

공감이 의학에 끼치는 영향과 의미

정연옥*, 박용익**

I. 들어가는 말

공감의 진화는 엄마와 유아 사이의 밀착관계로부터 출발한 것으로 공감은 인류의 역사만큼이나 오랜 역사를 가지고 있다.¹⁾ 또한 공감은 현생 인류가 진화하는 데 결정적인 영향을 끼친 것으로도 알려져 있다. 왜냐하면 고등 인지 능력과 더불어 인류 발달의 추동력으로 작용했던 협력의 본질적 요소는 타자의 생각과 감정 그리고 의도와 바람을 서로 이해하고 그에 알맞게 반응할 수 있는 사회인지 능력, 즉 공감 능력이기 때문이다.²⁾ 현재에도 공감은 인간

* 주저자, 경동대학교 간호대학 간호학과, 부교수

** 교신저자, 건양대학교 의과대학 의료인문학교실, 연구전문 조교수

- 1) 이 원고를 꼼꼼히 읽으시고 건설적인 제안을 해주신 익명의 논문 심사자분들께 감사드립니다.
- 2) Robin Allot, "Evolutionary aspects of love and empathy", *Journal of social and evolutionary systems* 15(4), 1992, p. 359f.; Sarah Blaffer Hrdy, *Mothers and others: The Evolutionary origins of mutual understanding*, Cambridge et al.: Harvard University Press, 2009, p. 28; Shumon T. Hussain, *Homo empathicus. Versuch einer Evolutionären Anthropologie der Empathie. Implikationen für die anthropologische Bestimmung des modernen Menschen und das Verschwinden letzter Neandertaler*, Bonn: Verlag Dr. Rudolf Habel, 2013, p. 108.

이 건강하고 행복한 삶을 영위하는 데 필수적인 요소이다. 그 이유는 모든 인간은 자신이 긍정적으로 생각하고 있는 자아를 타자가 이해하고 인정하며 존중하고 수용하기를 바라는 인정욕구를 가지고 있기 때문이다.³⁾ 인정욕구의 본질적 요소는 공감에 추구하는 본질적 가치이기도 하다.

공감의 특징 즉, 인간의 시원과 더불어 시작된 오래된 역사를 지니고 있고 인류 진화의 핵심적인 요소이며, 인간 생존의 필수적인 요소 등으로 미루어볼 때 공감은 인간의 삶에서 분리할 수 없는 인간 존재의 본질적인 조건이다. 이와 같은 것을 근거로 인간은 공감적 존재(Homo empathicus)로 규정되기도 한다.⁴⁾ 다수의 사람들이 사회생활에서 그리고 타자와의 관계 속에서 어려움을 겪는 이유 중 하나는 타자로 부터 공감을 받지 못하거나, 타자에게 어떻게 공감을 표현해야 하는 지 그 방법을 모르기 때문일 것이다. 이와 같은 연유로 사람들은 공감 능력에 대한 지대한 관심을 가지고 있고 그 능력을 향상시키기 위해 많은 노력을 기울이고 있다. 또한 조직 차원에서도 조직의 효율적인 운영과 조직의 성과를 극대화하기 위해 조직 구성원간의 원만한 인간관계 형성이 필수적인 요소 중 하나인데, 이것은 조직 구성원 간의 공감적 상호 작용 속에서 발현될 수 있을 것이다. 이런 이유로 공감은 현재 정치, 경제, 의료, 교육, 문화 등 사회의 다양한 분야에서 효율적인 인간관계를 형성하고 유지하는 데 핵심적인 자질로 간주되고 있다.

특히 의료 분야에서 공감의 중요성을 인식하고 의료인의 공감 능력 계발을 위한 교육에 적극적이고 구체적인 조치를 도입하고 있다. 의사와 환자의 공감적 관계가 의사의 처방에 대한 순응도와 준수, 의료진과 의료기관에 대한 만족도, 의료정보의 이해와 기억, 질병에 대한 대처 능력 및 삶의 질 등과 같은 요소와 관련하여 환자에게 긍정적인 영향을 끼친다는 것은 다수의 선행 연구를 통해서 잘 알려진 사실이다.⁵⁾ 이에 대한 인식을 토대로 미국 의과대학

3) 문성훈, 『인정의 시대. 현대사회 변동과 5대 인정』, 서울: 사월의 책, 2014, p. 83.

4) Jeremy Rifkin, *The empathic civilization: the race to global consciousness in a world in crisis*, New York: the Penguin Group, 2009, p. 5; Shumon T. Hussain, 2013, p. 17-23.

협회와 미국 내과학위원회는 공감을 의학교육의 핵심적인 목표의 하나로 규정하고 의학 교육의 필수 과정으로 권고하고 있다.⁶⁾ 영국의사협회도 고등교육과정에서 공감의 중요성을 역설하고 있다. 또한 영국의 의학교육에서 전반적으로 사용하고 있는 의료면담을 위한 캠브리지-캘거리 가이드라인(The Cambridge-Calgary guideline)에서도 공감 능력은 의학교육 목표 중 하나로 중요하게 다루어지고 있다. 의학교육과 의료윤리학의 수많은 논문에서도 공감의 가치는 보편적으로 매우 높게 평가되고 있다.⁷⁾ 이러한 국제적인 의학계의 흐름에 발맞추어 한국에서도 의사-환자 관계 형성 능력과 의료인의 공감 능력 계발을 위한 교육을 의학교육 분야에 적극적으로 도입하여 실시하고 있다.

이 논문은 공감이 의학에서 가지는 의미와 영향력에 대해서 구체적으로 논의하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해서 먼저 공감 개념의 발달과정을 소개하고 의학에서 현재 논의되고 있는 공감 개념의 토대인 칼 로저스의 현대적 공감 개념에 대해서 논의할 것이다. 이어서 현대적 의미의 공감 개념이 의학에 도입된 역사와 현재 의학교육계에서 이루어지고 있는 공감에 대한 연구와 교육의 현황에 대해서 살펴볼 것이다. 또한 의학의 발달과정과 공감이 어떤 상관관계가 있는지, 그리고 공감과 관련하여 의사가 어떤 사회적 이미지와 위상을 가지고 있는지에 대해서도 논의할 것이다. 그리고 마지막으로 공감이 의사의 삶의 질과 직업 만족도에 끼치는 영향에 대해서 살펴볼 것이다.

5) Mohammadreza Hojat, *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*, Philadelphia, PA: Springer, 2016, p. 131.

6) Mohammadreza Hojat, Michael J. Vergare, Kaye Maxwell et al., "The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School", *Academic Medicine* 84(9), 2009, p. 1182.

7) Riana J. Betzler, "How to clarify the aims of empathy in medicine", *Medicine, Health Care and Philosophy* 21(4), 2018, p. 569.

II. 공감 개념의 발달사

인간은 공감적 존재라고 규정할 만큼, 공감이 인류의 진화과정과 인간의 생존 및 사회생활에서 본질적 요소임에도 불구하고 공감을 지칭하는 현대적 용어인 ‘Empathy’가 탄생한 것은 불과 130여년에 불과하다. ‘Empathy’의 근원은 1873년에 독일의 미학자 피셔가 그의 박사학위 논문에서 소개한 ‘Einfühlung(감정이입)’에서 비롯되었다.⁸⁾ 이 용어가 만들어진 이후 1900년대 초반까지만 하더라도 감정이입은 관찰의 대상인 자연의 모습이나 예술작품 그리고 사람에게 자신의 생각과 감정을 투사하는 것을 의미하였다.⁹⁾ 이러한 의미를 지닌 ‘Einfühlung’을 영국의 심리학자인 Titchener가 1909년에 영어로 번역하면서 ‘Empathy’가 처음으로 소개되었다. 그러므로 최소한 인류의 시원만큼이나 오래된 공감의 역사에 비하면 이를 지칭하는 용어는 매우 역사가 짧은 편이라고 할 수 있다.

자신의 감정과 관점을 자연이나 예술작품 또는 타인에게 투사하는 것을 의미하였던 초기의 공감 개념은 다른 사람의 생각과 감정을 존중하고 비판단적으로 수용한다는 정반대의 의미로 발전하게 되었다.¹⁰⁾ 현재 보편적으로 사용되고 있는 공감의 의미로 정립되는 과정에서 결정적인 영향을 끼친 사람은 내담자 중심의 상담 기법을 창안한 칼 로저스이다.¹¹⁾ 내담자 중심의 상담은

8) Robert Vischer, *Ueber das optische Formgefühl. Ein Beitrag zur Aesthetik*, Leipzig: Hermann Credner, 1873.

9) ‘Empathy’는 한국어로 ‘공감’ 또는 ‘감정이입’으로 번역된다. 미학과 철학 그리고 1900년대 초반까지의 심리학에서 ‘Einfühlung’ 또는 ‘Empathy’의 초기 의미가 현대적 의미와 다르기 때문에 이 논문에서는 초기의 의미는 ‘감정이입’으로 그리고 현대적 의미로는 ‘공감’으로 지칭하기로 한다.

10) Susan Lanzoni, *Empathy: A History*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2018, p. 285.

11) 내담자 중심의 상담은 1942년에 출판한 그의 책에서는 비지시적 치료(nondirective therapy)라는 개념으로(Carl Rogers, *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*, Boston; New York: Houghton Mifflin Company, 1942), 1951년도에 출판한 책에서는 내담자 중심의 상담(client centered counselling)으로(Carl Rogers, *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*, London: Constable, 1951), 그리고 1960년대 이후의 저술에서는 인간 중심 상담(person centered counselling)(Carl Rogers, *A Way of Being*,

치료자 또는 상담자가 자신의 이론이나 관점으로 환자를 치료하고 상담을 주도하던 기존의 심리치료에서 벗어나려는 시도에서 탄생하였다. 내담자 중심의 상담은 내담자의 감정이나 태도 그리고 사안을 바라보는 관점을 인정하고 수용하며 상담의 진행과정에서 내담자가 상당 부분 주도하게 한다. 이러한 내담자 중심의 상담에서 상담자가 수행하는 역할은 내담자가 드러낼 수 없었던 부분들을 드러내고, 표현하지 못했던 감정들을 표현할 수 있도록 도와주고 촉진하는 것이다.¹²⁾ 이를 위한 상담자의 의사소통 행위는 내담자가 하는 말을 경청하고 공감하며 존중하고 수용하는 것이다. 이 과정에서 치료자는 내담자를 판단하거나 평가하지 않으며 충고하거나 지시하지 않는다. 그렇기 때문에 내담자 중심의 상담은 초기에 비지시적 상담이라고 지칭되었다.¹³⁾ 상담자는 내담자 중심의 상담을 수행하기 위해 세 가지 요소가 필요하다. 첫 번째는 상담자가 자기 자신을 있는 그대로 투명하게 드러내는 진정성과 진실성 및 일치성이고, 두 번째는 상대방에 대한 수용과 배려 및 존중을 의미하는 조건 없는 긍정적 관심이며, 세 번째는 상담자가 내담자를 정확히 이해하고 있다는 사실을 내담자가 알 수 있도록 표현하는 소통 능력이다.¹⁴⁾

공감 개념과 관련하여 최근에 가장 자주 논의되는 것 중의 하나는 공감이 인지적인 것인가 또는 정서적인 것인가에 관한 것이다. 인지적 공감이란 다른 사람의 신념이나 의도 또는 감정 등과 같은 타인의 정신적 상태를 이해할 수 있는 지적 능력을 의미한다. 인지적 공감은 얼굴 표정, 목소리, 몸동작, 눈가의 표정 및 언어 표현 등에서 타자의 생각과 감정을 추론하고 이해하는 과정으로 이루어진다. 반면에 정서적 공감이란 타인의 내적 감정이나 심리적 상태를 인지하고 그에 대해서 정서적으로 반응하는 것을 의미한다. 정서적 공감은 타인의 감정에 대한 정서적 경험, 즉 공감자의 감정을 의미한다. 정서적 공감은

Boston: Houghton Mifflin, 1980)으로 명명되었다.

12) Carl Rogers, 1980, p. 4f.

13) Carl Rogers, *ibid.* p. 159.

14) Carl Rogers, *ibid.* p. 135f.

타인에 대한 관심과 염려 및 타인의 감정이 나의 감정에 우선한다는 의식을 기반으로 한다.¹⁵⁾

다수의 연구자는 인지적 공감만이 공감의 본질이며 진정한 공감인 반면, 정서적 공감은 진정한 의미의 공감이 아니라고 간주한다.¹⁶⁾ 그러나 공감의 본질적 요소는 상대방의 감정을 정확하게 이해하는 것을 넘어서, 상대방이 이해되고 수용되며 지지받고 존중받는 느낌을 갖도록 하는 것이다. 공감을 잘 하기 위해서는 무엇보다도 먼저 상대방의 감정이나 내적 상태를 정확하게 이해하는 것이 필요하다. 그러나 상담자가 타인의 감정이나 내적 상태에 대한 이해로만 끝난다면, 그 행위를 공감이라고 표현하기에는 부족함이 있다. 왜냐하면 인지적 활동은 내면적 활동이므로 상대방에 의해서 인식될 수 없기 때문이다. 상대방은 실제로 자신의 감정이 수용되고 존중되며 공유된다는 사실을 공감자의 구체적인 언어와 비언어적으로 표현되는 정서적 반응을 통해 비로소 인지할 수 있기 때문이다. 그러므로 공감자의 정서적 반응은 공감의 필수적인 요소라고 할 수 있으며, 정서적 공감은 인지적 공감에 이어져야 궁극적으로 공감이 완성되는 것이다. 인지적 공감이 공감자의 인지 과정에서 이루어지는 내적 활동이라면, 정서적 공감은 인지적 공감을 토대로 일어나는 정서적 반응이며 동시에 그러한 정서적 반응을 상대방이 인식할 수 있도록 외적으로 명증하게 드러내는 적극적인 표현 활동이라고 할 수 있다. 그렇기 때문에 공감은 양 방향적 의사소통 행위라고 할 수 있다. 이러한 이유로 인지적 공감과 정서적 공감은 상호 의존적이고 보완적으로 공감을 구성하는 요소라고 규정하는 것이 최근의 보편적인 흐름이다.¹⁷⁾

15) Peter P. Zurek, Herbert Scheithauer, "Towards a More Precise Conceptualization of Empathy: An Integrative Review of Literature on Definitions, Associated Functions, and Developmental Trajectories", *International Journal of Developmental Science* 11, 2017, p. 58; Zimri S. Yaseen, Adriana E. Foster, "What Is Empathy?", Foster Adriana E., Yaseen Zimri S. eds., *Teaching Empathy in Healthcare, Building a New Core Competency*, Cham: Springer, 2019, p. 8; Heidi L. Maibom, "Introduction to philosophy of empathy", Heidi L. Maibom ed., *The Routledge handbook of philosophy of empathy*, New York: Routledge, 2017, p. 1.

16) Zimri S. Yaseen, Adriana E. Foster, 2019, p. 7.

요약하자면 공감의 필수적인 구성요소는 타인의 관점에서 타인에 대한 정확한 이해, 진정성 있는 정서적 반응 및 정서적 반응에 대한 명시적인 표현이다. 다시 말해서 공감이 성립되기 위해서는 인지적 공감과 정서적 공감 및 의사소통 등 세 가지 구성요소가 필수적으로 필요하다고 할 수 있다.

III. 의학에서 공감 개념의 도입사

의학 분야에서 공감의 중요성에 대해 처음으로 논의하고, 아울러 ‘Empathy’를 처음으로 사용한 사람은 미국의 신경정신과 의사 Southard로 알려져 있다. 그가 1919년에 차용한 공감 개념은 자연의 모습이나 예술 작품에 자신의 생각과 감정을 투사하는 것이고 공감의 대상 속에서 자기 자신을 이해하는 것을 의미하였다.¹⁸⁾ 그러나 현재 의학 분야에서 사용하는 공감 개념은 타인의 감정과 관점을 그 사람의 입장에서 이해하고 반응한다는 의미로 보편적으로 사용하고 있기 때문에 의료인의 공감과 관련한 현대적 논의에서 Southard가 사용한 공감 개념은 큰 의미가 없는 것으로 본다.

오늘날 의학에서 도입하고 다양하게 활용되고 있는 다양한 공감의 개념은 이미 앞에서 논의한 칼 로저스의 내담자 중심의 상담 기법에서 출발한다. 칼 로저스의 내담자 중심의 상담 기법은 현대의학의 한계를 극복하기 위한 시도로 의학에 도입되었다. 칼 로저스의 내담자 중심 개념을 의학에 도입한 사람은 헝가리 출신의 의사이자 심리분석가이면서 의사와 환자 관계의 증진을 목표로 한 벨린트 그룹(Balint Group)의 창시자인 벨린트이다.¹⁹⁾ 벨린트는 의학

17) Anita TH. Nowak, “Introducing a pedagogy of empathic action as informed by social entrepreneurs”, *Ph. D. diss., McGill University*, 2011, p. 52; Peter P. Zurek, Herbert Scheithauer, 2017, p. 58.

18) Elmer E. Southard, “The empathic index in the diagnosis of mental diseases,” *Journal of abnormal psychology* 4(13), 1918, p. 199-214.

19) J. Donald Boudreau, Eric Cassell, Araham Fuks, *Physicianship and the Rebirth of Medical*

에 환자 중심 의료라는 개념을 각인하였고 현재 환자 중심적 의료가 오늘날 이루어지고 있는 의료와 의학교육의 대세로 자리매김하게 된 토대를 마련한 사람이다. 그는 당시에 의학의 주류였던 질병 중심의 의학(illness centered medicine)과 반대되는 개념으로 처음에는 전인적 의학(whole-person centered medicine)이란 용어를 도입하였으나 이를 향후에는 환자 중심적 의료(patient-orientated 또는 patient-centered medicine)라는 용어를 사용하였다. 그가 생각하는 환자 중심 의료의 특징은 의료의 초점을 질병 또는 병리학적으로 변화된 신체의 일부가 아닌 전인적 인격체인 환자에게 두는 것이고, 진단과 치료를 위한 정보의 취득과정에서 환자의 인격적 문제와 갈등 그리고 인간관계 및 신체적 질환을 통합적으로 다루는 것이다.²⁰⁾ 진단과 치료에 필요한 정보는 의료 전문가 또는 의료 기기에만 의존하는 것이 아니라 의사와 환자의 직접적인 만남과 의사소통을 통해서 환자로부터 취득하는 것이다. 양질의 정보를 취득하기 위해 의사와 환자 간의 공감적 관계를 중시하는 것 또한 환자 중심적 의료의 특징이다.²¹⁾ 초기 밸린트의 환자 중심성 개념은 질병 중심의 반대적 의미로만 사용하였으나, 점차적으로 의사 중심과 대별되는 개념으로 발전하여 환자의 주체성과 주도성이 강조되는 개념으로까지 확장되었다.²²⁾

환자 중심적 의료를 처음으로 소개한 책과 논문에는 칼 로저스의 공감 개념이 구체적으로 사용되지는 않았다.²³⁾ 하지만 밸린트가 제안한 환자 중심의

Education, Oxford: Oxford university press, 2018, p. 54.

20) 이러한 관점을 표방하는 의학의 대표적인 패러다임은 정신신체 의학(psychosomatic)이다. 정신신체 의학은 지난 수십 년간 현대의학에서 잠시 잊혀진 현상이었을 뿐 역사가 2000년이 넘는 의학의 오래된 전통을 가지고 있다. 이 의학의 패러다임은 최근 의학에서 재활성화되었으며 현대의학의 큰 흐름으로 자리 매김하고 있는데 이 과정에서 밸린트가 큰 기여를 하였다(Linford Rees, "The development of psychosomatic medicine during the past 25 years," *Journal of psychosomatic Research* 21(2), 1983, p. 157.

21) Michael Balint, Dorothea H. Ball, Mary L. Hare, "Training Medical Students in Patient-centered Medicine", *Comprehensive Psychiatry* 10(4), 1969, p. 249-258.

22) Charles L. Bardes, "Defining 'Patient-Centered Medicine'", *The New England Journal of Medicine* 366(9), 2012, p. 782.

23) Michael Balint, *The doctor, his patient and the illness*. Edinburgh et al.: Churchill

의료를 구현하기 위해서는 환자에 대한 경청과 공감이 필수적이기 때문에 내용적으로는 칼 로저스의 공감 개념이 광범위하게 반영되어 있다. 결론적으로 말하자면 칼 로저스의 공감 개념이 벨린트의 환자 중심 의료에 도입되었고 이것이 향후 현대 의학의 보완적 수단으로 자리매김 되는 데 초석이 된 것이라고 할 수 있다. 이러한 사실은 최근의 환자 중심적 의료와 관련된 논의에서 환자 중심성이 칼 로저스가 제시한 내담자 중심의 상담과 벨린트의 인간 중심 의료를 원천으로 하고 있다고 명시적으로 밝힌 데에서도 그 근거를 찾을 수 있다.²⁴⁾ 슈트어트 등은 환자 중심 의료의 특징으로 환자의 건강과 질병 그리고 질병 체험에 대한 탐구, 환자의 전인적 인간에 대한 이해, 의사와 환자의 합의점 발견, 의사와 환자 사이의 관계 증진 등을 꼽고 있는데, 특히 의사-환자 관계의 증진을 위해서 공감이 필수적이라고 인식하고 있다.²⁵⁾

IV. 의학에서 공감에 대한 연구와 교육의 현황

칼 로저스의 공감 개념을 토대로 하는 환자 중심적 의료는 현재 국내외에서 이루어지고 있는 의료와 의학교육의 주류로 자리매김 되고 있다. 환자 중심적 의료의 개념이 본격적으로 도입된 1980년도만 하더라도 이 새로운 의학의 모델은 의학의 변방으로 그리고 가벼운 학문으로 간주되고 폄훼되었지만 현재 이 개념은 여러 나라 의학교육 과정의 토대로 작용하고 있다.²⁶⁾ 이에 따라 의료계에서 공감에 대한 연구도 매우 활발하게 진행되고 있다. 한 연구

Livinstone, 1957; Balint, Ball, Hare, 1969; Enid Balint, "The possibilities of patient-centered medicine," *Journal of the Royal College of General Practitioners* 17, 1969.

24) Moira Stewart, Judith B. Brown, W. Wayne Weston et al., *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*, Third Edition, London and New York: Radcliffe Publishing, 2014, p. 30.

25) Moira Stewart, Judith B. Brown, W. Wayne Weston et al., *ibid.* p. 28.

26) Moira Stewart, Judith B. Brown, W. Wayne Weston et al., 2014, p. 23f.

에 따르면 2008년 5월부터 8월까지 영어, 독일어, 스페인어, 스웨덴, 덴마크 및 노르웨이어 등으로 기록된 의학 관련 학회지에서 의료인의 공감에 관한 논문을 검색해보면 결과 2,000편 이상의 논문이 발견되었다.²⁷⁾ 한국에서 발간되는 의학 분야(의학, 치의학, 약학, 간호학, 한의학) 저널의 서지, 초록 및 원문 데이터베이스 서비스를 제공하는 한국 의학논문 데이터베이스에서 ‘공감’을 검색(2020년 7월 17일자) 한 결과 모두 498건의 논문이 검색되었다.²⁸⁾ 그 추세를 살펴보면 공감과 관련한 논문은 1975년에 발표된 이후 1980년도에 8건, 1990년도에 46건, 2000년도에 101건, 그리고 2010년도에 342건의 논문이 출판되었다. 비록 양적으로 국외 연구 건수보다 작지만, 국내 의료보건 관련 분야에서도 공감에 대한 연구가 해를 거듭할수록 급증하고 있음을 알 수 있다.

연구뿐만 아니라 의학교육 측면에서도 의사의 공감 능력을 계발하기 위한 다양한 시도가 이루어지고 있다. 그 중에서 가장 활발하게 사용되고 있는 대표적인 교육 모델을 제시한다면 의료커뮤니케이션 교육과 서사의학이다. 의료커뮤니케이션 교육은 환자 중심성과 공감 능력의 향상을 목표로 한다. 이를 위해 현재까지 의학교육에 커다란 영향을 끼치고 있는 대표적인 저서가 1990년대에 출판되었는데²⁹⁾ 이 저서에서 공감은 환자 중심적 의료 면담과 의사-환자 관계형성에서 핵심적 요소로 간주되고 있다. 공감이 의료에서 결정적이고 본질적인 중요성을 갖는 이유는 의사가 공감을 통해서 의사-환자 관계를 원활하게 형성할 수 있고, 이를 통해서 질병 진단에 필요한 다양하고 구체적인 정보를 습득할 수 있으며, 이는 결과적으로 환자의 건강 회복에 도움이 되

27) Raida Pedersen, “Empirical research on empathy in medicine - A critical review,” *Patient Education and Counseling* 76, 2009, p. 307.

28) 한국의학논문데이터베이스, <https://www.kmbase.medic.or.kr/>(최종방문일: 2020.07.17)

29) Steven A. Cohen-Cole, *The Medical Interview: a three function approach*, St. Louis, MO: Mosby-Year Book, 1991; Suzanne Kurtz, Jonathan Silverman, Juliet Draper, *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Oxford: Radcliffe Medical Press, 1998; Debra L. Roter, Judith A. Hall, *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors*, Westport, CT.: Auburn House, 1992.

기 때문이다.³⁰⁾ 의료커뮤니케이션 교육에서 공감 능력의 향상이 핵심적인 요소로 간주되고 있는 사실은 다양한 사례에서 확인할 수 있다. 예를 들면 의료 커뮤니케이션을 위한 캘거리-캠브리지 가이드라인에서 의료면담은 시작-정보 수집-신체검사-설명과 계획세우기-종료 등 다섯 단계로 이루어진다. 이 모든 단계에서 의사는 환자가 주체적으로 참여하게 하고 적절한 언어와 비언어 의사소통을 사용하면서 환자와의 관계를 형성해야 한다. 특히 정보수집 단계에서 의사는 열린 질문을 통해서 환자가 주도적으로 이야기를 할 수 있도록 유도하고 적극적이고 공감적인 경청을 해야 한다. 더 나아가서 의사는 환자의 관점이나 느낌 그리고 요망사항을 무비판적으로 수용하고 관심과 지지의 의사를 표현해야 한다. 치료를 위한 계획세우기 단계에서도 환자의 요구사항을 적극적으로 반영하고 협의하는 공동의사결정이 권장된다.³¹⁾ 이러한 의료면담의 핵심적인 요소는 칼 로저스의 내담자 중심의 상담 기법과 공감의 개념을 토대로 하고 있음을 저자는 명시적으로 밝히고 있다.³²⁾

칼 로저스의 공감과 환자 중심성 개념을 구체적으로 적용하는 방법을 제시한 또 하나의 의학교육 방법론은 서사의학으로, 1990년대 이후 샤론(Charon)과 그린헬프(Greenhalgh) 등에 의해 미국과 영국에서 본격적으로 시작되었다.

서사의학이 시작되게 된 중요한 배경은 주류 현대의학의 한계와 문제점에 대한 인식과 관련이 있다. 기존의 주류 의학의 한계와 문제점은 생의학적 관점과 관련이 있다. 생의학적 관점은 의료에서 환자의 사회 심리적 요인의 배제, 의사의 과도한 주도성과 권한 그리고 의사와 환자 관계 형성의 문제점 및 환자 중심의 의료 적용 결여의 문제를 야기한다. 모든 임상적 판단을 최신의 임상 연구 결과를 기반으로 하고, 과학적이고 객관적인 사실만을 유일한 근거

30) Jonathan Silverman, Susanne Kurtz, Juliet Draper, *Skills for Communicating with Patients*, Third edition. Boca Raton: CRC Press, 2016, p. 137.

31) Jonathan Silverman, Susanne Kurtz, Juliet Draper, *ibid.* p. 14-29.

32) Jonathan Silverman, Susanne Kurtz, Juliet Draper, *ibid.* p. 83, 142.

로 삼는 근거 중심 의학에³³⁾ 대해 회의적이고 비판적인 시각을 가지고 있었던 그린헬프는 기존의 근거 중심 의학(evidence based medicine)에 대한 반대적 또는 보완적 개념으로서 ‘이야기 근거 의학(narrative based medicine)’이라는 용어를 창안하였다.³⁴⁾

서사의학의 목적은 환자의 질병 체험 이야기를 활용함으로써 환자의 개별성에 대한 가치를 존중하고 질병의 원인과 환자가 겪고 있는 고통을 정확하게 파악하여 환자에게 적절한 치료를 제공하는 데 있다. 이를 위해서 의사는 환자와 협력관계를 형성할 줄 알고 환자가 질병과 관련된 자신의 이야기를 자유롭게 할 수 있도록 권장한다. 환자가 이야기를 하는 동안 의사는 자신의 발언을 최대한 억제하고 환자가 이야기를 지속할 수 있도록 그의 이야기를 존중하고 집중하며 경청과 공감을 해야 한다. 환자의 이야기 속에서 의사는 발병에 영향을 끼친 환자의 사회 심리적 요소들을 발견할 수 있고 환자가 겪는 고통과 감정적인 문제를 파악할 수 있다. 환자의 질병 이야기를 통해서 한 환자를 정확히 이해하게 되면 의사는 의료적 그리고 정서적 및 전인적 차원에서 환자의 요구에 대해서 적절하게 대처할 수 있다. 서사의학은 궁극적으로 환자의 이야기 활용을 통해 의사의 경청과 공감 및 성찰 능력과 직업전문성을 신장시키는 것을 목적으로 한다. 이는 의료진이 환자의 신뢰와 존경을 회복하는 토대가 되기도 한다.³⁵⁾

한국의 의학교육 분야에서도 의과대학생의 공감 능력을 계발하기 위한 활발한 노력이 이루어지고 있다. 의과대학에서 이루어지는 공감 능력 계발 교육은 주로 의사소통 교육 교과목에서 이루어지고 있다. 2007년도에 한국의학교

33) 권상욱, 「근거중심 의학의 사상 - 의학철학의 입장에서」, 『의사학』, 13(2), 2004, 335-346쪽.

34) Trisha Greenhalgh, “Narrative based medicine in an evidence based world”, Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz ed., *Narrative based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, London: BMJ Books, 1998.

35) Rita Charon, “Narrative Medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust,” *JAMA* 286(15), 2001, p. 1897; Rita Charon, “What to do with stories. The sciences of narrative medicine,” *Canadian Family Physician* 53, 2007, p. 1265.

육평가원이 실시한 의과대학의 의료커뮤니케이션 교육에 대한 현황 조사에 따르면 의과대학에서 의료커뮤니케이션 교과목을 88% 정도 개설하고 있는 것으로 밝혀졌다.³⁶⁾ 또한 2010년도부터 의사자격 취득을 위한 국가시험에 실기 시험인 임상수행능력평가가 도입되었다. 임상수행능력평가의 세 가지 항목 가운데 하나인 의사환자관계는 12가지 기준으로 평가되는데, 이것의 핵심은 예비 의사의 공감 능력 계발과 관련이 있다. 평가 항목 가운데 공감과 직간접적으로 관련이 있는 내용은 다음과 같다.³⁷⁾

- 내 이야기를 효율적으로 물어보고 잘 들어주었다.
- 개방형/폐쇄형 질문, 호응, 확인, 경청 자세, 면담주제 협상
- 나의 생각과 배경을 효과적으로 알아냈다.
- 생각/걱정 질문, 기분/정서 표현 격려, 나의 기대 파악, 일상생활 영향 파악, 나의 입장/배경/처지 등에 관심
- 나와 좋은 유대관계를 형성하려고 했다.
- 편하게 시작, 공감과 지지, 무비판적 수용, 진정성/솔직함, 편안한 분위기, 신뢰, 자신감, 존중

이외에도 전문 직업성, 공동의사결정, 의료윤리, 의료인문학 등과 같은 새로운 개념들이 의료의 질 개선과 좋은 의사를 양성하기 위해 의학교육에 적용되고 있는데, 이러한 개념이 추구하는 가치의 밑바탕인 동시에 최종적인 목표 가운데 하나는 바로 공감이다.³⁸⁾ 현재 공감을 바탕으로 수행하는 의료 행위와 의료인의 공감 능력 계발을 위한 다각적인 활동과 노력으로 공감은 비로소 의료와 의학 교육의 기본 개념으로 자리매김 되고 있다.³⁹⁾

36) 노용균, 『의료커뮤니케이션 교육 현황: 의과대학/의학 전문대학원 중심으로』, 대한의료커뮤니케이션학회 봄철학술대회 워크숍 자료집, 2009.

37) 한국보건의료인국가시험원, <https://www.kuksiwon.or.kr/>(최종방문일: 2020.07.17)

38) Zimri S Yascen, Adriana E. Abraham Foster, 2019, p. 4.

39) J. Donald Boudreau, Eric Cassell, Abraham Fuks, 2018, p. 51.

V. 공감과 의학 패러다임 그리고 의료인의 사회적 위상과 삶의 질

의료에 공감이 도입되면서 의료인의 공감 능력을 향상시키고자 하는 모든 노력은 단순히 기존에 의료인이 갖추고 있는 자질에 추가적인 자질 하나를 추가하는 것이 아니라, 의료인과 환자의 정체성과 상호 관계 그리고 의료와 질병 등에 대한 관점과 패러다임 전체를 변화시키는 데 영향을 끼쳤다. 의학은 공감과 상호 관련성을 맺고 영향을 끼치면서 지금까지 발달해왔다. 19세기 이후 의학의 패러다임은 공감과 의료의 상호 관련성의 유형에 따라 근대 의학, 현대 의학, 포스트모던 의학으로 분류할 수 있다.⁴⁰⁾

19세기부터 2차 세계대전 종전 이전까지의 근대 의학은 병리학과 미생물학의 발달 그리고 청진기와 현미경의 개발 및 도입으로 질병에 대한 과학적인 진단과 질병의 진행과정에 대해 예측을 할 수 있게 되었다. 의학은 혀나 소변 그리고 맥박 등에서 드러나는 증상을 통해 진단을 하던 전통 의학의 한계를 극복하고 과학을 토대로 하는 근대 의학으로 발전하였다. 근대 의학은 인간에게 큰 영향을 끼쳤던 여러 질병을 인류 역사상 처음으로 성공적으로 진단할 수 있었다는 점에서 큰 의미가 있다.⁴¹⁾ 의사는 근대 의학 이전에서는 낮은 신분이었다. 그러나 19세기 말 이후 의학이 과학적 토대를 근거로 질병을 정확하게 진단할 수 있게 되면서 의사는 반신(半神)과 같은 이미지와 환자에 대한 제한 없는 권위와 신망을 누리게 되었다.⁴²⁾

그러나 의사가 특권적으로 누리던 권위는 질병에 대한 이해와 진단 능력에서 비롯된 것일 뿐 환자의 질병 치료 능력이 개선된 데서 주어진 것은 아니었다. 그 당시만 하더라도 질병은 치료할 수 있는 수단이 매우 제한적이었기 때문에 의사는 환자를 치료하기 위해서 자신의 인격과 환자에 대한 깊은 관심

40) 근대 의학 이전의 의학은 흔히 전통 의학으로 불린다.

41) Edward Shorter, "The history of the doctor-patient relationship", William F. Bynum, Roy Porter eds., *Companion encyclopedia of the history of medicine*, Volume 1 & 2, London, New York: Routledge 1993, p. 788f.

42) Edward Shorter, *ibid.* p. 790.

및 걱정에서 나오는 치유력, 즉 의사와 환자 관계의 심리적 요인을 활용할 수 밖에 없었다. 이를 위해 의사는 질병의 진단과 치료를 위해 환자의 개인적인 경험과 그가 처한 사회적 환경 및 가족 관계 등을 파악하고 환자가 스스로 치유할 수 있도록 격려하는 등 환자를 전인적 인격체로 다루었다.⁴³⁾ 또한 이 시기의 의사는 대부분 일반의였고, 의료 행위는 병원이 아닌 환자의 가정에서 이루어지는 왕진의 경우가 더 많았다. 그렇기 때문에 의사는 환자뿐만 아니라 그의 가족과 가족의 내력에 대해서도 잘 알고 있었으며 대대로 가족 전체의 치료를 담당하는 가정의였다. 가족을 방문하는 의사는 환자의 가족들로부터 환대를 받았고 그들과 매우 친밀한 관계를 유지했다. 또한 의사는 그들이 속한 공동체와 밀접하게 연결되어 있었고 공동체 구성원들로부터 높은 평판을 받았다. 그 당시 의사와 환자 그리고 공동체 사이에는 거리감이 거의 없었다. 그 당시 의사는 이웃이고 연인이었으며 친구였다.⁴⁴⁾

근대 의학을 넘어서 현대 의학이 발달하게 된 결정적인 시기와 계기는 1930년대 설파제 발견과 1940년대 페니실린이 발견된 제 2차 세계대전 이후이다.⁴⁵⁾ 의사는 이러한 새로운 물질의 도움으로 그 이전에는 치료할 수 없었던 다양한 질병을 인류 역사상 처음으로 치료하거나 완화할 수 있었고, 세균성 질환으로 인한 사망률을 대폭 감소시킬 수 있었다.⁴⁶⁾ 치료제의 혁명을 통해 이전과는 달리 획기적으로 환자를 치료할 수 있게 된 의학은 생화학, 미생물학, 약리학, 면역학 및 유전학 등을 위주로 하는 자연과학의 학문으로 발전하였고, 질병은 신체 조직 일부의 훼손 또는 기능적 문제로 간주되기 시작하였다. 그렇기 때문에 의학은 사람이 아니라 손상된 신체 조직이나 기관을 치료하는 것이라는 관점을 가지게 되었고 치료제에 크게 의존하게 되었다. 새로

43) Edward Shorter, *ibid.* p. 790.

44) David J. Rothman, *Strangers at the bedside. A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*, Second paperback edition, New York: Aldine de Gruyter, 2003, p. 112-121.

45) Debra L. Roter, Judith A. Hall, 1992, p. 4.

46) Edward Shorter, 1993, p. 792.

은 치료제의 발명을 통해서 제 2차 세계대전 이후의 현대 의학은 생의학 모델로 발전하였다.⁴⁷⁾

생의학이 신체 조직과 기관 및 치료제에 초점을 맞추게 되면서 환자는 의학의 주관심사에서 벗어나게 되었고, 환자의 질병체험에 대한 관심 또한 줄어들게 되었다. 환자는 생의학적 모델이 주류를 이루는 의학에서 소외되었고 전인적 인격체로서 존중받지 못하게 되었다. 또한 환자의 심리나 정서 그리고 그가 처한 사회적 환경 등과 그런 모든 것을 포괄하는 환자의 질병체험에 대한 관심도 현격히 줄어들게 되었다. 그렇게 됨으로써 전통 의학과 근대 의학에서 큰 부분을 차지하였던 환자는 전인적 인격체라는 관념과 진단과 치료의 중요한 수단이었던 의사와 환자 사이의 관계 및 의사소통도 도외시하게 되었다.⁴⁸⁾ 이 과정에서 의사는 전문 의료지식을 바탕으로 하는 권위자로서 치료를 결정하고 환자에 대한 절대적인 주도권을 행사하게 된 반면에, 환자는 수동적이고 순응적인 존재로 자리매김하게 되었다. 이러한 의사와 환자의 관계를 가부장적 의료 모델이라고 하는데, 생의학적 의료의 특성으로 인해서 생겨난 결과라고 할 수 있다. 현대 의학의 패러다임을 통해서 의사는 환자와 관계를 형성하는 능력을 점차 상실하게 되었고 환자와의 의사소통에 대한 관심도 갖지 않게 되었다. 이러한 현상은 일반의가 주류였던 의학이 제 2차 세계대전 이후 개별적인 진료 분과로 세분화되면서 더욱 더 심화되었다.⁴⁹⁾

환자는 생의학적 의료를 수행하는 의사에 대해 사무적이고 냉랭하며 무관심한 태도를 느끼게 되었다. 또한 환자는 자신이 하고 싶은 말을 제대로 하지 못하고, 하더라도 경청되거나 공감 받지 못하며, 의사로 부터 듣고 싶은 이야기도 충분히 듣지 못한다는 느낌을 갖게 되었다. 환자는 의사에 대해 분노와 거리두기 및 불신으로 반응하게 되었고, 의사에 대한 환자의 순응도 또한 낮아졌으며, 과학적 근거가 다소 부족한 대체 의학을 찾는 환자도 적지 않게 되

47) Edward Shorter, *ibid.* p. 792.; Debra L. Roter, Judith A. Hall, 1992, p. 4.

48) Edward Shorter, 1993, p. 793.

49) David J. Rothman, 2003, p. 128; Riana J. Betzler, 2018, p. 573.

었다. 이는 근대 의학에서 의사가 ‘반신’으로 여겨질 만큼 환자로부터 받았던 신뢰와 권위, 존중과 사랑이 축소되고, 의사와 환자 간 경계가 명확히 구분되며, 둘 사이의 관계가 소원해지고 멀어지는 원인으로 작용하였다. 의학이 과거에 치료하지 못했던 다양한 질병에 대해 치료의 가능성을 확장한 승리의 시점에 의사가 환자로부터 찬사를 받는 대신 분노와 불만의 소리를 들어야 하는 것은 현대 의학의 역설이기도 하다.⁵⁰⁾ 뿐만 아니라 의사는 환자의 불편감과 불만 그리고 분노와 불신 및 원만하지 않은 의사와 환자 관계로 인해 상처를 받고 직업만족도 또한 하락하게 되었다.

1989년에 발표된 미국의 한 연구에서 열 명 중 네 명의 의사는 다시 태어난다면 의사가 되고 싶지 않다고 하였고, 그 네 명 중의 한 명은 곧바로 의사 직을 포기하고 싶다는 의향을 밝힌 것으로 알려졌다.⁵¹⁾ 또 다른 연구에 의하면, 의사의 자살률은 일반인보다 두 배 높고, 젊은 의사의 사망 원인의 26%가 자살로 밝혀졌다. 자살한 의료인에 대한 심리부검 결과 그들은 비교집단에 비해 친구와 지인이 적고 정서적 지원을 덜 주고받은 것으로 나타났다. 또한 의료인의 이혼율도 일반인보다 10-20% 더 높고, 지속하고 있는 결혼 생활도 만족도가 낮은 것으로 밝혀졌다.⁵²⁾

의사와 환자 사이의 멀어진 관계와 상호 불신과 불만에 대한 반작용 그리고 하락한 의사의 직업 만족도에 대한 자성으로 의학에서 질병과 관련된 사회 심리적 요인에 대한 관심과 존중 그리고 의사와 환자 사이의 관계 재설정 및 공감의 중요성에 대한 목소리가 나오기 시작하였다.⁵³⁾ 이는 현대 의학에서 소외되었던 인간이 전인적 인격체로서 그리고 절대성을 지닌 개별자로서 존중되고 배려되어야 한다는 것을 의미한다. 또한 보다 나은 진단과 치료를 위해 환자의 사회 심리적 요인, 특히 환자의 감정이 의료에 반영되어야 하고 환자

50) Edward Shorter, 1993, p. 792-795; David J. Rothman, 2003, p. 127.

51) Edward Shorter, 1993, p. 795.

52) Merry Miller, Ramsey McGowen, “The painful truth: Physicians are not invincible,” *Southern medical journal* 93, 2000, p. 967f.

53) Riana J. Betzler, 2018, p. 573.

와 의사의 만족도 제고를 위해 둘 사이의 관계가 권력적이고 일방적인 것에서 평등하고 상호 협력적이며 호혜적 관계로 전환되어야 한다는 것을 의미한다. 특히 주관적인 질병체험에 대한 환자의 전문성을 인정하고 의료에 반영함으로써 의사의 과학적이고 객관적인 의료 전문지식을 토대로 한 의사의 과도한 주도성의 한계를 넘고자 하는 것도 의료가 새롭게 구현하고자 하는 가치였다.

이러한 의학의 새로운 움직임은 지금까지 논의한 의료 내재적인 요소에 의해서만 나타난 것이 아니라 개인의 자유와 평등을 추구하는 새로운 정치 사회적 흐름에 의해서도 영향을 받았다.⁵⁴⁾ 현대 의학의 한계를 극복하고 보다 비권위적이며 평등하고 상호 호혜적이며 전인적인 의료를 구현하고자 하는 새로운 의료의 패러다임을 이 연구에서는 1960년대 이후 사회 문화의 전반에 큰 영향을 끼쳤던 포스트모더니즘의 개념을 빌려서 포스트모던 의학이라고 부르하고자 한다. 그 이유는 현대 의학의 한계를 극복하고자 하는 시도와 원칙이 많은 부분 삶과 의식 그리고 문화에 대한 새로운 패러다임이었던 포스트모더니즘에 의해서도 의학이 큰 영향을 받았고, 이 두 개념이 지향하는 내용과 가치가 대부분 일치하기 때문이다.

포스트모더니즘의 개념은 매우 광범위하게 이해되고 있어서 하나의 정의로 규정될 수 없지만 세 개의 핵심 개념(다원주의, 해체주의, 반이성주의)으로 설명할 수 있다. 포스트모더니즘의 첫 번째이자 핵심적 특성은 다원주의라고 할 수 있다.⁵⁵⁾ 다원주의는 진리와 정의, 가치, 권력의 획일성과 절대성, 독점성을 부정하고 그것의 다양성과 차이 및 각각의 고유성과 이질성을 존중하는 관점을 의미한다. 포스트모더니즘에서 개별성과 차이에 대한 존중은 기존에 중시되었던 객관성보다는 개별자의 주관성이 존중되는 것과 연결된다. 다원주의는 필연적으로 포스트모더니즘의 두 번째 특성인 해체주의로 이어진다. 해체주의는 기존의 절대적인 것으로 간주되었던 가치와 정의 그리고 진리와 권력을 부정하는 것을 의미한다. 진리와 정의 그리고 가치와 정의는 단수로

54) J. Donald Boudreau, Eric Cassell, Abraham Fuks, 2018, p. 52.

55) Wolfgang Iser, *Unsere postmoderne Moderne*. 7. Aufl., Berlin: Akademie Verlag, 2008.

서 그리고 전체로서 존재하는 것이 아니고 오직 복수로서 그리고 부분으로서 존재하는 것이다. 포스트모더니즘의 세 번째 특성은 합리주의(이성주의)에서 인간과 자연에 대한 객관적 진리를 추구하고 이를 오로지 이성에 의해서만 찾으려고 하였던 관념에서 벗어나 인간의 감성과 감각을 중시하는 반이성주의이다.⁵⁶⁾

포스트모던 의학은 포스트모더니즘의 다원주의와 해체주의의 원리에 따라서 질병 발견과 치료에 의사의 의학적 지식과 환자의 사회 심리적 지식을 활용하고 의사에게 과도하게 주어진 권력과 주도성을 지양하며, 평등하고 상호 존중적인 의사-환자 관계로 전환하고자 노력한다. 또한 탈 이성주의 원리에 따라서 포스트모던 의학은 환자의 감정을 중시하고 존중하며, 상호 호혜적이고 공감적인 의사-환자 관계를 지향한다.

포스트모던 의학은 생의학 모델이 중심이 되는 현대 의학을 대체하는 대안적 의료 패러다임이 아니다. 그동안 현대의학이 이룩한 질병의 진단과 치료에 대한 과학적 지식과 성과는 대체될 수 없다. 포스트모던 의학은 주로 질병 관과 의사와 환자 관계와 관련된 현대 의학의 문제점과 한계를 극복하고 개선하고자 하는 보완적 의료 패러다임이다. 그러므로 현대 의학과 포스트모던 의학은 동시대에 병존하는 의학의 두 패러다임이라고 할 수 있다.

VI. 맺는말

공감은 인류의 시원과 더불어 시작되었고 현재의 인류로 발달하는 데 지대한 영향을 끼쳤다. 또한 공감은 사회적 존재인 인간의 일상적 삶과 존재 자체를 가능하게 하는 매우 중요한 요소이기도 하다. 왜냐하면 사회적 존재인 인간은 타인과의 상호 작용 과정에서 끊임없이 자신이 지향하고 믿고 있는

56) 장성민, 「근대과학적 합리주의 비판」, 『철학논총』 46(4), 2006, p. 370.; 권의섭, 「포스트모던 시대 인성교육의 방향과 실천」, 『철학논총』 87, 2017, p. 67.

자아 정체성을 표방하고 타자로부터 이해되고 존중되며 수용되기를 바라는 공감 욕구를 가지고 있기 때문이다. 이러한 공감 욕구가 충족되어야 인간은 행복한 삶을 살 수 있고 존재 자체가 가능하다. 이렇게 볼 때 공감은 일상적 삶 속에서 분리할 수 없는 본질적이고 존재론적인 인간의 속성이다. 의사와 환자도 의료라는 제도적 역할 수행자 이전에 인간이므로 그러한 인간의 본질적 속성에서 벗어날 수 없다. 이는 의사나 환자 모두 인정과 공감이 필요한 원초적 이유이며, 동시에 공감의 의료적 이익에 대한 논의에 앞서서 보편적으로 인식되어야 할 사실이기도 하다.

그러나 의료계에서는 감정의 배제와 환자와의 거리두기가 오랜 관행이었고 의료 수행의 규범이자 표준으로 자리매김 되었다. 그에 대한 대표적인 이유는 첫 번째, 질병을 신체의 조직이나 기관의 이상 현상으로 바라보는 현대 의학의 생의학적 패러다임으로 인해서 환자의 감정에 대해 반드시 알아야 할 필요도 없고 환자와의 관계 설정도 필요 없다는 인식 때문이었다. 두 번째, 의사가 환자를 정서적으로 대하게 되면 감정에 치우치게 되고 환자와 정서적으로 동화되어서 의료적 객관성을 상실할 것이라는 두려움 때문이었다. 세 번째, 모든 환자에게 공감하게 되면 정서적으로 압도되고 정서적 소진이 올 것이라는 염려 때문이었다.⁵⁷⁾

공감에 대한 의료계의 그러한 우려와 경계의 시각을 반박할 수 있는 요소는 세 가지로 제시할 수 있다. 첫째, 환자는 의료기관에 질병뿐만 아니라 그와 관련된 다양한 정신적, 정서적 고통도 함께 가지고 오기 때문에 의료에서 환자의 감정을 살피고 적절하게 대처해야 하는 것은 필수적이다. 또한 질환의 발병과 치료는 환자의 사회 심리적 요인과 깊고 직접적인 관련이 있기 때문에 정확하고 객관적인 진단과 치료를 위해서는 환자에 대한 사회 심리적 정보가 매우 중요하다. 둘째, 이 연구의 토대가 되는 칼 로저스의 공감 개념에 따르면 공감은 환자의 감정을 환자의 관점에서 정확하게 이해하고 그의 감정을 수용

57) Eve Ekman, Michael Krasner, "Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges," *Medical Teacher* 466-187X, 2016, p. 1.; Riana J. Betzler, 2018, p. 573.

하는 것이다. 하지만 이 과정에서 ‘상대방이 되어서’가 아니라 ‘마치 상대방이 된 것처럼’이란 인식을 가져야 하는 것이다. 다시 말해서 공감은 공감자와 상대방이 동화되는 것이 아니라 둘 사이의 명확한 경계가 있는 상태에서 일어나는 것이다. 그러므로 공감으로 인해서 의학적이고 과학적인 객관성을 잃을 염려는 없다. 셋째, 공감이 감정적 소진을 초래할 것이라는 우려는 공감은 언제나 상호 호혜적으로 발생한다는 사실을 간과한 데서 발생한 염려로 보인다. 공감의 상호 호혜성이란 상대방을 공감하게 되면 그로부터 보상과 대가로 공감을 받게 되는 것을 의미한다. 그러므로 공감의 결과는 소진이 아니라 공감을 받는 긍정적인 경험이고 이는 더 많은 공감을 할 수 있는 힘으로 작용할 가능성이 크다.

의료인은 많은 특권과 사회적 신망을 받기도 하지만 반대로 인간의 건강과 생명을 다루는 데 대한 중대한 책임감을 동반하고 일상생활에도 일정한 제약이 있는 힘든 업무를 수행하는 직업군이다. 이로 인해서 의사는 많은 스트레스와 소진을 겪고 있고 이는 자살이나 이혼 등과 같은 여러 문제의 원인으로 작용하기도 한다. 많은 스트레스와 소진을 겪는 의사는 많은 경우 환자나 가족 또는 친구 및 친지 등과 공감적 인간관계를 맺지 못하는 것으로 밝혀졌다. 그러므로 환자 및 타인과의 원만한 인간관계와 이를 위한 공감은 의료인의 스트레스, 소진, 사회생활의 어려움 및 자살 등과 같은 사회 심리적인 문제를 막아주는 완충 장치로써 그리고 치유의 수단으로 작용할 수 있다.⁵⁸⁾ 그 이유는 모든 다른 인간과 마찬가지로 의사도 행복한 삶과 생존의 원천이며 필수 조건인 공감 욕구를 충족시켜줄 수 있는 타인과의 원만한 인간관계와 공감이 필요한 존재이기 때문이다. 의사는 상호주의와 상호 호혜성의 원리에 따라 환자와 타자를 공감함으로써 자신의 공감 욕구를 충족할 수 있다. 그러므로 타인에 대한 인정과 욕구는 자신을 희생하거나 헌신하는 것이 아니라 결과적으로 자신에게 이익이 되는 자利적(自利的) 행동이다. 의사는 우리 사

58) Hojat, 2016, p. 131.

회에서 없어서는 안 되는 매우 소중한 인적자원이고 공동체의 구성원으로서 높은 직업 만족도와 질 높은 삶이 보상으로 주어져야 마땅하다.⁵⁹⁾ 이를 위해서 필요한 중요한 조건 중에 하나는 환자와 타인으로 부터의 존중과 공감이다. 이것이 역설적으로 의사가 공감 능력을 가져야 하는 이유이다.

【주제어】 공감, 의사-환자 관계, 의료인문학, 의학 패러다임, 의학교육

59) Miller, McGowen, 2000, p. 972.

[참고문헌]

- 권상옥, 「근거중심 의학의 사상- 의학철학의 입장에서」, 『의사학』 13(2), 2004.
- 권의섭, 「포스트모던 시대 인성교육의 방향과 실천」, 『철학논총』 87, 2017.
- 노용균, 『의료커뮤니케이션 교육 현황: 의과대학/의학 전문대학원 중심으로』, 대한의료커뮤니케이션학회 봄철학술대회 워크숍 자료집, 2009.
- 로저스 칼, 『사람-중심의 상담』, 오제는 역, 서울: 학지사, 2007.
- 문성훈, 『인정의 시대. 현대사회 변동과 5대 인정』, 서울: 사월의 책, 2014.
- 박용익, 「의사소통 교육은 무엇을 목표로 해야 하는가?」, 『人文科學』 107, 2016.
- 송현아, 「하이데거 철학에서 대화의 본질」, 『人文科學』 119, 2020.
- 이윤미, 「건강을 위한 철학실천으로서의 대화」, 『人文科學』 118, 2020.
- 장성민, 「근대 과학적 합리주의 비판」, 『철학논총』 46(4), 2006.
- 한국보건의료인국가시험원, <https://www.kuksiwon.or.kr/>(최종방문일: 2020.07.17)
- 한국의학논문데이터베이스, <https://www.kmbase.medic.or.kr/>(최종방문일: 2020.07.17)
- Allot, Robin, “Evolutionary aspects of love and empathy”, *Journal of social and evolutionary systems* 15(4), 1992.
- Balint, Enid, “The possibilities of patient-centered medicine”, *Journal of the Royal College of General Practitioners* 17, 1969.
- Balint, Michael, *The doctor, his patient and the illness*. Edinburgh et al.: Churchill Livionstone, 1957.
- Balint, Michael, Ball, Dorothea H., Hare, Mary L., “Training Medical Students in Patient-centered Medicine”, *Comprehensive Psychiatry* 10(4), 1969.
- Bardes, Charles L., “Defining ‘Patient-Centered Medicine’”, *The New England Journal of Medicine* 366(9), 2012.
- Betzler, Riana J., “How to clarify the aims of empathy in medicine”, *Medicine, Health Care and Philosophy* 2(4), 2018.
- Boudreau, J. Donald, Cassell, Eric, Fuks, Abraham, *Physicianship and the Rebirth of Medical Education*, Oxford: Oxford university press, 2018.
- Charon, Rita, “Narrative Medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust”, *JAMA* 286(15), 2001.
- Charon, Rita, “What to do with stories. The sciences of narrative medicine”, *Canadian Family Physician* 53, 2007.
- Charon, Rita, “The art of medicine. Narrative evidence based medicine”, *The Lancet*

371(9609), 2008.

- Cohen-Cole, Steven A., *The Medical Interview: a three function approach*, St. Louis, MO: Mosby-Year Book, 1991.
- Ekman, Eve, Krasner, Michael, “Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges”, *Medical Teacher* 466(187X), 2016.
- Greenhalgh, Trisha, “Narrative based medicine in an evidence based world”, Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz ed., *Narrative based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, London: BMJ Books, 1998.
- Hojat, Mohammadreza, *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*, Philadelphia, PA: Springer, 2016.
- Hojat, Mohammadreza, Michael J. Vergare, Kaye Maxwell, George Brainard, Steven K. Herrine, Gerald A. Isenberg, Jon Veloski, Joseph S. Gonnella, “The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School,” *Academic Medicine* 84(9), 2009.
- Hrdy, Sarah Blaffer, *Mothers and others: The Evolutionary origins of mutual understanding*, Cambridge et al.: Harvard University Press, 2009.
- Hussain, Shumon T., *Homo empathicus. Versuch einer Evolutionären Anthropologie der Empathie. Implikationen für die anthropologische Bestimmung des modernen Menschen und das Verschwinden letzter Neandertaler*, Bonn: Verlag Dr. Rudolf Habel, 2013.
- Kurtz, Suzanne, Silverman, Jonathan, Draper, Juliet, *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Oxford: Radcliffe Medical Press, 1998.
- Lanzoni, Susan, *Empathy. A History*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2018.
- Maibom, Heidi L., “Introduction to philosophy of empathy”, Heidi L. Maibom ed., *The Routledge handbook of philosophy of empathy*, New York: Routledge, 2017.
- Miller, Merry, MCGowen, Ramsey, “The painful truth: Physicians are not invincible”, *Southern medical journal* 93, 2000.
- Nowak, Anita TH., “Introducing a pedagogy of empathic action as informed by social entrepreneurs”, *Ph. D. diss., McGill University*, 2011.
- Pedersen, Raida, “Empirical research on empathy in medicine-A critical review”, *Patient Education and Counseling* 76, 2009.
- Rees, Linford, “The development of psychosomatic medicine during the past 25 years”, *Journal of psychosomatic Research* 21(2), 1983.

- Rifkin, Jeremy, *The empathic civilization: the race to global consciousness in a world in crisis*, New York: the Penguin Group, 2009.
- Rogers, Carl, *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*, Boston; New York: Houghton Mifflin Company, 1942.
- Rogers, Carl, *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*, London: Constable, 1951.
- Rogers, Carl, “A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework”, Sigmund Koch ed., *Psychology, a study of science: Foundations of the person and the social context*, New York: McGraw-Hill, 1959.
- Rogers, Carl, “Empathic: An Unappreciated Way of Being”, *The Counseling Psychologist* 5(2), 1975.
- Rogers, Carl, *A Way of Being*, Boston: Houghton Mifflin, 1980.
- Roter, Debra L., Hall, Judith A, *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors*, Westport, CT.: Auburn House, 1992.
- Rothman, David J., *Strangers at the bedside. A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*, Second paperback edition, New York: Aldine de Gruyter, 2003.
- Shorter, Edward, “The history of the doctor-patient relationship”, William F. Bynum, Roy Porter eds., *Companion encyclopedia of the history of medicine*, Volume 1 & 2, London, New York: Routledge, 1993.
- Silverman, Jonathan, Kurtz, Susanne, Draper, Juliet, *Skills for Communicating with Patients*, Third edition. Boca Raton: CRC Press, 2016.
- Southard, Elmer E., “The empathic index in the diagnosis of mental diseases”, *Journal of abnormal psychology* 4(13), 1918.
- Stewart, Moira, Brown, Judith B., Weston, W. Wayne et al., *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*, Third Edition, London and New York: Radcliffe Publishing, 2014.
- Titchener, Edward B., *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes*, New York: MacMillan Co., 1909.
- Vischer, Robert, *Ueber das optische Formgefühl*, Ein Beitrag zur Aesthetik, Leipzig: Hermann Credner, 1873.
- Welsch, Wolfgang, *Unsere postmoderne Moderne*. 7. Aufl., Berlin: Akademie Verlag,

2008.

Yaseen, Zimri S., Foster, Adriana E., “What Is Empathy?”, Adriana E. Foster, Zimri S. Yaseen eds., *Teaching Empathy in Healthcare, Building a New Core Competency*, Cham: Springer, 2019.

Zurek, Peter P., Scheithauer, Herbert, “Towards a More Precise Conceptualization of Empathy: An Integrative Review of Literature on Definitions, Associated Functions, and Developmental Trajectories”, *International Journal of Developmental Science* 11, 2017.

[국문초록]

Empathy는 130년 전 독일 철학에서 각인된 독일어 "Einfühlung"의 영어 번역어로서 1909년에 만들어진 개념이다. "Einfühlung"은 원래 예술 작품이나 자연의 형태에 관찰자의 감정이나 생각을 투사하는 것을 의미하였다. 그러나 심리학자 칼 로저스의 개념을 토대로 하고 현재 보편적으로 널리 사용되고 있는 공감의 개념은 원래의 의미와 완전히 다르게 타자의 관점에서 타자의 생각이나 감정을 이해하고 존중하며 수용하는 것을 의미한다.

의학에 공감 개념을 본격적으로 도입한 사람은 헝가리 출신의 의사이자 정신 분석가인 벨린트로 알려져 있다. 그는 1950년대에 공감을 토대로 하는 칼 로저스의 고객 중심 상담 개념에 착안하여 '환자 중심 의학'의 개념을 창안하였다. 그 이후 공감은 의학에서 활발히 연구되고 교육되고 있다.

공감은 의학의 발달사와 직접적인 상호 관련성을 가지고 있다. 질병에 대한 과학적 진단이 이루어졌지만 특별한 약물이나 치료 수단이 없었던 근대 의학에서 의사들은 치료 수단으로 환자와의 친밀하고 공감적인 관계를 활용하였다. 그럼으로써 그들은 환자의 환대와 존경을 받았다. 제 2차 세계 대전 이후 본격적으로 시작된 현대 의학은 질병이 신체 조직 일부의 훼손 또는 기능적 장애라고 여기는 생의학적 모델로 발전하였다. 또한 현대 의학은 새로 개발된 치료제와 의료기기를 통해서 이전에는 치료할 수 없었던 다양한 질병을 치료할 수 있었다. 하지만 현대 의학이 전적으로 자연과학적 지식과 치료제 및 기술에 의존함으로써 전인적 인격체로서의 환자와 그들의 감정이 무시되었다. 이에 대해서 환자들은 의료인에 대해서 분노와 불신 그리고 낮은 순응도와 반감으로 반응하였다. 이 과정에서 의사의 직업 만족도와 삶의 질이 현저히 낮아지게 되었다. 이와 같은 현대 의학의 한계와 문제점에 대한 반작용으로 포스트모던 의학이 도입되었다. 포스트모던 의학에서는 환자에 대한 전인적 관념과 질병의 진단과 치료와 관련된 사회 심리적 요인 및 의사와 환자 간의 친밀하고 공감적 관계의 중요성이 강조된다.

인간은 사회적 존재로서 타인으로부터 이해되고 존중되며 수용되기를 바라는 인정과 공감의 욕구를 가지고 있다. 인간은 그러한 인정과 공감의 욕구가 충족될 때야 비로소 안정적으로 존재할 수 있고 행복하게 살 수 있다. 의사도 직업 만족

도와 삶의 질을 위해서 특히 환자로부터의 인정과 공감을 받는 것이 매우 중요하다. 공감은 상호 호혜성의 원리를 기반으로 이루어진다. 다시 말해서 타자로부터의 공감은 타자에 대한 공감의 보상으로 이루어지는 것이다. 이것이 의사가 공감 능력을 가져야하는 이유이다.

[Abstract]

The Meaning and Influence of Empathy in Medicine

Jeoung, Yeonok (Kyungdong University, Department of Nursing)

Bak, Yongik (Konyang University, Department of Medical Humanities)

The term "empathy" is the English translation of the German word "Einfühlung", coined in German philosophy 130 years ago. *Einfühlung* originally meant projecting the feelings or thoughts of the observer into the object like a work of art or shape in nature being observed. However, the concept of empathy, which is currently widely used, has developed a completely different meaning. The modern concept of empathy, based on the views of Carl Rogers, means understanding, respecting, and accepting others' thoughts or feelings from their point of view.

It was Balint who introduced Carl Rogers' concept of "client-centered counselling derived from empathy" into medicine in the 1950s. He first introduced the term "holistic medicine," as opposed to the contemporary trend of medicine, "disease-centered medicine." Since then, empathy has been actively studied and taught in medical education.

The paradigms of medicine after the nineteenth century can be classified into modern medicine, contemporary medicine, and postmodern medicine. Such paradigms reflect the mutual relevance between empathy and medical care. In the era of modern medicine, in which a scientific diagnosis of the disease was made but there were no special medications, physicians used an intimate and empathetic relationship with the patients as a means of treatment. They were welcomed and respected by their patients. After the end of World War II, during the era of contemporary medicine, the dramatic scientific and technological developments in medicine led to the paradigm of biomedicine. In contemporary medicine, due to the heavy reliance on science and medications, patients' personhood and emotions came to be ignored, and the more patients depended on their physicians, the more they felt resentment and mistrust toward their caregivers. At the moment of the victory of medicine, physicians were criticized and scorned rather than respected, appreciated, or praised by their patients.

Postmodern medicine began with the recognition of the limitations of biomedical science and the mutual distrust and dissatisfaction between patients and doctors. In postmodern medicine, the importance of empathy between physicians and patients, as well as socio-psychological factors related to diseases are emphasized.

Humans, as social beings, have a constant desire for empathy. We want to be understood, respected, and accepted by others. Empathy is reciprocal. In other words, as the prerequisite and reward for empathy is empathy, physicians should have the ability to empathize.

【Keywords】 Empathy, Physician–Patient Relation, Medical History, Medical Paradigm, Medical Education

논문투고일: 2020.10.28 / 논문심사일: 2020.11.19 / 게재확정일: 2020.12.22.

【저자연락처】 bakyi@konyang.ac.kr