

정신과에 의뢰된 내과계 환자들에 대한 치료적 접근 - 환자에 대한 평가와 이해 -

이 정 호* · 이 기 철*

Therapeutic Approaches to the Patients Who Were Referred for Psychiatric Consultation from Medical Departments - Focused on Evaluation and Understanding -

Jung-Ho Lee, M.D.,* Gi-Chul Lee, M.D.*

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine 1(1) : 75-80, 1993* —

To understand and evaluate the patients who were referred for psychiatric consultation from medical departments, the authors reviewed the concept of disease, psychological reaction to disease, problems on psychiatric diagnosis and evaluation which were encountered at the medical ward. In addition, we reviewed what psychiatrists should do during consultation.

KEY WORDS : Consultation psychiatry · Medical ward.

서 론

서구의 현대의학은 정신과 신체를 양분하여 질병에 대한 접근방법에 있어 이원론적이고, 치료가 있어서 이런 문제를 가장 절실히 느끼는 분야가 정신과로서 특히, 자문의뢰된 타과환자를 접하게 되는 경우가 아닌가 생각된다. 이에 저자는 내과계에서 자문의뢰된 환자를 접하게 되는 경우, 질병에 대한 이해, 질병에 대한 심리적인 반응, 내과병실에서 접하게 되는 정신과적인 진단 및 평가에 관한 문제, 정신과의사가 해야 할 일에 대하여 문헌고찰을 통하여 환자에 대한 이해와 평가를 돕고자

질병에 대한 이해

현대의학의 발달은 의학에 대한 방대한 지식을 요구하고 의학을 기계주의화하며, 관료주의화하여 의학의 비인간화를 촉진시키는 결과가 된다. 이결과 환자와 의사간에 질병을 사이에 두고 새로운 문제가 발생하게 된다. 환자는 질병을 치료하는 의사를 보는 것이 아니라 의사의 지식만을 신봉하게 되고, 의사는 환자를 보는 것이 아니라 환자가 갖고 있는 질병만을 보게 되어 의사와 환자관계는 간데 없고 지식과 질병만 남게 된다.

지식이 발달하면 할수록, 기술이 발달하면 할수록 인간적인 교류는 반비례하게 된다. 여기에서 현대

*인제대학교 의과대학 상계백병원 신경정신과학교실
Department of Neuropsychiatry, Inje University Medical College, Sanggye Paik Hospital, Seoul, Korea

의학의 모순이 생긴다. 이것을 보충시키는 한가지의 방법으로 정신과의사들의 역할이 대두되게 된다. 이것도 어떤 면에서 보면 모든 기술의 분업화의 산물이기도 하다. 부분적인 기술의 발달은 있으나 이것들을 통합시킬 사람은 없다. 정신과 의사가 해야 할 일은 환자에 대하여 생물학적(biological), 심리학적(psychological), 사회학적(sociological)인 체계적인 통합된 접근방식을 적용하는 일이다. 이것이 바로 생물심리사회학적인 접근(biopsychosocial approach)인 것이다(Lipowski 1983).

이러한 현대의학의 모순은 서양의학의 질병에 대한 근본개념이心和體로 나누어 보는 이원론적 접근방식을 취하고 있는데서 근본적인 문제가 시작이 된다고 생각된다. 근간에 와서 정신과 신체는 별개의 것이 아니고 하나라고 주장하고 있긴 하지만 정신과 신체가 별개라고 생각하는 잠재적인 생각이 전제로 있기 때문에 반복해서 아니라고 주장하는 것이다. 원래 하나라고 생각한다면 구태여 두개가 아니라고 강조하지 않는 법이다. 원래 心和體는 상호작용하는 유기체로서 하나이며 인체를 구성하는 요소인 것이다. 인간의 생각과 감정은 신경계의 기능과 상호작용을 하는데, 신경계가 인간의 생각과 감정에 의하여 자극이 되면, 감각과정, 운동성 활동, 인지활동, 내분비기능, 면역기능 등에 영향을 주게 되고, 결국 모든 신체기관에 영향을 주게 된다.

정신과 신체는 따로따로가 아니다. 그러므로 질병을 볼 때 일원론적인 접근방식을 취함이 마땅한 것이라고 생각한다. 환자를 볼 때 정신과적 치료가 따로 있고 내과적인 치료가 따로 있다고 생각하면 안된다(Guze 1953). 만약에 농양환자가 있을 때 농만을 제거하고 항생제만 주고 치료가 끝이라면 치료에 있어서 문제가 있다고 하겠다. ‘환자가 통증때문에 얼마나 고통이 심하겠는가?’ ‘아픔으로 인해서 가정과 직장, 사회에서 받는 정신적인 고통이나 다른 정신적인 의미는?’ 이런 점까지도 생각해 주는 것이 의료인 것이다. 같은 질병치료를 하는데 있어서 치료의 효과가 심리적인 지지를 받은 사람과 그렇지 못한 사람사이에는 엄청난 차이가 있다고 보고되고 있다(Strain과 Taintor 1988). Descartes의 이원론적인 접근방법 즉, 생물학적인 방법과 심리적인 방법에서 시작하여 논리적인 사고 방식으로 질병을 해결하여 보려던 시대, 즉 감염을

원인균의 탓으로 돌리고 숙주에겐 관심을 갖지 않던 시대로부터 최근에는 일원론적인 접근방식으로 질병을 이해하려고하는 질병에 대한 접근방식이 서서히 바뀌어 가고 있는 점은 바람직 하다고 생각한다. 최근 면역억제(immunosuppression)지식은 감염증에 있어서 원인균만이 문제가 되는 것이 아니라 숙주의 저항성(host resistance)도 역시 문제가 된다는 것을 보여 주는 것이다(Strain과 Taintor 1988). 이와 비슷하게 1940년대에는 소화성궤양은 위산의 과다한 분비가 문제가 되긴 하지만, 그이외에 산에 대한 위점막의 저항도의 감소, pepsinogen에 대한 유전성의 다양성, 스트레스와 같은 분비를 증가시키는 자극 등이 문제가 되어, 아주 복잡한 배합이 문제가 된다고 보고있다.

Engel(1980)은 지금까지 널리 알려진 질병에 대한 개념이 부적절하다고 하면서 생물심리사회학적인 형태(biopsychosocial model)로서 질병을 이해하여야만 된다고 하였다. 이런 관점에서 임상가들은 환자가 갖고 있는 각각의 단계에서 적절한 이해를 갖고 중재해야만 하며, 환자의 행복이란 차원에 환자가 향상성을 유지하도록 도와주어야 한다. 이런 말은 하기는 쉬우나 실제에 있어서는 의사자신 중심으로 환자를 보는 경우가 대단히 많다는 점을 반드시 기억할 필요가 있는 것이다. 이런 다방면의 노력이 시간 낭비같이 보일지 모르지만 이런 이해깊은 중재는 환자가 갖고 있는 다양한 요소의 문제를 취급해 줌으로써 환자에 대한 이해의 폭을 넓히고 환자의 문제를 해결하는데 더욱 효과적이다.

질병에 대한 심리적 반응

모든 질병은 인간에게 심리적인 반응을 일으키게 한다. 이러한 심리적인 반응에는 일정한 양상이 있는 것 같다(Lipkin 1988). 질병을 앓음으로 해서 직장을 잃게 된다는지 결혼생활에 문제가 된다는지 하는 등 현실적인 위협, 이상적인 자신에 대한 이미지의 상실이라든지, 자기 자신을 조절하는 능력의 상실에 대한 불안, 무원감(helplessness)과 절망감(hopelessness)의 느낌, 그리고 죄책감과 부끄러운 느낌 등이 질병을 앓음으로 인해서 나타나는 공통된 심리변화 현상이다. 이러한 복잡한 심리가 환자의 생물학적 특성, 병전인격, 대처기전의 종류와 대

인관계 등의 영향을 받아서 증상으로 나타나게 되는 것이다.

어떤 질병 대응과정에서 뚜렷한 심리적 대응현상(coping phenomena)에는 1) 부정(denial), 2) 분노(affects of anger), 3) 우울(depression), 4) 타협 또는 비난(interpersonal bargaining and blaming), 5) 고립과 퇴행(personal isolation and regression), 6) 수용(acceptance) 등의 과정이 있다.

1. 생명을 위협하는 급성자극에 대한 반응

생명을 위협하는 급성 질병에 대한 개인의 정서적, 행동적인 반응들에 대한 연구는 생각보다 그리 많지 않다. Coronary care unit(CCU)에 입원한 환자를 대상으로 연구한 Cassem과 Hackett(1971)의 연구를 소개하면, CCU에 입원한 첫 2일간에는 불안과 공포가 가장 두드러지게 나타났고, 이 현상은 예상하지도 않았던 자신의 급격하게 변한 생명을 위협하는 건강의 변화에 기인할 것이라고 했다. 입원 2~3일째에는 부정의 정신방어기제가 심하게 나타나는 시기로서 자신의 병이 그리 심각하지도 않으며, 치료를 받드시 받을 필요가 없다고 생각하며, 치료를 거부하고 자의로 퇴원하는 경우가 많다고 했다. 이원 3~4일째에는 부정의 방어기제는 급격하게 사라지고 환자의 기가 꺾이고 우울하게 되는 시기라고 했다. 만약에 환자가 2주일 이내에 이전의 정신상태로 되돌아오지 못하면 반드시 우울증의 상태로 판단해서 치료를 해주어야 한다고 했다.

2. 만성질병에 대한 반응

요즈음의 병실상황, 특히 내과, 정형외과, 신경

외과는 의사나 간호사들이 업무량이 너무 많고, 기계화된 업무양상으로 인해서 환자의 심리적인 문제를 생각할 여유를 갖지 못하는 것이 사실이다. 실제로는 환자의 괴로움을 그때그때 상세하게 실제적으로 관심을 주는 것이 정신과의사가 뒤늦게 가서 인터뷰를 함으로서 심리적인 접근을 하는 것보다 훨씬 효과적이라는 사실을 알아야 한다. 정신과의사가 마술사는 아닌데 문제는 다 만들어놓고 해결해 주겠지 하는 식이 되어서는 안된다. 만성질환에 대한 반응(Strain과 Taintor 1988)을 도식적으로 설명하면 Fig. 1과 같다.

내과병실에서 접하게 되는 정신과적 진단 및 평가문제

내과계병실에서 가끔 환자의 진단이나 치료의 도움을 위해서 정신과에 자문을 하는 경우가 있는데 뚜렷한 정신병적인 상태를 제외하고는 대부분 다음의 질문을 위해서 자문을 한다. 환자의 신체증상이 부분적으로 또는 전적으로 심리적인 것인지 아니면 신체질환에 대한 심리적인 반응인지에 대한 질문이다. Schwab와 Clemmons(1966)은 정신과에 의뢰된 환자들의 특성을 연구했더니 1) 주로 장기간 질병을 앓고 있는 환자, 2) 잘 낫지를 않아서 내과 의사들이 골치를 앓고 있는 환자, 3) 여러가지의 치료에도 증상의 변화가 뚜렷하지 않은 환자, 4) 검사실 검사에 이상이 발견되지 않아서 진단이 애매한 환자들이라고 했다. 이런 질문에 대해서 정신과의사가 할 수 있는 일은 환자와 정신과적인 상담과 다른 사람으로부터의 정확한 정보를 얻는

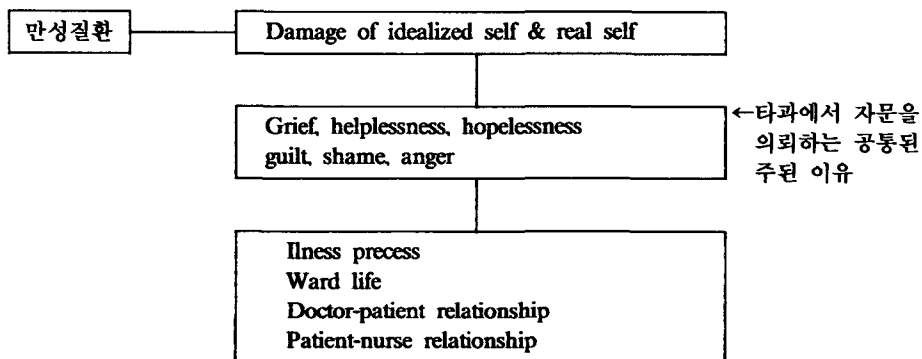


Fig. 1. Schematic representation of psychological reaction to chronic disease.

일이다.

신체적인 증상에 대한 자문시에 정신과의사가 해줄 수 있는 일은, 그 증상이 심리적인 갈등의 상징적인 표현으로서, 심인성인 것을 확인시켜 주는 일과, 정신과적인 진단에 대해서 이야기해 주고, 상징적인 의미가 불확실할 때에는 환자의 성격, 과거력, 최근의 생활상황 등으로 미루어 볼 때 증상의 의미가 어떻하다는 것을 설명해 주며, 내과적인 검사가 좀 더 필요할 때 그렇게 하도록 도와주는 일이다(조두영 1989).

환자의 입장에서 심리적인 관점으로 보면, 환자의 각 신체적인 증상은 지각(perception)과 의사소통(communication)의 방법이라는 것을 이해하여야 한다. 환자가 신체적으로 인지된 증상을 호소하는데 이것은 심리적인 괴로움을 신체적인 현상으로 호소하려고 하는 노력인 것이다. 환자의 과거 경험, 지식 수준, 인격, 갈등의 종류, 이들을 극복하는 방법, 최근의 정신사회적인 상황에 따라서 증상의 느낌의 정도나 표현의 모양이 결정되어 진다.

환자가 무엇을 경험하고, 그가 경험한 것을 어떻게 의사에게 전달하는가 하는 것은 전적으로 의사-환자관계에 달려 있는 것이다. 의사들은 이 복잡한 요인들을 어떻게 확인하고 평가해 나가는가를 배워야 한다. 초보자나 심지어는 훈련된 자문의들까지도 흔히 신체적인 증상에 대해서 그럴듯한 정신역동을 만들어서 억지로 끼워 맞추려는 어리석은 일들을 하는 수가 많다.

자문시에 우리가 유념해야 할 일들이 있는데 1) 환자가 처해있는 상황적인 요소들, 2) 유전적인 요소나 과거의 경험들, 3) 신체기관들이나 조직들의 기능이나 모양에 있어서의 변화, 4) 이러한 변화들이 환자에게 미치는 행동적인 반응이나 기타 양상들이며 이들을 염두에 두고 진단에 임해야 한다.

내과병실에서 부딪치는 정신과적인 진단문제들을 큰 범주로 분류를 해 보면,

- 1) 기질적질환의 심리적 표현(psychological presentation of organic disease)
- 2) 기질적질환의 심리적 합병증(psychological complication of organic disease)
- 3) 기질적질환에 대한 심리적 반응(psychological reactions to organic disease)

4) 정신과적 질환의 신체적 표현(somatic presentation of psychological disease)

5) 정신신체장애(psychosomatic disease)

6) 기타(others)

등이 있다(Lipowski 1985).

1. 기질적 질환의 심리적 표현

환자들은 자신의 신체적인 고통을 표현함에 있어서 오히려 심리적인 표현을 하는 경우가 흔하다. 즉 기억이나 정신집중이 안된다는지 기분이 안좋다는 등의 정신적인 현상으로 표현하는 것과 같은 경우이다. 뇌종양을 갖고 있는 환자가 마치 우울증환자같이 행동을 하거나 증상을 호소하는 경우도 있다. 실제적으로 임상에서 흔히 경험하는데, 진짜 신체적인 질환을 앓고 있는 사람은 오히려 자신의 질환을 인정하려고 하지 않고 심리적인 질환으로 인정받고자 하는 경향이 있다.

2. 기질적 질환의 심리적 합병증

뇌중후군은 뇌의 고등중추기능 장애로 나타나는 질환이다. 그러나 나타나는 현상은 인지기능의 장애, 사고의 장애, 정서조절기능의 장애 등 정신과적인 현상이 공존해서 나타난다. 이런 경우에는 충동조절력의 약화로 행동조절이 잘 안되어서 일반병실에서의 치료가 불가능하여 정신과로 자문이 오는 수가 많다. 개심술후에 나타나는 섬망상태 역시 이범주에 속한다. 이런 경우에는 정신과적인 치료적 접근이 반드시 병행되어야 한다.

3. 기질적 질환에 대한 심리적 반응

“심리적 반응”과 “심리적 합병증” 사이에 분명한 구별점을 긋는 선은 없다. 그러나 분명한 기질적인 기능의 변화가 직접적인 원인인 경우는 “합병증상”이라고 할 수 있다. 심리적 반응이란 신체적인 질환에 대하여 2차적으로 나타나는 심리적인 현상을 말한다. 여기에는 환자의 병전 성격, 적응 양식, 기타 여러 요인들에 의해서 증상을 형성하는데 영향을 받게 된다. Lipowski(1985)는 질병을 받아들이는 환자의 심리적인 반응에 미치는 요소들에는 다음과 같은 것들이 있다고 했다. 즉, 1) 인격구조와 무의식적 갈등들, 2) 병이 시작된 기관, 장소, 실제적인 신체의 변화, 신체상의 변화가 환자에게 주는 의미와 중요성, 3) 2번이 환자의 무의식적인

갈등에 주는 의미와 정도, 4) 질병의 원인에 대한 정신분석적인 영향, 5) 문화적, 교육적인 요소들, 6) 최근의 대인관계 상황, 7) 실제적인 신체기능의 손실정도와 사회경제적인 문제, 8) 질병으로 인한 과거의 경험, 9) 환자의 각성상태와 인지기능의 상태, 10) 의사와 환자와의 관계 등이 환자의 심리적인 반응에 영향을 미친다고 했다. 위의 모든 요인들을 의사가 충분히 알아서 평가를 해야 환자가 질병에 대해서 갖고 있는 심리적인 반응들을 의사가 원하는 만큼 평가할 수 있고 치료적인 접근의 토대를 만들 수 있다.

4. 정신과적 질환들의 신체적 표현

모든 정신적인 문제가 모두 신체증상을 나타낼 수 있지만, 정신과 영역에서 특히 신체적인 증상으로 많이 나타나고 신체적인 질병과 감별진단을 내려야 하는 경우를 말한다. 이 경우에 해당되는 경우로서는 각종의 우울증, 전환신경증, 불안증, 정신분열증, 심기증 등이 있다. 이 중에서 우울증을 앓고 있는 환자의 대부분이 이 부류에 속한다고 해도 과언이 아닐 정도로 한국에서는 우울증환자가 신체증상을 많이 나타내고 있다(민성길과 조강주 1977; 김현우 1980; 민성길 1982; 한진희와 조두영 1984).

정신과 의사가 해야할 일

정신과로부터 자문을 받은 의사는 환자를 진료를 하고 진단을 붙이고 의견을 적어주어야 한다. 진료는 되도록 빠른 시간내에 해주는 것이 원칙이고, 가능하다면 환자가 있는 병실에 의사가 가서 보는 것이 좋다. 같은 방에 입원중인 환자나 보호자들로부터 정보를 얻는 것이 문제해결에 핵심적인 열쇠를 제공해 줄 때도 있다. 병실에 올라가서 주치의와 만나는 것은 필수적이지만, 지속적으로 환자를 간호하는 간호사로부터 정보를 얻는 것을 소홀히 해서는 안된다. 병록지를 자세하게 검토해야 하며 병록지에 쓰여 있는 간호기록이 많은 도움을 줄 때가 있다. 자문의사의 복장은 주치의와 너무 다른 복장을 함으로 인하여 주치의와 아주 다른 인상을 줘서 환자로 하여금 저항감을 일으키지 않도록 하는 것이 좋다. 환자를 만나면 우선 자신을

소개하여야 하고 왜 자신이 여기에 왔는지를 환자에게 반드시 얘기해 주어야 한다. 첫 면담때부터 정신분석적인 태도를 취하는 것은 바람직스럽지 못하며, 우선 환자의 고통이 어디에 있고 얼마나 심한지에 대해서 관심이 있음을 환자가 느끼게 되어야 한다. 의사-환자간의 관계형성이 모든 정신과적인 치료의 근본이기 때문에 첫 만남은 아주 중요한 것이다. 그리고 진단을 내리고 해당지를 작성해야 한다. 해당지를 작성할 때는 다음과 같은 요령으로 하는 것이 좋다고 되어 있다.

1) 포괄적이긴 하나 간단명료하게 쓴다. 2) 가능한한 국문으로 정신과적인 용어를 피하고 일상적인 용어를 사용한다. 3) 권고사항은 타과의사가 쉽게 실천가능한 요점을 기술한다. 4) 추적방문이나 치료를 요할 때 반드시 기재한다. 5) 타과의 고유 권한을 가능한한 침해하지 않도록 해야한다.

Heles와 Thompson(1990)은 정신과의사가 자문을 위해서는 다음 사항을 반드시 실시해야 한다고 했다. 즉,

- 1) 신경정신과적 정신상태검사: MMSE, Trrais Making Test, Left-right tasks
 - 2) 간단한 신경학적 검사
 - 3) 신체검사
 - 4) 병록지 검토(Review of medical records)
 - 5) 의뢰한 내과의사와의 명백한 토의(Clear communication with the referring physician)
 - 6) 심각한 환자는 규칙적으로 추적함(Follow the critically ill patient on a regular basis)
- 등의 사항을 반드시 실시해야 한다.

중심 단어: 자문조정 · 내과병실.

REFERENCES

- 김현우(1980): 일반종합병원에서의 정신과자문. 정신의학보 4: 82
- 민성길 · 조강주(1977): 정신과의뢰에 대한 임상적 연구. 신경정신의학 16: 223
- 민성길(1982): 정신과자문에 있어 자문의견의 반영도. 신경정신의학 21: 650
- 조두영(1989): 임상행동과학. 서울 일조각 pp412
- 한진희 · 조두영(1984): 종합병원 정신자문의 현황과 전귀-서울대학병원의 경우. 신경정신의학 23: 8

- Cassem NH, Hackett TD**(1971) : Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Ann Intern Med* 75 : 9
- Engel GL**(1980) : Clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 137 : 535
- Guze S B**(1953) : A formulation of principles of comprehensive medicine with special reference to learning theory. *J Clin Psychol* 9 : 127
- Hales RE, Thompson II TL**(1990) : Consultation liaison psychiatry forword. In : Frances AJ & Hales RE (ed), *Psychiatry update : Annual review vol 9*, American Psychiatric Press, Washington, pp409
- Lipkin MJR**(1988) : Psychiatry and Medicine. In : Kaplan HI & Sadock BJ(ed), *Comprehensive textbook of psychiatry vol 2 5th ed*, Williams & Willkins, New York, pp1280
- Lipowski ZJ**(1983) : Psychosocial reactions to physical illness. *Can Med Assoc J* 128 : 1069
- Lipowski ZJ**(1985) : Reviw of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. In : Lipowski ZJ(ed), *Psychosomatic medicine and liaison psychiatry*, Plenum Medical Book, New york, pp339
- Schwab JJ, Clemmons RS**(1966) : Training psychiatric residents in consultation work. *J Med Educ* 41 : 1077
- Strain JJ, Taintor Z**(1988) : Consultation liaison psychiatry. In : Kaplan HI & Sadock BJ(ed), *Comprehensive textbook of psychiatry, vol 2, 5th ed*, Williams & Willkins, New York pp1272