大韓不妊學會誌: 第33卷 第4號 2006
Kor. J. Fertil. Steril., Vol. 33, No. 4, 2006, 12

◈ 종 설 ◈

불임 상담

청강문화산업대학 유아교육과[1], 한양대학교 의과대학 산부인과학교실[2]

황 정 숙[1] · 황 정 혜[2]

Infertility Counseling for Clinicians

Hwang Jung Sook[1], Hwang Jung Hye[2]

[1]Department of Early Childhood Education, Chungkang College of Cultural Industries, Ichon, Korea,
[2]Department of Obstetrics and Gynecology, Hanyang University, College of Medicine, Seoul, Korea

서 론

1978년 세계 최초로 시험관아기가 탄생한 이래 불임치료를 위한 보조생식술 분야는 괄목할 만한 속도로 발전하였다. 체외수정 및 배아이식술, 접합자 난관내 이식, 난자세포질내 정자주입술, 보조부화술 등 많은 최신 기법들이 불임치료를 위하여 개발되었으며, 난자 공여, 정자 공여, 대리모 등 제삼자 생식 방법을 사용하여 임신을 시도하는 경우도 증가되고 있다. 이러한 보조생식술 관련한 의학기술이 발전함에 따라 동시에 사회적, 윤리적, 법적인 문제뿐만 아니라 불임 환자의 심리적, 정신적인 면에 대한 관심도 증가되면서 불임 상담의 중요성에 대한 인식도 증가되고 있다.

불임 상담 분야는 불임을 포함한 생식의학 문제를 가지고 있는 환자들을 상담하고 도와주는 것이 목적으로 심리학과 생식의학영역이 포함되는 전문 분야이다. 이는 생식의학에 대한 공통적인 관심과 목적을 공유하는 정신건강전문가 그룹에 의해서 이루어지는데, 크게 의사, 간호사, 실험실 전문가 등 의학적인 치료를 제공하는 의료 분야와 심리학 분야를 담당하는 심리학자, 정신과의사, 사회사업가, 결혼 및 가족 치료사, 정신과 간호사 등이 포함된다.[1] 의료전문가의 일차적인 관심은 불임의 진단과 치료이지만, 불임 상담가의 일차적인 관심은 환자 개개인 및 부부의 의학적인 상태와 불임 장애의 범위 내에서 이루어지는 심리적 배려와 치료이다. 최근 정신건강전문가의 중요성이 생식의학 분야에서 점점 커지고 있는 이유는 생식의학의 기술적 발달과 이와 관련한 불임부부의 복잡한 심리사회적 문제와 요구 때문이다.[2]

본 종설에서는 불임 상담의 이론적인 배경인 불임심리학과 이의 임상적 적용 즉 개별 상담과 집단 상담에 대하여 기술하고, 불임부부들이 상담의 필요성을 인지하고, 불임을 극복하는 방법에 대하여 기술하였다.

본 론

1. 불임 상담의 이론적 배경: 불임심리학

불임을 이해하는 심리학적 이론에는 정신의학 모델 (정신분석 이론)과 심리척도 모델 두 가지가 있다. 정신의학적 불임 모델은 정신치료법이라고도 하는데 1930년대에 소개되어, 1950-60년대에 인기가 있었다. 이 모델의 근거는 프로이드의 성격 이론으로, 불임도 출산과 관련된 생식 기능의 위험으로부터 자신을 방어하려는 무의식적 기능의 하나로 인식하는 것이다.[3]

심리척도 모델은 1970년대 말, 불임을 원인이 아닌 결과로 소개하면서 개인, 부부, 가족, 사회 및 생식의학의 상호연관성을 폭넓게 조망하고, 불임의

주관책임자: 황정혜, 우) 133-792 서울특별시 성동구 행당동 17, 한양대학교 의과대학 산부인과학교실
Tel: (02) 2290-8408, Fax: (02) 2296-8472, e-mail: hwangjh@hanyang.ac.kr

심리학적 측면과 치료적 접근을 통합하여 하나의 절충적 그림을 제공하였다. 여기에는 자아심리학, 발달 위기 이론, 비탄과 상실 이론, 인지행동주의 이론, 가족체제 이론, 성-기초 이론이 포함된다.[4]

1) 자아 심리학 이론

심리구조의 중심인 자아가 어려서부터 형성된다는 정신분석 이론에 기초를 두고 있다. 불임이란 낙인은 불임부부에게 자아-상실감, 역할 실패, 자아무시, 부적절성, 열등감, 가치 없음, 죄의식을 갖도록 한다는 것이다.[5]

2) 발달 위기 이론

Erickson은 신생아에서부터 성인기까지의 심리사회적 발달 과정을 8단계로 제안하였는데, 이를 Menning이 불임에 적용한 이론이다.[4,6] 불임은 '인생의 위기'로 정서적 불평형 상태를 만드는데, 불임 위기는 개인의 위기에 대한 지각과 대처능력, 사회적 지원의 질에 따라 달라지며, 불임부부는 이러한 위기를 긍정적으로 대처해 나가면서 인간적으로 성장해 나간다는 이론이다.[7]

3) 비탄과 상실 이론

Menning는 사망과 임종 모델의 5단계를 불임 환자의 심리분석에 적용하였다. 불임으로 인해 겪는 전형적인 느낌을 충격, 부정, 분노, 협정, 수용으로 묘사함으로써 불임이 유발하는 정서적 패턴을 예측하여, 이를 극복하고 해결하는데 도움이 될 것이라고 하였다.[7] Bowlby는 비탄을 (1) 충격 (2) 열망 (3) 해체와 절망 (4) 재조직화 등의 4시기로 구분하였는데, Sanders & Parkes 등은 이를 수정하여 불임치료를 위해 개입하는 역동적인 접근법을 제안하였다.[8,9] 즉 불임 (비탄의 한 예)의 초기 시기 (굳음, 충격, 상실 확인)에는 정신분석학적/내담자 중심 요법이, 두 번째와 세 번째 시기 (열망, 탐색, 해체와 절망)에는 인본주의적/실존주의 요법이, 그리고 네 번째 시기 (재 조직화, 치유, 재생)에는 행동주의 요법이 가장 적합하다고 하였다.[9]

4) 인지-행동주의 이론

불임에서의 인지행동주의는 유아기 경험, 무의식적 동기나 내적 정신적 갈등과 같이 깊고 장기적인 측면보다는, 의학적 상황에 대한 현재의 행동·사고·느낌을 강조하는 이론이다. Cook은 불임을 생물심리사회적 위기 (biopsychosocial crisis)라고 까지 표현하였다.[10] 또한 불임을 만성적 질병 모델 (chronic illness model)에 비유하기도 하는 데 부모 역할 상실, 미래계획 파괴, 자율성과 조절력 상실, 불확실하고 예측할 수 없는 미래, 정서적 우울, 적응에 대한 걱정 등 만성적인 질병과 유사하다는 관점이다. 또한 Stanton과 Dunkel-Schetter 등은 불임이 예측 불가능, 부정적, 조절 불가능, 모호함으로 가장 스트레스를 주기 때문에 이 위기를 조절하기 위한 대처기술을 모색하기 위해서는 불임인 사람과 부부의 배경 (성격, 스트레스 요인에 대한 지각, 스트레스에 대한 반응)을 진단해 볼 필요가 있다고 했다.[11] 즉 (1) 불임이 스트레스로 인식될 만한 조건 (2) 불임부부나 개인의 적응을 촉진하거나 방해하는 요인들 (3) 불임에 대해 성공적으로 심리 적응을 하도록 하는 요인을 이해하는 것이다.

5) 가족체제 (family systems) 이론

전통적인 심리학적 접근이 개인 내부의 불안에 중점을 두는 반면, 가족체제 이론은 가족 내 개인 간의 복잡한 상호작용을 다루는 것이다. 이는 가족생애 단계 모델 (family life stage model)을 불임에 적용한 것으로 불임은 '부부 단계'에 머물러야 하기 때문에 열등감이나 부모기로의 계승에 대해 불확실감을 느끼며 적응하는데 어려움을 갖게 된다.[12] 불임으로 인해 가족의 범위가 모호해지기도 하는데 이는 (1) 신체적으로는 없지만 심리적으로는 있는 것으로 여겨지는 환상 속의 아이 (2) 부부 각자의 원 가족들과 차별되는 영역을 구축하지 못함으로써 부부 중 한 사람 또는 두 사람 다 '경계선 상의 사람'이 되는 것, 그리고 (3) 입양과 제삼자 생식으로 인해 생물학적/유전학적으로 모호해지는 경우이다.[13]

6) 성-기초 (gender-based) 이론

불임에 대해서도 남성과 여성은 심리적 관점과 반응이 다르다는 것이 밝혀졌다.[14] Staudacher는 여성과는 달리 남성은 다른 5가지 불임에 대한 대처양식을 가지는 데, 즉 (1) 침묵 지키기 (2) 혼자 참거나 비밀스럽게 비통해 하기 (3) 신체적이거나, 법적으로 행동하기 (4) 일에 몰두하기 (5) 습관적으로 무관심하게 행동하기 등으로 기술하였다.[15]

2. 불임 상담: 불임심리학의 임상적 적용

불임 상담 분야는 이론적 기초인 불임심리학을

Table 1. 불임 상담가의 역할

• 불임과 관련한 환자의 평가
• 난자 공여, 대리모 등 시술에 참여하는 환자들의 심리적 적절성 평가
• 의학적 치료결과에 영향을 줄 수 있는 기존 정신적인 장애나 불임의 결과에 대한 정서적 보조, 조사 및 치료
• 개인과 가족에게 영향을 줄 수 있는 불임의 정신적인 장애에 대한 교육 및 대처방안
• 보조생식술에 의해 만들어진 가족 또는 생식심리학에 대한 연구
• 임상의사의 보조 및 상담

임상에 적용하는 것이다. 최근 정신의학이 전문화되면서 생식의학, 유전의학, 출산 의료학 분야에 불임 상담이 필요하게 되었고, 이에 의학적으로 전문성을 가지고 환자들에게 포괄적인 서비스를 제공하는 불임 상담가의 역할이 중요해지고 있다. 불임 상담가는 의사와 간호사와 마찬가지로 불임에 대한 의학적 진단과 치료 등에 대한 지식과 함께 불임심리 분야에 대해서도 광범위하게 알고 있어야 한다. 여기서는 불임 상담가와 의사와 간호사의 역할과, 불임 환자의 심리평가 방법, 개별 상담 및 집단 상담 등에 대하여 기술하고자 한다.

1) 불임 상담가, 의사 및 간호사의 역할

(1) 불임 상담가의 역할

크게 상담가로서의 역할과 평가자로서의 역할이 있는 데, 총체적으로 환자와 의사에게 불임치료의 질을 증가시키는 다양한 다음과 같은 심리적 서비스를 제공한다.[1] (Table 1)

① 상담가 (Counselor)로서의 역할

불임 상담은 치료에 대하여 환자들이 그들의 선택과 결정의 결과에 대하여 보조하고, 교육하고, 서로 존경하고, 신뢰하는 환경 하에서 생각이나 감정을 표현하도록 하며, 인간 행동, 가족의 역동성, 인간관계 등에 대한 상담도 포함된다. Silman은 불임 상담에는 3가지 영역 즉 (1) 환자가 원하고 찾는 것을 결정하고 도와주는 것 (2) 아기를 갖겠다는 것 때문에 간과된 신체적, 감정적 갈망의 연루를 찾는 것 (3) 실제적인 의학적 정보로 결정을 보조하는 것 등이 있다고 하였다.[16]

② 평가자 (Evaluator)로서의 역할

평가자로서의 불임 상담가는 다양한 보조생식술 참가자와 제삼자 참여생식술을 받는 불임 환자의 정신적, 심리학적 스크리닝 기준을 제시하고 이를 평가하는 것이다. 이는 명백하게 의료팀, 불임 상담이 및 환자를 보호하는 것으로 특히 스트레스에 예민한 환자 그룹이나 제삼자가 참여하는 생식술 즉 난자 공여자, 대리모, 수혜자, 고령의 불임여성, 레즈비언 커플 등이 시험관아기를 시술할 때에 정신심리학적인 스크리닝과 평가가 필요하다.[17]

만일 불임 상담가가 치료를 보류하거나 연기하는 것이 좋다는 추천을 하면 불임치료팀은 이를 수용하는 것이 좋은데, 불임 상담 역시 불임 시술팀의 일원으로 참여와 제외에 대한 책임이 있다. 불임 상담가와 의료팀은 정보를 공유하고 비밀보장에 대한 문제를 반드시 토의하고, 서로 정보를 공유하는 동의서에 사인하여야 한다. 상담기록과 노트는 치료사의 책임 하에 (의료진이 아닌) 의료기록과 따로 보관되어야 한다. 만일 상담기록이 의료팀과 공유되고, 또는 의료기록의 일부로 보관된다면 환자는 반드시 이 사실을 알고 있어야 한다. 또한 불임 크리닉에 근무하는 정신건강전문가들은 의료팀이 무엇을 해야 하고, 어떻게 상담서비스를 이용하는 지 교육에 많은 시간을 할애해야 하는 데, 불임 상담가의 역할 분담과 명백한 역할은 여전히 중요하고도 근원적인 문제이다.

(2) 불임 전문의의 역할

의사와 간호사는 불임 환자를 상담하는 데 있어서 비슷하면서도 다른 역할과 책임을 가지고 있다. 의사들은 상담과, 의학적인 의사결정, 복잡한 의학적, 실험실, 수술적인 기술에 대하여 책임이 있으며, 의료서비스를 환자나 파트너의 심리적 이해 및 동의하에 제공하여야 한다. 불임 전문의는 의학적 관점에서 환자를 진료하고 상담하게 되는 데, 상담시 일반적으로 (1) 예후의 정확한 평가, (2) 이익에 대한 설명 (임신 성공 가능성과 가치) 및 가격 (경제적, 시간적, 신체적, 감정적 가격) (3) 자기 통제의 실패 및 통제를 증가시키는 법에 대한 상담, (4) 스트레스를 감소시키는 활동, 불임관련 정보 수집 및 감정적인 지지의 촉진법 등에 대하여 하는 것이 좋다.[18]

불임부부는 반드시 의학적으로 적절한 가이드라

Table 2. 환자의 심리적 문제를 암시하는 행동

• 의사결정이 어렵거나 지연될 경우
• 치료를 원하지 않는 경우
• 방문 시 마다 명백해 보이는 감정적인 스트레스
• 배우자와 다른 의견을 보이는 경우
• 직장에서 어려움을 표현하는 경우
• 치료와 관련한 경제적인 어려움이 있는 경우
• 성적 문제가 있는 경우
• 많은 전화를 하는 경우
• 예약 일을 빼먹는 경우
• 의료진에게 부적절한 행동을 하는 경우

인 하에 그들의 생활을 유지하면서 진행되도록 하여야 한다. 불임팀 모두가 환자에게 호의적으로 대하는 분위기 조성을 하는 데는 의사의 역할이 가장 중요하다. 적절한 시설과 능력있는 불임 전문의, 스트레스를 감소시키는 진료실 분위기, 부부를 동시에 또는 따로 진료할 수 있는 시스템, 상담을 위한 적절한 시간을 제공하고, 산과와 격리된 불임 환자만을 위한 공간이 필요하다.

대개 의사는 의학적 치료의 일차적인 범위 내에서 상담 제공을 필요로 하는 데, 특히 환자가 힘들어 한다는 신호 (Table 2)를 민감하게 알아차려서 적절한 시기에, 지지와 정보를 제공하고 필요하다면 환자들을 정신건강전문가에게 상담 의뢰를 하여야 한다. 대부분의 의사들은 불임 환자가 심각하게 도움이 필요한 데도 시간이 없거나, 세련된 상담서비스를 제공할 수 없다는 것이 문제이다.[18]

(3) 간호사의 역할

간호사들은 의학적 제공자이면서 역시 교육가이며 상담가로서 환자의 치료에 핵심적인 역할을 한다. 종종 간호사들은 불임부부가 그들과 더 오랜 시간을 지내고, 다른 관점에서 보기 때문에 불임부부의 심리적인 상태에 대하여 더 잘 느끼며, 불임부부 역시 간호사들에게서 더 편안함을 느낀다. 의사와 마찬가지로 간호사들은 불임부부의 스트레스, 우울증, 걱정의 정도를 인지하고 제한된 시간 내에 1) 교육 2) 평가와 지지 3) 상담 의뢰 등에 대한 임무를 한다.

① 교 육

교육은 간호사의 가장 중요한 역할로 (1) 불임의 의학적인 면에 대한 교육과 (2) 상담의 유용성에 대한 교육이다. 먼저 불임치료 및 검사 과정, 약제의 부작용, 시술 방법, 치료 비용 등에 대하여 환자가 미리 알게 된다면 이는 자기 통제감을 갖는 데 도움이 된다. 그러나 환자의 높은 불안도가 실질적인 정보를 기억 못하게 하는 데, 실제로 환자는 상담 시 제공된 정보의 50%밖에 기억하지 못한다고 한다. 그러므로 반복된 정보 제공과 요약한 형태의 교육용 자료가 불안을 감소시키며, 환자의 자기 통제감을 증가시킬 수 있다. 불임 환자는 주로 심각한 격리감을 느끼기 때문에 병원에서 그룹으로 교육하는 것도 효과적이다. 불임부부는 불임치료는 계획적 (응급이 아니라)이며 언제든지 그들이 그만둘 수 있고, 의료팀도 불임부부가 휴식기를 갖는 것이 중요하다는 것을 인지하고 있어야 한다. 또 교육의 또 다른 면은 불임 상담의 유용성 대하여 불임부부에게 설명해 주는 것이다. 부부가 위기에 처하기 전에, 상담을 하도록 의뢰하도록 전화번호 등 상담에 대한 정보 및 안내서를 주는 것은 매우 중요하다.

② 평 가

진단과 치료기간 동안 간호사들은 개개인의 불임부부의 심리적인 상태를 파악해야 한다. 여기에는 언어 또는 비언어적인 단서 (clue)가 있다. 간호사는 복잡한 개개인의 불임부부의 심리적인 상태를 파악하고 적절한 시점에서 다음 단계로 넘어갈 수 있도록 평가하고, 필요하다면 상담을 의뢰해야 한다.

③ 상담 의뢰

환자가 상담 의뢰의 필요성을 인지하도록 도와주는 것은 의사와 간호사의 책임에 속한다. 의뢰는 '당신은 어떤 누군가에게 이러한 문제에 대하여 말할 만한 가치가 있다' 또는 '우리 환자들이 상담가와 면담함으로써 많은 도움이 되었다고 한다'는 말을 해주면 좋다. 또한 환자에게 의사와 간호사가 환자의 불임에 대한 불안감을 감소시키기 위해 심리치료사에게 의뢰를 해도 되는 지 물어보는 것도 도움이 될 것이다. 의사와 간호사는 정신건강제공자에게 의뢰해야 하는 환자의 스트레스의 신호 (Table 3)를 반드시 알아차려야 한다.[19]

치료를 중지할 것을 결정하는 것은 환자뿐만 아니

Table 3. 환자의 스트레스의 신호

• 식습관의 변화	• 수면 패턴의 장애
• 사회적인 격리	• 직장생활의 어려움
• 집중 결여	• 절망의 감정의 증가
• 즐거운 놀이에 흥미 소실	• 인간관계의 문제
• 자살에 대한 생각의 표현	• 일차적인 성적 장애 (발기부전 등)
• 강박관념적인 행동	• 전반적인 불안
• 동반되는 일을 하는 능력 감소	• 집중력 감소
• 식욕 및 체중의 변화	• 약 또는 alcohol 남용

라 의사, 간호사 모두에게 어려운 일이며, 수개월 또는 수년 동안 알고 지낸 의료팀과의 관계를 중지함으로서 느끼는 상실감은 매우 크다. 이때는 의사와 간호사가 계속 편지를 보내는 것이 좋다. 대기실에는 아이 없이 사는 법, 제삼자 인공수정, 제삼자 난자, 대리모 등등에 대한 안내문이나 책자를 반드시 배치하는 것이 좋다. Table 4에는 간단하고도 집중적인 불임 상담이 도움이 되는 상황을 기술하였다.

2) 불임 환자의 심리 · 사회적 평가

불임 환자의 심리·사회적 평가의 목적은 개인과 현재의 상태에 대해 정보를 모으는 것으로 이는 임상 면담과 심리검사의 두 가지 방법이 사용된다. 임상 면담은 개인사 (가족, 교육, 직업, 사회적 경력)와 심리 상담을 하게 된 불임에 대한 지각, 정신 상태와 일반적인 대인관계 방식을 파악해내는 것으로 면담자와 내담자를 중심으로 한 표준화되지 않은 것이다. 반면 심리검사는 환자에게 표준화된 방식으로 정보를 얻고자 할 때나 미리 정해진 규준에 대한 환자의 반응을 알아볼 때 사용된다.

(1) 임상 면담

모든 불임부부를 대상으로 하는 것이 이상적이겠지만, 그것이 불가능하다면 인공 생식이나 난자 및 정자 공여, 대리모 등 제삼자 생식관련 환자들, 의사가 '정신 병리학적으로 위험'하다고 판단한 사람과, 환자가 낙인찍힌 것으로 느끼고 불임에 대해 가면을 쓰거나 부정하는 경우, 그리고 환자 스스로가 요구할 때는 언제든지 심리 상담이 필요하다. 심리 상담은 치료시작 2주 전부터 시작하는 것이 좋으며, 이는 불임부부의 문제점 등을 파악하게 되어, 의학적, 정서적, 법적 응급 상황을 미연에 방지할 수 있게 된다.

Table 4. 간단하고도 집중적인 불임 상담이 도움이 되는 상황

- 제삼자 접합자 사용, 치료 중단, 대체 치료, 다태아 감소술 등 결정시
- 불임의 결과 불임부부의 스트레스
- 상실과 슬픔의 감정이 강하고 오래 지속 시
- 폐경 증상 시
- 혼자서 부모가 될 때
- 이전의 인공유산 또는 습관성 유산 시
- 입양하기 전
- 고령으로 부모가 될 때
- 암, 강간 등 치명적인 건강 기왕력 시
- 다태아 감소술 또는 유산 후 슬픔
- 가족을 만들기 위한 다른 방법을 찾을 때

불임 환자와 심리 상담할 때 평가해야 할 내용은 (1) 치료에 대비하게 하고 (2) 치료 전에 논의되어야 할 문제 제기 (3) 치료 전이거나 치료하는 동안에 심리치료가 필요한 환자 선별 (4) 불임치료에 영향을 미칠지도 모르는 정신 병리학적·사회적 기능장애 환자 선별 등이다.

그리고 불임 상담 전에 고려해야 할 점들에는 (1) 비밀의 범위 정하기 (2) 정신건강전문가의 역할 설명 (3) 상담의 기록화이다. 상담 후 환자의 챠트에 정보를 기록해야 하지만, 환자가 공개를 원하지 않는 정보는 비밀을 보장해야 하지만, 필요한 경우에는 의사와 정보를 교환하도록 환자를 격려해야 한다.

특히 부부관계를 연장하거나 결속하기 위해 불임치료를 하려는 경우 치료결과에 대해 엄청난 압박을 받을 수 있으며, 또한 두 사람 중 '한 사람에게만 문제가 있을' 경우, 당사자는 큰 책임을 느끼므로 상담 시 이러한 상황을 미리 파악하는 것이 좋다. 그리고 환자가 치료성공률에 대해 올바르게 인식하고 적절한 상태의 기대를 유지하도록 도와줘야 하며, 쌍태 임신이 될 가능성을 알려주고 환자가 불임치료를 선택하도록 도움을 주어야 할 것이다.

Table 5. 불임 치료가 금지되는 심리적 상황

• 치료나 임신이 정신병을 심각하게 악화시킬 때
• 혼란스런 삶의 방식에 계속 의존할 때
• 한쪽 파트너가 다른 쪽에게 억지로 치료를 강요할 때
• 어린이를 위기에 빠뜨리는 것과 관련된 법적 이력이 발견될 때
• 불임 치료가 성적 무기력에 대한 보상으로 사용될 때
• 제삼자 생식에 있어서 프라이버시와 정보공개에 대한 결정이 해결될 수 없을 때
• 심각한 가족 혼란을 야기 시킬 가족구성원의 난자를 사용할 때
• 심각한 결혼관계 파탄

기타 우울증 등의 정신 병리학적 과거력, 알코올 중독, 약물중독 등의 과거력이 있는 지 등에 대한 정보 확인이 필요하다.

이상과 같은 면담을 종료한 후 임상의는 정보를 요약, 기록하는데, 이를 통해 대부분의 커플은 불임에 대한 심리적 인식이 높아진다. 그러나 치료가 금기 시 되는 경우로 밝혀지기도 하는데, 불임치료가 금지되는 경우는 Table 5와 같다. 이 중 하나라도 발견되면 임상의는 치료를 권하기 전에 숙고해야 한다. 만약 불임치료에 정신치료가 부수적으로 요구되는 상황이라면 정신과 의사에게 치료받도록 해주어야 한다.

(2) 심리검사

임상 면담은 정해진 시간 동안 불임 환자에 대한 정보를 쉽게 획득할 수 있는 방법이지만, 임상의가 면담자료를 확인하거나 반박하기 위해서는 2차 정보원을 필요로 하는데 이 때 심리검사가 유용하다. 심리검사는 로-샤의 잉크얼룩 검사 (Rorschach ink-blot test)처럼 모호한 자극에 대한 반응을 해석하는 주관적 검사와 MMPI처럼 질문에 대한 답을 맞추거나 틀린 것으로 점수화하는 객관적 검사가 있는데, 성격, 지능, 걱정, 우울 같은 심리구조나 속성의 다면적 특성을 평가해 준다. 심리검사에 대한 연구는 체외수정 및 배아이식술 환자 대상 연구가 대부분인데, 1980년대에 MMPI를 사용한 연구들이 많다.[20] 그러나 체외수정 및 배아이식술 환자 대상으로 참여자들의 우울, 불안, 부부관계 적응, 성기능, 모방양식을 측정한 연구가 있지만, 소집단이고 자발적으로 참여하였기 때문에 연구결과를 일반화하여 판단할 수 없다는 단점이 있다. 심리검사 사용을 임상의학적으로 해석한 연구는 희박하다. 불임 환자들의 인성 검사결과, 일반인들보다 성격결함이 더 크지 않았고, 우울과 불안 검사에서도 엇갈린 결과가 나오는데, 치료 중에는 불임 환자가 우울 또는 불안해 할 거라는 정도이다.[21]

불임 환자의 모방양식, 부부관계, 성기능 관련 연구들은 치료 전과 치료 후 서로 상관이 없음이 밝혀져 있지만, 특정한 심리 측정의 임상적 유용성을 입증하는 연구들이 더 필요하다.[22~24]

3) 불임 환자의 상담 방법: 개별 상담 및 집단 상담

(1) 개별 불임 상담

20년 전에 Menning이 처음으로 불임부부를 지원하고, 의학적 상황에서 정서적 요소의 파괴를 최소화하려는 목적으로 개별 불임 상담을 시작하였다.[25,26] 개별 불임 상담에는 5가지의 치료적 접근이 가능한데 정신 역동적 심리치료, 인지-행동치료, 전략과 해결-중심 심리치료, 위기개입과 슬픔 상담이 있다. 이중 정신 역동적 심리치료, 인지-행동치료, 전략과 해결-중심 심리치료는 매우 전문적인 영역으로 자세한 내용은 생략하고, 불임 상담 시 외래에서 할 수 있는 위기개입과 슬픔 상담, 그리고 역 전이에 대하여 간략하게 기술하고자 한다.

① 위기개입 (Crisis intervention)

'위기'란 안정된 성격과 적절한 대처 경력을 가진 사람이 일시적인 어려움에 직면할 때를 일컫는 말이다. 불임 환자는 임신 실패, 난자 채취 실패, 유산, 갑작스런 치료 중단에 직면할 때, 이 '위기'를 경험하게 된다.[27]

위기의 특성에 따라 위기개입의 목적은 (1) 내담자의 증상 완화시키기 (2) 환자를 이전의 기능 수준으로 회복시키기 (3) 위기를 조장하는 요인 규명해내기 (4) 치료 방법 적용하고 규정하기 (5) 환자가 과거 경험과 지금의 스트레스를 연결하도록 돕기 (6) 내담자가 이후에도 활용할 수 있는 대처기술을 사용하도록 돕는 것이다.[27~29] 위기개입에서는 대처 행동을 이해하고 발전시키는 것은 중요한데, 상황에

따라 대처 행동이 다르므로, 어떤 경우에는 실패하기도 한다. 그 이유는 불임문제가 너무 난해하거나 낯선 것일 경우, 대처 방법을 잘못 적용했을 경우, 신체적·정신적 질병에 의해 대처가 제한될 경우, 친구나 가족에게 대처하는 것이 쓸모가 없다고 느낄 경우 때문이다.

Caplan은 대처가 실패할 때 나타나는 위기의 4가지 국면을 아래와 같이 묘사하였다.[30] 즉 (1) 문제해결 행동 증가에 대한 각성과 노력, (2) 각성과 '긴장'의 증가로 억압, 해체 같은 기능적 손상이 계속됨. 예를 들면 각성이 모방을 방해하는 시점이 되면 사람은 너무 불안해하거나 분노하거나 계속 잠자거나 한다. (3) 내·외적 응급자원이 동원되고 새로운 모방 방법이 시도됨. (4) 문제해결 계속 실패로 인한 악화, 소모, '심장마비' 등으로 기술하였다.

② 슬픔 상담 (Grief counseling)

슬픔 상담은 생식에서 상실 (유산 또는 낙태, 광범위한 의미의 시험관아기 실패 즉 배아 사망)을 경험한 사람들이 아이와의 애착관계가 깨어질 때 받는 정서적 고통을 이해하고, 죽음을 슬퍼하거나 애도하면서 상실을 받아들이고 앞으로 나아가게 하는 지적이고 정서적인 과정이다.[31]

유산이나 '분만 후 죽음'과 같은 상황에 따라 슬픔 상담은 달라지는데 첫째, 상실을 현실로 인식하게 하는 것이 중요하다. 즉 아이를 잃는다는 것은 엄청난 쇼크이며 자기-가치감을 무너뜨리는 일이므로 상담가는 환자가 이러한 상실을 받아들이도록 격려하는 역할을 해야 한다. 둘째, 아이를 빼앗긴 불임 환자들이 고통과 슬픔을 경험하도록 도와주어야 하는 데, 이는 상실에 '동반'되는 느낌을 강화하는 하나의 가혹한 처치이다. 셋째, 분만 후 죽음에 대해서는 아이의 생일을 기억하고 존중해 주는 등의 의식을 치르도록 후원해 준다. 이는 죽음에 대한 죄책감이 내재해 있을 때 더욱 더 중요하다. 넷째, 상실을 '보낼 수 있도록' 돕는 것으로, 상실은 삶을 살아가면서 버려야할 정서이기 때문이다. 다섯째, '전진하도록' 요청해야 하는데, 이는 환자가 미래의 희망과 꿈, 계획을 다시 설정하는 것이어서 매우 어려운 일일 것이다. 어떤 환자는 상실에 대한 분노 때문에, 털고 전진하기를 꺼리면서 자신을 '슬픔 형상'으로 만들어 친구나 가족을 유혹하고 거기서 기쁨을 얻는 경우도 있다. 슬픔 상담은 생식 기능 상실 환자들에게 매우 의미있는 개입이다.[32]

③ 역 전이와 상담자의 역할

역 전이는 넓게 정의하면 치료자의 환자에 대한 의식적·무의식적인 전체 반응으로, 환자의 경험을 이해하는 데에 자신의 경험을 투사하는 것을 말한다.[33] 즉 불임 위기는 상담자와 내담자 둘 다에게 성정체감, 자기-이미지, 양육에 대한 어떤 느낌을 갖게 하는데, 치료자의 내부에서 제기되는 이 느낌은 치료자가 불임에 대한 자신의 문제를 어떻게 해소했느냐에 따라 매우 달라진다. 치료자의 경험의 질에 따라 그가 '중립'의 위치에서 환자의 문제를 탐색하고 결정내리는 것이 어려울 수도 있고, 내담자와 임상가의 관계에 미묘한 갈등들이 끼어들 수도 있다.[33] 어떤 경우에는 치료자의 해소되지 않은 문제들과 죄의식, 양가감정, 분노 때문에 불임과 상실로 인한 갈등과 관심을 탐색하고자 노력하는 환자가 방해받을 수 있다. 치료자의 자기 폭로 (self-disclosure)는 불임 상담에 있어서 또 다른 역 전이 문제로, 치료자가 환자에게 자기-폭로를 함으로써 환자를 조종하고 자신에게는 관대하게 될 가능성이 있는 것으로 여겨질 수 있다. 치료자 개인의 불임 경험은 환자의 고통과 분노를 공감하는 능력을 증가시키며, 이때의 자기-폭로는 효과적인 행동 모델이 될 수 있고, 치료자와 환자의 거리를 좁혀주어 상호 신뢰와 개방성을 촉진시켜준다. 그러나 치료자 자신의 불임 문제가 환자에게 투사되어, 환자가 이를 해결하려는 노력과 대처능력에 방해가 될 수도 있으므로, 자기 폭로가 환자에게 이익이 되기 위해서는 어떤 경우에라도 신중하게, 목적 지향적으로 사용되어야만 한다.

④ 개별 상담을 효과적으로 하는 방법

불임 환자가 단기적이거나 짧은 심리치료적 상담을 원할 때, 모든 접근법이 고려하여야 할 치료의 기본 특성과 공통 원리를 지키는 것이 좋다.[34] (Table 6)

불임 상담에 있어서 첫 번째 상담은 치료를 지속하게 되는 동기를 제공해줌으로 매우 중요한데, 효과적이고 성공적인 첫 번째 상담을 위한 '최초 상담 과제 6가지'를 살펴보면 (1) 긍정적 관계 형성하기, (2) 치료 중심점 찾기, (3) 성공적인 결과를 위한 협

Table 6. 효과적인 개별 상담을 위하여 알고 있어야 할 기본 특성과 공통 원리

치료의 기술적 특징	• 명확하고 구체적인 치료 쟁점 유지 • 신중하고도 성실한 시간 사용 • 명확히 규정된 결과로서의 목적 제한 • 현재 일어나고 있는 것에 대한 강조 • 신속한 진단과 치료에 포함된 평가의 통합 • 진전에 대한 잦은 보고와 비효과적인 개입 제거 • 높은 수준의 치료자-환자 활동 • 진보적이고 융통성있는 기술 사용
공통 원리	• 실용성, 비용절감, '치유' 대비 최소한의 치료 강조 • 인간은 필연적의 변화하는 존재라는 인식 • 내담자 중심의 불평 중시, 자원 제공, 합법성 강조 • 대부분의 변화가 치료 밖에서 발생한다는 데 대한 인식 • 치료보다 환자의 치료 밖 인생이 더 중요하다는데 대한 동의 • 치료가 항상 도움이 되지는 않는다는 입장 • 치료가 '쓸모없는 시간 낭비'가 아니라는 믿음

상 범위 정하기, (4) 비내담자 (non-client)로부터 내담자를 구분하고, 치료에 참여하는 모든 사람을 변화시키려고 하지 않기, (5) 내담자의 동기 수준을 규정하고 거기에 따라 개입하기, (6) 즉시 차이나는 어떤 일하기 등이다.

(2) 집단 불임 상담

최초의 집단 상담은 1970년대 보스턴의 여성 소집단 월례회에서부터 시작되었다. 불임인 사람이 고립과 소외감에서부터 탈출하고자 할 때 집단적 참여가 필요한데, 불임인 사람들이 모인 집단의 효과에 대한 최근 문헌들은 소속감 증진, 우울 감소, 동료 지원, 새로운 학습, 개인적 통찰, 스트레스를 감소, 교육 제공, 전진하려는 힘을 지속시킨다고 하였다.[25,36] 집단에게 전문적 지침을 제공해 주는 모델에는 기능 장애가 있는 행동패턴을 변경시키는 교정 모델, 집단 구성원들이 문제를 해결하기 위해 장애물과 정면으로 맞서도록 격려하는 중재 모델, 집단 구성원들과의 친숙함을 통해 인간적 성장을 격려하는 발달적 모델이 있다. 그룹 운영자는 치료대상 집단을 지원하기 위해 다음을 고려해야만 한다 즉 집단의 크기, 모임 빈도, 지속시간, 장소 같은 운영 문제와 비밀유지, 집단 내의 임신한 멤버 출석, 성별 문제, 시간이 정해진 집단의 효과적인 종결 등이다. 이때 집단 상담자가 갖추어야할 조건은 (1) 상호 원조 체제를 발전시키도록 구성원을 돕는다. (2) 집단을 변화를 추구하는 강력한 역동체로 이해하고, 가치를 두고, 존중한다. (3) 구성원들이 집단의 안팎에서 자율적인 기능을 하도록 돕는다. (4) 종료시점에서 구성원들이 집단성을 재 경험하도록 돕는다. 집단 상담의 주제는 상실, 분노, 슬픔, 무기력, 조절력 상실 느낌, 집단 종료에 대한 반응으로 추후 문제로는 재정적 감소, 지리적 고립을 느끼는 불임인 사람들에게 어떻게 정서적 지원을 해줄 것이며, 소비자가 데리고 온 지원 그룹을 어떻게 평가할 것인지에 대한 것들이 있다.[35]

4) 의학적 · 불임심리학적 통합 처치를 위한 제안

불임인 사람들은 의학적으로는 물론이고 정서적으로도 어렵고 힘든 상황에 처하게 되지만, 비용과 보험부담 등의 문제 때문에 의학적 치료나 정서적 치료 중 하나를 선택하게 되고, 대부분의 경우 보다 접근하기 쉬운 의학적 처치만 하게 된다. 불임에 대해 의학적 · 정서적 처치를 통합해서 적용하기 위해 몇 가지를 제안하면 다음과 같다.

첫째, 의료기관마다 총체적 의료서비스의 일환으

로 전문진을 구성하도록 하는 것이다. 즉 보조생식술을 시행하는 불임 병원을 포함한 각 병원들이 사회사업가, 심리학자, 또는 정신과 간호사를 고용하여, 이들이 처음부터 치료진의 일원으로 참여하여, 환자가 불임치료로부터 받는 스트레스를 덜어 주고 상담을 하면서 환자를 지원하는데, 이것이 그 병원 환자에게는 무료로 제공되게 하는 것이다.

둘째, 주 지정 병원과 가까운 지역 병원의 협력시스템이 필요한데, 미국에서는 7개의 시골지역 주에 각각 불임 상담 병원을 지정하여 주 상담가에게 무료서비스를 받도록 하고 있다. 이때 병원이 너무 멀리 떨어져 있어 겪게 되는 불편을 줄여주고, 환자가 가까운 고향에서 서비스를 받을 수 있도록 주 정부 상담가가 가까운 지역사회 병원과 협력하여 환자를 돕기 위해 노력한다.

셋째, 지역사회의 지원자를 양성하여 준전문가로 활용하는 것으로, 지역사회 지원 그룹에 지원하는 사람들에게 전문 상담자가 주기적으로 자문과 정보를 제공해 주는 것이다.

넷째, 소비자가 제안한 것으로, 컴퓨터를 이용한 채팅방을 만들어 활용하는 것이다. 이는 인터넷을 사용할 줄 알면 누구나 가능한 편리한 방법이고 돈이 들지 않으며 익명으로 할 수 있기 때문에 유용하게 여겨진다. 그러나 부정확한 정보가 제공될 수 있고, 불임을 타개하려고 노력하는 사람들을 건설적으로 잘 지원해줄 수 있는 전문가가 부족하고 상업적으로 이용될 수 있다는 단점이 있다. 그러나 고립되어 있거나 지방에 사는 사람들에게는 채팅방이 정서적 고립을 덜어주는 유일한 도움이 될 수도 있다.

5) 불임을 효과적으로 극복하기 위한 방법

불임부부들이 상담의 필요성 및 불임을 극복하는 방법을 알도록 도와주는 몇 가지 방법을 제시하려고 한다. 불임은 Greil 등이 정의하기를 '진짜로 병적인 상태라기보다는 원하는 것이 없는 것'으로 정의하였다.[36] Mahlstedt 등은 불임은 상실의 연속으로 꿈의 소실, 자기 존중의 소실, 안전감의 소실 및 환상의 소실이라고 정의하고 있다.[37] 불임은 만성질환의 특성을 많이 가지고 있는데, 종종 오랜 시간 동안 지속되고 결과는 불분명하고, 정서적인 타격도 크며, 삶의 질이 나빠지며, 사회생활 장애도 초래한다. 확실한 것은 불임은 의학적인 문제뿐 만 아니라, 부부가 함께 진단받고, 치료받고 결정하고 결국 해결되는 문제로 이를 극복하기 위해서는 의료진 뿐만아니라, 불임부부가 공동으로 노력해야하는 것이다.

불임부부가 효과적으로 불임과 대처하기 위해서 꼭 완성해야할 4가지 심리적인 임무가 있다. 즉 (1) 그들의 감정을 말로 표현한다. (2) 슬퍼한다. (3) 왜 그들이 아이를 원하는 지 이유를 찾아본다. (4) 결정한다. 등으로 의사와 간호사는 불임부부가 어느 임무를 해야 하는 지 결정해서 그들의 요구를 충족시키는 적절한 접근이 개발되도록 해야 한다.[38]

Davis와 Dearman 등은 불임을 극복하는 6가지 전략을 제시하였다.[39]

(1) 불임부부와 불임사이의 공간을 증가시키고, (2) 불임부부의 삶을 정상적으로 회복하고 조절하는 것을 도와줄 것, (3) 환자에게 치료 계획, 장기 치료 목적, 결정, 성공률이 어느 정도인지 환자를 안심시키는 내용이 든 안내서를 주거나, (4) 불임의 숨겨진 의미 찾기, (5) 환자의 감정 파악 (자포자기 등) 후 도와주기, (6) 스트레스를 나누어 가질 것 등이다. 즉 남편, 가족, 친구, 의사, 간호사, 불임 상담이, 그 외 보조 그룹과 같이 불임에 대한 스트레스를 서로 나누어 가지는 것이다. 불임을 진료함에 있어서 환자 뿐만아니라 의사, 간호사도 각각 스트레스를 받는다. 전반적으로 간호사들은 불임 환자에 대하여 환자 그 스스로 느끼는 것 이상으로 높은 정서적, 신체적 스트레스를 느낀다. 의사, 간호사, 환자 모두 가장 감정적으로 힘들다고 느끼는 때는 임신시도에 실패했을 때, 즉 시험관아기시술의 실패, 임신검사 음성, 생리의 시작, 자궁외 임신, 자연유산 등이며, 그 다음으로 스트레스를 받는 것은 특별한 검사 또는 수술 즉 접합자 난관 내 이식, 난자 채취, 개복 수술 등이다.

결 론

태초부터 불임은 존재해 왔지만 사회적, 역사적 변화에 따라 생식 선택의 문제는 불임부부들에게 있어 의학적, 사회적, 심리학적으로 보다 복잡해졌다. 임상 시술이 전문화되면 될 수록 불임치료팀도 더 세분화된 전문가가 필요하게 되었다. 불임 상담가는 환자의 치료를 증진시키고 어려운 도덕적, 임상적인

결정을 내리는 데 있어서 심리학적인 평가, 통찰, 판단에 도움을 주는 전문가로 반드시 의학적, 생식의학의 감정적인 지식이 충분한 고도로 숙련된 정신 치료사여야 한다. 불임 상담 분야에서 일하는 정신건강전문가는 사회사업가, 심리학자, 정신과의사, 정신과 간호사, 결혼 및 가정 치료사 등이 포함되며, 불임치료팀의 일원으로서 참여하여 환자에게 용기와 희망을 주면서 불임을 극복하고 해소할 수 있도록 하면서, '이제 그만' 할 때 환자들을 기꺼이 도와주는 역할을 해야 한다. 가장 이상적인 불임치료는 불임 상담이 의학적 시술 과정의 연장으로 치료가 의학적, 정신심리학적 면에서 총체적으로 이루어지는 것이므로 앞으로도 불임 상담에 대한 불임 전문의의 적극적인 관심이 필요하며, 상담의 임상적인 적용이 좀 더 쉽고 대중적으로 되어야 한다고 생각한다.

참 고 문 헌

1. Covington SN. The role of the mental health professional in reproductive medicine. Fertil Steril 1995; 64: 895-7.
2. Silman R. What is fertility counseling? In: Jennings SE, ed. Infertility counselling. Oxford: Blackwell Science, 1995; 205-13.
3. Denber HCB. Psychiatiric aspects of infertility. J Reprod Med. 1978; 20: 23-9.
4. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. Fertil Steril 1980; 34: 313-9.
5. Olshansky EF. Identity of self as infertile: an example of theory-generating research. Adv Nurs Sci 1987; 9: 54-63.
6. Erkckson E. Childhood and society. New York: Norton, 1950.
7. Menning BE. Infertility: A guide to the childless couple. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall, 1980.
8. Bowlby J. Attachment and loss: Loss, sadness, and depression, vol. 3. New York: Basic Books, 1980.
9. Sanders CM. Grief: The mourning after. New York: Wiley, 1989.
10. Cook EP. Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility. J Couns Dev. 1987; 65: 465-70.
11. Stanton AL, Dunkel-schetter C. Psychological adjustment to infertility. In: Stanton AL, Dunkel-schetter C, eds. Infertility: Perspectives from stress and coping research. New York: Plenum Press, 1991; 3-16.
12. Carter E, McGoldrick M. The family life cycle. New York: Gardner, 1980.
13. Burns LH. Infertility as boundary ambiguity: One theoretical perspective. Fam Process 1987; 26: 359-72.
14. Ireland MS. Reconceiving women: Separating motherhood from female identity. New York: Guilford Press, 1993.
15. Staudacher C. Men & Grief. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 1991.
16. Silman R. What is fertility counseling? In: Jennings SE, ed. Infertility counselling. Oxford: Blackwell Science, 1995; 205-13.
17. Covington SN. Preparing the patient for in vitro fertilization: psychological considerations. Clin Consider Obstet Gynecol 1994; 6: 131-7.
18. Harrison RF. Aims and objectives in the infertility clinic: The practical issues. Int J Fertil 1991; 36: 204-11.
19. Mental health professional group, American society for reproductive medicine. Physician's guide for referral to a mental health practitioner. Birmingham, AL: American society for reproductive medicine, 1996.
20. Graham JR. MMPI-2: Assessing personality and psychopathology, 2nd edn. New Work: Oxford University Press, 1993.
21. Mazure CM, Greenfeld DA. Psychological studies of in vitro fertilization/embryo transfer. J In Vitro Fertil Emb Transfer 1989; 6: 242-56.
22. Shatford LA, Hearn MT, Yuzpe AA, et al. Psychological correlates of differential infertility diagnosis in an in vitro fertilization program. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 1099-107.
23. Hearn MT, Yuzpe AA, Brown SE, Casper RF. Psychological characteristics of in vitro fertilization partici-

pants. Am J Obstet Gynecol 1987; 156: 269-74.
24. Shaw P, Johnston M, Shaw R. Counseling needs, emotional and relationship problems in couples awaiting IVF. J Psychosom Obstet Gynecol 1988; 9: 171-80.
25. Menning BE. RESOLVE: A support group for infertile couples. Am J Nurs 1976; 76: 258-9.
26. Menning BE. Counseling infertile couples. Contemp Obstet Gynecol 1979; 13: 101-8.
27. Rapoport L. Crisis intervention as a mode of brief treatment. In: Roberts RW, Nee RH, eds. Theories of social casework. Chicago: University of Chicago Press, 1970; 77-98.
28. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer, 1984.
29. Bancroft J, Graham C. Crisis interventrion. In: Bloch S, ed. An introduction to the psychotherapies, 3rd edn. New York: Oxford University Press, 1996; 134-47.
30. Caplan G. An approach to community mental health. London: Tavistock, 1961.
31. Crenshaw DA. Bereavement: Counseling the grieving throughout the life cycle. New York: Continuum, 1990.
32. Leon IG. Reproductive loss: Barriers to psychoanalytic treatment. J Am Acad Psychoanal 1996; 24: 351-52.
33. Tansey MJ, Burke WF. Understanding countertransference-from projective identification to empathy. Hillsdale, NJ: Analytic, 1989.
34. Cooper JF. A primer of brief psychotherapy. New York; Norton, 1995.
35. Goodman K, Rothman B. Group work in infertility treatment. Soc Work Groups 1984; 7: 79-97.
36. Greil AL. Not yet pregnant. NJ: Rutgers University press, 1991.
37. Mahlstedt P. The psychological component of infertility. Fertil Steril 1985; 43: 335-46.
38. Sawazky M. Tasks of infertile couples. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1981; 10: 132-3.
39. Davis DS, Dearman CN. Coping strategies of infertile women. J Obstet Neonatal Nurs 1991; 20: 221-8.