동의신경정신과 학회지 제21권 제1호(2010년 03월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2010;21(1):145-157

한방정신요법과 서구 정신요법의 비교연구

이승기

상지대학교 한의과대학 신경정신과

A Comparative Study on the Psychotherapies between Western and Oriental Medicine

Seung-Gi Lee

Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Sang-Ji University

Abstract

Objectives :
Oriental psychotherapy and western psychotherapy in Korea were investigated in order to develop a new oriental psychotherapeutic model for modern Korean.

Methods :
Oriental psychotherapy and Western psychotherapy were compared and investigated in some viewpoints such as cognition, behaviour, emotion and ultimate purposes for the therapies. Cultural differences are examined, too.

Results :
There are clear differences between two psychotherapies. It seems that cognition is more important than behaviour or emotion in western psychotherapy. On the other hand, emotion is more important than cognition or behaviour in oriental psychotherapy. Ultimate purposes for the therapies are also different because of cultural differences.

Conclusions :
New oriental psychotherapeutic model considering cultural differences and merits of two therapies is needed .

Key Words :
Oriental psychotherapy, Western psychotherapy, Korea, Cultural difference

투고 : 2010. 2. 16. 수정 : 2010. 3. 8. 채택 : 2010. 3. 8.
교신저자 : 이승기, 강원도 원주시 우산동 283번지 상지대학교 부속한방병원 신경정신과
Tel) 033-741-9268, E-mail) kesklsg@hanmail.net

Ⅰ. 서 론

정신요법은 약물치료에 대한 부담으로부터 환자를 도와줄 수 있고 진료 초기부터 적극적인 활용을 할 수 있는 장점이 있어 정신의학계에서 많이 이용되고 있다. 현재 국내에서는 서구의 정신요법을 바탕으로 하여 정신분석치료, 분석심리치료, 게슈탈트요법, 인지행동치료법 등이 도입되어 시행되고 있다. 하지만 나름의 치료효과에도 불구하고 서양의 철학적 전통과 가치가 담겨져 있는 정신요법이 그대로 한국인에게 활용되었을 때 과연 효과적일 것인가에 대한 의문은 여러 분야에서 계속 제기되어 왔었다[1-3]. 주요정신장애의 원인, 경과, 결과가 문화적 요소들에 의해 영향을 받는다는 것은 학계에서 인정되고 있는 것이 사실이며[4,5], 다양한 배경의 사람들이 모여 있는 미국의 미국심리학회(American Psychological Association, APA)에서도 문화적 배경이 다른 환자의 치료에 대한 가이드라인을 제시하고 있다[6]. 현재 국내에서 일부 학자들에 의해 심정치료[7], 道精神治療[8,9], 동양심리학[1] 등 한국 혹은 동양적인 시각을 접목한 방법이 제시되고 있지만 여전히 국내 학계에서는 미국을 위시한 서구의 기준이 주류로 인정되고 있는 듯하다.

한의학이 전통의학인 우리나라의 한방정신요법은 합리적 이성을 중요시하는 철학적 전통을 가진 서구의 정신요법과 많은 차이가 있다. 최근 일부 한의학자들[10-15]에 의해 한방정신요법의 여러 요소들이 서구 정신요법과 유사성이 많다는 것이 제시되었지만 정신요법의 최종 목표라고 할 수 있는 이상적 인간형도 다르고 배경이론도 다르며 구체적인 방법에서도 많은 차이가 있다. 현재 국내에서는 한방신경정신과를 전공하는 한의사들에 의해 한방정신요법이 이용되고 있으나 여전히 활용도는 많지 않은 것이 사실이다. 여기에는 내부 장기와 정신 기능이 상호 연관이 되어 있다고 보아 氣와 정서의 균형을 중시하면서 심인성 질환도 내부 장기를 치료하는 한의학의 특성이 관여한 바도 있지만 한방정신요법의 여러 장점들이 제대로 활용되지 못하는 것이 아닌가 하는 우려도 제기될 수 있다. 따라서 본 연구에서는 현대 한국인들에게 효과적인 한방정신요법이 어떤 것인가를 찾고자 하는 과제의 선행작업으로 한방정신요법과 서구의 정신요법을 비교•분석하고자 하였다. 그간 심리학자들에 의해 서구 정신요법을 한국적으로 개량하고자 하거나 한의학자들에 의해 한방정신요법의 기법들이 서구 정신요법과 유사성이 있음을 밝힌 내용들이 있었지만, 한의학의 시각에서 두 요법을 구체적으로 분석하고 문화와의 관련성을 밝은 연구는 찾기 어려웠다. 따라서 심리의 구성 요소인 인지, 정서, 행동에 대한 두 요법의 견해와 치료목표, 문화적 차이 등 한방신경정신과를 공부하는 이들의 고민거리에 관하여 살펴보았다.

Ⅱ. 본 론

1. 서양의 정신요법

심리치료는 두 당사자 사이에서 이루어지는 공식적인 상호작용 과정으로, 어느 한 쪽의 인지적 기능, 감정적 기능, 또는 행동적 기능 중 일부 영역이나 전체 영역에서 생기는 고통을 개선할 목적을 가지며, 치료자는 성격의 기원, 발달, 유지 및 변화에 대한 이론과 함께 그 이론에 논리적으로 관계되는 치료 방법을 가지고 있다고 정의된다[16]. 현대 심리치료의 선구자적 역할을 한 프로이트의 정신분석치료에서는 역동적 무의

식이론과 심리적 갈등이론, 본능이론에 기초하여 환자가 해결되지 않은 유아적 소원과 증상으로 표현한 바에 근거하여 자신의 무의식적 갈등에 대해 통찰하도록 하였다[17]. 정신분석학은 심리학, 정신의학뿐만 아니라 사회 전반에 커다란 영향을 미쳤으며, 융의 분석심리학, 아들러의 개인심리학 등 그의 영향을 받은 많은 심리치료학파를 배출하였다. 근래에는 초기의 정신분석치료에서 시간과 방법을 절충한 여러 치료법들이 등장하고 있다.

정신요법의 중요한 기법 중 하나인 행동치료는 학습이론에 근거하여 증상의 형성에 관계되어 있는 잘못된 습관이나 행동을 더 바람직한 행동으로 대치하려는 노력이다. 사람의 행동을 결정하는 요인에서 과거의 경험이나 정신적인 갈등 같은 내적인 측면보다는 바깥에서 자극이 주어지는 양상이나 어떤 행동이 초래하는 결과 같은 외적인 측면을 강조하는 치료이다[18]. 이완요법, 체계적 탈감작법, 행동수정기법, 혐오자극법 등을 활용하여 현재 환자를 괴롭히는 증상은 잘못된 학습에 의한 것이라고 보아 재학습시키고자 하는 것이다. 행동요법은 근래 인지치료와 병행하여 시행되는 경우가 많다.

인지치료는 사람들이 생활사건에 인지, 정서, 동기 및 행동적 반응의 조합을 통하여 반응한다는 입장을 취하는 성격이론에 근거를 두고 있다. 인지 체계는 개인이 사건을 지각하고, 해석하고, 의미를 부여하는 방식을 다루는데, 때때로 잘못된 지각, 역기능, 또는 상황에 대한 개인 특유의 해석 때문에 반응들이 부적응적으로 된다[16]. 인지치료에서는 사람의 행동과 정동은 그가 세계를 어떻게 구조화하느냐에 따라 대개 결정되므로 사람들의 감정이나 행동을 결정하는 것은 어떤 사건이나 상황 자체가 아니고 그들이 그 상황을 해석하는 방식에 달려 있다고 가정하는 것이다[17].

이밖에 우리나라에 소개된 정신요법들로는 칼 로저스의 인간중심치료, 게슈탈트 치료, 실존 심리치료, 가족치료, 심리극 등이 있다.

2. 한방정신요법

1) 배경

한의학의 정신치료에서는 精氣神을 보양하는 것을 이론적 기초로 삼고 있다[19]. 이는 정신과 육체를 구분하지 않은 한의학 이론이 반영된 것으로써 심리적 건강도 精氣神이 건강하고 튼튼해야 한다는 의미이다. 한편 한의학에서는 道를 많이 강조하는데, 道는 도교, 유교 등 동양사상에서 강조하고 있는 만물의 근본 원리, 全一性, 윤리성, 치유기능의 의미를 가진다[19]. 한방정신요법 중 하나인 以道療法과 虛心合道는 마음과 정신을 수양하면 병이 생기지 않으며 또 이미 생긴 병도 치료할 수 있다는 의미이다.

『靈樞·師傳』의 "人之情, 莫不惡死而樂生, 告之以其敗, 語之以其善, 導之以其所便, 開之以其所苦, 雖有無道之人, 惡有不聽者乎?"는 한방정신요법의 개요가 잘 드러나 있다[20]. 환자의 억눌린 감정이나 기분을 풀어주고('開之以其所苦') 적절한 치료법이나 개선할 바를 제시하며('語之以其善'), 잘못된 부분을 알려주며('告之以其敗') 더 편안함을 느낄 수 있도록 환자를 이끌어주는('導之以其所便') 것이다. 여기에는 환기, 충고, 설명, 지지와 같은 서구의 지지요법적 요소가 포함되어 있다고 볼 수 있다[19]. 국내 한의과대학의 신경정신과 교재로 쓰이는 한의신경정신과학[19]에서는 한방정신요법에 대하여 기존 한의학 이론과 일부 중의학 이론을 취합하여 情緖相勝療法, 移精變氣療法, 至言高論療法, 驚者平之療法, 中庸療法, 暗示療法, 順意療法, 懲罰과 獎勵療法, 緊

張療法, 激情療法 등을 제시하였다. 음양오행이론에 따라 과도한 정서를 相剋이 되는 다른 정서를 이용하여 제어하기도 한 한의학 특유의 기법도 있지만, 驚者平之療法이나 至言高論療法처럼 계통적 탈감작기법이나 지지요법과 같은 서구의 정신요법과 유사성이 있는 것들도 있다. 하지만 침이나 한약이 치료의 한의학의 주요 수단이었고, 정신증상도 내부 장기의 불균형으로 보아 육체를 치료하고자 하는 한의학의 특성상 서양처럼 이러한 요법들이 단독으로 쓰인 경우는 드물다[21].

3. 동서양 정신요법의 비교

1) 정신요법의 궁극적 목표

심리적 장애를 앓는 환자들의 최종 목표가 될 수 있는, 동서양의 이상적 인간형은 분명한 차이가 있다. 여러 학자들의 견해에 따르면[1,22], 타인과 구분되는 독립적 실체인 개인 존재를 사회 구성의 기본 단위로 인식해 온 서양에서는 개인이 개체로서 지닌 독특한 능력과 특성을 현실 세계에서 최대한 발휘하는 자기실현을 이상적 인간의 기본조건으로 여겨 왔는데, 이는 타인과 공동체에 대한 관심과 배려보다 삶의 여러 측면에서 개인이 성취하는 탁월성을 크게 여겨 덕의 원형을 개념화해 온, 고대 그리스시대부터 이어진 개인 중심 인간관에서 비롯된 것이라 하였다. 따라서 심리치료 역시 이러한 관점에서 개인의 성장과 발달, 자기실현을 도모하는 쪽으로 발전하여 왔다. 반면에 우리나라를 비롯하여 동아시아의 오랜 중심 사상이었던 유학의 이상적 인간형인 聖人이나 君子는, 修己를 통해 도덕적 자기완성을 이룬 다음, 대인관계의 조화, 및 사회에 대한 관심과 책임의 완수에까지 이르는 사람이었다[22]. 또한 도교의 영향을 받은 한의학에서는 眞人, 至人 등을 말하면서 자연과의 조화, 자연법칙에의 순응, 인위적인 욕심을 버릴 것 등을 말하고 있다[19,23]. 개인주의가 바탕이 되는 서양 심리학에서는 개인의 권한, 자유를 침해하는 것을 반대하고 자기실현을 내세우기 때문에 심리치료에서도 활용의 폭이 넓은 반면 동양에서는 관계구조 속에서 개인을 파악하고 자연 혹은 사회를 구성하는 요소로서의 개인을 강조하기 때문에 치료에서도 개인보다는 전체적인 조화를 강조하고 있다. 이러한 차이 때문에 서구의 정신요법을 아무런 비판 없이 우리나라에서 받아들이는 것은 한계가 있을 수 있으며, 환자인 개인의 권한이 침해 받는 것을 인정할 수 없는 서구 심리학의 관점에서, 복잡하게 인간관계가 얽혀 있는 한국인의 심리장애에 접근할 때 예기치 못한 문제들이 나타날 수 있음을 예견하게 한다.

2) 문화적 요인

주요 정신장애의 원인, 경과, 결과가 문화적 요소들에 의해 영향을 받는다는 것은 이제 널리 받아들여지고 있다[4]. 미국정신의학회(American Psychiatric Association, APA)의 DSM-Ⅳ에서도 정신장애의 증상과 과정이 문화적, 인종적 요인에 의해 영향을 받을 수 있다고 서문에서 밝히고 있으며[5], 미국심리학회(American Psychological Association, APA)에서도 문화적 배경이 다른 환자를 치료할 때 필요한 가이드라인을 제시하면서, 이러한 환자에게 의도와 다른 결과를 가져올 수 있음을 말하고 이에 대한 인식이 필요하다고 하였다[6].

동양과 서양의 문화적 차이를 대변할 때 가장 많이 인용되는 것은 서양은 개인주의 사회이고 동양은 집단주의 사회라는 것이다[1,3,24,25]. 이상적 인간형 역시 이러한 관점과 관계가 있는데 서구와 같은 개인주의 사회에서 환경에 대한 통제력

의 보유, 자기실현이 이상적 인간의 필수요소라는 것은 당연한 귀결이다[22]. 반면에 우리와 같은 집단주의 문화권에서는 개인의 위치나 정체성도 다른 사람과의 관계구조 속에서 규정되기 쉽고, 원하지 않는 다른 이의 자극에 노출되기도 쉽다. 즉 인간관계에 의한 스트레스에 취약하기 쉽고 이를 치유하는데도 관계구조를 의식하지 않을 수 없기 때문에 치료에도 제약을 받을 수 있는 것이다. 개인주의를 강조하는 서구와 달리 유학의 영향을 많이 받은 우리나라에서는 치밀하게 얽힌 여러 관계에서 유발된 스트레스가 여러 정신장애를 유발하고 있는 것이다.

이[25]는 이러한 우리나라 사람들의 태도를 다음과 같이 요약하였다. 첫째, 의사결정을 할 때 개인의 목표보다 집단의 목표를 우선적으로 하여 자기가 속한 집단에 미칠 영향을 감안하여 결정한다. 둘째, 남에게 신세를 지거나 베푸는 면에서 탄력적이며 또한 상대방도 자기에게 그와 같이 행동하기를 기대한다. 셋째, 남이 나를 어떻게 여기는가를 중요시하는 체면의식이 강하고 배척당하는 것을 수치스럽게 여긴다. 넷째, 인간관계에서 소속된 내집단에게는 친밀하게 행동하지만 외집단에게는 배타적이다. 다섯째, 집단 결속력이 강하고 상호의존적 관계를 맺고 있어 서로 간에 영향을 주고받는 범위가 크다. 여섯째, 도덕이나 규범이 구체적이며 상황에 따라 규정되는 경우가 많고 또한 엄격하고 구속력도 강하다. 일곱째, 유보적 표현을 미덕으로 삼으며 분위기에 따라 말을 아끼기 때문에 의사소통 방식이 타협적이며 의례적인 경향을 띤다. 여덟째, 특히 내집단원과의 갈등을 피하려하며 상대를 설득하기 위해서는 의무나 책임에 호소하는 방법을 쓴다. 아홉째, 정서나 동기의 발현이 타인 중심적이어서 개인적 감정이나 욕구의 표현을 통제하는 기제가 발달되어 있다. 열 번째, 이상적인 인간상을 능력보다 인격에 근거해 설정하기 때문에 관계적 요소로는 자조, 자율, 독립, 자유보다, 화목, 인화, 의리, 겸손, 충성을 가치 있게 여기고, 바람직한 자질로는 창의, 성취, 개성, 도전보다는 성실, 인내, 노력, 절제 등을 꼽는다. 한편 박 등[2]은 한국인들의 문화적 특성으로 과제 지향성보다 관계 지향성이 강하며, 가족중심, 음주, 빨리빨리, 연령주의, 상담실 기피, 신체화 질병이 많으며, 충고와 조언을 구하는 문화 등을 들었다. 최[26]는 우리나라 사람들의 심리적 특징을 '우리성'과 情으로 파악하고 서구인들과 다른 대인관계 구조를 가진다고 하였다. 위의 언급들은 수직적 관계를 중시하는 우리 문화의 특징[3]과, 정신장애에서도 서구보다 신체증상을 많이 호소하며 감정표현에 익숙하지 못한 우리나라 사람들의 특성을 잘 보여주고 있다. 또한 감정을 외부로 표현하여 정화시키고자 하는 서구의 정신요법이 우리나라 사람에게 아무런 비판 없이 수용되기 어려운 이유가 될 것이다. 이처럼 동등한 개인 대 개인이 아니라 연령, 지연 등 수많은 관계 속에서 자신의 욕구를 제어해야 하고, 발생한 정신장애의 해소 역시 이러한 관계구조를 의식하지 않을 수 없기 때문에, 서구의 정신요법을 그대로 우리 사회에 적용한다는 것은 무리가 따를 수밖에 없을 것이다.

3) 마음 : 인지, 정서, 행동

『東醫寶鑑』에서는 還丹論을 인용하여 "道以心爲用能知運用者以道觀心心卽道也以心貫道道卽心也"라 하였는데 道가 마음이며 마음이 道라고 하였고 人心이 天機와 부합된다고 하였다[27]. 동양에서의 마음은 초월해야하는 것, 비움, 고요함, 하늘이 주신 것 등의 의미를 가지며 추상적이고 복합적 의미를 가지고 있다[28]. 반면 현대 서양심리학은 사람의 마음에 대해 분석적이고 세분화

된 접근을 하고 있는데 감각, 지각, 학습, 기억, 정서, 지능 등으로 나누어 마음을 주도하는 특성, 마음의 구성요소, 주된 기능의 탐색 등에 주력하고 있다[28]. 서양의 여러 정신요법들도 이러한 마음의 구성요소 중 각기 중요하다고 생각되는 것들에 주안점을 두어 시행되고 있다. 이러한 동서양의 마음에 대한 견해는 각기 한계를 내포하고 있는데, 서양의 정신요법들은 구체적인 기법을 통해 많은 성과를 이루어냈지만, 과연 마음 자체는 무엇인가라는 근본적 물음에는 답을 내지 못하는 듯하다. 한편 최 등[1]은 동양의 마음개념의 한계를 제시하였는데, 첫째 초월적이고 이상적인 마음의 개념으로 인해 보통 일반인의 세속적인 마음의 측면은 서구의 심리학에 비해 상대적으로 약하게 다루어지고 있으며, 둘째 사용하는 개념에 상응하는 구체적인 준거설정이 약하고 동시에 그 개념이 무엇을 의미하는가에 대한 구체적인 개념화가 일정하게 이루어지지 않은 상태에서 그러한 개념을 이론체계 형성이나 설명의 구성에 사용하고 있어 이에 대한 해석이 서로 다르게 구구해 질 수 있다는 문제점을 지닌다고 하였다. 이러한 지적은 한의학 혹은 한의학의 정신요법에도 역시 해당된다고 할 수 있다. 초월적이고 직관적인 개념들은 마음을 수련하는 데에는 도움이 될 수 있으나 정확한 개념을 공유하지 못해 혼란이 야기되는 것도 사실이다. 용어 개념의 통일은 학문의 발전을 위해 필연적인 것이다.

마음을 이루는 여러 요소들 중 대표적인 것으로 인지, 정서, 행동을 들 수 있다. Corsini 등[16]은 300편 이상의 논문을 연구한 결과 사람들을 변화시키기 위해 필요한 핵심적 요소들로 인지적 요인들(보편화, 통찰, 모델링), 감정적 요인들(수용, 이타심, 전이), 행동적 요인들(현실 검증, 환기, 상호작용)을 제시하였다. 인지, 정서, 행동에 대한 서양의학적 견해와 이에 관련되는 한의학의 요소는 다음과 같다.

(1) 인지

인지(cognition)에 대해 정신의학사전[29]에서는 지각능력, 사고능력, 판단능력, 및 상상능력 등과 같이 사물을 알아차리는 모든 형태의 기능에 적용되는 용어로 정의내리고 있다. 서양심리학은 인간의 심성이 知·情·意의 세 요소로 구성되어 있다는, 고대 그리스 시대부터 이어온 심성론에 근거를 두어 왔으며, 이 세 요소 가운데 지적인 요소가 핵심이라는 인지우월론을 주조로 삼아 발전해 왔다[22]. 정신치료에서도 모든 치료가 지향하는 궁극적인 한 가지 경로는 인생을 보는 새로운 방식, 즉 자기와 타인에 대한 재평가라고 한다면 모든 치료들은 본질적으로 인지적인 것이라는 Corsini 등[16]의 견해처럼 서양의학에서는 마음을 구성하는 요소 중 인지를 항상 우위에 두고 있었다. 정신요법 중에서는 인지의 재구성을 중점으로 하는 대표적인 치료법으로 인지치료를 들 수 있다. 인지와 정확히 대비되는 한의학적 용어는 없지만 정신활동의 포괄적 개념인 神을 들 수 있다. 한의학에서는 정신과 육체를 따로 분리해서 생각하지 않는 心身一如의 이론에 따라 정신기능도 오장에 배속되어 기능한다고 보았다. 그 중 心臟은 『素問 靈蘭秘典論』[23]에서 "心者君主之官也 神明出焉"이라고 한 바와 같이 오장 중에서 가장 우월한 위치에 있으며 정신기능을 대표하는 神을 藏한다고 하였다. 神의 의미는 생명활동을 주재하는 총체적인 면과, 정신기능의 포괄적 의미로서 사유, 의식, 인지, 추상 등을 나타내는 이중적 구조를 가지고 있다[19]. 神은 精, 氣, 血과 따로 분리해서 생각할 수 없는데 이는 身形合一論에 근거하여 정신활동도 물질적 근거를 기반으로 이루어지며 精, 氣, 神,

血의 상호 유기적인 관계에 의해 건강유무가 판별된다고 보기 때문이다. 한편 한의학의 정신요법 중 하나인 五志上勝爲治療法에서는 恐情을 치료하기 위해 思勝恐法을 사용한 경우가 있고 반대로 생각(思)이 지나쳐 병을 유발할 수도 있음을(思傷脾) 밝히고 있다[19]. 치료수단 혹은 病因으로서 思를 사용한 경우에도 추상적이고 포괄적인 의미로 사용되었으며 사고의 단계에 따라 心意志思慮智로 각각 나누어 보는 한의학의 인식론적 견해는 여기에서 더 활용되지는 않은 듯하다. 이외에 한의학의 정신요법 중 인지를 활용한 치료법은 移精變氣療法과 至言高論療法에서 일부 찾을 수 있으며, 주로 대화나 설명을 통해 지나친 생각에서 벗어나게 하거나 주의를 바꾸고자 하였다[19]. 하지만 無爲, 恬惔虛無와 같이 마음을 비우고 욕심을 버릴 것을 강조하는 한의학에서는 체계적이고 깊은 사고를 요구하는 서구의 인지치료와 같은 방법들에 대해 다소 소극적인 경향이 있는 듯하다.

(2) 정서

서구에서는 정서를 직접적으로 연구할 수는 없으며 지성이나 신체를 통하여 간접적으로 도달해야만 한다는 견해가 있다[16]. 이처럼 서구심리학에서는 인지나 행동에 비해 정서에 관한 접근은 상대적으로 주목을 덜 받은 듯 하며, 치료자가 사용하는 말과 행동을 통해 강한 정서반응을 유발하여 치료효과를 도모하는 심리치료법도 있지만 인지치료처럼 치료를 방해하거나 치료효과에 따라 같이 변화를 보이는 부수적인 것으로 보기도 한다[16]. 정서 역시 문화적 배경에 따라 수용되고 요구되는 정도의 차이도 있는데, 연계성의 확립이 요구되는 집단주의 사회에서는 타인에의 배려와 조화의 유지를 강조하게 되고 자기억제와 자기의 부적 특성이나 감정에 더 민감하여 수치, 슬픔 등과 같은 부적 감정의 빈도가 상대적으로 높은 반면 독립성과 독특성의 확립이 문화적 명제인 개인주의 사회에서는 적극적인 자기주장이 정당한 것으로 받아들여져 긍정적인 자기상과 긍정적인 감정의 추구를 지향하게 된다[30]. 또한 서구와 같은 개인주의 사회에서는 일반적으로 정서 표출을 장려하고 분노도 거리낌 없이 표출하는 경향이 있는 반면 동양과 같은 집단주의 문화권에서는 정서표출이 억제되며 특히 분노는 적극적으로 억제된다[22]. DSM-Ⅳ[5]에서는 화병을 우리문화와 관련 있는 문화관련 증후군이며 분노증후군으로 소개하고 있는데, 정서를 억제하는 것이 미덕인 집단주의문화권에서 서구에서는 알려지지 않은 화병이 나타나는 것은 당연한 것인지도 모른다.

한의학에서는 정서적 요소에 대하여 七情으로 인식하여 역시 오행이론에 따라 각 장부에 배속하였는데 개별 정서의 치우침에 따라 정신적 육체적 병리변화를 일으킨다고 보았다. 따라서 정신질환을 치료함에 있어서도 각각 배속되는 장부의 기능 조절에 초점을 맞추고 있는 것이다. 인체의 생리 병리에서 七情은 氣의 변화를 수반하여 각종 영향을 미치며, 치료과정에서도 정서의 조절을 중시하고, 음양오행이론에 따라 정서간의 관계를 역동적으로 파악하여 병적인 정서를 다른 정서를 통해 조절하고자 하였다[10,19]. 이러한 정서에 대한 견해는 서구보다 훨씬 능동적인 것이다. 한의학의 한 분야인 사상의학은 정서의 능동성이 극단적으로 드러난 것이라 할 수 있는데, 哀怒喜樂이라는 4가지 정서의 치우침에 따라 장부의 대소가 결정되어 네 체질로 분류된다고 보고 있다. 인지치료에서는 왜곡된 인지의 부산물 정도로 생각되는 감정이 한의학에서는 병의 발생, 병리, 치료에까지 적극적인 역할을 한다고 보는 것이다. 인체의 외부로 드러난 징후

를 보아 내부의 이상을 판단하는 한의학에서는 감정적 인소인 七情을 원인으로 생각하는 것은 물론이고, 오행이론을 이용한 감정의 적극적인 개입과 역할을 강조하였으며 나아가 七情으로 인해 생긴 병이 아닌 경우에도 감정을 이용하기도 하였다[19,31].

(3) 행동

고전적인 정신치료 기법의 단점을 극복하고자 객관적이고 실증적인 치료수단이 필요하다는 지적이 제기됨에 따라, 1950년대 말부터 등장한 행동치료는 고전적 조건형성과 조작적 조건형성의 원리와 절차와 같은 학습이론을 적용하여 임상적 문제를 치료하는 것으로 정의된다[16]. 정신의학적 문제는 비정상행동으로 신체의 기능변화를 동반한 사고, 감정, 언행의 장애가 학습된 결과이며, 이를 학습이론에 따라 체계적으로 교정하여 증상의 해소와 건설적인 행동으로 다시 학습하게 하는 것이 행동치료의 목표이다[17]. 이에 따라 체계적 탈감작법, 이완훈련, 행동수정기법 등 개별 증상에 따라 다양한 기법들이 이용되었다. 현대 행동치료는 응용행동분석, 신행동주의적 매개적 자극-반응모형, 사회인지이론을 포함하여 다양한 관점으로 발전되고 있지만 행동치료의 특징적 기본 개념들은 다른 치료 체계와 구별되는 분명한 차이를 두고 있다[16]. 행동치료가 불안장애 등 여러 질환에 뚜렷한 치료효과를 가져온 점은 부인할 수 없을 것이다. 하지만 행동주의는 사람에게서 마음을 박탈하고 있으며, 마음의 자리를 행동으로 대치하고 행동을 자극과 반응의 연합으로 환원하여 설명하고자 한다는 지적은 여전히 제기되고 있다[28].

한의학에서는 張子和가 사용한 驚者平之療法이 행동요법에 견줄 만하다. 크게 놀란 환자를 치유하기 위해 궤짝을 순차적으로 때려 자극에 익숙해지게 하는 방법으로 체계적 탈감작기법이 담겨있다[19]. 현대 행동요법의 학습이론과 같은 이론적 배경은 제시되지 않았지만 직관적인 이해는 하고 있었음을 보여준다. 이외에도 김 등[13]과 권[14]은 한의학의 여러 의안을 통해 한방정신요법에 행동치료적 요소가 있음을 밝힌 바 있다.

(4) 언어

심리치료가 다른 치료법과 구분되는 가장 큰 특징은 대화, 즉 언어를 사용한다는 점을 들 수 있다. 환자를 치유하기 위한 여러 심리적 기법이나 기전에 관해서는 이견이 있지만 심리치료자가 언어적으로 변화시킨다는 점은 공통적이다[32]. 대중 앞의 웅변과 화술을 통해 상대방을 논리적으로 설득하는 것을 중요시했던 그리스 문화의 영향이 이어져 온 서양에서는 약이나 수술과 같은 치료법 대신 말로써 환자를 긍정적으로 변화시킬 수 있다는 점은 매력적으로 작용하였을 것이다. 언어를 적극 활용하지 않는 서구의 정신요법은 상상하기 어렵다. 대화는 환자의 심리적 안정과 치료효과를 높이기 위한 지지요법 뿐만 아니라 우울증처럼 부정적으로 사용될 수 있는 내부언어를 바꾸기 위한 전략으로 인지측면의 변화를 위해 사용되기도 하였고[28], 고전적 정신분석과 현대의 여러 심리치료 기법들은 모두 환자와 치료자의 대화를 통해 환자를 치유하고자 하는 것들이다.

한의학에서 대화로서 환자의 기분을 전환시키고 심리적인 지지를 통하여 환자의 자신감을 심어주는 기법으로 至言高論療法을 들 수 있다. 지언고론요법은 대화를 통해서 환자가 병의 경중을 이해하게 한 뒤, 이를 바탕으로 환자의 근심을 제거하고 질병을 이기려는 마음을 증가시키며, 사회적응력을 향상시키고자 하는 기법이다[19]. 하지만 이러한 치료법을 한의학의 주류로 보기

는 어려우며 말을 많이 하지 않는 것이 養生의 기본이라는(少言語 養內氣) 한의학의 경구에서 보듯이[19] 동양문화권에서 언어나 대화를 활용한 치료법이 발전하기는 어려웠을 것이다.

Ⅲ. 고 찰

서구의 psychotherapy는 국내에서 정신요법 혹은 심리치료로 번역이 되어 정신의학과 심리학 영역에서 많이 활용되고 있다. 정신과를 제외한 다른 의학의 영역에서 환자에게 제공되는 설명, 위로, 지지 등을 포함한다면 정신요법은 의학의 전 영역에서 활용되고 있다고 해도 과언은 아닐 것이다. 현재 국내에서는 정신요법의 효시라 할 수 있는 정신분석치료를 비롯하여 분석심리치료, 게슈탈트치료, 인지치료, 행동치료 등 많은 기법들이 활용되고 있다. 하지만 이러한 치료법들은 모두 서구에서 등장한 것이기에 문화 등 여러 가지 관점에서 차이가 있는 우리나라에서 그대로 활용될 수 있을 것인가에 대한 의문은 여러 학자들에 의해 제기되었다.

국내외 여러 학자들은[1,22,24,30] 서구의 개인주의 문화와 구분되는 동양의 집단주의적 문화적 특성을 구분하였으며, 동양심리학의 특성으로 도덕성을 들었다. 서구심리학이 '인간의 마음이 있다'는 전제에서 출발했음에도 불구하고 그 발전과정에서 心의 문제를 등한히 한 채, 행동의 문제에 집착한 나머지 오늘의 서구심리학은 행동물리학 또는 행동공학의 형태로 발전하게 되었다고 통박하였으며 동양심리학이 대안이 될 수 있음을 말하였다[1]. 최[7]는 서구인들보다 더 얽혀있는 한국인들의 관계구조 속에서 우리성•情 등을 이용한 心情治療를 제시하였다. 장[3]은 정신분석은 지나치게 심리내적 갈등에 초점을 맞추었고, 인간중심 상담은 개인주의 사회의 가치인 자기실현에 역점을 두었으며, 인지행동 치료에서는 서구적 개념에 입각한 합리성을 강조하기 때문에 우리 문화적 가치와 마찰을 일으키는 점이 있다고 하여 서구 각 치료법을 그대로 받아들이는 것에 무리가 있음을 말하였다. 이[8]는 비언어적이고 관계와 인격을 중시하는 우리 문화가 서구보다 더 정신치료적이라고 하면서 서양의 정신분석과 동양의 道를 활용한 道精神治療를 제시하였다. 박[2]은 서구와 한국의 상담문화에서 '나'의 위치가 다르다고 하였다. 구미 상담에서는 어디까지나 청담자를 독립된 개체, 홀로 선 나, 자율적인 개체로 생각하며 다른 가족보다도 '내' 이익, '내'가 결정한 것, '내'가 원하는 것, '나'의 장래 등 독립된 객체로서의 자아를 강조하는 반면 한국은 內集團과 나의 구별이 모호하고 밀착성이 강하다고 하였다. 한편 자신의 생명을 소중하게 보존하며 편안하고 즐겁게 살아가는 것을 도덕경식 상담이라고 하면서 상대주의 논리, 대립지향의 논리. 역설의 논리 등이 상담자가 활용할 만한 도덕경의 원리라고 하였다[33].

한의학의 정신요법에 대한 기록으로 국내에서는 『東醫寶鑑』 등의 기록을 인용하여 황 등[34]이 以道療法, 虛心合道, 移精變氣療法, 五志上勝爲治療法, 驚者平之療法, 誑治療法, 至言高論療法, 導引療法, 그리고 丹田呼吸法이 있음을 제시한 바 있다. 최근 한의신경정신과학[19]에서는 보다 범위를 넓혀 情緖相勝療法, 移精變氣療法, 至言高論療法, 驚者平之療法, 中庸療法, 暗示療法, 順意療法, 懲罰과 獎勵療法, 緊張療法, 激情療法 등을 제시하고 있다.

정신요법은 약물치료의 부담으로부터 벗어날 수 있고 별다른 장비가 필요한 것도 아니며 비침습적이어서 진료 초기부터 적극적으로 활용할

수 있는 장점이 있다. 동서양의 정신요법은 전혀 상이한 학문적 배경을 가지고 있기에 동일선상에서 비교를 하는 것은 무리이다. 하지만 한의학이 전통의학인 우리나라에서 한방정신요법은 우리 문화를 기반으로 하고 있다는 강점이 있기에 서구 정신요법의 장점을 수용한다면 보다 한국인에게 맞는 이상적인 정신요법이 새로이 제기될 수도 있을 것이다.

앞서 살펴 본 것처럼 동양과 서양은 문화가 다르며, 정신장애의 발생, 경과, 치유에도 문화적 차이가 있음은 널리 인정되고 있다[4,5]. 그러므로 보다 얽혀있고 치밀한 인간 관계구조를 가진 한국인들의 정신장애에 대하여 서구의 정신요법을 무비판적으로 수용하여 시행된다면 부작용이 야기될 수도 있을 것이다. 정신요법의 지향점이라 할 수 있는 이상적 이상형의 동양과 서양의 차이는 분명하다. 개인주의 문화권인 서구에서는 자기실현을 강조하고 있는 반면 집단주의문화권인 동양에서는 자연·하늘과의 조화, 도덕적 인격적 완성과 사회에 대한 관심과 책무의 완성을 들고 있다[1,22]. 마음에 대한 접근 또한 차이가 있는데, 동양에서는 비워야하는 것, 초월해야 하는 것으로 받아들이는 반면 서양에서는 전체적인 접근이 아니라 마음의 구성 요소, 기능에 대하여 세분화하여 구체적으로 접근하고 있다[28]. 동양에서는 전체주의적 관점과 天人相應의 자연관이 관련이 되어 있지만, 서양에서는 다양성의 원리가 권장되는 개인주의적 관점에서 경험주의, 행동주의가 바탕이 되어 동양적인 개념이 성립되지 않은 것이다[28]. 동양의 마음에 대한 관점은 개념설정이 모호하고 신비주의에 가려진 일면이 있는 반면 도덕이 권장되고 정신수양적 요소가 다분하기에 그 자체가 정신치료적 요소가 있다는 견해도 있다[8]. 서구의 마음에 대한 입장은 많은 과학적 성과를 이루어 냈지만 마음의 본질에 대한 근원적 물음에는 정답을 제시하기 어려운 것이 사실이다.

서구의 많은 심리요법들 주요한 공통적인 요소들은 인지적, 정서적, 행동적 요인들이다[16]. 서구에서는 知·情·意로 구성되는 심리 구성 요소 중 인지우월론적 입장을 견지해 왔다[22]. 인지와 행동이 서구 정신요법에서 적극적으로 활용된 데에 비하여 정서는 상대적으로 덜 활용된 듯하다. 정화, 환기와 같은 강한 정서반응을 유발하여 치료효과를 도모하고자 하는 기법도 있지만 치료를 방해하는 부산물 정도로 보는 견해도 있다[16]. 이에 반해 한의학에서는 인지, 정서, 행동 중 정서에 가장 적극적인 의미를 두고 있었다. 한의학의 정신요법에서는 인지, 행동에 관한 기록보다는 정서에 대한 적극적인 해석이 훨씬 많다. 心身一如의 원칙에 따라 정서(七情)를 오장에 배속하였고 정신기능의 의미를 포괄하는 神이 氣의 운행을 통해 조절이 된다고 보아 정서의 병은 氣의 병리로 나타난다고 보았다. 그리하여 주로 침과 약을 통해 내부 장기의 불균형을 조절하고자 하는 것이 정서질환에 대한 주된 치료법이었고 정신요법 역시 정서에 관한 이론이 주종을 이룬다. 음양오행이론에 따라 서로 반대되거나 生剋의 관계에 있는 정서를 이용하여 병리적인 정서를 조절하고자 하였다.

한편 동서양의 정신요법 중 또 다른 주요한 차이로 언어를 들 수 있다. 대부분의 서구 정신요법은 환자의 인지, 정서, 행동의 변화를 언어적으로 이루고자 하는 것이며, 이는 서구 정신요법의 주된 특징 중 하나이다[32]. 한의정신요법에서도 대화를 이용한 치료에 대한 기록은 있으나[19] 말이 많은 것에 대한 전통적인 부정적 인식 등에 의해 서구와 같이 언어를 주된 도구로 사용하는 정신요법은 발전되기 어려웠다. 이[8]는 비언어적이며 내적세계를 이해하고 자기를 정복하

는 동양의 문화가 오히려 장점이라고 하였지만 그의 '道精神治療' 역시 프로이트의 정신분석적 방법을 취하고 있기에 치료자와 환자사이의 대화의 역할을 평가절하 하는 것은 아닌 것으로 사료된다.

근래 서구에서는 기존의 정신요법의 한계를 넘어서기 위해 동양의 道와 같은 가치나 명상, 선 등을 수용하여 점차 그 범위를 넘어서고 있다. 융의 분석심리학, 칼 로저스의 인본주의적 치료, 마음챙김명상 등이 그 예가 될 것이다. 그러나 한방정신요법에서 서구 정신요법의 장점을 받아들이려는 시도는 찾기 어려웠다. 최근 일부 학자들[11-14]에 의해 한방정신요법을 현대의 질환에도 응용해 보고자 하는 시도들이 있었고 한방정신요법의 일종인 기공요법을 자율훈련법과 같이 활용하고자 하는 연구[15]가 있었으나 임상에서 널리 활용되지는 못하고 있다. 이는 한방정신요법을 연구하는 이들의 절대수가 매우 적다는 점에도 기인하지만 한방정신요법에 대한 학자들의 낮은 관심도를 반영하는 것일 수 있다. 가노우[21]는 한의학의 정신요법이 경쟁력을 잃은 것에 대하여, 심인성의 병발생은 인정하면서도 邪氣, 痰 등 병리물질로써 병리를 기술하는 이차원적인 구조 때문에 정신요법보다는 신체치료의 약물요법이 보편적으로 실행되었고, 또 한자의 상징성 때문에 언어와 같은 청각기호보다 시각기호가 더 발달하여 결과적으로 현대정신요법에 필수적인 언어를 무시하였기 때문이라고 하였다. 서구 정신요법의 다양한 기법들은 오래 전의 한방정신요법에서도 찾을 수 있는 것들이 많지만[13,14,35] 현대에 와서는 활용이 제대로 되고 있지 못하고 있는 것이다.

한방정신요법은 한의학의 특징을 그대로 담고 있는데, 이를 이용한 한방정신요법의 새로운 활용법을 검토해 볼 수 있다. 한방정신요법의 특성으로 첫째, 정신과 육체를 구분하지 않는다는 점이다. 정신의 병도 육체를 치료할 수 있고 육체의 병도 정신을 조절(治神)하여 치료할 수 있다. 그러므로 심리적 장애도 몸을 다스리는 氣功, 導引療法的 요소를 적극 활용해 볼 수 있을 것이다. 불면증 환자에게 龍泉穴을 자극하거나 혹은 화병환자에게 六字訣 호흡법을 활용해 보는 기존의 방법들은 좋은 예가 될 것이며[19] 이 외에도 새로운 질환에 대해서도 적극 활용해 보고, 이에 대한 객관적이고 검증 가능한 자료를 축적하는 작업이 필요하다. 이를 통해 효과가 입증이 된다면 이를 한의계 전체에 활용할 수 있도록 해야 할 것이다. 두 번째 특징으로 언어를 중시하지 않는다는 점을 들 수 있다. 이를 활용한 비언어적 정신요법이라 할 수 있는 명상 혹은 修行과 같은 방법 역시 '말'에 시달리는 현대인들의 정신장애에 적극 활용할 수 있을 것이다. 셋째, 심리구성요소 중 인지, 행동보다는 정서를 중시한다는 점이다. 정서의 역동성을 강조하고 병리적 변화는 氣를 통해 드러난다는 것이 한의학의 이론이므로 이를 활용한 정서치료법을 현대에 어떻게 활용할 것인가에 대하여 고민해야 할 것이다. 五志上勝爲治療法은 한의학 고전에서 많이 활용되는 정신요법이었지만 현대에서는 많이 활용되지 못하고 있다. 따라서 일부 이론에 치우친 점은 지양하되 음양이론까지 포함한 정서의 조절을 활용하고 이 또한 객관적이고 검증 가능한 자료를 축적해야 할 것이다. 또한 서구 정신요법의 특성을 어떻게 받아들일 것인가에 대한 고민도 필요하다. 문화적 차이를 감안하되, 합리적 사고를 요구하는 인지우위의 서구 정신요법은 갈수록 서구화되고 있는 한국인들의 심리에 점차 호응하는 측면도 크므로 한방정신요법에서도 적극 활용해 볼 필요가 있다.

여전히 우리가 고민해야 할 점은 많다. 개인

주의와 집단주의 같은 문화적 관점 외에 더 고려해야할 사항은 무엇인가? 한의학의 시발점인 중국과 현대 한국의 문화적 차이는 없는가? 문헌에 남은 한방정신요법만을 고집할 것인가? 갈수록 서구화되고 있는 현대 한국인들에게 고전의 한방정신요법이 어느 정도 효과가 있을 것인가 등이 그것이다. 특히 학문의 발전에 필수적인 용어 개념의 통일을 어떻게 할 것인가 하는 문제는 한의학 혹은 동양문화의 특성을 감안하더라도 언젠가는 반드시 해결되어야 하는 난제 중의 하나이다. 이러한 물음들은 일천한 저자가 쉽게 답할 수 없는 어려운 질문임은 분명하나 한방신경정신과를 공부하는 많은 사람들의 공통된 고민거리가 되기를 기대한다. 현대 서구정신요법에서 동양의 지혜를 적극 활용하는 것처럼 한의계도 서양의 분석적이고 합리적인 지식을 적극 활용할 수 있어야 할 것이다.

Ⅳ. 결 론

한방정신요법과 서구 정신요법은 문화적 차이에 기인하는 치료의 최종목표와 인지, 정서, 행동의 차이가 있었다. 서구 정신요법은 인지를 중시하고 한방정신요법은 정서를 중시하는 경향이 있다. 현대 한국인들에게 한의학의 특성과 서구 정신요법의 장점을 살린 새로운 한방정신요법이 요구된다.

감사의 글

이 논문은 2008년도 상지대학교 교내연구비의 지원에 의한 것임

참고문헌

1. 최상진, 윤호균, 한덕웅, 조긍호, 이수원. 동양심리학-서구 심리학의 대안 모색. 서울:지식산업사. 1999:21-9, 78-80, 129-30.
2. 박성희, 이동렬. 한국문화와 상담. 학지사. 2008: 30, 35, 53, 56, 64, 78, 91.
3. 장성숙. 우리 문화에서의 상담자상. 한국심리학회지;상담 및 심리치료. 2002;14(3):547-61.
4. Kay J, Tasman A. Essentials of psychiatry. Chichester:John Wiley & Sons Ltd. 2006:20, 852, 938.
5. 미국정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계편람(DSM-Ⅳ). 서울:하나의학사. 1995:29, 1079-86.
6. American Psychological Association. Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists. http://www.apa.org.
7. 최상진, 김기범. 한국문화적 심리치료 접근으로서의 심정치료. 한국심리학회지;상담과 심리치료. 1999;11(2):1-17.
8. 이동식. 동서정신치료의 통합-道와 정신치료. 한국심리학회 추계심포지움. 1997;3-9.
9. 허찬희. 도정신치료와 서양정신치료 국제포럼. 신경정신의학. 2004;43(5):506-13.
10. 구병수. 한의학의 정신치료(정신분석 측면). 동의신경정신과학회지. 2003;14(2):1-14.
11. 류영수, 민상준, 김태헌, 강형원. 移精變氣療法에 관한 현대적 의미의 이해. 동의신경정신과학회지. 2001;12(1):3-10.
12. 강형원, 장현호. 유영수. 五志相勝療法에 관한 임상사례 연구와 현대적 이해. 동의신경정신과학회지. 2001;12(1):11-27.
13. 김근우, 구병수. 至言高論에 의한 韓醫學的

精神治療에 대한 연구. 동의신경정신과학회지. 2001;12(1):29-46.
14. 권보형. 驚者平之療法과 行動 및 認知治療에 대한 연구. 동의신경정신과학회지. 2001;12(1):47-58.
15. 김종우, 황의완. 자율훈련법과 한방정신요법. 동의신경정신과학회지. 2001;12(1):59-66.
16. Corsini RJ, Wedding D. 현대 심리치료(Current psychotherapies, 7/e). 서울:박학사. 2007:1, 8, 11-4, 299, 347.
17. 민성길. 최신정신의학. 5판. 서울:일조각. 2006 692, 702, 705.
18. 대한신경정신과학회. 신경정신과학. 서울:하나의학사. 1998:724.
19. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 서울:집문당. 2007:24-5, 384, 643-5, 658, 664-82, 700-12.
20. 河北醫學院. 靈樞經校釋 上. 北京:人民衛生出版社. 1982:488-98.
21. 가노우 요시미츠. 중국의학과 철학. 서울:여강출판사. 1993:259, 297-8.
22. 조긍호. 이상적인 인간형론의 동서비교. 서울:지식산업사. 2006:4, 5, 74, 213, 233, 390.
23. 王琦, 李炳文, 邱德文, 王庆其, 彭荣琛. 黃帝內經素問今釋. 서울:성보사. 1983:1-2, 49, 70, 71.
24. Markus HR, Kitayama S. Culture and the self : Implication for cognition, emotion, and motivation. Pshcholigical Review. 1991; 98:22-253.
25. 이수원. 올바른 부모역할, 올바른 자녀역할: 비교문화적 관점을 중심으로. 대학생활연구. 1996;14:1-23.
26. 최상진. 당사자 심리학과 제3자 심리학; 인간관계 조망의 두 가지 틀. 한국심리학회 추계심포지움. 1997;131-43.
27. 허준. 東醫寶鑑. 서울:남산당. 1994:74-5.
28. 박성희. 마음과 상담. 서울:학지사. 2007:22, 56, 73, 91.
29. 이병윤. 정신의학사전. 서울:일조각. 1997:337.
30. 조긍호. 동아시아 집단주의의 유학사상적 배경. 사회과학연구. 2004;12(1):6-42.
31. 王克勤. 中醫神主學說. 北京:中醫古籍出版社. 1988:128-47.
32. Lilienfeld OS, Lynn SJ, Lohr JM. Science and pseudoscience in clinical psychology. New York:The Guilford Press. 2003:147.
33. 박성희. 도덕경과 상담. 서울:학지사. 2007:90, 98.
34. 황의완, 김지혁. 동의정신의학. 서울:현대의학서적사. 1992:783-97.
35. 이승기. 인지치료와 한방정신요법. 동의신경정신과학회지. 2000;11(2):169-76.