서 다루지 못했으므로 역시 앞으로의 과제로 남는다.

마지막으로 덧붙이자면 의사가 환자의 고통에 대해 그 의미에 맞게 바람직하게 대응하기 위해서는 인지적 공감과 도덕적 동기 외에도 또 필요한 것이 있다. 그것은 바로 요구되는 대응을 실제로 해 낼 수 있는 전문 지식과 기술이다. 가령 환자의 고통이 ‘이상 신호 및 보호책’이라는 의미를 갖고 있을 때 의사는 그 고통이 구체적으로 환자의 어떤 이상에서 발생하는지 파악할 수 있도록 의학지식을 갖추어야 한다. 또 환자의 고통이 아무런 의미도 갖고 있지 않을 때는 그 고통을 제거할 수 있도록 진통제나 마취제 사용법 등을

42) 우성구 외, 「환자의 고통 이해를 위한 의학과 4학년들의 위내시경 검사 체험」, 『한국의학교육』 제18권 제1호(2006), 23-29.

43) 설혹 그런 다른 형태의 정서적 공감이 있다고 하더라도 의사가 그런 정서적 공감을 꼭 갖출 필요가 있는 것은 아니다. 그런 정서적 공감이 없다고 하더라도 이 글에서 보았듯이 인지적 공감과 함께 도덕적 동기를 갖추고 있으면 환자의 고통에 대해 잘 대응할 수 있기 때문이다.

잘 익히고 있어야 한다. 당연한 말이지만 인지적 공감과 도덕적 동기를 갖추지 못한 의사뿐만 아니라 전문적인 의학지식과 기술을 제대로 갖추지 못한 의사 역시 환자의 고통을 잘 다룰 수 없고, 그래서 의사의 임무를 다할 수 없다.

참고문헌

- 강명신(2010), 『통증의 심신상관성, 그리고 임상적 통증개념 비판』, 『의철학연구』, 제10권
- 김홍일(2006), 『공감의 도덕교육적 함의 - M. L. Hoffman의 이론을 중심으로』, 『도덕교육학연구』 제7집 1호.
- 멜러니 선스트럼, 노승영 역(2013), 『통증연대기: 은유, 역사, 미스터리, 치유 그리고 과학』, 에이도스.
- 박민(2012), 『인지적 공감과 정서적 공감: 정신병리와 심리재활에의 함의』, 『재활심리연구』 제19권 제3호.
- 박재영(2013), 『개념 의료 : 왜 병원에만 가면 화가 날까』, 청년의사.
- 소병일(2014), 『공감과 공감의 윤리적 확장에 관하여-흠과 막스 셸러를 중심으로』, 『철학』, 118권.
- 손봉호(1995), 『고통 받는 인간-고통문제에 대한 철학적 성찰』, 서울대학교 출판부.
- 신명호(2002), 『조선 왕실의 의례와 생활, 궁중문화』, 돌베개.
- 에릭 J. 카셀, 강신의 역(2002), 『고통받는 환자와 인간에게서 멀어진 의사를 위하여』, 들녘.
- 에릭 시걸, 정성희·석은영 역(1990), 『닥터스 1』, 김영사.
- 우성구 외(2006), 『환자의 고통 이해를 위한 의학과 4학년들의 위내시경 검사 체험』, 『한국의학교육』 제18권 제1호.
- 유호중(2004), 『환자의 고통에 대한 의사의 정당한 태도』, 『한국의료윤리교육학회지』 제7권 제1호.
- _____(2006), 『고통에게 따지다』, 웅진지식하우스.
- 최현석(2009), 『인간의 모든 감각: 우리는 무엇을 보고 듣고 느끼고 이해하는가』, 서해문집.
- 티모시 머피, 강준호 역(2008), 『생명의학 연구윤리의 사례연구』, 서광사.
- 황임경(2010), 『질병 체험과 서사』, 『한국의철학회』 제10권.
- Decety, Jean and Yang, Chia-Yan and Cheng, Yawei(2010), "Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study" *NeuroImage* doi:10.1016/j.neuroimage.

- Dore, Clement(1984), “Does suffering serve valuable ends?” *Philosophy and Phenomenological Research*, Vol. XLV, No1.
- Halpern, Jodi (2003), “What is clinical empathy” *J GEN INTERN MED* 18.
- Haque, Omar Sultan and Waytz, Adam(2011), “Why Doctors Should Be More Empathetic--But Not Too Much More”
- Hojat, Mohammadreza et al.(2009), “The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School” *Academic Medicine*, Vol. 84, No. 9.

Abstract

It is one of the important duties of doctor to deal with well the suffering of the patient. Korean doctors have not done it well. In this paper, I investigated the doctor's desirable ways of reaction and attitude to the suffering of patient. In order to explore the ways of reaction, firstly, I clarified the meanings of the patient's suffering. And then, I examined the each way of reaction which is appropriate to each meaning. The suffering of patient can have meanings that can be judged well by doctors or patients. Or the suffering can have no meanings. Sometimes, according to the meanings, doctors should preserve the suffering or even give more suffering to the patient. And sometimes, doctors should give effort to remove aggressively the suffering. The doctors' desirable attitude to the suffering of patient was studied around the concept of "empathy". Doctors should overcome the "emotional empathy" and, instead, have "cognitive empathy". One problem is that cognitive empathy can be lacking the motivation of morality. In the case of doctors, they may find it well not in the emotional but in the cognitive.

【Keywords】 Patient, Doctor, Suffering, Empathy, Moral Motivation

논문 투고일: 2014. 8. 21

심사 완료일: 2014. 9. 26

게재 확정일: 2014. 9. 26