

의료에서 고통에 관한 환자와 의사 간 의사소통의 중요성: 비트겐슈타인의 고통 해명을 중심으로

박정식*, 정창록**

요약

환자는 고통 때문에 의사를 찾아간다. 비트겐슈타인에 따르면 고통이란 환자만이 갖는 내적인 경험이다. 따라서 구조적으로 우리는 타인의 고통을 온전히 알 수 없다. 그럼에도 불구하고 환자는 자신의 고통을 언어로 표현한다. 비트겐슈타인은 언어의 영역을 공적(公的)이라 본다. 그에 따르면 환자가 언어로 표현한 고통은 환자만의 것이 아니다. 우리 모두가 언어를 공유한다 할 수 있으므로 언어를 통해 의사는 환자의 고통에 다가갈 수 있게 된다. 본 논문은 비트겐슈타인의 이론에 비추어 의료에서 고통과 소통의 문제를 다루어 본다. 비트겐슈타인의 입장에서 의료에서 환자의 고통을 어떻게 의사와 소통할 것인지에 관해 이론적으로 해명한 후, 본 논문은 이러한 해명을 기반으로 하여 도대체 어떻게 환자와 의사가 고통을 소통해 갈 것인지에 관해 모색하고 있다.

색인어

의료윤리, 의사와 환자 관계, 고통, 소통, 비트겐슈타인, 고통-행동

I. 시작하며

미국에서 2017년 말부터 의과대학 교육과정에서 고통을 표현하는 환자 로봇을 만들기 위하여 선행연구를 실시하였다. 연구팀은 사람들이 로봇과 가상 아바타의 얼굴 표정에서 감정을 인지하는 정도와 관련하여 정확률에 대한 평가를 시행하였다. 102명의 지원자가 로봇과 아바타의 비디오를 보았고 평가는 표현과 감정의 종류를 맞추는 것이었다. 지원자의 절반은 의사, 간호사, 약사와 같은 진료진이고 절반은 의학적 배경이 없는 사람들이었다. 연구 결과 임상전문가가 비임상전문가보다 통증과 분노에 대한 인식이 떨어지는 것으로 드러났다. 아바타가 표출하는 고통에 대하여 비임상전문가가 83% 맞춘 것에 비하여 임상 의사는 54%에 그쳤다. 이 연구는 의사가 일반인보다 사람의 통증을 인식하고 해석하는 것에 있어 의사가 통증의 심각성을 과소평가하는 경향이 있다는 선행연구결과에 따른 것이다. 이러한 결과는 공감의 수준을 줄이는 의학 훈련의 영향일 수 있다[1].

한편 2016년 12월 서울대병원 암연구소에서 열린 ‘보건의료의 신뢰 문제와 건강정보 토론회’에서 우리나라 국민의 국내 의료 시스템 및 의료진에 대한 신뢰도가 해외 국가와 비교해 현저히 떨어지는 것으로 나타났다. 이상무 한국보건 의료연구원 선임연구위원은 최근 실시한 ‘국내 의료영역 신뢰기반 구축에 관한 연구’ 결과를 발표하였는데 우리나라 국민의 의사 및 보건의료제도 신뢰도는 5점 만점에 3.47점으로, 다양한 지표 중에서 특히 의사의 정직성에 대한 신뢰 지표는 2.49점으로 가장 낮게 나타났다는 것이다. 이상무 연구위원은 GfK Verein (소비자, 시장 및 판매 연구에 관해 전 세계 시장에 대한 기본 지식 연구 관련 노동 조합)의 국제 의료 신뢰도 비교 연구를 인용하며 연구에서 우리나라 사람들이 의사를

‘일반적으로 신뢰한다’고 답한 비율은 75%로 27개국 중 24번째 하위권에 속한다고 밝혔다.

국민들이 이처럼 우리나라 의사 및 의료를 믿지 못하는 이유는 무엇일까? 이상무 연구위원은 “일반인들은 의사와 지속적인 관계를 맺기 어려운 것을 신뢰 저하의 원인으로 생각했다”며 “의사와의 양질의 커뮤니케이션 자체를 양질의 의료라고 생각하는 경향이 있다”고 밝혔다. 하지만 3분 진료만 만연한 우리나라 진료실에서 환자가 의사와 충분한 커뮤니케이션을 통해 서로 소통할 수 있다는 기대를 하기란 쉽지 않다.

연구팀이 일반인을 대상으로 초점 인터뷰를 실시한 결과에 따르면 환자들은 의사들이 자신을 ‘질병’으로 생각한다고 느끼고 있었으며, 권위적인 의사로부터 일방적이고 단순한 커뮤니케이션만을 하고 있다고 생각하고 있었다. 이처럼 소통의 부재 속에 환자는 의사 그 사람에 대한 신뢰보다는 대리 지표인 약 처방, 병원 설비, 고가의 장비 및 병원의 명성 등을 기준으로 활용하여 신뢰도를 정하고 있는 것 같다. 이상무 연구위원은 “환자들은 자신의 증상 즉, 고통에 집중하는데 반해 의사들은 그 원인인 질병에 대한 진단에만 초점을 맞춰 설명하고 진료를 하는 경향이 있다”며 “환자들의 진짜 욕구를 충족시켜주지 못하고 있다 보니 환자의 만족도도 떨어진다”고 지적했다. 또한 그는 “이처럼 환자와 의사 사이의 ‘진료’를 바라보는 견해차 탓에 원활한 소통이 어려운 문제는 환자와 의사 사이 인간적 유대 및 신뢰 관계를 쌓는 데 방해로 작용한다”고 설명했다. 결국, 최첨단 의료기술과 장비를 갖춘 대한민국의 의료기관이 국민에게 신뢰를 얻지 못하는 이유가 의사와 환자 사이 ‘진료’에 대한 견해차와 3분 진료로 대변되는 진료실 내 소통의 부재 탓이라는 것이다[2].¹⁾ 이처럼 현재 우리나라 의료계는 최첨단 장비와 우수한 의사들이 있지만, 치료에서 가장

기본적인 환자와 의사 간 의사소통의 문제가 여전히 제기되고 있다. 여기서 우리는 의료현장에서 발견할 수 있는 본질적인 문제에 직면하게 된다.

어떻게 의료가 가능한가? 어떤 사람이 평소와는 다른 생물학적인 균형 상태 때문에 이것을 해결해 줄 것이라고 믿는 다른 한 사람을 찾아가기 때문에 가능하다. 이러한 생물학적인 균형이 어긋나거나 무너진 사람, 즉 환자는 고통 때문에 의사를 찾아간다. 의사는 환자와의 첫 대면에서 진찰과 환자의 증상을 통해 환자가 지니고 있는 질환을 진단하고, 그 질환을 제거할 수 있는 시술이나 투약을 결정한다. 그리고 환자는 질병의 치료라는 의료의 목적을 달성하기 위해 의사에게 기존의 병력과 치료내역, 증상 등에 관하여 고지하는 등 의료행위에 협력하여야 한다. 왜냐하면, 치료 과정에서 나타날 수 있는 악결과를 최소화하고 환자와 의사의 공통 목적인 질병의 치료를 위해서는 질환에 대한 이해가 필수적이기 때문이다 [3]. 결국, '고통'에 관한 이해는 의사의 의료행위 뿐만 아니라 고통에 관한 환자의 자기설명도 필요로 한다.

이처럼 의료 행위에서 가장 기본적인 부분은 의사와 환자 사이의 관계라고 할 수 있다. 왜냐하면 이 관계는 치료를 위한 필수적인 관계인 동시에 인격과 인격의 조우가 이루어지는 장으로서 의료 행위의 효과를 결정짓기 때문이다. 의사는 환자와의 관계에서 환자를 괴롭히는 고통의 해결

을 목표로 하게 되는데, 이때 고통은 단순히 육체적인 측면뿐만 아니라 정신적인 측면에서도 발생하는 환자의 경험에서 비롯되는 것이다. 그리고 의사는 환자의 고통을 제거하기 위해 이런 환자의 경험을 잘 이해해야 하고 이를 해결하기 위한 태도를 가져야 한다[4]. 따라서 환자와 의료인의 공통 목표인 고통의 제거를 위해서는 우선 고통에 관한 이해와 환자와 의사 간 의사소통이 중요하다. 우리는 이를 위해, 현대철학자인 비트겐슈타인(Ludwig Josef Johann Wittgenstein)의 언어이론을 통해 접근해보고자 한다. 그의 언어철학은 크게 전기철학과 후기철학으로 나눌 수 있는데, 전기철학에 영향 받은 학파가 논리실증주의이고, 후기철학에 영향 받은 학파가 일상언어학파이다. 특히, 그의 후기철학에 나오는 언어놀이론은 일상언어학파 이후 언어철학에서 많은 학자들에 의해 다루어지고 있다. 그리고 언어놀이는 인간 삶의 다양한 상황들에 대해 이야기하는 것이기 때문에, 인간 삶의 한 부분인 임상의료에서도 충분히 적용될 수 있을 것이다. 왜냐하면, 임상의료 속의 구성원이 바로 환자와 의사이기 때문이다. 비트겐슈타인에 따르면 고통이란 환자만이 갖는 내적인 경험으로, 구조적으로 우리는 타인의 고통을 온전히 알 수 없다. 그럼에도 불구하고 환자는 자신의 고통을 언어로 표현한다. 비트겐슈타인은 언어의 영역을 공적(公的)이라 보는데, 그에 따르면 환자가 언어로 표현한 고통은 환자만의 것이 아니다. 우리 모두가 언어를 공유한

1) 물론, 이 뉴스에서는 3분 진료를 할 수밖에 없는 의사들의 현실적인 문제에 대해서도 다루고 있다. 이상무 연구위원의 지정토론회자료 나선 신동욱 서울대학교 가정의학과 교수는 “의료 현장에서 환자를 충분히 납득시키고, 교육하고 싶지 않은 의사는 없지만, 뒤에 대기하는 수많은 환자를 두고 한 환자에 30분을 쓸 수는 없는 게 현실이다”라고 밝혔다. 그는 “의사를 ‘이야기를 듣지 않는 나쁜 의사’로 만드는 저수가 체계에서는 짧은 시간 동안 많은 환자를 볼 수밖에 없게 만든다”고 지적했다. 나아가 “미국과 호주는 환자 질병에 따라 의사의 진료 시간을 충분히 보장하고 그에 따라 수가를 책정해 양질의 진료를 정책적으로 담보하고 있다”고 설명하며, “우리나라의 3분 진료를 조장하는 제도를 바꾸지 않은 채, 의사에게만 책임을 전가하는 것은 문제가 있다”고 밝혔다. 우리나라 수가 체계에서는 3분을 진료해도, 30분을 진료해도 수가는 동일하게 적용돼 의사가 환자와 충분한 소통을 하고 싶어도 그 ‘시간’이 모두 의사에게 ‘부담’으로 작용하기 때문에 환경 자체가 3분 진료를 조장한다는 설명이다. 그러나 이 논문에서는 ‘고통’에 관한 환자와 의사 간 의사소통의 문제를 비트겐슈타인의 ‘고통’ 해명으로 다루므로 이와 같은 사회적, 제도적 문제에 관해서는 다루지 않기로 한다.

다 할 수 있으므로 언어를 통해 의사는 환자의 고통에 다가갈 수 있게 된다.

본 논문은 과연 고통에 관한 의사소통이 어떻게 가능한가를 철학적으로 해명하고 그 의의를 되새김해 보는 것을 목적으로 한다. 필자들은 비트겐슈타인의 이론에 비추어 의료에서의 고통 개념을 어떻게 이해해야 하는지, 그리고 고통에 관한 환자와 의사 간 의사소통이 어떤 방식으로 이루어져야 하는지에 대해 탐색해 볼 것이다. 과연 환자의 고통을 의료진은 어떻게 이해할 수 있는가? 고통의 이해를 위한 전제는 무엇일까? 더불어 환자의 고통에 대한 의료진의 올바른 이해 방식은 무엇일까? 우선 의료 영역에서 말해지는 고통의 정의에 관해 살펴보도록 하자.

II. 의료 영역에서의 고통

일반적으로 고통이란, ‘몸이나 마음의 괴로움이나 아픔’을 일컫는다. 우리는 몸에 관련한 고통을 ‘통증(pain)’으로, 마음에 관련한 고통을 ‘괴로움(suffering)’으로 본다. 그러나 이 두 가지는 서로 각각 발생하는 것이 아니라, 상호 연관되어 우리에게 나타난다. 예를 들어, 나는 갑자기 머리가 아플 수 있다. 이러한 신체적 통증인 두통으로 인해 병원을 찾았지만 단순한 두통이 아니라 뇌종양에 의해 생긴 통증이라면, 이로 인해 삶이 힘들어지는 정신적인 괴로움도 동반될 것이다. 이와는 반대로, 정신적인 괴로움인 스트레스 때문에 머리카락이 빠진대거나 두통이 생기는 등의 일도 일어날 수 있을 것이다. 이처럼 통증과 괴로움은 서로 연관 관계에 있다고 할 수 있다. 따라서 우리는 잠정적으로 고통이란 통증과 괴로움이 동반되는 현상이라고 정의할 수 있다. 특히 만성질환이나 불치병을 앓는 사람들은 그들이 겪는 신체적 고통뿐만이 아니라 삶의 의미를 잃어버릴 수 있

는 정신적 고통도 함께 겪는다. 이렇듯 고통은 신체적, 정신적으로 나타난다고 할 수 있다.

그럼 의학에서 고통은 어떤 의미를 갖는가? 고통의 의미를 통증에 한하여 살펴본다면, 통증이란 우리 몸에 일어나는 신체적 이상을 알려주며 이를 고치도록 하게끔 한다. 이는 우리 몸의 말초 신경들이 외부에서 들어오는 자극을 통해 경고하는 것을 의미한다. 즉, 우리가 통증을 느낀다는 것은 그 아픈 부위를 낮게 하라는 우리 몸의 신호인 것이다. 따라서 고통이란 우리 몸의 위협으로부터 피하라는 신호이며 몸의 안전과 생존을 보호하기 위한 신체 체계의 핵심이라 할 수 있다[5]. 그러나 만성질환이나 불치병을 앓는 환자들에게 신체적 고통인 통증이란 질병에 대한 증상이 아니라 질병 그 자체이다[6]. 왜냐하면, 그들은 통증을 항상 느끼며 삶에 대해 부정적인 태도를 가지기 쉽기 때문이다. 이러한 부정적인 체험은 정신적 고통을 일으킨다. 따라서 우리는 고통을 단순히 신체적 통증으로만 이해할 것이 아니라, 정신적 괴로움까지 동반한 것으로 이해해야 한다. 다음에 기술되는 통증에 대한 특성들은 비록 신체적 통증의 표현이라고 할지라도, 개인의 총체적 인격의 표현이라는 맥락에서 이해되어야 한다 [7].

1. 통증은 예를 들어 삶의 쾌락이나 인간에 대한 관심, 자기 신뢰 그리고 감성 체험이나 지속적인 삶의 의욕과 같이 구체적인 삶에 영향을 미친다.
2. 통증을 생성하는 요소들에는 통증에 대한 기억, 통증 경험, 신체상(예를 들어 망상 고통), 통증에 대한 불안 등이 있다.
3. 대부분 통증과 고뇌가 서로 겹친다.
4. 통증은 생리적으로(그리고 심리적으로) 민감해진 상태이다.

5. 오로지 신경학적으로 건전한 상태에서 통증 지각은 차별적인 증상으로 나타난다.
6. 다양한 개인적 능력들과 그 개인의 한계 내에서 통증에 대한 지각이 생긴다.

이렇듯 우리는 고통을 단순히 생리적 반응으로서의 통증으로만 이해할 것이 아니라, 한 개인의 총체적 삶에 영향을 미치는 ‘주체의 괴로움’이라고도 이해해야 할 것이다.

그런데 나의 부정적 경험인 고통은 주관적이고 사적(私的)이다. 내가 아픔을 느낀다는 것은 나에게 확실하지만 타인의 고통에 대해 이야기를 듣는 것을 우리는 확실하다고 간주하지는 않는다. 이것은 고통 그 자체를 의심할 수 없는 명증적인 체험으로 만드는 동시에 객관적으로도 측정될 수 없는 사적이며 주관적인 특성을 지니고 있음을 나타낸다. 고통이 사적인 것이며 언어로 표현될 수 없다는 것은, 바로 ‘이것’이라고 가리킬 수 있는 대상이 없음을 의미한다. 고통이 어떤 대상도 갖고 있지 않기 때문에 다른 어떤 현상보다 더 언어로 객관화될 수 없다. 그렇기 때문에 이러한 고통을 당하는 환자는 의사소통을 더더욱 필요로 한다. 고통 속에 있는 환자는 다른 어떤 내면적인 필요나 요구보다 더 강하게 의사소통을 원하며 언어를 통해 자신을 표현하려는 절박하고 강렬한 욕구를 지니게 된다. 그 요구는 고통에 대한 항의이며 고통의 감소나 제거를 바라는 행동을 요구하는 호소인 것이다[5]. 우리는 다음에 이러한 고통에 대해 비트겐슈타인이 어떻게 바라보는지에 관해 살펴보자.

III. 비트겐슈타인의 고통(pain, Schmerz) 해명

의료의 영역에서 고통에 관한 환자와 의사 간 의사소통은 절실하다. 그러나 우리가 다른 사람

의 고통을 이해하기란 쉽지가 않다. 왜냐하면, 우리는 그 사람의 고통을 직접적으로 경험할 수 없기 때문이다. 그래서 환자와 의사 간 의사소통이 힘들다는 것은 어찌 보면 당연한 것이라 할 수 있다. 과연 고통은 우리가 결코 알 수 없는 사적인 경험일 뿐일까? 그리고 이러한 사적 경험을 언어로 표현하는 것은 불가능할까?

비트겐슈타인은 그의 후기 철학을 대표하는 저작인 『철학적 탐구』[8]에서 ‘고통’을 예로 들며 사적 언어의 불가능성에 대해 논증한다. 그는 ‘사적 언어’(private language, private Sprache)를 다음과 같이 정의하고 있다.

그러나 우리는 또한 한 사람이 자기의 내적 경험들—자기의 감정, 기분 등—을 자신의 사적인 용도를 위해 쓰거나 음성 표현을 할 수 있는 한 언어를 상상할 수 있는가?—자, 우리는 우리의 일상 언어에서 그렇게 할 수 없는가?—그러나 이것은 내가 의미하는 바가 아니다. 이 언어의 개별적인 단어들은 오직 말하고 있는 사람에게만 알려질 수 있는 것을 지시한다; 자신의 직접적인 사적 감각작용들로만. 그래서 다른 사람은 그 언어를 이해할 수 없다[8].

그리고 우리는 “사적 언어”란 다른 사람은 아무도 이해 못하지만 나는 ‘이해하는 듯 보이는’ 소리들이라고 부를 수 있을 것이다[8].

다시 말해, ‘사적 언어’란 다른 사람은 이해할 수 없는, 오직 말하는 사람만이 이해할 수 있는 직접적이고 내적인 감각들에 관한 언어이다. 이러한 사적 언어를 설명하기 위해 비트겐슈타인은 ‘고통’(pain, Schmerz)에 대해 이야기한다. 고통은 다른 사람들은 이해할 수 없는 나에게만 이해되는 내적 감각(inner sensation)이다. 이것은 고

통이라는 감각이 나에게서는 직접적으로 알려지지만, 다른 사람들에게는 간접적으로 전달됨을 의미한다. 물론 고통은 나와 다른 사람들에게도 나타나는 감각이지만, 그것이 정확히 어떻게 얼마만큼 아픈지를 알 수 없다. 예를 들어, 내가 두통을 느낄 경우, 다른 사람들은 나의 표정이나 행동을 통해 두통이 있는지 알 수 있을 뿐, 그 두통을 직접적으로 느낄 수는 없다. 단지 이전에 두통을 느껴본 적이 있는 사람들이 과거의 경험에 비추어 그 감각을 어렵듯이 짐작할 따름이다. 그러므로 고통이라는 감각은 오롯이 나만이 느낄 수 있는 사적 감각이라고 할 수 있다. 그리고 이러한 사적 감각에 관한 언어는 그 말의 의미를 확보할 수 없다. 왜냐하면, 어떤 말이 의미를 가지려면 그 말이 맞는지 틀린지를 확인할 수 있어야 하지만 고통은 그럴 수 없기 때문이다. 지금 나에게 일어나는 두통이 이전에 일어났던 두통과 같은 것임을 증명하기 위해서는 그 두 가지 종류의 두통을 비교해 보아야 하지만 그럴 수도 없다. 즉, 두통은 무언가를 지시할 수도, 다른 사람들과 함께 그 두통이 무엇인지를 확인할 수도 없다. 우리는 우리 앞에 놓여있는 책을 가리킬 수도, 다른 사람들과 함께 확인할 수도 있지만 고통은 그럴 수 없다. 이러한 사실은 어떤 말이 의미가 있으려면 그 말을 정당화해야 하는데, 고통을 정당화할 수 있는 것은 없다는 것을 의미한다. 정당화는 내적인 주관적 증명이 아니라, 그 말과 독립된 무언가를 요구하는 객관적 증명이다. 하지만 고통은 이러한 독립된 무언가를 보일 수 없다.

그럼에도 불구하고, 우리는 일상적으로 ‘고통’의 의미에 대해 이해하고 이야기할 수도 있다. 심지어 고통에 대해 자세하고 구체적으로 표현하기

까지 한다. 그렇다면 우리는 ‘고통’이라는 단어의 의미를 어떻게 이해할 수 있는가? 비트겐슈타인은 고통과 같은 내적 경험을 사적이라고 할 수는 있지만, 그 고통을 표현하는 언어를 사적이라 여기진 않는다. 그는 우리가 고통과 같은 감각과 관련된 낱말의 의미를 다음과 같이 배운다고 말한다.

어떻게 낱말들은 감각들과 관련되는가?—여기에는 아무 문제도 없는 것처럼 보인다; 왜냐하면 우리는 낱마다 감각들에 관해 이야기하고, 감각들을 명명하지 않는가? 그러나 이름과 명명된 것과의 결합은 어떻게 수립되는가? 이 물음은, 사람은 어떻게 감각들에 대한 이름들의 의미를 배우는가 하는 물음과 같다. 예컨대 “고통”이란 낱말의 의미. 하나의 가능성은 이것이다. 즉 낱말들은 감각의 근원적인, 자연적인 표현과 결합되고, 그 자리를 대신한다는 것이다. 어린아이가 다쳐서 울부짖는다; 그리고 그때 어른들은 아이에게 말을 걸고, 그에게 외침들을 그리고 나중에는 문장들을 가르친다. 그들은 아이에게 새로운 고통-행동(Schmerz-benehmen, pain-behaviour)을 가르친다.

“그러니까 당신의 말은, ‘고통’이란 낱말은 실제로는 울부짖음을 의미한다는 것인가?”—그 반대다; 고통의 낱말 표현은 울부짖음을 대체하며, 울부짖음을 기술하지 않는다[8].

이처럼 비트겐슈타인은 우리가 고통-행동(Schmerz-benehmen, pain-behaviour)을 통해 고통이라는 낱말의 의미를 배운다는 것이다[9].²⁾ 환자가 고통의 표현을 행동으로 나타낼 때, 의사

2) 참고문헌 9번 110-111쪽 참조. 그러나 이를 통해 비트겐슈타인이 행동주의자라고 속단하기엔 이르다. 사실 비트겐슈타인의 이러한 견해를 행동주의로 해석하는 사람들(예를 들어, Foder, Chihara, Graham 등)도 있지만, 비트겐슈타인 본인이 행동주의를 거부하고 있기 때문이다. 이와 관련한 문제는 본 논문과는 다른 주제의 내용이므로 여기에서는 생략한다. 여기에서는 우리가 다른 사람의 고통의 의미를 알기 위해서는 그 사람의 고통-행동을 통해서 그 말의 의미를 파악할 수 있다는 것으로만 이해를 한정한다.

는 그 환자의 고통을 짐작할 수 있다. 이는 곧 ‘고통’에 관한 언어는 그 언어가 발화되는 언어놀이(language game, Sprachspiel) 속에 들어올 때 혼자만이 이해할 수 있는 사적 언어가 아니라, 그 언어놀이 속에 참여하는 참가자 전체가 이해할 수 있는 공적 언어가 된다는 것이다. 언어놀이란 기본적으로 여러 사람들이 특정한 규칙을 통해서 행위 하는 실천을 바탕으로 이루어지는 것으로, 본질적으로 공적인 것이다. 언어놀이에 참여한다는 것은 그 놀이에 참여하는 사람들이 혼자만의 언어를 사용하는 것이 아니라, 참가자 모두가 이해할 수 있는 공통 언어를 사용하는 것을 의미한다. 감정, 기분, 아픔 등과 같은 개인의 내적 경험들은 책, 나무와 같은 대상을 지시함으로써 그 낱말의 의미를 알아내듯이 알 수는 없다. 이처럼 사적 감각의 의미를 그것이 지시하는 사적 대상에서 찾는 것은 성공할 수 없다. 왜냐하면, 우리는 그러한 사적 대상을 가리킬 수 없기 때문이다. 그렇다면 우리는 이러한 감각을 표현하는 고통이라는 낱말의 의미를 어떻게 확보할 수 있는가? 이에 대해 비트겐슈타인은 다음과 같이 말하고 있다.

“만일 사람들이 자신의 고통을 표명하지 않는다면(신음하지 않는다면, 얼굴을 찌푸리지 않는다면, 등등) 어찌 될까? 그러면 우리들은 어린아이에게 ‘치통’이란 낱말의 사용을 가르칠 수 없을 것이다.”-자, 그 어린아이가 천재이고 스스로 그 감각에 대한 이름을 발명한다고 가정해 보자!-그러나 그러면 물론 그 아이는 이 낱말로써 자신을 남에게 이해시킬 수 없을 것이다.-그러니까 그 아이는 그 이름을 이해하지만, 그 의미를 누구에게도 설명할 수 없는 것인가?-그러나 그가 ‘자기의 고통을 명명했다’는 것은 대체 무슨 뜻인가?-그는 어떻게 그 일, 즉 고통을 명명하는 일을 했는가?! 그리고 그

가 무엇을 했던 간에, 그것은 무슨 목적을 가지고 있는가?-"그는 감각에 이름을 주었다"고 말할 때, 우리들은 단순한 명명이 뜻을 가지려면 이미 많은 것이 언어에 준비되어 있어야 한다는 점을 망각한다. 그리고 우리가 어떤 사람이 고통에 이름을 준다고 이야기할 때, 여기서 준비되어 있는 것은 "고통"이란 낱말의 문법이다; 그것은 그 새로운 낱말이 놓일 자리를 지척한다[8].

철학자들이 어떤 낱말-"지식", "존재", "대상", "자아", "명제", "이름"-을 사용하며 사물의 본질을 파악하려 애쓸 때, 우리들은 언제나 이렇게 자문해 보아야 한다. 즉: 대체 이 낱말은 자신의 고향인 언어에서 실제로 늘 그렇게 사용되는가?

우리가 하는 일은 낱말들을 그것들의 형이상학적 사용으로부터 그것들의 일상적인 사용으로 다시 돌려보내는 것이다[8].

즉, 우리는 고통과 같은 개인의 사적 경험에 관한 언어의 유의미성을 그 언어가 사용되는 언어놀이 속에서 찾아야 한다는 것이다. 또한, 화자가 고통을 명명할 때, 이러한 명명이 의미를 가지려면 고통이라는 낱말이 놓일 자리가 확보될 수 있는 그 말의 문법이 준비되어 있어야 한다는 것이다. 그리고 이러한 문법이 존재할 수 있는 언어놀이가 전제되어 있어야 한다. 다시 말해, ‘고통’이라는 낱말의 의미를 주관적이 아니라 객관적으로 정당화해야 하며, 이러한 객관적 정당화를 그 낱말의 본래 고향인 언어놀이 속에서 실제 사용되는 방식에 의해 이루어내야 한다. 그러므로 우리는 고통이라는 낱말의 의미를 이해하기 위해 자신의 내적인 느낌에 주의를 집중할 것이 아니라, 그 낱말이 실제로 언어놀이 속에서 어떻게 사용

되는지를 보아야 한다. 따라서 우리는 다음에 고통이라는 언어의 의미를 언어놀이 속에서 환자와 의사가 어떻게 이해해야 하는지에 관하여, 또한 고통에 관한 양자 간 의사소통은 어떻게 이루어져야 하는지에 관해 고찰해 보려 한다.

IV. 언어놀이 속에서 환자와 의사 간 의사소통

의료행위의 일련의 과정은 전문적 의학지식을 지니고 있는 의료인인 의사의 주도하에 이루어지게 된다. 그러나, 기본적으로 환자가 질환으로 인하여 자신의 신체에서 발생하고 있는 주관적 현상을 의사에게 표출하여야 의사가 이를 인지하여 환자에 대한 진단이 가능하다. 그리고 개개인이 지니고 있는 특별한 소인으로 인하여 투약과 시술방법이 달라지기 때문에 이 역시 의사에게 알려야 하며, 의사가 환자에 대해 시행할 의료행위에 대하여 환자가 거부하지 않고 지시·지도에 순응하여야만 질병의 치유를 위한 적절한 의료행위가 될 수 있다. 따라서 환자의 진료협력은 의사가 의료의 각 단계에서 의료과실이 없는 의료행위를 하기 위한 필수조건이라 할 수 있다. 또한, 환자의 진료협력은 환자와 의사 사이에 신뢰관계가 형성되어야만 가능하다. 환자는 신체의 완전성이나 생명보존이라는 가장 중요한 법익을 의사에게 위임하고 의사와 함께 치유를 향해 계속하여 협동 작업을 하는 것이므로 임상치료에서는 무엇보다 당사자 간의 신뢰가 필요하다[3]. 앞에서 살펴보았듯이, 우리는 고통과 같은 사적 경험을 알 수는 없지만, 고통에 관한 표현인 언어에 관해서는 그 의미를 알 수 있다. 그것은 바로 고통이라는 낱말이 언어놀이 속에서 어떻게 사용되

는지에 의해서이다.

후기 비트겐슈타인의 언어사상에서 전개된 의미론 내지 화용론은 ‘의미사용이론’(use theory of meaning)이라 불린다. 즉, 언어의 의미는 그것의 사용에 있다는 것이다[8].³⁾ 이렇듯 언어의 유의미성이 확보될 수 있는 언어놀이(language game, Sprachspiel)란 무엇인가? 이에 관해 비트겐슈타인은 다음과 같이 말하고 있다.

의미라는 저 철학적 개념은 언어가 기능하는 방식에 관한 원초적 표상에 있다. 그러나 우리들은 또한 그것은 우리의 언어보다 더 원초적인 어떤 언어에 관한 표상이라고도 말할 수 있다. 아우구스티누스에 의해 주어진 기술이 어울리는 어떤 한 언어를 생각해보자. 그 언어는 어떤 건축가 A와 조수 B의 의사소통을 위해 쓰인다고 해두자. A는 건축용 석재들을 가지고 건물을 짓는다; 벽돌들, 기둥들, 석판들, 들보들이 있다. B는 그에게 그 석재들을 건네주어야 한다. 게다가 A가 그것들을 필요로 하는 순서에 따라서. 그 목적을 위해서 그들은 “벽돌”, “기둥”, “석판”, “들보”란 낱말들로 이루어져 있는 어떤 한 언어를 사용한다. A가 그 낱말들을 외친다; B는 이렇게 외치면 가져오도록 배운 석재를 가져간다.-이것을 완전한 원초적 언어라고 생각하라[8].

언어 (2)의 사용의 실제에서 한쪽 편은 낱말들을 외치고, 다른 편은 그 낱말들에 따라 행위한다. 그러나 그 언어의 교육에서는, 배우는 사람이 대상들을 **명명한다**고 하는 과정이 발견될 것이다. 즉 그는 선생이 석재를 가리킬 때 낱말을 말한다.-그뿐 아니라, 여기서는 학생이

3) “‘의미’란 낱말을 이용하는 경우의 많은 부류에 대해서-비록 그 모든 경우에 대해서는 아닐지라도-이 낱말은 이렇게 설명될 수 있다. 즉: 한 낱말의 의미는 언어에서 그것의 사용이다.” 참고문헌 8번 43쪽 참조.

선생이 불러주는 낱말들을 따라 말한다고 하는 더욱 단순한 연습이 발견될 것인데-둘 다 언어 비슷한 과정들이다. 우리는 또한 (2)에서의 낱말 사용의 전체 과정은 어린아이들이 모국어를 배우는 놀이들의 하나라고도 생각할 수 있다. 나는 이러한 놀이들을 “언어놀이들”이라고 부르고자 한다. 그리고 때때로 원초적 언어를 언어놀이로서 이야기하고자 한다. 그리고 석재를 명명하는 과정과 불러 준 낱말을 따라 말하는 과정도 역시 언어놀이들이라고 불릴 수 있을 것이다. 운무놀이에서 사용되는 낱말들의 여러 쓰임을 생각하라. 나는 또한 언어와 그 언어가 뒤엎혀 있는 활동들의 전체도 “언어놀이”라고 부를 것이다[8].

이와 같이 비트겐슈타인은 언어의 사용을 놀이와 비유를 통하여 설명하고 있다. 우리가 일상생활에서 놀이라고 하는 것들을 살펴보면 그것들의 종류나 방식이 매우 다양하다는 것을 알 수 있다. 예를 들어, 농구나 축구, 야구 같은 놀이들은 도구를 사용하여 행하지만, 우리의 놀이들 중에는 도구를 사용하지 않고 행하는 것들도 많다. 그리고 공을 사용하는 놀이에도 농구, 축구, 테니스 등 여러 가지 종류가 있으며, 다양한 방식으로 이루어질 수 있다. 비트겐슈타인은 이처럼 우리의 언어도 다양한 사용방식이 있다고 보았다[10].

한 낱말의 의미가 이렇게 다양하게 사용될 수 있다면 그 낱말의 의미를 어떻게 확정할 수 있을까? 그것은 언어놀이 속에서 그 낱말이 어떻게 사용되는지에 따라 결정된다. ‘파울’이라는 낱말을 예로 들자면, 이 낱말은 축구를 할 때는 손을 사용할 때 사용되고, 농구를 할 때는 발을 사용할 때 일컬어진다. 이와 같이 한 낱말은 어떤 언어놀이

에서 어떻게 사용되는지에 따라 다를 수 있다. 이렇듯 언어놀이는 언어의 의미를 확보할 수 있는 전제조건이다. 특히 의료와 관련하여 환자와 의사의 언어놀이 속의 낱말의 쓰임(use)을 파악해야 한다. 그러기 위해 환자와 의사가 고통이라는 낱말을 사용하는 방식을 서로 소통해야 한다. 왜냐하면, 그렇게 해야 서로가 그 말의 의미를 정확하게 파악할 수 있기 때문이다. 이를 서두에 언급한 뉴스의 예에 대입해보면, 환자와 의사 간 의사소통이 어려운 이유는 ‘고통’이라는 낱말에 대한 이해가 서로 다르기 때문이다. 따라서 환자와 의사 간 의사소통이 되기 위해서는 우선 서로가 ‘고통’이라는 낱말을 어떻게 사용하는지부터 살펴보아야 한다.

이와 같이 비트겐슈타인에 의하면 환자와 의사 간 의사소통은 그들이 참여하는 언어놀이 속에서 가능하다. 그리고 이러한 언어놀이가 가능하기 위해서는 환자와 의사가 규칙을 정하여 고통의 의미와 그 정도를 파악할 수 있는 방법을 필요로 한다. 이때, 의사가 환자의 말에 귀 기울이는 것도 중요하겠지만, 이와 더불어 환자도 자신의 고통을 의사에게 잘 설명할 수 있는 노력이 필요하다. 즉, 의사는 환자가 고통을 표현할 수 있는 방식에 대해 설명해주고, 환자는 고통에 대해 모호하게 표현하지 말고 최대한 구체적으로 표현해야 한다. 양자 간 기준을 정하여 서로가 이해할 수 있는 방식을 만들어야 한다.⁴⁾ 구체적으로 환자와 의사 간 의사소통 문제를 위한 해결방법에는 어떤 것들이 있을 수 있을까?

4) 예를 들어, 고통의 정도를 1부터 10까지 하고 기준을 정해 그 정도를 표현하는 방식 등이 있을 것이다.

V. 환자와 의사 간 원활한 의사소통을 위한 탐색

(1) 이두원[11]은 의사와 환자 간 의사소통 문제의 유형과 해결방안을 그들 간 의사소통 행위에 대한 대화분석을 통해 제시했다. 먼저, 의사와 관련된 의사소통 문제의 유형으로는, (1) ‘웜 하트’(warm heart)와의 ‘의미적 갈등’, (2) 권위적 행위 및 어투, (3) 경청(listening)의 문제점, (4) 표현적 문제: 전문용어, 정보과잉, 모호성 및 모순적 표현, (5) 임상검사에 대한 설명방식, (6) 환자의 질문에 대한 피드백 부족, (7) 접촉시간의 부족 등이 있다. 다음으로, 환자와 관련된 의사소통 문제의 유형으로는, (1) ‘쿨 헤드’(cool head)와의 의미적 갈등, (2) 표현의지의 부족, (3) 비형식적·비체계적·임기응변적 증상표현, (4) 증상 표현의 과장성과 애매모호성, (5) 전달내용 제시의 우선순위(priority) 부재, (6) 의사의 의학적 진단에 대한 회의 및 불신, (7) 의학상식의 부족 등이 있다.

이에 대해, 이두원은 이러한 의사와 환자 간 의사소통 문제의 유형에 대한 해결방안을 다음과 같이 제시한다. 먼저, 의사의 의사소통 문제에 대한 해결방안으로는, (1) ‘웜 하트’(warm heart)에 대한 감정이입(empathy), (2) 대칭적(symmetry) 관계의 대인 커뮤니케이션 모델 지향, (3) 경청 기술(listening skill)의 연마와 실천, (4) 수용자 중심의 어휘사용, (5) 임상검사에 대한 설명, (6) 양방향[피드백] 대인 커뮤니케이션 모델 지향, (7) 시간적 제약의 극복 등이 있다. 다음으로 환자의 의사소통 문제에 대한 해결방안으로는, (1) ‘쿨 헤드’에 대한 접근방안, (2) 커뮤니케이션 의지[표현과 경청]의 창출, (3) 형식적·체계적·준비된 증상설명, (4) 신체적 증상의 표현 어휘 및 기술(skill) 습득, (5) 의미적 우선순위(priority)에 따른 전달형식, (6) 의사에 대한 신뢰형성, (7) 기초 의

학상식의 습득 등이 있다.

위에서 나타나는 환자와 의사 간 의사소통의 문제를 요약하자면, 환자와 의사 간 언어 의미의 이해에 대한 차이 문제, 환자와 의사 간 대응 태도 문제, 그리고 환자와 의사 간 의사소통을 위한 사회적·제도적 장치 부재 등으로 정리할 수 있다. 그리고 여기서 가장 중요하고 이 논문과 관련된 부분은 바로 환자와 의사 간 언어 의미의 이해에 대한 차이점이다. 이것은 환자와 의사가 서로 다른 의미로 고통에 관한 의사표현을 함으로써 나타나는 문제들이다. 따라서 이러한 문제를 해결하기 위해서는 서로가 사용하는 언어의 의미를 서로에게 정확하게 전달하는 것이 필요하다. 곧, 환자는 ‘고통’에 대한 표현을 되도록 감정적이지 아니라 이성적이고 객관적으로 표현할 수 있도록 노력하고, 의사는 환자가 자신의 증상을 이성적으로 표현하도록 유도하는 동시에, 환자의 상태에 대한 감정이입적 접근을 해야 한다. 이렇게 될 때, 비로소 서로가 원하는 고통에 대한 의사소통이 원활히 이루어질 수 있을 것이다. 그리고 이것이 바로 비트겐슈타인이 말하는 환자와 의사 간 언어놀이에서의 고통 낱말의 의미에 대한 이해의 한 방식이라 할 수 있을 것이다.

(2) 우리는 지금까지 우리 앞에 놓여진 책은 다른 사람들과 확인할 수 있지만, 우리 앞에 있는 타인의 고통에 관해서는 정당화하기 힘들다는 것에 관해 정리해 보았다. 그러나 언어놀이를 통한 소위 고통행동으로 고통에 관한 소통을 이룰 수 있다는 비트겐슈타인의 설명에 관해서도 살펴보았다.

의료행위는 전문가인 의사와 비전문가인 환자 사이에서 공통목적인 고통 해소를 위한 협력활동이다. 환자가 의사에게 얼마나 정확하게 자신의 통증상태를 전달하고, 의료행위마다 얼마만큼 의사의 설명에 대한 자신의 의사표현을 적확하

게 하는가는 의료행위의 질을 좌우한다. 이 목적을 위해서 환자와 의사는 환자의 통증 해소라는 특수한 목적을 위한 언어놀이의 장을 만들어야만 한다. 이것이 지금까지 비트겐슈타인의 철학에 나타난 고통해명을 의료행위에 접목하여 본 요약이다. 이 요약의 필요성을 다시 한번 확인하기 위하여, 필자들은 다음에 한국에서 일어난 의사소통 부재로 말미암아 발생한 비극적인 사태를 살펴보고자 한다.

2012년 10월 병원 진료실에서 60대 환자를 무차별 폭행한 30대 치과 의사가 건물 3층 화장실에서 건물 밖으로 투신하였다. 이씨는 당시 경찰의 신고를 받고 출동한 구급대원들에 의해 대형 병원으로 옮겨졌으나 머리를 크게 다쳐 의식불명 상태에 빠졌다. 이씨는 2012년에 병원 진료실에서 환자 함모(65)씨를 마구 폭행하는 동영상이 인터넷에 공개되어 비난을 받았다. 동영상에는 함씨가 말다툼을 하다 먼저 치과 의사 이씨의 뺨을 두 차례 때리는 장면이 나왔고 이씨가 곧바로 환자의 얼굴을 때리고 진료 의자에 밀쳐 눕히고 주먹으로 마구 폭행하는 장면이 담겼다. 동영상이 보도되자 인터넷에는 치과 의사를 비난하는 여론이 들끓었지만 이씨가 다음 아고라에 해명하는 글을 올리자 여론을 바꾸었다. 이씨는 “(내가) 지난 9월 양악 수술, 10월 쌍꺼풀 수술을 받았는데, 환자가 내 상태를 알면서도 먼저 안면을 때렸고 반격 과정에서 환자를 폭행했다”면서 “환자는 임플란트 수술 후 ‘치아가 변기 같다’는 식의 말도 안 되는 항의를 하며 1년여 나를 괴롭혔다”고 주장했다. 그러자 환자의 딸은 “다른 치과에서 손을 댈 수 없다고 해서 어쩔 수 없이 계속 그 병원에 찾아가간 것”이라고 반박했다[12]. 이 극단적인 사례를 통하여, 의사와 환자 간 의사소통의 부재와 신뢰의 상실이 어떠한 참혹한 사건을 발생시킬 수 있을지를 알 수 있다. 이 사건의 의사와 환

자는 모두 상대방의 고통을 인정하지 않고 더불어 상대의 존재도 무시하고 있다. 즉 의사소통 부재의 현실 그 자체로 볼 수 있겠다. 우리는 여기서 의사소통의 부재는 폭력으로 마무리된다는 점을 알 수 있다. 어디서 문제가 생긴 것일까? 이 사건으로 말미암아 치과 의사 이씨는 젊은 나이에 치과 의사로서의 미래와 본인의 생명에까지 큰 타격을 얻었다. 치과 의사 이씨가 환자의 고통에 더 예민할 수 있도록 치의대에서 훈련받았더라면 어떠했을까? 치과는 특히 고통에 예민하다고 할 수 있겠다. 이렇게 극단적인 사례가 아니더라도 많은 치과 의사들과 의사들이 환자의 통증과 관련한 의사소통의 문제로 크고 작은 여러 사건들을 경험하고 있을 것이다. 의대에서 통증의 발생 매커니즘과 치료 매커니즘에 관한 교육만이 아니라 환자의 통증에 반응할 수 있는 훈련과 환자를 인격체로 대우할 수 있도록 돕는 수준 높은 의사소통을 위한 교육이 강화되어야 하겠다.

한편, 2007년 일본에서는 160 cm의 키와 검은색 머리카락을 가진 젊은 여성의 모습을 가진 ‘심로이드’(Simroid)라는 휴머노이드를 치의과대학생의 시술교육을 위해서 개발하였다. 심로이드는 치아의 통증을 민감하게 느낄 수 있는 센서가 입안에 부착되어 의료도구가 치신경에 닿으면 얼굴을 찡그리거나 손과 눈을 움직이며 ‘아!’라고 소리를 지르기도 한다. 이러한 인간처럼 치아의 통증을 느낄 수 있는 의학용 시뮬레이션 로봇은 치의과대학 학생들이 환자의 고통을 알아나갈 훈련을 하는 데 도움을 줄 수 있다[13]. 만약 치과 의사 이씨가 치과대학 교육과정에서 심로이드와 같은 휴머노이드를 통해 환자의 고통을 민감하게 감지하고 이를 통해 의사소통하는 연습을 할 수 있었다면 어떠했을까? 2017년 샌디에고 캘리포니아 대학의 릭크(Riek) 교수 연구팀은 환자 로봇의 얼굴에 통증, 혐오감, 분노를 표현하는 능력을 부

여하여 실제 환자의 피드백을 모방하도록 하였다. 연구진은 의사에게 환자의 얼굴 표정에 대한 해석은 환자의 병명, 상태, 약물에 대한 반응 정도를 파악하는 데 도움이 되므로 이를 훈련할 필요가 있다고 말한다. 연구팀은 로봇과 아바타 개발 과정에서 고통, 혐오, 분노를 표현한 사람들의 비디오를 수집하고 얼굴추적 소프트웨어를 사용하여 그들의 표현을 일련의 동작 데이터로 변환시켰다. 그 후에 이러한 정보를 로봇 얼굴과 아바타에 맵핑(mapping)하였다. 개발된 환자 로봇은 실제 같은 고무 피부를 가지고 있으며 세밀한 표정의 특징을 표현할 수 있고 외형은 공상 과학 소설 작가를 모델로 한 휴머노이드(humanoid) 필립 K. Dick (Hanson Robotics사)이다. 구글 프리실라 브릭그스(Priscilla Briggs)는 인간과 로봇의 상호 작용은 의료 전문가에게 더 나은 트레이닝을 제공하여 환자 예후에 향상을 가져올 수 있다고 말한다. 더불어 고통을 표현하는 로봇이 임상 의의 수행능력 향상을 가져오는 것을 보일 수 있는 추가 연구가 필요하다고 덧붙였다. 앞으로 연구진의 로봇은 올해부터 샌디에고 캘리포니아 대학의 의대생들의 교육에 활용될 예정이라고 한다[1]. 필자들은 이러한 교육이 반드시 필요하다고 생각한다. 동시에 한국에서도 미국에서와 같이 ‘보편적인 통증 측정 도구(universal pain assessment tool)’의 개발과 보급에 관한 연구가 필요하다.

VI. 마치며

우리는 지금까지 환자와 의사가 어떻게 고통을 공유할 수 있을지에 관한 전제조건을 비트겐슈타인을 통해 살펴보았다. 결국 고통이라는 낯말은 환자와 의사가 그들의 언어놀이 속에서 어떻

게 사용하는지에 따라 그 의미가 달라진다. 일반적으로 의료 활동의 직접적 목적을 환자의 고통 완화라고 본다. 우리는 환자의 고통을 완화하기 위하여 의사의 방법적 초연함을 강조해 왔다. 방법적 초연함이란 환자의 고통에 대한 무관심이나 냉담함이 아니라 환자의 치료를 위하여 고통에 충분히 주의를 다하기 위한 것으로 볼 수 있다.

그러나 진료환경은 바뀌어가고 있다. 이제 의료의 질은 환자에 대한 의사의 공감 정도이며 의사소통을 통한 신뢰 형성에 달려있다. 현재만이 아니라 미래에도 의사는 단순히 ‘질병의 치료’만이 아니라 ‘환자의 치료’를 의료 행위의 목적으로 삼도록 요구되고 있다. 환자와 의사는 각각 개별적인 경험을 가진 존재들이다. 그러므로 환자와 의사간 의사소통이 그 무엇보다 중요하다.

환자들은 의사와의 의사소통을 통해 질병만이 대상이 아니라 자신들도 대상이 되기를 바란다. 이제 모든 의사의 덕목은 성직자의 덕목과 점점 더 유사해지고 있다. 환자들은 통증만이 아니라 자신의 전부를 온전히 인정받기를 원한다. 앞서 예로 든 치과 의사 이씨와 환자의 갈등을 살펴보자. 환자는 시술에 대한 통증만이 아니라 자신의 전부를 치과 의사 이씨가 감당해 주기를 원했다고 볼 수 있다. 그러나 환자는 자신의 존재를 치과 의사 이씨가 전면적으로 받아들이지 못한다고 본 것 같다. 이것은 치과 의사 이씨의 임플란트 시술에 관한 폄하를 통해 짐작할 수 있다. 치과 의사 이씨와 환자는 통증을 통한 의사소통에 완전히 실패함으로써 서로 폭력을 행사하였다. 언어놀이를 통한 의사소통의 실패는 치과 의사 이씨에게 더 큰 비극으로 돌아갔다.

의사소통을 위해서는 서로의 언어의 의미를 이해하려는 노력이 필요하다[11].⁵⁾ 그러한 노력 중

5) 참고문헌 11번 251-252쪽. 훌륭한 의사라고 해서 반드시 훌륭한 커뮤니케이터는 아니다. 그러나 훌륭한 의사가 되기 위해서는 효과적 문진 능력뿐만 아니라, 환자와의 의사소통 능력도 겸비해야 할 것이다. 이러한 의사소통 능력의 향상을 위해 미국의 하버드

하나는 바로 환자와 의사의 관계가 언어놀이 속에서 서로 주체가 되는 평등한 관계여야 한다는 것이다. 곧 환자는 의사를 자신의 고통을 제거할 수 있는 전문적인 의료인이라고 믿고 의지해야 하며, 의사는 환자를 치료 대상이 아닌 고통의 제거를 위한 한 인격으로서 존중해야 한다. 그래야만 서로의 고통에 대한 의사소통이 가능해질 수 있게 된다. 그리고 이러한 평등한 관계가 되기 위해서 양자 간 가져야 할 자세는 ‘상호 존중’이라 할 수 있다. 왜냐하면, 서로를 한 언어놀이 속에 참여하는 동등한 참가자로 간주할 수 있어야, 거기에서 사용되는 언어의 의미를 다양하게 이해할 수 있기 때문이다. 따라서 의사와 환자 간의 관계를 단순히 주체와 대상으로 규정하지 말아야 하고, 서로 주체가 되는 간주관적 관계를 형성할 수 있도록 해야 한다.

의사가 환자를 단지 치료해야 할 대상으로만 생각하는 것과 환자가 의사를 단지 돈을 주고 자신의 질병을 낮게 해주는 대상으로만 생각하는 것은 환자와 의사의 의사소통에 문제를 발생시킬까 동시에 상호 간에 소외감을 일으킨다. ‘소외(疎外, alienation, Entfremdung)’란 주인이 주인된 자리에서 쫓겨나는 것을 뜻한다. 환자와 의사 사이에는 돈이 아니라, 믿음과 배려라는 가치가 자리해야만 한다. 환자는 의사를 치료해주는 존재로 믿어야 하며, 의사는 환자를 단순히 치료할 대상으로서가 아니라 치료할 존재로 인식해야 한다. 의사가 단지 직업일 뿐이라고 생각하는 것보다 인간을 치료하는 소중한 존재라는 인식이 의

사 본인의 존엄성을 위해서도 더 좋을 것이다. 그리고 이렇게 환자와 의사가 서로를 이해하려는 자세와 노력이 충족될 때, 비로소 고통에 관한 소통이 온전히 이루어질 수 있을 것이다. ㉞

REFERENCES

- 1) Daily News, Robot that shows pain could teach doctors to recognise it better, 2017. 3. 10.
- 2) 메디파나 뉴스. 진료실 내 의사-환자 ‘동상이몽’... 의료 신뢰도 악화, 2016. 12. 3.
- 3) 백경희. 환자의 진료협력의무와 의사의 의료과실. 의료법학 2012 ; 13(1) : 91-123.
- 4) 정창록, 이일학. 다산 정약용의 『목민심서(牧民心書)』에 나타난 자(慈) 개념과 의료윤리. 한국의료윤리학회지 2013 ; 16(3) : 281-301.
- 5) 공병해. 의료 영역에서의 고통에 대한 이해. 인간연구 2005 ; (8) : 242-259.
- 6) Gehling M, Tryba M. Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz, eds by Zenz M, Jurna I, Lehrbuch der Schmerztherapie: Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung. Stuttgart : Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2001 : 565-575.
- 7) Illhardt FJ, Zenz M. Ethik in der Schmerztherapie, eds by Zenz M, Jurna I, Lehrbuch der Schmerztherapie: Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung. Stuttgart : Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2001 : 209-220.
- 8) Wittgenstein L. Philosophical Investigations, trans by Anscombe GEM, Oxford : Basil Blackwell, 1978.
- 9) 강진호. 촘스키와 비트겐슈타인의 지칭 의미론 비판. 철학 2010 ; 102 : 109-137.

의대에서는 1학년 학생들 에게 중병 환자들을 할당시키고 여러 차례 방문케 해 환자 및 그 가족과의 유대를 강화시키는 프로그램을 실시 중이다. 또 담당학생들은 환자의 장례식에 참석하고 가족들과 슬픔을 함께 나누도록 권장한다. “함께 슬퍼할 줄 아는 것은 의사의 한 덕목이다”라고 이 대학 정신과 부교수인 수전 블록 박사는 말했다. 예일대학의 경우 의대 신입생들에게 일명 ‘연민의 망토’를 입힌 다음, 의식을 치르면서 ‘인간관계 행동강령’을 암송케 한다. 사우스 캐롤라이나 의대에서는 학생들을 토론회에 참석시켜 진실·사려·용서·죄·수치심·기도·비극을 알게 하고 진료인의 능력의 한계 등에 대해 논하게 한다. 그 밖의 대학에서도 의대생들은 병실을 방문, 환자가 돼보기도 하고, 자신의 안경에 바셀린을 발라 백내장의 느낌을 경험해 본다. 이 모든 활동의 궁극적 목표는 의사와 환자 관계의 핵심인 의사소통(communication), 즉 이심전심의 관계를 강화시키는 것이다. 환자들의 관심은 담당의사의 가치가 그들이 어느 대학을 나오고, 얼마 동안이나 의료행위를 했느냐에 있기보다는 자신들의 고통에 얼마나 귀 기울여 주느냐에 있을 것이다.

- 10) 박정식. 비트겐슈타인의 규칙 따르기 연구. 박사학위 논문. 경북대학교, 2011 : 15-16.
- 11) 이두원. 의사-환자 간 커뮤니케이션 행위에 대한 대화분석 연구-의사소통 문제의 유형과 해결방안을 중심으로. 한국언론학보 2000 ; 45(1) : 232-265.
- 12) 조선닷컴. 60대 환자와 폭행공방' 30대 치과 의사 투신 자살기도... 혼수상태. 2013. 8. 21.
- 13) 서울신문. "살살 해줘요".. 치통 느끼는 로봇日서 공개. 2007. 11. 29.

How Can Doctors Understand Patients' Pain?: A Study on Wittgenstein's Concept of Pain Behavior

PARK Jeong Sik*, JEONG Chang Rok**

Abstract

Since pain is an internal or subjective experience, it is not possible for a doctor to experience a patient's pain directly or to understand it fully. However, patients do describe or express their pain using language, which Wittgenstein considered to be a public phenomenon. It is primarily through language that a doctor understands a patient's pain. This article examines the issue of pain within the context of medical care from the perspective of Wittgenstein's philosophy of language. It is argued that Wittgenstein's thinking illuminates what pain is and also how it should be understood by doctors.

Keywords

medical ethics, doctor-patient relationships, pain, understanding, Wittgenstein, pain behavior

* Department of Philosophy, College of Humanities, Kyungpook National University

** Department of Ethics Education, Teacher's College, Kyungpook National University: Corresponding Author