

## 말기암 환자 가족상담의 실제

임 승 희\*

환자가 암 혹은 말기 암이라는 진단을 받게 되면 환자 본인뿐만 아니라 환자가족들도 큰 충격과 불안감을 경험한다. 환자의 문제는 가족의 문제이고 가족의 문제는 곧 환자의 문제이다. 환자와 가족은 긴밀한 상호관계성 속에 있고 환자와 가족을 통합적인 하나의 단위로 보는 것이 중요하다. 환자와 가족은 떼려야 뗄 수 없는 관계이며 운명공동체이다. 그러므로 호스피스에 그 가족을 하나의 단위로 삼고 환자가 죽은 후에도 그 가족의 고통, 슬픔까지도 치료해 주는 사별관리까지를 포함하고 있다.

### 1. 말기암 환자 가족의 특성

#### 1) 가족 항상성의 유지가 필요하다

암이라는 진단 받았을 때 가족 항상성은 위협을 받게 된다. 이러한 가족항상성은 가족이 갖는 내적인 규범 또는 규칙을 파괴하려는 외부적인 힘에 강력히 저항한다. 그럼에도 불구하고 질환발생 전에 가족이 갖고 있는 항상성은 변화에 도전을 받게 되고 분열을 가져오게 된다. 그 동안 가족생활의 균형을 이루었던 가족역할, 가족문화, 가족 의사소통방식, 가족 규칙, 가족의 목표 등의 변화와 적응 혹은 재조정이 필요하다. 가

족의 항상성이 붕괴되어 장기화되는 것은 바람직하지 않고 가족 항상성이 유지되도록 해야 하며 결국 환자 가족에게 접근하는 근본 목적이 가족의 항상성을 회복하고 자율적인 기능을 회복하도록 원조하는 것이다.

#### 2) 환자 가족들의 고통도 총체적이다.

다가오는 죽음 앞에 서 있는 말기환자의 총체적 고통과 마찬가지로 가족들도 총체적 고통을 경험하고 있다. 심리적, 신체적, 영적, 사회경제적 고통으로 나누어 생각해 볼 수 있다(이광재, 2003, 53-78).

##### (1) 심리적 고통

환자의 가족들이 느끼는 심리적 반응은 다양하다. 환자 상태를 더 이상 호전시킬 수 없다는 무력감과 절망감, 환자에게 최선을 다해서 대해 주지 못하는 것에 대한 죄책감 그리고 죽음이 점점 현실로 다가 오는 것에 대한 두려움의 감정들은 불안과 슬픔 등을 함께 동반한다.

##### (2) 신체적 고통

환자의 가족들도 신체적으로 매우 피곤하다. 환자를 돌보기 위해 깊은 숙면을 할 수도 없고 고통스러워하는 환자를 옆에 두고 식사도 맛있게 할 수 없어 영양에

\* 장신대 사회복지전공 초빙교수  
한국호스피스협회 이사

불균형을 가져 올 수 있다. 이러한 누적된 피로와 영양 불균형은 환자보호자 자신의 건강을 위협할 수 있고 실제 환자가 사망한 후 많은 사별가족들도 건강에 문제가 발생하는 경우가 종종 있다.

(3) 영적 고통

환자의 가족들은 왜 자신의 가족이 이러한 질병의 환난을 겪어야 하는지에 대해 질문한다. 이러한 질문은 삶과 죽음의 의미, 고통의 의미를 찾으려는 내적 갈등으로 나타나고 절대자(신)에 대한 분노로도 표출되거나 신을 찾고 의지하려는 태도를 보이며 기독교인인 경우 세례를 받기도 한다. 이러한 삶의 의미를 발견하려는 태도와 더불어 가족이 서로 과거의 잘못을 서로 용서하고 용납하기를 바라며 사랑이 회복되어 절망스러운 상황일지라도 희망을 발견하기를 바란다(신민선, 2005, 55).

(4) 사회경제적 고통

환자가 오랜 기간 동안 투병생활을 함으로 인해 파다한 치료비의 투자로 인해 경제적 어려움에 처할 수 있다. 몇몇의 환자가족들은 병원비 충당을 위해 가족들의 생활에 직접적인 지장을 초래할 수 있다.

3) 환자에게 가족지지가 절대적으로 필요하다.

암은 가족들의 협조와 돌봄이 필요한 만성질환이다. 그러므로 환자는 가족에게 매우 의존하게 되고 가족의 지지가 회복에 직접적인 영향을 미친다. 말기 암환자의 가장 큰 두려움은 병이 심화되어감에 따라 가족이 포기하지 않을까 하는 두려움이 가장 크며 입원환자의 경우에서도 가장 큰 공포는 가족과의 분리감이다(문도호외, 2005, 1).

4) 죽음에 대한 가족의 태도는 환자가 죽음을 준비하는데 매우 중요하다.

환자가 가족의 협조가 없이는 죽음을 준비하기가 쉽지 않다. 환자가족의 죽음에 대한 태도는 죽음을 준비하는 환자에게 많은 영향을 미친다. 가족이 서로 죽음에 대한 주제를 서로 개방적으로 의사소통하는 것이 필요하다. 죽음이나 병의 진행상태에 대해 개방된 의사소통이 가능한 가정은 비난의 두려움 없이 서로가

대화의 자유로움이 있는 가정이라고 할 수 있다(장정순, 2005, 114).

2. 가족 상담 실제

1) 가족의 사정(강흥구, 2005, 221-227)

환자 가족을 효과적으로 돕기 위해서는 자원봉사자들도 환자와 가족의 기능상태에 관한 이해가 있어야 된다. 환자를 배정 받았을 때 필요한 사항들을 충분히 설명되고 환자와 관련된 기본사항들을 사정해야 하며 이를 통해 그 환자와 가족에 대한 나름대로의 진단을 내리고 목적의식을 갖고 가족을 대해야 할 것이다.

(1) 환자 관련 기본 정보: 연령, 성별, 입원, 사유, 병력, 의뢰 사유

(2) 환자의 의료적 측면

- 신체적 상태: 환자의 의료적 상태, 기동(ambulation) 능력 정도, 예상입원기간, ADL
- 심리적 상태: 환자의 방어기제, 질병 또는 입원에 대한 환자의 반응, 회복 또는 예후에 대한 환자의 기대 수준

기본적으로 환자의 의료적 상태에 따라 가족들의 반응과 가족들이 해야 할 일들이 결정되므로 현재 환자의 의료적 상태, 진행 중인 치료 방침, 치료에 따라 환자에게 나타나는 육체적인 변화, 예후 등에 관한 일반적인 사항을 이해하는 것이 가족을 어떻게 도울지 계획하는 초기 단계에 필요한 사항이라 하겠다.

(3) 가족 환경적 측면(Oliviere 외, 2000, 52)

- 가족력: 과거에 가족이 위기사항 또는 가족원의 상실경험이 있었는지 그 가족의 독특한 가치관, 종교 등에 대한 이해와 가족 중 환자를 누가 가장 많이 돌보고 있는지, 확대가족과의 관계 등을 파악하는 것이 필요하다.
- 가족경제상태: 가족의 수입원과 경제적인 부담능력 정도를 이해하며, 어떤 의료보장 혜택을 받고 있는지 그 과정에서 문제가 되는 것은 없는지 환자 주위에서 이용 가능한 자원이 있는지, 가족 미래에 대한 계획은 어떤 것이 있는지 등을 파악한다.
- 가족관계 및 심리상태: 관계가 밀착되어 있는지 혹

은 분리되어 있는지, 의사소통이 개방적인지 혹은 폐쇄적인지, 가족들의 슬픔단계, 방어기제, 환자의 의존성 증가에 따른 가족들의 반응, 제일 중요한 위치에서 환자를 돕고 있는 가족과 환자와의 관계, 가족 내 역할 변화 또는 다른 가족성원의 역할 변화 등에 따른 심리 상태에 대한 이해가 있어야 한다.

이러한 사정을 토대로 그 가족의 주요문제가 무엇인지, 가족의 기능형태는 가족체계와 관련해 어떤 형태 인지를 파악하고 어느 선까지 가족을 도와야 할 것인지를 결정하며 그 목표를 효과적으로 수행하기 위해서는 어떤 과정과 구체적인 계획으로 도울 것인지를 결정하여 전략적으로 임해야 한다.

## 2) 가족상담 기술(김혜란 외, 2006, 178-183)

### (1) 가족 조각

경험적 모델에서 주로 사용하는 가족 조각(family sculpture)이란 성원들이 가족에 대해 어떻게 인식하고 있는지를 시각적으로 표현함으로써 가족에 대한 이해를 돕기 위한 기법이다. 가족 조각을 통해 가족이 이전에 미처 깨닫지 못했던 부분을 새롭게 이해할 수 있다. 이 기법은 가족성원으로 하여금 환자 가족에게 가족 내 암 발생 전과 발생 후를 배치하게 함으로 암 발생으로 인해 가족원들이 가족에 대한 인식이 어떻게 변화되었는지를 알 수 있다. 또한 가족원들이 인식하는 바람직한 가족상을 파악하는 기법으로 사용할 수 있다.

### (2) 가족 그림

가족 그림(family drawing)이란 가족성원들에게 자신이 가족에 느끼는 대로 자유롭게 가족에 대해 그림을 그리도록 하는 기법이다. 그림을 통해 성원들 자신이 가족에 대해 어떻게 느끼는지 이해할 수 있을 뿐 아니라 다른 성원들이 서로에 대해 어떻게 느끼는지를 이해할 수 있다. 예를 들어, 환자와 가족이 각각 자신의 가족과 관련된 그림을 그린 후, 그린 그림을 가지고 함께 나누어 보는 것도 서로 이해를 증진시키는 좋은 방법으로 사용할 수 있다.

### (3) 경계 만들기

경계 만들기(boundary making)는 가족 내 하위체계들간의 경계가 지나치게 유리되거나 밀착된 경우에 유리된 경계는 보다 가깝게 하며, 밀착된 경계는 어느 정도 거리를 두도록 만드는 것이다. 예를 들어, 환자를 돌볼 가족성원 중 누가 가장 때 환자를 중심으로 가족성원 중 누가 가장 밀착된 혹은 유리된 경계를 보이고 있는지를 파악하여 적절한 경계를 만들어 주어 환자와 밀착된 경계를 가지고 있는 가족원은 소진(burn-out)을 예방하고 유리된 경계를 가지고 있는 가족원은 죄책감을 예방한다.

### (4) 가족 중재

가족 중재(family mediation)에서 중재자는 중립적인 입장에서 가족과 감정적으로 깊이 관여하기보다는 단순히 구조화된 과정을 안내하는 역할을 수행한다. 예를 들면, 환자와 가족간의 경우, 중재자는 환자의 권위를 존중하는 한편, 가족의 주장도 존중되도록 지원한다. 중재를 통해 관여된 가족성원들은 자신의 생각과 느낌을 표현할 수 있는 기회를 제공받을 수 있다.

### (5) 순환적 질문하기

순환적 질문하기(circular questioning)는 가족성원들이 문제에 대해 제한적이고 단순적인 시각에서 벗어나 문제의 순환성을 깨닫도록 돕기 위한 질문을 연속적으로 하는 기법이다. 예를 들면, 환자인 남편이 부인에 대해 너무 의존적인 태도를 보이며 부인의 자유를 속박하려는 경우 순환적 질문하기를 통해 부인이 때로는 환자로부터 분리되어 자유로운 시간을 갖는 것이 부인의 건강유지와 자신을 돌보는데 얼마나 중요한지를 깨닫게 해 준다.

## 참고문헌

- 강홍구 (2005). 의료사회복지실천론, 학현사.  
김혜란, 홍선미, 공계순 (2006). 사회복지실천기술론, 나남출판.  
문도호, 이문숙, 김현진, 정혜민, 박우정, 신혜진, 전화연, 최화숙(2005). 암환자가 지각하는 가족지

- 지가 암환자의 삶의 질에 미치는 영향, 한국 호스피스협회, 5(1);1-13.
- 신민선(2005). Respite Care와 영적케어의 고찰, 한국 호스피스협회, 5(1);50-62.
- 이광재(2003). 호스피스사회사업, 인간과 복지.
- 장정순 (2005). 말기환자의 가족에 대한 이해, 호스피스 총론, 한국호스피스협회출판부. 114-120
- Oliviere, D., Hargreaves, R. & Monroe, B. (2000). Good Practice in Palliative Care: A psychosocial perspective, Ashgate.
- Sheldon, F. (1997). Psychosocial Palliative Care, Stanley Thornes Publishers.
- Parkes, M.C., Relf, M. & Couldrick, A. (1996). Counselling in Terminal Care and Bereavement, Published by the British Psychological Society.