

# 인지적 공감을 넘어: 의과대학생의 공감능력 증진을 위한 제안

이영준

연세대학교 의과대학 의학교육학교실

## Beyond Cognitive Empathy: Suggestions for Strengthening Medical Students' Empathy

Youngjoon Lee

Department of Medical Education, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

A physician's empathy plays a crucial role in patient-centered care, and in modern medicine, patients, their caregivers, and society demand a high level of empathy from healthcare providers. The conceptualization of clinical empathy, which has emphasized cognitive empathy since the mid-20th century, has been widely accepted in medical schools and the healthcare industry without much critical reflection. This study provides an overview of the ongoing debates on empathy versus sympathy and cognitive empathy versus affective empathy to clarify the concept of empathy. Based on recent research findings, clinical empathy is proposed to encompass three components: cognitive empathy, affective empathy, and empathic motivation. It is suggested that fully demonstrating these components requires empathic communication skills. Additionally, the cognitive characteristics of medical students and the features of the academic environment demonstrate the need for education to strengthen their empathy skills. Considering this, proposed intervention methods that medical schools can consider include utilizing tutoring programs and debriefing processes for team activities, which can facilitate problem-solving as a coping strategy for stress. Learning communities can create an environment where students can receive social support and recover from stress. Medical schools can contribute to the development of students' professional identities as practicing clinicians who embody empathy and respect by cultivating professors as positive role models. Additionally, utilizing scales to assess the empathic nature of doctor-patient communication or incorporating patients and caregivers as evaluators can actively improve empathic communication skills.

**Keywords:** Affective empathy; Cognitive empathy; Empathic communication; Empathic motivation; Patient-centered care

### 서론

20세기 후반부터 중요성에 대한 인식이 높아진 환자-중심 의료 모델은 기존의 질병-중심 혹은 의사-중심 의료 모델의 대안으로 제시되었다. 환자-중심 모델은 환자 개인의 가치, 요구, 선호하는 바가 무엇인지 세심하게 파악하여 환자 개개인의 상황을 존중한 최적화된 치료를 제공함을 의미한다. 즉 환자를 질병이 아

닌 한 명의 사람으로 대하도록 의사의 관점이 변화하고, 의료현장에서의 권력과 책임을 나눔으로써 환자와 의사 간에 평등한 관계를 지향하며, 치료의 과정에서 환자와 의사 사이에 양질의 결과를 목표로 한 치료적 동맹관계를 형성하는 것이 환자-중심 모델의 주요 개념을 구성한다[1]. 이와 같은 환자-중심 의료 모델의 실현 가능성은 의사가 환자의 이야기에 얼마나 귀 기울여 경청할 수 있는지에 달려 있고, 의사의 공감능력은 환자와의 의사소통에서 핵심적인 역할을 한다[2].

환자의 건강을 증진하고 돌보는 일을 업으로 삼고 있는 의사에게 대응은 높은 수준의 공감능력을 기대한다. 2020년에 발표된 한국의 의사상에 대한 연구는 “의사는 환자의 이야기를 경청하여 환자를 이해하고, 공감을 표현하며 환자와 의사소통한다”고 제시함으로써 이 시대에 우리나라의 의사에게 요구되는 주요 역량 중 하나로 공감능력을 꼽고 있다[3]. 다수의 연구결과는 의사의 공

Received: October 16, 2023 Revised: January 5, 2024 (1st); February 13, 2024 (2nd) Accepted: March 5, 2024

Corresponding author: Youngjoon Lee

Department of Medical Education, Yonsei University College of Medicine,  
50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea

Tel: +82-2-2228-2520 Fax: +82-2-364-5450 E-mail: yjoonlee@yuhs.ac

감능력은 환자의 불안이나 심리적 불편감을 감소시키고, 치료적 협력관계를 가능케 함으로써 궁극적으로는 환자의 호전에 긍정적인 영향을 준다고 보고하였다[4-7]. 이처럼 환자 개인에 대한 진료현장에서의 공감능력은 의사에게 필수적인 역량이라 할 수 있는데, 의사들은 환자 개인에 대해 공감하는 것뿐만 아니라 환자를 포함한 사회구성원들이 최선의 건강을 유지할 수 있는 혜택을 받게 하는 사회적 정의가 구현되고 있는지에 대해서도 전문적 입장에서 주시해야 한다. 다시 말해, 공감능력은 환자 개인을 넘어 전체 사회구성원의 건강권이 정의롭게 보장되는지 관찰하고 조언해야 하는 의사에게 필요한 기본적 역량이라 할 수 있다[8]. 미국의과대학협회(Association of American Medical Colleges)는 의과대학생 교육을 위한 학습목표를 제시하면서 그 첫 번째 주제로 의사는 이타적이어야 하며, 이를 위해 공감능력을 갖추어야 함을 주장한 바 있다[9]. 이러한 맥락에서 미래에 의사가 될 의과대학생에게 환자-중심 치료의 의미와 공감의 중요성을 강조하고, 공감능력을 증진할 수 있도록 교육하는 것은 의과대학의 중요한 임무라 할 수 있다. 본 연구에서는 먼저 공감능력과 관련된 개념들에 대해 개관하고, 의과대학생의 공감능력 증진을 위한 교육이 필요한 이유와 공감능력 증진을 위한 방안을 제시해 보고자 한다.

## 공감 개념 이해

공감(empathy)이라는 단어의 유래는 19세기 독일의 미학자인 Robert Vischer가 형태 인식에 광각각이 미치는 영향에 대해 기술하며 관찰자의 영혼이나 기분을 대상에게서 느끼거나 투사하는 것이라는 의미로 “Einfühlung”이라는 개념을 사용한 이후, 역시 독일의 철학자인 Theodor Lipps가 이 단어를 대인관계에서 상대방에 대한 이해를 의미하는 개념으로 확장한 것에서 찾아볼 수 있다[10]. 저명한 심리치료사인 Carl Rogers는 내담자 혹은 환자에 대한 심리치료 영역에서 공감의 중요성을 언급하며, “내가 그 사람인 듯 정확하게, 그러나 ‘만약 나라면(as if)’이라는 가정을 유지한 채로 상대방의 내적 참조틀을 지각하는 것”이라고 공감의 정의를 제시하였다[11].

### 1. 공감과 동감

의학계의 다수 교육자들은 공감(empathy)과 동감(sympathy)을 엄격하게 구별해야 한다고 주장하고, 그 중에서도 동감은 의사의 소진을 유발하거나 환자의 감정에 매몰되게 하여 객관적 판단과 치료를 어렵게 하는 요인으로 여겨 과도하게 경계한다. 이와 같은 이분법적 인식의 뿌리는 1958년 Aring [12]의 주장에서 일부 비롯된 것으로 보인다. 그는 동감을 환자가 느끼는 것을 그대로 느끼는 것으로 정의하였고, 이와는 다르게 공감이란 “거리는 두

되 관심을 유지하며(detachedly yet interestedly)” 지켜보는 것이라고 설명하였다. 즉 의사를 무기력감에 빠지게 하는 높은 환자의 문제로부터 벗어나 최대한 자유로운 상태에 남아 있어야 환자를 위한 최선의 이익을 추구할 수 있다고 보았다. 또한 그는 의사가 환자에게 동감하면 환자에게 영향을 주는 감정에 자신도 영향을 받고, “모든 것을 내어주는 아버지(all-giving father)”의 역할을 기대하는 환자의 요구를 충족시키는 것은 현실적으로 불가능하므로 의사는 동감하기를 지양해야 한다고 주장하였다[12]. 그로부터 6년 후인 1964년, Blumgart [13]는 한 걸음 더 나아가 중립적 공감(neutral empathy) 혹은 온정적 거리두기(compassionate detachment)라는 개념을 제시하였는데, 이는 “환자의 감정에 휩쓸리지 않은 채 그 감정을 이해하는 것(emotional appreciation of the patient’s feelings without engulfed by them)”을 의미한다. 그는 “누군가의 감정과 문제를 이해(appreciation)하는 것은 동참(joining)하거나 무시(ignoring)하는 것과 다르다”고 하였다[13]. Aring [12]과 Blumgart [13]는 의사가 객관적 입장을 유지하는 것이 중요함을 주장하였으나, 공통적으로 환자의 정서적 불편감에 귀를 기울여야 함 역시 강조하였다. 한편, 2001년 Halpern [14]은 미국의학회지(*Journal of American Medical Association*)와 뉴잉글랜드의학회지(*New England Journal of Medicine*)라는 의학계에서 가장 권위 있는 학술지에 6년의 간격을 두고 연달아 게재된 이 논문들이 환자와 소통하는 의사들의 진료현장에 상당한 파급효과를 만들었는데, 의사들로 하여금 환자의 정서에 대해 더 이상 신경을 쓰지 않게 만드는 부작용을 야기했다고 보았다. 그가 이해한 바에 따르면, 히포크라테스 선서 작성자들은 의사의 치료능력이 인간에 대한 정서적 이해에 기반하며, 의사가 환자와 정서적으로 교류할 때 치료적 영향력을 가진다고 믿었다. 결과적으로 그는 인간의 정서를 가슴으로 이해하고 스스로의 감정을 수용하고 소화하는데 필요한 동감이 의사의 치료적 역할에 중요하다고 보았다[14]. 그는 의사들이 거리를 둔 염려(detached concern)라는 소극적 형태의 공감이라는 틀에서 벗어나 환자들의 정서적 문제에 적극적으로 반응해야 진정한 공감이 가능하다고 설파한 것이다[15]. 이러한 점에서 Halpern [15]은 정서적 교류에 중요한 역할을 하는 동감이 동반될 때 의사의 공감이 온전해질 수 있음을 주장한 것이라고 볼 수 있다.

### 2. 인지적 공감과 정서적 공감

공감의 정의는 이 단어를 사용하는 연구자의 의도에 따라 다양하게 제시되어 왔다. 1987년 Batson 등[16]은 시기에 따라 공감이 어떻게 정의되어 왔는지 설명하였다. 이들에 따르면 공감은 1950년대에는 타인 조망 수용과 동의어로 사용될 만큼 인지적 의미로 사용되었다. 1960년대에는 조망 수용이 정서적 공감을 위한 필요

조건이지 공감 자체는 아니라는 인식이 공유되었으며, 1970년대에 공감의 개념은 타인의 고통을 목격한 관찰자가 동감, 연민, 자애로움 등으로 반응하는, 타인에게 초점이 맞춰진 정서를 의미한다고 설명되었다[16].

Davis [17]는 Theodor Lipps가 심리학계에 공감의 개념을 가져온 이래로 진행되어 온 다양한 연구와 논쟁을 정리하여 공감의 구성요소를 인지적 영역과 정서적 영역으로 구분하였다. 그가 제시한 대인관계반응성 척도(Interpersonal Reactivity Index, IRI)에서 인지적 영역은 조망 수용(perspective taking)과 상상/환상(fantasy)의 두 요인으로 구성된다. 조망 수용 요인은 일상생활에서 타인의 관점을 자발적으로 적용해보는 경향으로 “누군가에게 화가 났을 때, 대개 나는 잠시 다른 사람의 입장에서 보려 한다”와 같은 문항에 의해 평가된다. 상상/환상 요인은 소설이나 영화 등 가상 상황을 통해 그 상황에 처한 자신을 상상하는 경향으로, “연극이나 영화를 본 후에 마치 내가 극 중의 한 사람인 양 느낀 적이 있다”와 같은 문항에 의해 평가된다. 정서적 영역은 공감적 염려(empathic concern)와 개인적 불편감(personal distress)의 두 요인으로 구성된다. 공감적 염려는 자신보다 불행한 사람들에 대해 공감하고 동정하는 경향으로, “중증 나보다 불행한 사람들에 대해 걱정하는 온화한 감정을 느낀다”와 같은 문항에 의해 평가된다. 개인적 불편감은 다른 사람의 고난에 대한 반응으로 자신 또한 고난과 불편감을 느끼는 경향으로, “다른 사람이 상처받는 것을 볼 때, 나는 대체로 평온함을 유지한다” 등의 문항에 의해 평가된다. Davis [17]가 공감의 구성요소를 인지적 영역과 정서적 영역으로 구분한 것처럼, 학자들은 다른 사람이 처한 상황으로부터 정서적 단서에 대해 대리적 경험을 하는 정서적 특성에 초점을 맞추어 이해하기도 하였고[18], 개인의 관찰, 기억, 지식, 추리 기능이 서로 결합하여 다른 사람의 생각과 감정에 대한 성찰을 이끄는 복잡한 형태의 심리적 추론, 즉 인지적 특성에 따라 공감을 정의하기도 하였다[19].

의학 관련 연구에서 공감능력을 평가할 때 Davis [17]가 제시한 IRI와 함께 가장 많이 사용되는 척도는 2007년에 Mohammadreza Hojat이 개발한 제퍼슨 의사공감척도(Jefferson Scale of Physician Empathy, JSPE)이다. 2007년 Hojat [20]은 일련의 연구를 통해 임상현장에서 의사가 환자에게 보이는 공감의 수준을 평가하는 자기보고식 설문지인 JSPE를 개발하였다. 704명의 의사를 대상으로 한 설문결과에 대한 탐색적 요인분석으로 도출된 이 척도의 하위요인으로는 조망 수용(perspective taking), 배려적 돌봄(compassionate care), 환자 입장에 서보기(standing in patient's shoes)가 있다. 조망 수용 요인은 의사가 환자의 관점을 취하는 것으로, “내 환자와의 관계에서 중요한 부분은 환자와 그 가족들의 정서 상태에 대해 내가 이해하는 것이다” 등의 문항에 의해 평가되고,

배려적 돌봄 요인은 환자의 주관적 경험, 기분 등을 이해하는 것으로, “환자의 개인적 경험에 귀 기울이는 것은 치료효과와 무관하다” 등의 문항으로 평가된다. 환자 입장에서 보기 요인은 환자처럼 생각하는 것으로, “환자의 관점에서 사물을 바라보는 것은 나에게서는 어려운 일이다” 등의 문항으로 평가된다. Hojat [20]은 이 척도를 개발하는 과정에서 공감(empathy)과 동감(sympathy)을 엄격하게 구분하였는데, 공감은 기본적으로 인지적 특성을, 동감은 정서적 특성을 가진 개념으로 간주하였다. 공감과 동감의 조작적 정의에 있어서, Hojat [20]은 공감은 의사가 이해한 바를 환자들과 나누는 것, 동감은 의사의 감정을 환자들과 나누는 것으로 이해하였다. 특히 동감이 지나칠 경우 객관적 진단과 치료를 방해할 수 있으므로 의사가 가져야 할 임상적 중립성과 개인적 내구력에 지장을 받지 않기 위해서는 “정서적 거리두기”가 바람직하다고 주장하였다. 그럼에도 동감과 공감이 독립적으로 기능할 수 없다는 사실과 이 두 개념 사이에 상당히 높은 상관관계( $r=0.45$ )가 존재함을 인정하기도 하였다[21].

2005년 Hojat 등[22]은 JSPE의 구성타당도를 확인하기 위해 1년차 전공의들을 대상으로 JSPE의 하위요인과 Davis [17]가 개발한 IRI의 구성요소 간의 상관관계를 알아보았다. 연구결과, JSPE의 총점과 IRI의 총점과 상당한 상관관계( $r=0.45$ )가 있으나 환자 입장에서 보기 요인은 IRI의 총점을 제외한 모든 하위요인과 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타나, 해당 하위요인의 구성타당도는 상대적으로 취약함을 보여주었다[22]. Hojat 등[22]은 JSPE가 순전히 인지적 공감을 다루는 척도라고 가정하였음에도, Davis [17]가 정서적 공감요소로 제안해왔던 공감적 염려 요인과 JSPE의 하위요인 및 총점 간의 상관계수를 이용하여 JSPE의 타당성을 설명하려 하였다. 즉 IRI의 인지적 공감을 측정하는 조망 수용 요인과 정서적 공감을 측정하는 공감적 염려 요인이 JSPE의 조망 수용 요인 및 배려적 돌봄 요인과의 상관관계가 높으므로 JSPE의 구성타당도가 양호하다는, 논리적 근거가 부족한 주장을 하기도 하였다. 한편, 이들은 IRI의 정서적 공감 요인인 공감적 염려가 JSPE의 조망 수용, 배려적 돌봄 요인 및 총점과 가장 높은 상관관을 보이는 결과에 대해서는 별도의 설명이나 고찰을 진행하지 않는 등 균형이 맞지 않는 주장을 펼치기도 하였다. Hojat 등 [23]이 이처럼 무리한 논리를 이어가게 된 배경에는 임상에서의 공감은 인지적 공감이어야 하며 동감은 환자 치료에 도움이 되지 않는다는 이분법적 인식이 존재하는 것으로 보인다.

그렇다면 동감 혹은 정서적 공감은 항상 의사의 임상적 판단을 흐리게 만드는 요인인가? Hojat [20]이 동감의 문제를 지적하기 위해 인용한 1967년 Truax and Carkhuff [24]의 주장은 임상가가 환자의 감정을 너무 강하게 느끼는 것은 바람직하지 않다는 것이었다. 그러나 이들의 주장은 임상가가 치료적 판단의 객관성을

않을 정도로 과도하게 환자의 감정에 몰입하여 휘둘리면 안된다는 것이었지, 환자에 대한 동감 자체가 치료 장면에서의 객관적 판단에 해를 끼친다는 것은 아니었다. 또한 환자를 돌봄에 있어서 연민(pity), 동감(sympathy), 공감(empathy)의 역할을 논한 1968년 Wilmer [25]는 “연민이 환자를 돕는 경우는 거의 없고, 동감은 일반적으로는 환자를 돕곤 하며, 공감은 항상 환자를 돕는다”라고 결론 내린 바 있다. 나아가 Hojat [20] 자신도 동감과 공감이 의사의 수행과 각각 어떤 상관관계를 보이는지 대해 보고한 바, 공감은 의사의 수행 수준과 선형관계를 보이고, 동감은 뒤집힌 U자 형태의 상관관계를 보인다고 하였다. 즉 공감 수준이 높으면 높을수록 의사의 수행 수준 역시 증가하는 반면, 동감은 중간 정도의 발휘에서 의사의 수행 수준이 가장 높고, 동감이 너무 적게 발휘되거나 과도하게 많이 발휘되는 경우는 의사의 수행 수준이 저하된다는 것이다. 이상의 내용을 고려할 때, 동감은 Hojat [20]이 주장한 바와 같이 정서적 공감은 무용하고 배제되어야 할 심리적 기제인 것이 아니라, 의사가 잘 조절하여 발휘할 때 최선의 수행을 기대할 수 있는 기제라고 보아야 할 것이다. 이와 일관되게, 2006년 Singer [26]는 해부학적인 측면에서도 인지적 공감과 정서적 공감은 구별될 수 있으나 서로 어우러져 발휘된다고 보고하였다. 즉 인지적 공감과 정서적 공감은 뇌의 각각 다른 영역에서 감당하며 발달 및 감퇴의 시기 역시 구별될 수 있지만, 두 기능은 인지적 공감이 상대적으로 느리게 발달되는 초기 아동기와 상대적으로 감퇴가 관찰되는 초고령기를 제외하고는 대부분의 삶의 과정에서 서로 얽혀 발달함을 주장하였다[26].

### 3. 공감의 세 번째 요소: 공감하려는 동기

2000년대 초반에 들어 공감과 동감, 인지적 공감과 정서적 공감에 대한 이분법적 구분은 중요되어야 함을 주장하는 문헌들이 출간되기 시작하였다. 2005년 Larson과 Yao [27]는 임상현장에서의 공감이 발현되는 과정을 다룬 논문의 서두에서 의사는 환자를 만나면서 다양한 감정의 인식과 표현과 교류를 전체적으로 관리하는 감정 노동자임을 전제하였다. 이들은 인지적 공감과 정서적 공감이 공감을 구성한다고 제시한 1983년 Davis [17]의 틀에 따라 공감의 처리과정을 도식화하였는데, 공감은 의사의 단순한 태도 수준에만 그치는 것이 아니라 정서, 인지, 행동적 활동을 아우르는 과정이라고 설명하였다. 즉 의사가 환자의 감정에 진정성 있게 반응하지 못하여 환자를 대하는 의사의 생각과 감정이 유리된 상태에서 작위적인 감정반응을 보이게 되면 의사에게는 소진이 뒤따르고 환자는 진료에 만족하지 못하고 치료결과도 좋지 못하다고 보았다. 반면, 의사가 환자의 상태에 대해 정서적으로나 인지적으로 공감하게 되면 정서적 공감과 인지적 공감이 상호작용하여 진료현장에서 정서를 관리하는 데 부자연스러움이 없어

지고 의사는 직업만족도가 높아지며, 환자는 진료에 대해 만족하고 치료결과도 양호하다고 보았다[27].

2015년 Reach [28]는 만성질환 환자의 치료 순응성을 높이기 위한 심리적 기제에 대해 설명하면서 1992년 Emanuel과 Emanuel [29]이 제시한 네 가지 유형의 의사-환자 관계 모형을 이용하였고, 가부장적 모형(paternalistic model), 정보제공 모형(informative model), 해석 모형(interpretative model), 숙고 모형(deliberative model)의 순서대로 변화할수록 한층 더 윤리적인 모형이라고 보았다. 그는 단순히 정보를 제공하고 결정을 환자에게 맡기는 정보제공 모형이 환자가 선호하는 결정을 돕는 해석 모형으로 발전 하려면 의사의 공감(empathy)이 작용해야 한다고 설명했다. 나아가 숙고 모형에 해당하는 의사-환자 관계에서는 의사가 판단하기에 환자의 건강과 형편을 고려하여 더 낫다고 여기는 치료방식이 무엇인지에 대해 환자에게 제시해주는데, 해석 모형이 숙고 모형으로 발전하기 위해서는 환자의 복지와 미래에 대한 염려를 포함한 동감(sympathy)이 작용해야 한다고 설명하였다. 여기서 언급되는 동감의 개념은 2002년 Stephen Darwall에 의해 정의된 바, 상대방에게 정서적으로 동화됨을 의미하는 기존의 단순한 정의에서 벗어난 것이다. 즉 “상대방의 복지에 대한 방해요소에 반응하려는 정서이고, 상대방을 객체로 인지하며, 상대방에 대한 염려를 포함함으로써 그의 복지와 안위에 대해 염려하는 것”을 의미하며[28], 나아가 상대방의 관점에서 느끼는 것에 그치지 않고 상대방을 돌보는 사람의 관점에서 느끼는 정서이다. 요컨대 Reach [28]는 의사가 자신의 선호는 공개하지 않는 채 환자가 스스로 치료방법을 결정하는 것을 돕는, 공감에 근거한 해석 모델은 충분히 윤리적이지 않다고 보았다. 그는 동감의 개념을 확장하여 환자의 복지와 미래의 삶에 대한 충분한 관심을 담아 상황 전반을 고려하는 것으로 정의하였고, 이와 같은 동감이 작동할 때 의사는 자신의 전문성에 입각하여 환자에게 가장 적합한 치료 방법이 무엇이라고 생각하는지도 알려줄 수 있다고 보았다. 물론 이 모든 정보를 개방한 후에, 최종 결정은 환자에게 맡기는 형태의 의사-환자 관계 모델이 숙고 모형이다[28].

위에서 제시한 Larson과 Yao [27], 그리고 Reach [28]의 주장이 일관적으로 제시하는 바는 임상현장에서 환자와의 의사소통에서 의사는 환자의 생각, 감정, 상태에 대한 인지적, 정서적 공감을 함께 발휘해야 한다는 인식이다. 이상에서 제시한 공감 관련 개념들은 환자의 요소와 그에 대한 의사의 반응이라는 두 축에 따라 정리될 수 있다. 즉 환자의 비정서적 요소와 정서적 요소에 의사가 인지적으로 반응하는 것을 인지적 공감으로, 환자의 정서적 요소에 의사가 정서적으로 반응하는 것을 정서적 공감 혹은 전통적으로 정의되어 온 동감으로, 환자의 안녕과 미래에 대해 의사가 정서적으로 반응하는 것을 공감하려는 동기(empathic motiva-

tion) 혹은 2002년 Stephen Darwall이나 2015년 Reach [28]에 의해 새롭게 정의된 동감으로 개념화할 수 있다(Figure 1).

공감하려는 동기 혹은 새롭게 개념화된 동감의 개념과 관련하여, 2012년 Zaki와 Ochsner [30]는 공감과 연관된 신경과학 연구들을 개관하였다. 그 과정에서 공감은 감정 경험의 공유(experience sharing), 정신화(mentalizing)의 두 요소로 구분되어 설명되어 왔으나, 이 두 가지 요소 중 하나 이상이 함께 작용하여 유발되는 친사회적 동기(prosocial motivation) 혹은 공감하려는 동기(empathic motivation)가 세 번째 요소를 형성하고 이와 같은 세 요소가 상호작용함으로써 공감이 발휘됨을 제시하였다[30]. 여기서 정신화는 인지적 공감에, 감정 경험의 공유는 정서적 공감 혹은 고전적으로 정의되어 온 동감에, 친사회적 동기는 상대방을 돌보려는 동기로 Reach [28]에 의해 새롭게 정의된 동감에 각각 해당하는 개념이라 볼 수 있다. 1983년 Gladstein [31]은 일찍이 정서적 공감과 인지적 공감이 발휘된다고 하더라도 이와 같은 공감이 항상 타인을 도우려는 의도나 행동으로 연결되는 것은 아니라고 보고하였는데, 공감에 대한 최근의 신경학적 연구에서 시사되는 바, 타인을 도우려는 동기로 새롭게 개념화된 동감이 함께 작용할 때 공감의 온전한 구현이 가능한 것으로 이해될 수 있다. 요컨대, “거리를 둔 염려에서 공감으로(from detached concern to empathy)” 의사의 행태가 변화되어야 함을 강조했던 2001년 Halpern [14]의 주장과 같이, 인지적 공감에 치우쳐 환자의 정서적 문제를 방치하거나, 환자의 형편이나 미래에 대한 관심은 의사의 공감 영역이 아니라고 교육하는 구태적 관습은 변화되어야 한다. 이상의 문헌에서 제시된 바에 따라, 의과대학은 학생들에게 인지적, 정서적 공감과 이에 기반하여 발휘되는 공감하려는 동기가 함께 작용할 때 환자나 의사 모두에게 긍정적 결과를 기대할 수 있음을 새롭게 가르칠 필요가 있다[14].

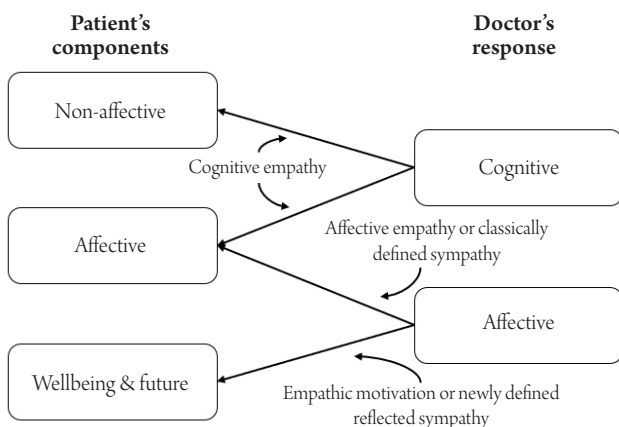


Figure 1. Conceptualization of empathy and sympathy between patient components and doctor's response.

## 의과대학생을 위한 공감능력 증진 교육의 필요성

다수의 연구를 통해 공감능력은 교육을 통해 증진될 수 있으며, 의과대학 생활뿐만 아니라 대학을 졸업하고 임상수련을 받는 과정이나, 전문의 자격을 취득한 이후에도 양질의 교육과 훈련이 지속되면 공감능력을 높일 수 있다고 보고된다[32-34]. 한편, 의과대학생 혹은 의사의 공감능력의 발휘는 인지기능의 발달, 학업 환경 등에 따라 차이가 발생할 수 있다. 의과대학은 이와 같은 인지적, 환경적 특성에도 불구하고 의과대학생이 높은 수준의 공감능력을 발휘하고 유지할 수 있도록 교육과정을 구성하고 적용해야 한다.

### 1. 체계화에 특화된 인지기능

Baron-Cohen [35,36]은 남성과 여성의 마음과 뇌의 작용에는 기본적인 차이가 있다고 설명하면서, 성별에 따른 공감화-체계화 이론(empathizing-systemizing theory)을 제시하였는데, 상대방의 상황에 적절한 감정으로 반응해주는 것은 여성이, 규칙이나 패턴을 분석하여 체계를 만들어 나가는 것은 남성이 더 잘한다는 가설이었다. 한편, 4세에서 17세의 아동, 청소년을 대상으로 설문과 functional magnetic resonance imaging (fMRI)를 이용한 연구에서는 성별과 연령 간의 상호작용이 존재하여 연령이 증가할수록 여성의 공감능력이 높아지는 것을 관찰할 수 있었으나, fMRI에서는 상호작용이 존재하지 않았음을 제시하며, 여성들은 자신의 공감능력이 높은 것으로 인식하는 “의지(willingness)”가 있을 수 있다고 보고하기도 하였다[37]. 이처럼 일관되지 않은 결과들이 보고되기도 하지만, 다수의 연구들은 여성의 공감능력이 상대적으로 높음을 보여주었다. 한편, 성별 자체보다는 개인이 가진 여성성이 공감능력에 더 높은 상관성이 있다고 보고한 연구도 있다[38]. 요컨대, 과학, 기술, 공학, 수학을 지칭하는 일명 STEM (science, technology, engineering, mathematics) 전공자에게는 분석과 체계화 능력의 발휘가 매우 중요한데, 의학 전공자들은 Baron-Cohen [35,36]의 구분에 따르면 생물학적 성별과 관계없이 이들 전공자 이상으로 극단적인 남성의 뇌(extreme male brain)를 가진 학생일 가능성이 높아 보인다.

문제는, 이들이 의과대학을 졸업하고 의사로서 만나야 하는 환자들은 대부분 신체적 질환에 동반되는 상당한 정서적 불편감을 기저에 가지고 있다는 것이다. 2015년 Decety [39]가 제시한 바, 공감은 자신과 타인이 혼동되지 않은 상태에서 상대방이 경험하는 특정한 감정을 공유하거나 그 감정에 영향을 받을 수 있는 정서적 공유(affective sharing), 타인의 복지를 돌보고자 하는 동기에 해당하는 공감적 염려(empathic concern), 타인의 마음 속에 의식적으로 들어가 그가 생각하고 느끼는 것을 이해할 수 있는 능력

인 조망 수용(perspective taking) 혹은 인지적 공감(cognitive empathy)으로 구성된다. 신체적 질환 및 그에 따라 연쇄적으로 경험되는 사회경제적 문제로 인한 공포, 불안, 슬픔, 우울 등이 주된 감정을 구성하고 있는 환자들을 대하는 의사의 정서적 공감능력이 떨어진다면 환자의 가치나 감정, 욕구에 대한 관심과 이해는 저하될 수밖에 없다. 결과적으로 환자는 자신의 정서적 문제에 대해 이해하지 못하는 의사의 치료적 개입에 대해 순응하지 않고, 이는 치료효과를 떨어뜨리는 원인이 될 것이다. 분석과 체계화에 필요한 능력이 상대적으로 높다고 해서 공감에 필요한 능력이 절대적으로 부족하다고 말할 수는 없다. 그러나 의과대학으로의 진학을 위해서는 기초과학이나 수학 등의 교과목에서의 성취가 중요하고, 따라서 학령기 초기부터 해당 교과목에서 보여온 재능과 흥미 위에 정교한 학습이 이루어져 온 학생들이 의과대학에 진학한다. 이러한 인지기능과 학습의 경험을 가진 미래의 의사는 공감화에 활용할 수 있는 역량을 계발하는 것이 중요하다.

2. 학업환경

의과대학생은 과도한 학업량, 휴식시간이 충분히 보장되지 않는 교육과정, 반복되는 시험과 재교육, 희망하는 전공과로의 진로와 직결되는 성적에 대한 부담 등을 직면하며 생활한다. 결과적으로 의과대학생들의 삶의 질은 심리적 안녕이나 사회적 관계에서 동일 연령 타집단과 비교할 때 유의하게 나쁘고[40], 부정적인 경우 약물이나 음주에 대한 의존, 우울이나 불안의 증가, 자살 사고의 경험 등으로 이어지기도 한다[41,42]. 이와 같은 열악한 학업환경과 그로 인한 심리적 문제들은 공감능력의 발휘에도 문제를 야기한다. 의과대학생의 공감능력은 냉소적 태도나 정서적 탈진 등의 소진 수준과는 역상관의 관계를, 개인적 성취감이나 삶의 질에 대한 긍정적 인식과는 정상관을 보이는 것으로 알려져 있다[43].

의과대학생들의 공감능력이 처음부터 낮은 수준인 것은 아니나, 의과대학에서 일정 기간을 겪고 나면 감소된다는 연구결과도 보고된 바 있다. 2009년 Hojat 등[44]은 의과대학에 입학할 때부터 4학년에 이르기까지 매 학년말에 학생들의 공감 수준을 평가하였는데, 공감 수준이 3학년말에 감소하여 졸업 시까지 유지되는 것을 확인하였다. 이러한 현상은 성별에 따라 다르지 않았고, 졸업 이후 전공의 특성에 따라 사람-지향(people-oriented) 전공과 기술-지향(technology-oriented) 전공으로 집단을 구분했을 때에도 의과대학 3학년말에 저하된 공감 수준이 졸업까지 유지되는 현상은 유사하게 나타났다. 이보다 조금 더 앞선 시기에 2007년 Chen 등[45]이 보고한 연구에서도 의학과 2학년말과 의학과 3학년말 사이에 공감 수준이 유의하게 저하되는 것이 발견되었는데, 연구자들은 공통적으로 의학과 3학년이 환자를 직접 대면하

는 임상실습을 시작하는 시기임에 주목했다. 정작 임상현장에서 최적의 수준으로 발휘되어야 할 공감능력이 오히려 환자를 만나고 난 후 감소하는 모순적 상황을 발견한 것이다.

2011년 Neumann 등[46]은 18개의 선행연구들을 분석하여 의과대학생과 전공의의 공감 수준이 저하되는 이유로 다음과 같은 원인들을 제시하였다. 일차적으로는 소진감이나 안녕감의 저하, 낮은 삶의 질, 우울감 등의 개인 내적 문제들이 부정적 영향을 미쳤을 것으로 보았다. 그러나 이 외에도 임상현장에서 겪는 부정적인 대인관계, 휴식이나 사회적 지지의 제한, 양질의 학습경험을 갖지 못함 등도 영향을 주는 요인으로 언급되었다. 구체적으로는 의과대학생들이 교육을 받는 과정에서 선배나 멘토들로부터 경험하는 괴롭힘, 업신여김, 치욕감, 평가절하, 성적 차별이나 괴롭힘 등이 이들의 심리적 불편감을 만들어내는 요인이 될 수 있다. 가족들이나 친구들과 만날 기회가 감소하면서 사회적 지지를 구하지 못하는 것이나 긴 업무시간과 업무량에 따라 충분히 수면을 취하지 못하고 휴식시간이 부족해지는 것도 한 원인이 될 수 있다. 이 외에도, 의료현장에서 환자와 충분히 대화하지 못하면서 환자-의사 관계를 충분히 경험하며 환자들로부터 학습할 수 있는 기회를 얻지 못한다든지, 좋은 롤모델을 접하지 못하는 것도 공감 수준을 낮추는 원인으로 보고되었다[46].

의과대학생의 공감능력 증진을 위한 방안

의과대학생의 공감능력이 다양한 특성이나 환경에 영향을 받을 수 있는 만큼, 그에 대한 대응방안은 학생 개인의 차원에서, 이들에게 교육환경과 내용을 제공하는 의과대학의 차원에서도 모색해 보아야 한다. 다음에 제시되는 방안은 개인과 대학 어느 한 주체가 아닌, 양측 모두의 노력이나 개선이 병행될 때 최적의 결과를 도출할 수 있을 것이라 예상할 수 있다.

1. 스트레스 관리

의과대학생이 의사가 되어 가는 과정과 된 이후의 진료현장에서 상당한 스트레스를 경험하는데, 이 스트레스는 이들이 감당해야 하는 학업과 훈련의 내용과 양, 직업적 성격 등의 본질적 특성에 기인하는 바가 크다. 앞서 언급한 바와 같이, 의과대학의 교육과정이 요구하는 방대한 학업량과 반복되는 평가, 임상 훈련과정에서 경험하는 수련감독자 혹은 선후배 및 진료지원 직역과의 관계, 임상현장에서 의사에게 요구되는 직업전문성의 유지에 대한 압박 등이 스트레스를 발생시키는 주된 원인이 될 수 있다. 해결되지 않은 스트레스의 누적은 소진, 우울, 불안, 자살사고 등을 야기할 수 있고 다수의 연구들은 이와 같은 문제들이 의과대학생이나 전공의, 전문의들에게서 상대적으로 높은 비율로 나타남을

일관적으로 보고해왔다[47-50]. 이러한 이유로 의사가 되려고 하거나 의사로서 역할을 하는 과정에서 스트레스의 관리는 반드시 병행되어야 하는 중요한 과제이다.

스트레스 대처전략과 사회적 지지는 스트레스와 관련하여 가장 빈번히 다루어져 온 변인이다. 1980년 Folkman과 Lazarus [51]는 스트레스 대처전략을 크게 문제 중심 대처(problem-focused coping)와 정서 중심 대처(emotion-focused coping)의 두 가지로 구분하였고, 그간의 연구들은 이 중에서도 문제 중심 대처가 스트레스로부터의 회복에 긍정적으로 작용하는 것으로 보고해 왔다. 즉 스트레스 상황에 놓였을 때 적극적으로 계획을 세우거나 상황 해결에 도움이 되는 행동을 수행하는 것이 감정을 억누르거나 회피하려는 시도에 비해 더 적응적인 방법이 된다. 이와 더불어 개인이 지각하는 사회적 지지의 수준이 높을수록 스트레스로부터 더 잘 회복하는 것으로 보고되어 왔다. 사회적 지지는 가족, 정서적 유대관계를 가지고 있는 주요 대상, 친구 등과의 관계에서 경험할 수 있고[52], 물질적 도움을 주거나 소속감을 가지게 하거나, 긍정적 평가로 자존감을 복돋워주는 등의 방식으로 경험할 수도 있다[53]. 결과적으로, 의과대학생은 적극적으로 문제의 원인을 규명하고 이를 해결할 수 있는 방안을 마련하여 계획에 따라 대처하는 것이 적응에 도움이 됨을 알아야 하고[54-56], 평상시에 다양한 사람들과의 관계에서 사회적 지지를 경험할 수 있도록 건강하고도 긴밀한 사회망을 형성해 놓을 필요가 있다 [57,58].

의과대학은 의과대학생들의 문제 중심 대처와 사회망 구축을 돕기 위해 다음 사항을 고려할 수 있다. 예를 들어, 의과대학에서 학업부진으로 인해 스트레스를 경험하는 학생에 있어서의 문제 중심 대처는 후회나 자기비난이 아닌, 학업성취를 도와줄 수 있는 조력자의 확보일 것이며, 이와 같은 필요를 지원하기 위해 의과대학은 튜터링 프로그램의 운영을 고려할 수 있다[59,60]. 일부 학생은 임상실습이나 해부학 등 팀활동의 형태로 학습이 이루어져야 하는 상황에서 대인관계 스트레스를 경험할 수 있다. 이러한 학생에게 있어서의 문제 중심 대처는 감정을 꼭 참고 아무렇지 않은 표정을 짓고 있거나 갈등이 발생하는 동료 학생을 회피하는 것이 아닌, 상대방과 대화를 통해 서로의 입장을 이해함으로써 추가적인 갈등의 소지를 감소시킨다든지 자신의 상호작용 패턴을 분석하여 더 나은 방식의 소통을 모색함으로써 성장의 기회로 삼는 등의 행동일 것이다. 이를 위해 의과대학은 팀 학습을 진행할 때 수업 초기 단계에서 팀 내 응집력을 높여줄 수 있도록 충분한 시간의 자기소개 및 협력활동을 편성하고, 종결 단계에서는 팀활동에 대한 성찰을 위한 디브리핑 시간을 가질 수 있다 [61,62]. 한편, 학생들에게 사회적 지지를 제공하는 대표적인 제도적 장치 중의 하나는 학습공동체이다. 학습공동체는 특정한 주

제에 대한 자기계발을 목표로 구성될 수도 있고, 진로지도, 전문직업성의 성장 혹은 임상실습 단계에서의 도움을 위해 구성될 수도 있는데, 학습공동체가 공통적으로 지향하는 바는 사회적 지지를 제공함으로써 학생의 안녕을 확보하는 것이다[63,64]. 학습공동체에 소속되어 활동하는 학생들은 번아웃의 위험성은 감소하고 공감 관련 지표에서는 더 높은 수준을 보이며, 전반적인 삶의 질에 대한 만족도 역시 높은 것으로 보고된다[65,66].

## 2. 긍정적인 롤모델의 제공

의료현장에서 전문적 술기를 배우거나 전문직업성을 형성해 나가는 과정에서 도제식 교육은 여전히 주요한 교수법이다. 특히 의과대학의 실습과정이나 졸업 후 전공의 수련과정에서 교수나 선배 의사가 환자와 소통하며 표현하는 공감을 관찰하는 것은 학습자에게 매우 중요한 학습방법이다. 롤모델링은 교수나 선배 의사가 어떤 태도를 취하느냐에 따라 긍정적으로도 부정적으로도 이루어질 수 있다. 실습이나 수련의 현장에서 환자들에게 냉소적이고 방어적인 의사들의 모습에 노출되면 학생이나 수련의들은 그와 같은 현장 분위기에 사회화되어 그들과 유사한 방향으로 자기정체성을 만들어간다. 반대로, 스트레스에 건강하게 대처하고 주어진 조건과 상관없이 환자를 존중하면서 대우하는 의사에게 노출되면 학생은 환자에 대한 공감의 중요성을 다시 새기고 자신의 행동을 점검하게 된다[67].

교수에 대한 롤모델링은 의학적 지식이나 술기의 적용에 대해서뿐만 아니라 학생의 전반적인 태도에도 영향을 준다. 학생들은 환자를 대하는 교수의 인성, 환자를 대하는 행동, 환자와의 소통 방식에 영향을 받으며, 교수가 의료 술기를 환자와의 관계에 어떻게 연결시켜 적용하는지 등을 관찰하고 배운다. 또한 교수가 동료 교수나 학생들을 무시하는 태도, 근무 연차 혹은 직급(의과대학생, 인턴, 전공의, 전문의 등)에 따라 차별적으로 대하는 행동 등도 학생들에게는 모델링의 재료가 될 수 있다. 현대 의료가 다직군이 협력하여 작동할 때 가장 효과적인 치료결과를 이루어 낼 수 있음을 고려하면, 동료나 선배, 학생들과의 관계에서 교수가 보여주는 소통의 방식들은 장차 의료의 리더가 되어야 할 의과대학 학생들에게 그 자체로 교과서의 역할을 할 수 있음을 의미한다[68].

임상현장에서의 공감능력은 단순한 지식의 전달이나 임상술기의 반복연습에 따른 습득이 아닌, 주변 사람들과의 인격적 교류와 환자와의 협력적 소통을 관찰함으로써 학습할 수 있다. 학생은 자신이 임상실습이나 전공의 수련과정에서 관찰하거나 경험하는 다양한 방식의 소통이나 현상을 있는 그대로 받아들이기보다 비판적으로 성찰하려는 노력이 필요하다. 이론 교육과정에서 접한 이상적 상황과 실제 상황에서의 차이점을 파악해보고, 환자

나 의료진의 특성 혹은 발생한 상황의 맥락적 정보를 분석하고, 개선되어야 할 문제를 탐색하여 건강한 멘토의 역할을 할 수 있는 선배 의사나 교수와 논의하고 피드백을 받아볼 필요가 있다. 이와 같은 이유로, 의과대학은 학생들에게 많은 언행이나 태도가 노출됨으로써 잠재적으로 혹은 명시적으로 롤모델이 될 수 있는 교수들이 자기성찰을 할 수 있도록 도와야 하고[67], 교수들에게는 환자나 환자의 보호자, 학생들을 대할 때 활용할 수 있는 의료 인문학적 지식과 태도를 학습할 수 있는 시스템을 제공해야 한다[69]. 요컨대, 임상현장에서의 긍정적 롤모델링 경험은 의과대학생의 공감능력의 계발이나 유지를 위한 중요한 역할을 할 것이라 예상할 수 있다. 특히 공감능력이 체제화 능력에 비해 상대적으로 덜 발달되었거나 의과대학 실습과정에서 부정적 의료문화나 냉소적 태도에 노출된 학생은 환자나 동료, 선배, 기타 의료 관련 전문직 종사자들을 존중하고 이들에게 공감적 태도를 유지하는 교수의 수행을 분석하고 모방하면서 공감능력을 계발할 수 있을 것이다.

### 3. 공감적 소통을 위한 교육적 개입

의료인의 공감에 대한 연구가 실제 현장에서의 공감을 평가하고 탐색한 것인지에 대해 근본적 질문이 제기되기도 하였다. 2009년 Pedersen [70]은 그간 이루어져온 공감에 대한 대다수의 연구들은 자기보고식 설문지에 기반한 양적 연구로, 실제 현장에서의 의사-환자 간의 상호작용이나 의사소통에 대한 질적 연구나 양적, 질적 분석이 병행된 연구는 많지 않았음에 주목하였다. 따라서 의사가 공감하지 못하는 것처럼 여겨졌다면, 그 이유가 의사가 환자를 이해하지 못해서인지, 의사의 의사소통 기술이 부족해서인지 확인할 방도가 없다는 문제를 제기하였다. 무엇보다도 공감과 관련된 의사나 의과대학생의 자기평가 결과는 실제 상황에서 발휘되는 공감의 수준과 일치하지 않는 경우가 빈번하므로, 좀더 실제의 모습을 반영하는 평가가 필요하다고 주장하였다[70].

2014년 Grosseman 등[71] 또한 공감에 대한 의사의 자기보고식 설문결과가 표준화 환자(standardized patient)가 지각하는 의사의 공감 수준과 거리가 있음을 지적하였다. 이와 유사하게 2017년 Buffel du Vaure 등[72]은 인지적 공감훈련을 이수한 의과대학생들이 통제집단에 비해 자기보고식 설문에서는 사후 평가에서 유의하게 높은 점수를 보고하였으나 표준화 환자가 평정한 공감 척도에서는 사전사후 평가 간 유의한 차이가 없었다고 보고하였다. 이러한 연구들에 따르면, 의사가 공감능력을 갖추고 있고 이런 능력을 활용하려는 동기가 있다고 스스로 보고하여도, 실제로 임상 장면에서 환자와 공감적으로 소통하지는 못할 수 있다. 의사가 인지적, 정서적, 동기적 공감능력에 대한 효능감을 충분히

갖추었다고 하더라도, 이와 같은 공감적 태도가 온전히 전달되지 않으면 서비스 대상자인 환자는 공감받았다고 지각하지 못한다. 즉 환자나 환자의 보호자는 의사의 공감능력에 대한 주요 평가자가 될 수 있으며, 이러한 이유로 환자에게 지각된 의사의 행동이나 태도, 환자가 경험하는 의사와의 관계에 대한 평가를 의사의 공감능력에 대한 지표로 삼아야 할 필요가 있다.

2004년 Mercer 등[73]은 의사가 환자를 진료하고 관계를 형성하기 위해 얼마나 공감에 기반한 태도를 보이는지 알아보기 위해 환자-평정 설문척도(Consultation and Relational Empathy measure, CARE)를 개발하였다. 이 척도에서 공감은 환자의 상황, 입장, 감정을 이해하는 능력, 자신이 이해한 바가 정확한지 확인하기 위해 소통하는 능력, 환자에게 도움이 되는 치료적 방법으로 환자를 대하는 능력을 포함하며, 환자는 이러한 능력과 관련된 문항을 읽고 리커트 척도에 평정한다. 이 척도에서 확인할 수 있듯이 환자가 지각하는 의사의 공감능력은 상당 부분 의사소통의 과정에서 평가되며, 따라서 공감과 관련된 의사의 자원은 공감적 소통을 통해 환자에게 온전히 전달될 때 비로소 임상현장에서 기능이 발휘된다고 할 수 있다.

의료진이 환자와의 의사소통에서 공감적 자세를 유지하는지에 대한 구체적 평가도구들이 20세기 후반에 제시된 바 있다. 그 중에서도 평가와 훈련의 두 가지 목적에 모두 부합함으로써 널리 사용되고 있는 대표적 도구는 Roter 의사소통 분석 시스템(Roter Interaction Analysis System, RIAS) [74]과 공감적 의사소통 코딩 시스템(Empathic Communication Coding System, ECCS) [75]이다. RIAS는 의사소통의 목적에 따라 의료진이 어떤 내용으로 환자에게 질문을 던지거나 조언하거나 격려해야 하는지를 제시하는데, 소통의 목적이 정보수집을 위한 것인지, 건강증진이나 유지를 위해 환자를 교육하거나 조언하기 위한 것인지, 환자와의 긍정적 관계형성을 위한 것인지, 치료적 협력 상태를 확인하기 위한 것인지에 따라 더 나은 대화를 할 수 있도록 유도한다. ECCS는 환자가 감정을 표현할 때, 건강증진을 위한 의지나 행동을 표현할 때, 그리고 부정적인 문제들을 표현할 때 등의 각 맥락에 따라 얼마나 공감적으로 반응할 수 있는지를 훈련된 평가자가 평정하게 하는 척도이다. 즉 이 척도는 이와 같은 맥락을 포착해낼 수 있는지, 그리고 각 맥락을 포착했을 때 얼마나 깊은 수준으로 공감하며 반응하는지를 평가한다. 공감의 수준은 환자의 이야기를 무시하는 0단계로부터 의사가 자신의 경험을 개방하며 환자의 감정을 공유하는 6단계까지 총 일곱 단계로 구분된다.

이상의 환자-의사 간 의사소통에 대한 평가도구들은 공감적 소통이 필요한 맥락을 의사가 잘 포착해내는지, 그리고 의사의 언어적, 비언어적 반응이 얼마나 공감적으로 제시되는지 파악할 수 있으므로 교육적으로 유용한 도구이다. 그 예로, 2011년



Bayne [76]은 표준화 환자와의 반복된 면담을 마칠 때마다 CARE의 평가결과를 제시함으로써 의과대학생이 스스로의 공감적 소통의 수준을 파악하고 개선할 수 있게 하였을 때 이들의 공감능력이 향상되었음을 보고하였고, 2002년 Roter와 Larson [74]은 소아과 전공의가 환자의 보호자 역할을 하는 표준화 환자와 면담한 내용을 RIAS로 평가하여 피드백 하였을 때 보호자 교육에 있어서의 공감적 소통능력이 증가되었다고 보고하였다. 2016년 Foster 등[77]은 가상 환자와의 면담결과를 ECCS 체계에 따라 피드백 받은 의과대학생들이 그렇지 않은 학생들에 비해 향후 표준화 환자들과의 면담에서 공감능력이 더 높았다고 보고하였고, 2023년 Gilbert 등[78]은 가상 환자와의 면담훈련이 ECCS의 평가요소에 맞춰 이루어지도록 프로그램을 제작하여 의사소통 교육에 적용했을 때 학생들의 공감적 소통능력이 양호하게 발휘되었음을 보고하였다. 상당수의 의과대학은 임상에서의 효과적 의사소통 교육을 위해 캘거리-캠브리지 가이드(Calgary-Cambridge Referenced Observation Guide)를 활용한다[79]. 면담의 각 국면에 따르는 주제와 방향성을 위해서는 해당 가이드를 기준점으로 활용되, 환자의 감정이나 생각을 깊이 있게 이해하고 반응하기 위해 앞서 언급한 공감적 의사소통을 위한 도구를 의학교육에서 적극적으로 활용할 필요가 있겠다.

## 결론

의사는 의료전문가로서 사회구성원의 건강권이 정의롭게 보장되는지 주의 깊게 관찰하고, 더 나은 정책수립을 위해 발언해야 한다. 이를 위해 의사는 좀더 미시적으로는 진료환경에서 마주하는 환자가 도달 가능한 최고 수준의 건강상태를 유지하도록 돕기 위해서 그의 질병 자체만이 아니라 질병의 배경에 있는 사회경제적 문제, 정서적 문제, 생각의 문제 등을 고루 살펴야 하는데, 질병은 필연적으로 이 모든 문제들을 동반하기 때문이며, 이러한 문제에 대한 파악은 의사가 가진 공감능력에 기반한다. 의사의 공감에 대한 교육의 강조점은 공감과 동감, 인지적 공감과 정서적 공감에 대한 개념적 대비를 통해 이루어져 왔는데, 최근의 연구결과들은 이와 같은 이분법적 구도에서 벗어나야 함을 시사하고 있다. 즉 의사는 환자에 대해 인지적으로도, 정서적으로도 공감할 수 있어야 하며, 환자의 안녕에 대해 기꺼이 관심을 가지는, 공감하려는 동기도 갖추어야 온전한 공감능력을 발휘할 수 있다고 보고된다. 나아가, 의사가 인지적 공감, 정서적 공감, 공감하려는 동기를 가지고 있다고 해도, 이를 임상현장에서 효과적으로 전달하지 못하면 환자는 의사의 행동을 공감적이라고 경험하지 않는다. 따라서 공감능력의 증진을 위해 의과대학생에게 제공하는 교육에 언어적, 비언어적 기술을 다루는 공감적 의사소통이

포함되어야 한다.

의과대학생의 공감능력을 증진하기 위해 의과대학은 최적의 교육환경을 제공해야 한다. 학업 성취에서 스트레스를 겪는 학생에게 튜터링 프로그램을 제공하거나, 학생들의 대인관계 스트레스를 감소시키기 위해 팀 응집력 증진활동과 팀활동에 대한 디브리핑을 수업 전후에 배치하는 방식의 수업설계를 통해 의과대학은 학생들이 문제해결적 방식의 스트레스 대처를 활용할 수 있도록 도울 수 있다. 또한 의과대학은 학습공동체 제도의 도입 등을 통해 학생들의 사회망을 확보하여 주고, 이를 통해 학생들이 교수나 동료 학생들로부터 사회적 지지를 경험할 수 있도록 도울 수 있다. 의과대학은 학생들이 품어왔던 환자를 돕고자 하는 마음이 냉소적으로 바뀌지 않고 더 건강하고 균형적인 형태로 발현되도록 하는 데 좋은 역할모델이 될 수 있는 교수들을 발굴하고 격려해야 한다. 의과대학은 가진 공감에 대한 잠재력이 환자와의 의사소통에서 온전히 발휘되도록 하기 위해서는 학생의 공감능력 평가에 환자나 보호자가 참여하도록 유도하고, 이들이 원하는 방식과 내용에 근거한 공감적 의사소통을 위한 추가적 훈련을 제공해야 할 필요가 있다. 학생들을 대상으로 하는 공감 관련 교육에서 활용할 수 있도록, 본 연구에서 언급한 공감과 동감 관련 개념에 대한 연구자별 정의와 설명은 Appendix 1에, 공감의 구성요소에 대한 연구자별 구분은 Appendix 2에 각각 정리하여 제시하였다.

## ORCID

Youngjoon Lee

<https://orcid.org/0000-0002-9602-5186>

## Conflict of interest

이 연구에 영향을 미칠 수 있는 기관이나 이해당사자로부터 재정적, 인적 자원을 포함한 일체의 지원을 받은 바 없으며, 연구윤리와 관련된 제반 이해상충이 없음을 선언한다.

## Authors' contribution

이영준: 논문설계, 자료수집과 분석, 논문 작성과 검토

## References

1. Michael K, Dror MG, Karnieli-Miller O. Students' patient-centered-care attitudes: the contribution of self-efficacy, communication, and empathy. *Patient Educ Couns*. 2019;102(11):2031-7. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.004>

2. Ratka A. Empathy and the development of affective skills. *Am J Pharm Educ*. 2018;82(10):7192. <https://doi.org/10.5688/ajpe7192>
3. Han J, Kim D, Kim C, Eo E, Myung SJ, Oh S. A study of Korean Doctor's Role, 2021. Seoul: Korean Medical Association, Research Institute for Healthcare Policy; 2021.
4. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(606):e76-84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
5. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ*. 2010;1:83-7. <https://doi.org/10.5116/ijme.4d00.b701>
6. Neumann M, Wirtz M, Bollsweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns*. 2007;69(1-3):63-75. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.07.003>
7. Steinhausen S, Ommen O, Antoine SL, Koehler T, Pfaff H, Neugebauer E. Short-and long-term subjective medical treatment outcome of trauma surgery patients: the importance of physician empathy. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:1239-53. <https://doi.org/10.2147/PPA.S62925>
8. Decety J, Yoder KJ. Empathy and motivation for justice: cognitive empathy and concern, but not emotional empathy, predict sensitivity to injustice for others. *Soc Neurosci*. 2016;11(1):1-14. <https://doi.org/10.1080/17470919.2015.1029593>
9. Anderson MB, Cohen JJ, Hallock JE, Kassebaum DG, Turnbull J, Whitcomb ME. Learning objectives for medical student education: guidelines for medical schools. Washington (DC): Association of American Medical Colleges; 1998.
10. Jahoda G. Theodor Lipps and the shift from "sympathy" to "empathy". *J Hist Behav Sci*. 2005;41(2):151-63. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20080>
11. Hackney H. The evolution of empathy. *Pers Guid J*. 1978;57(1):35-8. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1978.tb05091.x>
12. Aring CD. Sympathy and empathy. *J Am Med Assoc*. 1958;167(4):448-52. <https://doi.org/10.1001/jama.1958.02990210034008>
13. Blumgart HL. Caring for the patient. *N Engl J Med*. 1964;270:449-56. <https://doi.org/10.1056/NEJM196402272700906>
14. Halpern J. From detached concern to empathy: humanizing medical practice. New York (NY): Oxford University Press; 2001.
15. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*. 2003;18(8):670-4. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>
16. Batson CD, Fultz J, Schoenrade PA. Distress and empathy: two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *J Pers*. 1987;55(1):19-39. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00426.x>
17. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):113-26. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
18. Hoffman ML. Is altruism part of human nature? *J Pers Soc Psychol*. 1981;40(1):121-37. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.40.1.121>
19. Ickes W. Measuring empathic accuracy. In: Hall JA, Bernieri FJ, editor. *Interpersonal sensitivity: theory and measurement*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2001. p. 219-41.
20. Hojat M. Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes. New York (NY): Springer; 2007.
21. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002;159(9):1563-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
22. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach*. 2005;27(7):625-8. <https://doi.org/10.1080/01421590500069744>
23. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2018;23(5):899-920. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9>
24. Truax CB, Carkhuff R. *Toward effective counseling and psychotherapy: training and practice*. Chicago (IL): Aldine; 1967.
25. Wilmer HA. The doctor-patient relationship and the issues of pity, sympathy and empathy. *Br J Med Psychol*. 1968;41(3):243-8. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1968.tb02029.x>
26. Singer T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research. *Neurosci Biobehav Rev*. 2006;30(6):855-63. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.011>
27. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 2005;293(9):1100-6. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
28. Reach G. The mental mechanisms of patient adherence to long-term

- therapies: mind and care. New York (BY): Springer; 2015.
29. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
  30. Zaki J, Ochsner KN. The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. *Nat Neurosci*. 2012;15(5):675-80. <https://doi.org/10.1038/nn.3085>
  31. Gladstein GA. Understanding empathy: integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives. *J Couns Psychol*. 1983;30(4):467-82. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.30.4.467>
  32. Wundrich M, Schwartz C, Feige B, Lemper D, Nissen C, Voderholzer U. Empathy training in medical students: a randomized controlled trial. *Med Teach*. 2017;39(10):1096-8. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1355451>
  33. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2014;14:219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>
  34. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med*. 2013;88(8):1171-7. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>
  35. Baron-Cohen S. The essential difference: men, women and the extreme male brain. London: Penguin Books; 2004.
  36. Baron-Cohen S. Empathizing, systemizing, and the extreme male brain theory of autism. *Prog Brain Res*. 2010;186:167-75. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53630-3.00011-7>
  37. Michalska KJ, Kinzler KD, Decety J. Age-related sex differences in explicit measures of empathy do not predict brain responses across childhood and adolescence. *Dev Cogn Neurosci*. 2013;3:22-32. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2012.08.001>
  38. Karniol R, Gabay R, Ochion Y, Harari Y. Is gender or gender-role orientation a better predictor of empathy in adolescence? *Sex Roles*. 1998;39(1):45-59. <https://doi.org/10.1023/A:1018825732154>
  39. Decety J. The neural pathways, development and functions of empathy. *Curr Opin Behav Sci*. 2015;3:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2014.12.001>
  40. Pagnin D, de Queiroz V. Comparison of quality of life between medical students and young general populations. *Educ Health (Abingdon)*. 2015;28(3):209-12. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.178599>
  41. Paro HB, Morales NM, Silva CH, Rezende CH, Pinto RM, Morales RR, et al. Health-related quality of life of medical students. *Med Educ*. 2010;44(3):227-35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03587.x>
  42. MacLean L, Booza J, Balon R. The impact of medical school on student mental health. *Acad Psychiatry*. 2016;40(1):89-91. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0301-5>
  43. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How do distress and well-being relate to medical student empathy?: a multicenter study. *J Gen Intern Med*. 2007;22(2):177-83. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0039-6>
  44. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
  45. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007;22(10):1434-8. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0298-x>
  46. Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86(8):996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
  47. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ*. 2005;39(6):594-604. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x>
  48. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2008;149(5):334-41. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008>
  49. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med*. 2006;81(1):82-5. <https://doi.org/10.1097/00001888-200601000-00020>
  50. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Morkl S, et al. Depression-burnout overlap in physicians. *PLoS One*. 2016;11(3):e0149913. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149913>
  51. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980;21(3):219-39.
  52. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1990;55(3-4):610-7. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095>
  53. Cohen S, Mermelstein R, Kamarck T, Hoberman HM. Measuring

- the functional components of social support. In: Sarason IG, Sarason BR, editor. *Social support: theory, research and applications*. The Hague: Springer; 1985. p. 73-94.
54. Schiller JH, Stansfield RB, Belmonte DC, Purkiss JA, Reddy RM, House JB, et al. Medical students' use of different coping strategies and relationship with academic performance in preclinical and clinical years. *Teach Learn Med*. 2018;30(1):15-21. <https://doi.org/10.1080/10401334.2017.1347046>
  55. Steiner-Hofbauer V, Holzinger A. How to cope with the challenges of medical education?: stress, depression, and coping in undergraduate medical students. *Acad Psychiatry*. 2020;44(4):380-7. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01193-1>
  56. Chawla K, Sachdeva V. Domains of stress and coping strategies used by 1st year medical students. *Natl J Physiol Pharm*. 2018;8(3):366-9. <https://doi.org/10.5455/njppp2017.1040623102017>
  57. Thompson G, McBride RB, Hosford CC, Halaas G. Resilience among medical students: the role of coping style and social support. *Teach Learn Med*. 2016;28(2):174-82. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1146611>
  58. Yamada Y, Klugar M, Ivanova K, Oborna I. Psychological distress and academic self-perception among international medical students: the role of peer social support. *BMC Med Educ*. 2014;14:256. <https://doi.org/10.1186/s12909-014-0256-3>
  59. Yu TC, Wilson NC, Singh PP, Lemanu DP, Hawken SJ, Hill AG. Medical students-as-teachers: a systematic review of peer-assisted teaching during medical school. *Adv Med Educ Pract*. 2011;2:157-72. <https://doi.org/10.2147/AMEPS14383>
  60. Hudson JN, Tonkin AL. Clinical skills education: outcomes of relationships between junior medical students, senior peers and simulated patients. *Med Educ*. 2008;42(9):901-8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03107.x>
  61. Madson L, Burns CM. Jumpstarting team cohesion with team activity debriefings. *Med Sci Educ*. 2019;30(1):609-15. <https://doi.org/10.1007/s40670-019-00843-w>
  62. Chen W, McCollum MA, Bradley EB, Nathan BR, Chen DT, Worden MK. Using instrument-guided team reflection and debriefing to cultivate teamwork knowledge, skills, and attitudes in pre-clerkship learning teams. *Med Sci Educ*. 2018;29(1):45-50. <https://doi.org/10.1007/s40670-018-00669-y>
  63. Rosenbaum ME, Schwabbauer M, Kreiter C, Ferguson KJ. Medical students' perceptions of emerging learning communities at one medical school. *Acad Med*. 2007;82(5):508-15. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31803eae29>
  64. Smith S, Shochet R, Keeley M, Fleming A, Moynahan K. The growth of learning communities in undergraduate medical education. *Acad Med*. 2014;89(6):928-33. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000239>
  65. Tackett S, Wright S, Colbert-Getz J, Shochet R. Associations between learning community engagement and burnout, quality of life, and empathy among medical students. *Int J Med Educ*. 2018;9:316-22. <https://doi.org/10.5116/ijme.Sbefe834>
  66. Champaloux EP, Keeley MG. The impact of learning communities on interpersonal relationships among medical students. *Med Educ Online*. 2016;21:32958. <https://doi.org/10.3402/meov21.32958>
  67. Pohontsch NJ, Stark A, Ehrhardt M, Kotter T, Scherer M. Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):231. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1335-7>
  68. Ahmadian Yazdi N, Bigdeli S, Soltani Arabshahi SK, Ghaffarifar S. The influence of role-modeling on clinical empathy of medical interns: a qualitative study. *J Adv Med Educ Prof*. 2019;7(1):35-41. <https://doi.org/10.30476/JAMP2019.41043>
  69. Branch WT Jr, Weil AB, Gilligan MC, Litzelman DK, Hafler JP, Plews-Ogan M, et al. How physicians draw satisfaction and overcome barriers in their practices: "it sustains me". *Patient Educ Couns*. 2017;100(12):2320-30. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.004>
  70. Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine: a critical review. *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):307-22. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.012>
  71. Grosseman S, Novack DH, Duke P, Mennin S, Rosenzweig S, Davis TJ, et al. Residents' and standardized patients' perspectives on empathy: issues of agreement. *Patient Educ Couns*. 2014;96(1):22-8. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.007>
  72. Buffel du Vaure C, Lemogne C, Bunge L, Catu-Pinault A, Hoertel N, Ghasarossian C, et al. Promoting empathy among medical students: a two-site randomized controlled study. *J Psychosom Res*. 2017;103:102-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.10.008>
  73. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004;21(6):699-705. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>
  74. Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS):

- utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns.* 2002;46(4):243-51. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00012-5)
75. Bylund CL, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Educ Couns.* 2002;48(3):207-16. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00173-8)
76. Bayne HB. Training medical students in empathic communication. *J Spec Group Work.* 2011;36(4):316-29. <https://doi.org/10.1080/01933922.2011.613899>
77. Foster A, Chaudhary N, Kim T, Waller JL, Wong J, Borish M, et al. Using virtual patients to teach empathy: a randomized controlled study to enhance medical students' empathic communication. *Simul Healthc.* 2016;11(3):181-9. <https://doi.org/10.1097/SIH.000000000000000142>
78. Gilbert A, Carnell S, Lok B, Miles A. Using virtual patients to support empathy training in health care education: an exploratory study. *Simul Healthc.* 2023 Aug 28 [Epub]. <https://doi.org/10.1097/SIH.00000000000000742>
79. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* 1996;30(2):83-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x>

APPENDICES

Appendix 1. 동감(sympathy)과 공감(empathy) 관련 개념에 대한 연구자별 정의와 설명

연구자	개념 설명
Robert Vischer (1873)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 동감(Mitföhlung): 동류의식(fellow feeling) - “~와 함께 느끼는 것(feeling with)”</li> <li>• 공감(Einföhlung): 정서적 투사(emotional projection) - “~속에서 자신을 느끼는 것(feeling oneself into)”. 광각각이 형태 인식에 미치는 영향을 설명하며, 관찰자의 영혼이나 기분을 대상에게서 느끼거나 대상에게 투사하는 것으로 설명</li> </ul>
Theodor Lipps (1907)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공감(Einföhlung): 상대방의 표정이나 행동에서 연상되는 감정이 있을 때 관찰자도 같은 표정이나 행동을 내적으로 떠올리며 상대방의 감정을 경험하는 것. 공감하려는 욕구와 따라하려는 욕구로 구성. 모방 혹은 정서적 전염이라는 점에서 sympathy와 거의 같은 의미로 사용</li> </ul>
Carl Rogers (1959)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공감: “만약 나라면(as if I were he)”이라는 가정을 잃지 않은 상태에서, 상대방의 내적 참조틀을 정확하게 지각하고, 거기에 담긴 정서적 요소와 의미를 정확하게 지각하는 것</li> </ul>
Aring [12] (1958)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 동감: 상대방의 감정 속으로 들어가거나 감정을 공유함으로써 그와 유사한 영향을 받는 것</li> <li>• 공감: 상대방과 분리되어 있음을 인식하는 상태에서 그의 감정 속으로 들어가는 것. 관찰자의 경험이 풍부할수록 좋은 공감이 가능하고, 성숙한 자기(self)가 활용될 때 공감의 발휘가 가능함. 환자의 문제로부터 최대한 자유로운 상태에서 거리는 두되 관심을 유지하며(detachedly yet interestedly) 환자의 정서를 이해할 때 환자를 위한 이익을 극대화할 수 있음</li> </ul>
Blumgart [13] (1964)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 동감: 다른 사람의 감정에 들어가거나 그 감정을 공유하는 행동 또는 능력</li> <li>• 공감: (1) 중립적 공감(neutral empathy): 환자의 감정에 휩쓸리지 않은 채 그 감정을 이해하는 것, 또는 (2) 온정적 거리두기(compassionate detachment): 자신이 분리된 존재임을 인식하는 상태에서 환자의 기분에 들어가는 것</li> </ul>
Hojat et al. [21] (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 동감: 동감하는 의사는 자신의 감정을 환자와 나눔</li> <li>• 공감: 공감하는 의사는 자신의 이해를 환자와 나눔</li> </ul>
Hojat et al. [23] (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 동감: 현저히 정서적인 반응</li> <li>• 공감: 환자 돌봄에 있어서의 공감은 현저히 인지적인 것으로(정서적이기보다는), 환자의 통증과 고통을 이해하는 것, 이해된 내용을 소통하는 것, 그리고 도우려는 의도로 구성됨</li> </ul>
Reach [28] (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공감: Carl Rogers (1959)의 정의에 준하며, 환자-의사 의사소통이 정보제공 모형에서 해석 모형으로 한층 더 윤리적으로 발전하는데 필요한 요소</li> <li>• 동감: “상대방을 객체로 인지한 상태에서 상대방에 대한 염려로 그의 복지와 안위에 대해 걱정하는 것”이라는 Stephen Darwall (2002)의 정의에 준하여, 환자-의사 의사소통이 해석 모형에서 숙고 모형으로 발전하는데 필요한 요소</li> </ul>

Appendix 2. 공감의 구성요소에 대한 연구자별 구분

연구자	개념 설명
Davis [17] (1983)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인지적 영역: 조망수용(perspective taking)과 상상/환상(fantasy)의 하위 요인으로 구성. 조망수용은 타인의 관점을 자발적으로 적용해보는 경향, 상상/환상은 소설이나 영화 등의 가상 상황에 처한 자신을 상상하는 경향을 의미</li> <li>• 정서적 영역: 공감적 염려(empathic concern)와 개인적 불편감(personal distress)의 하위요인으로 구성. 공감적 염려는 자신보다 불행한 사람들에 대해 공감하고 동정하는 경향, 개인적 불편감은 타인의 고난에 대한 반응으로 자신 또한 고난과 불편감을 느끼는 경향을 의미</li> </ul>
Singer [26] (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인지적 공감과 정서적 공감은 뇌의 다른 영역에서 감당하며 발달하는데, 인지적 공감이 초기 아동기에는 상대적으로 느리게 발달하고 초고령기에는 더 일찍 감퇴함. 이 기간을 제외하고는 대부분의 삶에서 서로 얽혀 발달</li> </ul>
Larson and Yao [27] (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사가 환자의 상태에 대해 정서적으로도 인지적으로도 공감하면 두 요소가 상호작용하여 의사 자신이나 환자의 정서를 관리하는 데 자연스러워지고, 결과적으로 의사는 직업만족도가 높아지고 환자는 진료에 만족하고 치료결과도 양호해짐</li> </ul>
Zaki and Ochsner [30] (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 감정 경험의 공유(experience sharing): 정서적 공감 혹은 동감에 해당</li> <li>• 정신화(mentalizing): 인지적 공감에 해당</li> <li>• 친사회적 혹은 공감하려는 동기(prosocial or empathic motivation): 위 두 가지 중 하나 이상이 작용하여 유발되는, 공감의 세 번째 요소</li> </ul>
Decety [39] (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정서적 공유(affective sharing): 자신과 타인이 혼동되지 않은 상태에서 상대방이 경험하는 특정한 감정을 공유하거나 그 감정에 영향을 받을 수 있는 능력</li> <li>• 공감적 염려(empathic concern): 타인의 복지를 돌보고자 하는 동기</li> <li>• 조망 수용(perspective taking) 혹은 인지적 공감(cognitive empathy): 타인의 마음 속에 의식적으로 들어가 그가 생각하고 느끼는 것을 이해할 수 있는 능력</li> </ul>