

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2008. Vol. 13, No. 2, 329-357

암 환자를 위한 심리사회적 개입 연구의 개관[†]

김 중 남[‡]

서울여자대학교 교육심리학과

이 란

국립암센터

본 연구는 암 환자를 위한 국내외 심리사회적 개입에 관한 연구를 개관한 것이다. 암 환자들은 진단을 받는 순간에서 치료를 받는 동안, 또한 치료종결 이후에도 지속적인 심리적 문제를 경험한다. 암 환자들에게 일차적으로 의학적 치료가 중요하지만, 수술이나 항암요법, 방사선 치료만으로 충분히 이들을 돌볼 수가 없다. 최근에는 심리사회적 개입법들이 암 환자의 삶의 질 향상이나 정서적 고통 완화, 대처기술의 향상, 대인관계 증진과 같은 심리적 효과뿐만 아니라, 면역기능 향상, 스트레스 호르몬의 감소 등과 같은 긍정적인 생리적 효과를 낳는다는 연구결과가 발표되고 있어 더욱 심리사회적 개입법의 중요성이 인정되고 있는 상황이다. 이에 본 연구에서는 먼저 암 환자들의 심리적인 어려움을 간략히 기술한 후 이를 극복하도록 도와주기 위한 여러 심리사회적 개입법의 효과검증 연구들을 유형별로 개관하였다. 심리사회적 개입법의 대표적인 유형을 교육, 지지-표현(경험-실존) 치료, 인지-행동 치료, 통합 치료 등 4가지로 구분하였다. 교육적 개입에는 질병과 치료, 부작용 등에 대한 건강교육 및 증상관리기술, 스트레스 관리가 주요 내용으로 포함되며, 지지-표현 치료에서는 감정 표현 및 사회적 지지가 중요한 치료 요인으로 죽음과 삶의 의미, 책임감 등 실존적인 문제에 대한 직면이 포함된다. 인지-행동 치료에는 인지적 재구조화, 이완훈련, 문제해결훈련이 주요 치료요인으로 포함되며, 통합 치료는 이상의 여러 치료적 접근을 함께 적용한 경우를 일컫는다. 또한 예술치료를 포함하여 기타 접근을 추가로 고찰하였다. 마지막으로, 국내의 최근 연구 동향을 정리하였고 앞으로의 연구방향과 관련된 제언을 제시하였다.

주요어 : 암, 심리사회적 개입, 교육, 지지-표현 치료, 인지-행동 치료, 통합 치료

[†] 이 논문은 2008학년도 서울여자대학교 교내학술특별연구비의 지원을 받았음

[‡] 교신저자(Corresponding author) : 김중남, (139-774) 서울특별시 노원구 화랑로 623번지 서울여자대학교 교육심리학과, Tel: 02-970-5569, Fax: 02-970-5969, E-mail: kimjn@swu.ac.kr

왜 우리는 암 환자들에게 관심을 가지는가? 우선 암으로 고통 받는 환자의 수가 증가일로에 있으며, 이들의 사망률 또한 높기 때문이다. 국내의 경우, 2006년 기준 총 사망자 243,934명 가운데 우리나라 암 사망자수는 66,774명으로 암으로 인한 사망이 여전히 사망원인 1위를 차지하고 있다(통계청, 2007). 1999년에서 2002년까지의 통계자료를 분석한 결과, 연도별 암 발생건수는 매년 증가추세로 1999년 101,025건에 비해 2002년에는 116,034건으로 1999년 대비 15%가 증가하였으며, 우리나라 사람들이 평균수명만큼 생존할 때 암에 걸릴 확률은 남자의 경우 27.7%, 여자의 경우 22.2%인 것으로 나타났다(한국중앙암등록본부, 2003). 암 사망으로 인한 손실소득액 또한 엄청난 규모로, 2000년 기준 암 사망으로 인한 손실소득액은 9조 1400억원에 이르는 것으로 추정되었다(정영호, 2002).

최근 암에 대한 새로운 치료법들이 개발됨에 따라 생존율이 증가하고 있으나, 여전히 많은 경우 암 진단은 사망선고와도 같이 충격적이고 심각하게 받아들여지고 있으며 심지어 암에는 전염될 지도 모른다는 부정적인 사회적 낙인까지 찍혀 있다(Garcia & Lee, 1989). 암 진단은 개인의 자기상에도 심대한 영향을 미치는 바, 암 환자는 전형적으로 의존성과 부적절감, 약함과 같은 이슈에 사로잡히게 되며 그의 자존감에 커다란 도전이 될 수 있다(Spiegel & Classen, 2000). 암 환자들은 또한 치료 동안에 여러 심리적 어려움을 겪게 되는데, 암 환자의 1/3이 치료의 부작용으로 인한 고통과 함께 불안과 우울, 심한 정서적 장애, 자존감의 저하, 무력감 및 대인관계의 문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다(Greer, 2002). 이 중

암 환자들이 겪는 가장 흔한 심리적 고통은 우울과 불안으로(Grabsch et al., 2006), 많은 환자들이 임상적으로 유의미한 수준의 정서적인 어려움을 겪으며(Meyerowitz, 1983), 때로 정신과적 치료와 자살예방을 위한 교육이 필요하기도 하다. Massie와 Holland(1988)는 암 환자들이 정신과적 자문을 받게 되는 이유 중에는 우울증이나 자살위험, 또는 이 둘 다의 문제가 가장 흔한 것이라고 보고하였다.

이렇듯 암 환자들이 겪고 있는 심리적 고통은 심각하며 이를 감안할 때 암 환자를 위한 심리사회적 개입 프로그램의 필요성은 분명하다. 이미 외국에서는 1970년대 후반부터 암 환자들을 위한 다양한 프로그램이 개발되어 실시되고 있으며 그 효과도 상당 부분 검증되었다(Fawzy, Cousins et al., 1990; Greer, Moorey, & Baruch, 1992; Spiegel, Bloom, & Yalom, 1981; Spiegel & Yalom, 1978). 국내에서도 암 환자를 위한 여러 심리사회적 중재 프로그램들이 실시되고 있으며, 그 효과에 대한 검증이 진행 중에 있다(감성희, 2003; 김조자, 허혜경, 강덕희, 김보환, 2007; 김종남, 권정혜, 2006; 태영숙, 윤수정, 2006). 그런데 서연옥(2007)과 박영미(2005)의 연구에서 유방암 환자들의 삶의 질 중 정서적 영역, 심리적 영역의 점수가 가장 낮았던 결과에 비추어볼 때, 암환자들은 종양의 제거와 같은 의학적 치료뿐만 아니라 정서적 지지와 위안, 희망 고취, 문제해결기술 및 이완법의 습득 등 심리적인 측면에 대한 도움을 필요로 하나, 이에 대한 개입이 부족한 상황임을 반영하는 것으로 생각된다.

암 환자를 위한 심리사회적 개입 프로그램의 효과검증 연구

이제부터 주로 국외에서 이루어진 암 환자를 위한 다양한 심리사회적 개입 프로그램들과 효과 검증 연구들을 소개하고자 한다. 수많은 연구에서 암 환자를 위한 심리사회적 개입 프로그램의 효과를 입증하였으며(Fawzy, Cousins et al., 1990; Fawzy et al., 1993; Nezu, Nezu, Friedman, Houts, & Faddis, 1997; Pompe, Antoni, Visser, & Garssen, 1996; Rehse & Pukrop, 2003; Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gotteil, 1989; Tatrow & Montgomery, 2006), 심리치료 참여가 심리적 적응을 촉진하고, 신체적 건강에 영향을 미치며 일부 환자에서는 생존기간을 연장시킬 수도 있음을 시사하였다(Krupnick, Rowland, Goldberg, & Daniel, 1993; Spiegel et al., 1989).

암 환자를 위한 심리사회적 개입 프로그램의 유형을 구분하는 데에는 몇 가지 방법이 가능한데, Fawzy, Fawzy, Arndt와 Pasnau(1995)는 기존 문헌을 철저히 검토한 후, 교육, 행동훈련, 개인심리치료, 집단심리치료 등 4가지 유형으로 구분하였다. 한편 Trijsburg, van Knippenberg와 Rijpma (1992)는 암 환자를 대상으로 한 22개의 심리적 처치 연구를 체계적으로 검토한 후, 환자의 문제에 따라 치료법을 맞추는 ‘맞춤형(tailored) 개입’, 특성상 심리교육적인 측면이 많은 ‘구조화된 상담’, 그리고 ‘행동적 개입과 최면’ 등 3가지 유형으로 구분하기도 하였다. 본 연구에서는 여러 연구에 실린 암 환자를 위한 심리사회적 개입 프로그램의 내용과 이론적 근거를 깊이 고찰한 결과, 교육, 지지-표현(경험-실존) 치료, 인지-행동치료,

통합 치료 등 4가지 유형으로 구분할 수 있다고 판단하였다. 이와 함께 기타 치료적 접근을 덧붙여 제시하였다.

교육

일반적으로 교육적 개입은 태도를 변화시키거나 대처를 향상시키기에는 충분하지 못하며, 암 환자를 위한 심리사회적 개입 프로그램 가운데 기본적인 형태라고 할 수 있다. 프로그램 내용에는 진단, 질병의 특성, 치료의 종류와 과정, 부작용, 재발과 증상 관리 등 건강 및 의학적 상태에 대한 강의와 질의응답이 포함되며, 대체로 교육과 기술습득에 초점이 맞추어져 있는 단기적 접근이라고 할 수 있다.

Fawzy, Cousins 등(1990)의 연구가 이 분야의 대표적인 연구라고 할 수 있다. 이들은 악성 흑색종 환자들을 대상으로 6회기, 총 9시간 동안 단기 심리교육 프로그램을 실시하여 그 효과를 검증하였다. 회기의 주요 내용은 건강교육, 문제해결기술의 향상, 스트레스 관리, 심리적 지지였다. 그 결과, 통제집단에 비해 개입집단에서 더 큰 활력과 적극적-행동적 대처가 나타났는데, 6개월 후 추수조사에서는 차이가 더 분명해져서 개입집단에서 우울과 피로감, 혼란, 힘든 기분이 더 적었고 활력이 더 높았으며, 적극적-행동적 및 적극적-인지적 대처가 더 높았다. 또한 개입집단에서 면역계 활동의 증가가 관찰되었는데, 특히 6개월 추수 검사에서 자연살상세포(natural killer cell)의 증가가 나타났으며(Fawzy, Kemeny, Fawzy, & Elashoff, 1990), 6년 추수 조사에서 재발과 사망이 더 적은 것으로 나타났다(Fawzy 등, 1993).

Fawzy, Cousins 등(1990)의 연구를 반복 연구한 Boesen 등(2005)은 이전 연구와 유사한 결과를 얻었다. Boesen 등(2005)은 6주간 총 12시간 동안 건강교육, 문제해결기술, 스트레스 관리, 심리적 지지로 구성된 심리교육 프로그램을 악성 흑색종 환자들에게 실시한 결과, 개입 집단 환자들에서 더 적은 피로와 힘든 기분, 더 큰 활력이 나타났고, 적극적-행동적 및 적극적-인지적 대처가 증가하였다. 그러나 이들의 연구에서는 장기적인 효과가 나타나지 않았다. 또한 Boesen 등(2007)은 Fawzy 등(1993)의 연구를 반복 검증하였는데, 이들은 이전 연구와 달리 단기 심리교육이 악성 흑색종 환자들에게서 생존이나 재발이 없는 기간을 증가시키지 못한다는 결과를 얻었다. 그러나 통제 집단 환자들에서 개입집단보다 통계적으로 유의하게 사망의 위험이 더 큰 것으로 나타났다. 이와 같이 생존이나 재발에 미치는 심리사회적 개입의 효과는 많은 연구자들의 관심사이나, 결론을 내리기까지는 보다 많은 연구가 축적되어야 할 것으로 보인다.

Pruitt 등(1993)은 방사선 치료 중인 여러 종류의 암 환자들을 개입집단 또는 통제집단에 무선할당하여 3회기 교육 프로그램의 효과를 검증하였다. 프로그램의 내용은 방사선 치료와 암에 대한 정보, 대처전략과 의사소통기술로 구성되었다. 그 결과, 두 집단에서 지식 수준은 차이가 없었으나 치료집단에서 우울감이 향상되었다. Ali와 Khalil(1989)은 이집트의 방광암 환자를 대상으로 한 심리교육적 개입의 효과를 검증하고자, 수술 하루나 이틀 전에 방광암 환자들을 심리교육집단 또는 평범한 의학적 보호집단에 무선할당하였다. 교육회기는 1시간 이내로 진행되었고 내용은 수

술 과정, 스토마(stoma), 수술 후에 사용할 장치 등에 대한 설명으로 구성되었다. 이와 함께 이 과정을 모두 겪었으며 잘 지내고 있는 환자가 방문하여 도움을 주었다. 통제집단에 비해 이러한 개입을 받은 집단에서 수술하고 3일 후뿐만 아니라 퇴원 직전에도 유의하게 불안 수준이 낮은 결과를 얻었다. 그밖에도 Telch와 Telch(1986), Cunningham과 Tocco(1989)의 연구에 따르면, 단기 대처기술훈련 교육프로그램이 암 환자들의 기분과 삶의 질, 문제해결과 자기효능감을 향상시키는 것으로 밝혀졌다.

이상의 교육적 개입을 종합해보면, 주로 정보 제공과 대처기술 습득에 초점을 맞추고 있는데, 이는 특히 진단받은 지 얼마 지나지 않았고 재발이 없는 초기의 암 환자들에게 유용한 접근이라고 할 수 있다. 처음 진단을 받은 암 환자들은 암이라는 낯선 질병과 앞으로 받게 될 치료법, 부작용 등의 정보에 대한 욕구가 매우 강하며 암에 대하여 어떻게 대처해야 할지 막막한 상태에 놓여있기 때문이다. 일반적인 심리치료 접근에서 교육적 요소는 강조되지 않는 부분이나, 암 환자를 위한 심리사회적 개입 프로그램에서는 간과해선 안 될 중요한 부분이라고 할 수 있다. 따라서 치료자는 암의 진단과 증상, 치료방법, 부작용, 예후 등에 대한 기본적인 지식을 알고 적절히 대응할 수 있어야 한다. 또한 교육적 접근은 구조화된 프로그램으로 만들어 매뉴얼화하기에 유리하며 표준화된 서비스를 제공할 수 있다는 장점이 있다. 반면, 깊은 심리적 문제에 접근하는 데에는 한계가 있다는 단점이 있다. 국내 연구의 동향 부분에 상세히 언급하였으나, 국내의 많은 연구들이 이러한 교육적 접근에 가까운 형태라고 할 수 있다.

지지-표현(경험-실존) 치료

암 환자를 위한 지지-표현 심리치료의 대표적인 연구자로 스탠포드 대학의 David Spiegel을 들 수 있다. 그는 동료 연구자들과 함께 이 분야에서 수많은 연구를 발표하였다(Spiegel et al., 1981; Spiegel et al., 1989; Spiegel & Giese-Davis, 2002; Spiegel & Glafkides, 1983; Spiegel, Stroud, & Lyle, 1998). Spiegel과 동료들은 주로 전이된 유방암 환자를 대상으로 비구조화된 방식으로 지지-표현 집단심리치료를 실시하고 그 효과를 검증하였다. 지지-표현 치료에서 다루는 주요 이슈는 정보탐색과 공유, 의학적 상태와 치료, 의사-환자 관계, 병과 죽어가는 것, 죽음과 관련된 감정과 이슈들, 삶의 가치, 자기-상, 질병과 관련된 대처기술, 가족과 사회적 네트워크, 집단과정 등 (Spiegel & Spira, 1991)으로 매우 폭넓다.

Spiegel과 Classen(2000)에 따르면, 지지-표현 집단치료의 기본적인 목표는 집단구성원 간 유대감과 사회적 지지망을 형성하는 것이다. 사회적 지지는 스트레스를 주는 인생 사건을 다루는 데 중요한 매개 요인으로(Bloom & Spiegel, 1984; Folkman & Lazarus, 1980), 지지집단에 참여하는 것은 암 환자에게 흔한 고립감이나 무리에서 떨어져 나온 느낌을 감소시키는 데 크게 효과가 있다(Spiegel et al., 1981). 집단의 일원이 된다는 것은 성공적인 대처에 필수적인 공동체감을 제공하며 서로에게서 배울 수 있는 기회를 제공할 수 있다.

지지-표현 치료에서는 또한 정서를 표현하도록 촉진하는데, 정서표현과 조절은 암 환자에게 있어 더 나은 심리사회적 적응을 예언하는 중요

한 변인으로 밝혀졌다(Stanton et al., 2000). 개방적인 정서 표현은 지지-표현적 집단치료에서 중심적인 목표이며, 모든 정서를 표현하도록 격려하는 분위기를 제공하는 것이 치료자에게 결정적인 과제이다(Spiegel & Classen, 2000). 특히 죽음과 관련된 이슈에 대한 감정 표현은 더욱 중요하다. 죽음과 죽어가는 것은 우리 모두에게 깊은 두려움을 불러일으킨다. Spiegel과 Glafkides(1983)에 따르면, 죽음과 그와 관련된 실존적 주제에 대해 직접적으로 이야기를 나눔으로써 두려움과 불안이 궁극적으로 감소될 수 있다고 한다. 지지-표현 치료에서 죽음과 죽어가는 것에 대해서 이야기하는 목적은 두려움과 불안을 제거하려는 것이 아니라, 환자가 죽음과 죽어가는 것에 관련된 주제를 견디고 다룰 수 있도록 하기 위한 것이다 (Spiegel, 1993).

또한 지지-표현 치료에서는 가족과 친구, 의사와의 관계 향상을 주요 이슈로 다룬다. 환자와 가족들은 종종 곤란한 주제를 회피함으로써 서로를 배려하려고 시도한다(Lewis & Hammond, 1992). 하지만 가족들과 개방적으로 함께 하는 문제해결이 암 환자의 불안과 우울을 감소시킨다는 결과가 있다(Gritz, Wellisch, Siau, & Wang, 1990). 이와 함께 암 환자에게 의사와의 관계를 향상시키는 것 또한 중요한 부분이다. 환자와 주치의와의 관계의 질은 극히 중요하나 불행히도 현실에서는 그리 이상적이지 못하다(Spiegel & Classen, 2000). 집단에서는 주치의와 좋은 작업 관계를 맺을 수 있도록 하기 위해 환자들이 자신의 욕구를 인식하고 그것을 충족시킬 수 있는 행동 계획을 세우도록 돕는다. 이를 통해 주치의와의 파트너십을 발달시키는 법을 구체적으로 배우

게 된다.

지지-표현 치료에서는 나아가 인생의 우선순위를 재정립하도록 돕는다. 암에 걸리는 경험은 자신의 생을 되돌아보고 재평가하는 기회를 제공하는데, 종종 환자들은 새로운 목표를 발전시킬 수 있고 때로는 그들이 현재 삶을 더 완전하게 살고 즐거기를 원함을 발견하게 한다(Spiegel & Yalom, 1978). 마지막으로 지지-표현 치료에서는 암 환자들이 대처기술 레퍼토리를 확장하고 발전시키도록 돕는다. 암 환자들은 암으로 인해 새로운 상황과 문제들에 직면하게 되고 모든 것이 변화된다. 집단에서는 다른 사람들이 유사한 상황에서 어떻게 대처하였는지를 들음으로써 집단원 간에 학습이 일어난다.

지지-표현적, 경험적 및 실존적 접근을 활용한 치료 프로그램의 효과와 관련하여, 여러 연구에서 이 치료법이 불안, 우울, 공포와 같은 부정적 기분을 감소시키고 대처를 향상시키며(Classen et al., 2001; Linn, Linn, & Harris, 1982; Spiegel et al., 1981), 통증 감각과 고통을 감소시키고(Spiegel & Bloom, 1983), 면역기능을 향상시키고 생존기간까지 연장시킬 수 있다는 결과를 보여주고 있다(Pompe et al., 1996; Spiegel et al., 1989). 이 중에서 Spiegel 등(1989)의 연구는 큰 반향을 불러일으켰는데, 이들이 지지-표현 집단치료의 효과를 확인하기 위해 치료 종결 10년 후 추수 조사를 하였더니, 통제집단의 평균 생존기간은 18.9개월, 치료집단은 34.6개월로 치료집단에서 평균 2배에 가까운 생존 연장의 이득이 나타난 것이다. Spiegel 등(2007)은 또 다시 지지-표현 치료가 전

이된 유방암 환자들에게 생존기간 연장의 효과를 가져오는지 확인하기 위해 반복연구를 실시하였다. 교육적 자료만 제공받은 통제집단과 비교분석한 결과, 지지-표현 집단에서 생존기간 연장이라는 효과는 나타나지 않았다. 하지만 에스트로겐 수용기가 없는 환자¹⁾만을 대상으로 분석하자, 치료 집단에서 생존기간의 중앙치가 29.8개월이었고 통제집단에서는 9.3개월로 집단 간 유의한 차이가 나타났다. Spiegel 등(1989)의 연구 이후 심리사회적 개입이 정말로 생존을 연장시키는 효과가 있는지가 연구의 주요 관심사 중 하나가 되었다고 해도 과언이 아니다.

지지-표현 치료에 대한 또 다른 연구로, Classen 등(2001)은 1년 간의 지지-표현 집단치료에 참여한 전이된 유방암 환자들에게서 정서적 고통이 유의하게 감소하였다고 보고하였다. 이러한 효과가 나타나는 이유는 고통스런 정서의 환기가 긍정적인 심리적 및 생리적 효과를 가져오기 때문이라고 할 수 있다(Spiegel, 1999). Spiegel 과 Giese-Davis(2002)에 따르면, 환자들은 지지-표현 집단치료에 참여하여 죽음 불안이나 고립감, 책임감, 선택, 의미 등의 실존적 관심사에 대해 초점을 맞추면서, 집단구성원과 유대감을 형성하고, 자신의 고통스런 감정을 표현하고, 죽음에 대한 두려움을 씻어내고(detoxicate), 삶의 우선순위를 재설정하고, 가족관계를 강화하고, 의사와의 관계를 다루고, 통증을 완화시키는 등의 많은 활동을 하게 된다. 이런 활동을 통해 환자들은 부정적 감정을 견디는 기술을 습득하게 되고 감정을 억제하지 않고 조절할 수 있게 되며, 이것이 정서적

1) 유방암 환자 중 에스트로겐 수용기가 있는 환자에게는 호르몬 치료를 실시하나, 수용기가 없는 환자에게는 호르몬 치료를 실시하지 않음. 일반적으로 에스트로겐 수용기가 있는 환자들이 약물 부작용과 관련하여 삶의 질이 저하되기도 하나, 수용기가 없는 환자들에 비해 예후가 더 좋은 것으로 알려져 있음

고통을 감소시키는 결과를 낳는다는 것이다.

반면, Pompe, Duivenvoorden, Antoni, Visser와 Heijnen(1997)은 전이된 유방암 환자들을 대상으로 13주간 경험-실존적 집단치료 프로그램을 실시하고 정서적 고통과 내분비선, 면역기능에 미치는 효과를 검증하였는데, 결과는 미미하였다. 치료집단과 통제집단 간에 우울과 힘든 기분에서 차이가 나타나지 않았으며, 코티졸, 프로락틴, 자연살상세포, CD8, CD4, 미토젠 확산 반응 등의 생리적 지표에서 약간의 차이가 나타났을 뿐이다. 이렇듯 비슷한 치료적 접근법을 사용하였음에도 불구하고 다소 비일관된 결과가 나타나고 있는데, 이러한 결과가 나타나는 이유는 프로그램의 내용, 회기 수, 참가자의 암 예후, 평가시기, 결과 측정 도구에서의 커다란 차이 때문이라고 할 수 있다 (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginas, & Harman, 2007). 개입 효과 검증 연구에서는 연구 결과에 영향을 미칠 수 있는 다양한 변인들의 효과를 어떻게 통제 또는 설명할 것인가가 관건이 될 것이다.

이상의 지지-표현 치료 연구를 종합해보면, 지지-표현(또는 경험-실존) 치료는 암 환자들이 직면하는 다양한 삶의 문제를 포괄적으로 다루고 있으며, 특히 환자나 치료자가 모두 회피하기 쉬운 죽음의 문제를 정면으로 마주 대하도록 촉구한다는 점에서 다른 접근법과 차이가 있다. 이러한 접근법은 죽음이란 이슈가 늘 가까이에 따라 다니는 재발한 또는 전이된 암 환자들에게 유용할 것으로 생각된다. 재발한 환자들에게 놓인 현실은 초발 환자들과는 사뭇 다르기 때문이다. 재발한 환자들은 첫 발병 시의 병기와 상관없이 재발하는 순간 말기 환자로 분류되며, 이후 암의 크

기가 줄어들 때까지 언제 끝날지 모르는 항암치료를 받게 된다. 따라서 이들에게 죽음은 매우 현실적인 문제라고 할 수 있으며 죽음 이슈에 대한 개입이 도움이 될 수 있다. 이러한 맥락에서 볼 때, 지지-표현 치료는 흔히 실시되는 6~12회기 정도의 단기 개입으로는 충분하지 않다. 지지-표현 치료는 6개월 이상의 장기 개입으로 실시될 필요가 있으며, 집단원간 지지와 응집력이 강력해짐에 따라 삶과 죽음, 의미, 외로움 등의 실존적 이슈에 대해 더욱 진솔하고 깊이 있게 표현할 수 있게 된다. 이를 통해 환자들은 궁극적으로 삶에 대한 통찰을 얻고 자신의 현실을 더욱 잘 수용할 수 있게 되며 죽음의 공포에서 해방감 내지 자유로움을 느낄 수 있게 될 것이다. 반면 Spiegel과 Spira(1991)가 이 방법을 매뉴얼화하고 엄밀한 과학적 방법론을 따르고자 노력하였지만, 회기별 프로그램 내용이 구체적으로 짜여 있지 않고 상황에 따라 융통성 있게 진행되는 방식이기 때문에 표준화된 실시를 기대하기에는 한계가 있다고 할 수 있다.

인지-행동 치료

암 환자를 위한 인지-행동 치료의 효과 또한 꾸준히 연구되고 있다. 인지-행동 치료가 암 환자의 심리적 고통을 줄이고 관리하는 데 효과적이라는 결론을 내리기에 충분한 증거가 있으며 (Manne & Andrykowski, 2006), 다양한 암 환자 집단에서 심리적 고통과 통증을 완화하는 데 가치로운 도구인 것으로 밝혀졌다(Mundy, DuHamel, & Montgomery, 2003; Tatrow & Montgomery, 2006). 이 접근에는 인지적 오류의

수정 및 재구조화, 이완, 심호흡, 명상, 적극적 상상법 등을 주요 치료요인으로 활용한 연구들이 속한다.

인지-행동 치료의 구체적인 연구 예를 소개하면 다음과 같다. McGregor 등(2004)은 10주간의 인지행동 스트레스 관리 개입이 초기 유방암 환자들의 정서적 안녕과 면역기능에 미치는 효과를 검증하였다. 개입집단에는 매주 2시간씩, 점진적 근육이완, 유도 심상, 명상, 심호흡 등의 이완 연습과 인지적 재구조화, 대처기술 훈련, 주장훈련과 분노관리 기법으로 구성된 프로그램을 실시하였고, 매 회기 인지 재구조화 기록지와 이완 모니터링 카드를 숙제로 내주었다. 통제집단에는 10주 동안 아무런 개입을 하지 않았으며, 10주 프로그램이 끝났을 때 하루 동안 스트레스관리 교육 세미나를 실시하여 정보를 제공하고 이완 기법을 연습하게 하였다. 하지만 통제집단에는 치료적인 집단 환경과 그에 수반하는 정서적 지지가 없었다. 분석 결과, 통제집단에 비해 개입집단에서 암을 가진 것으로 인한 이득에 대한 지각이 커지는 등 긍정적인 정서 반응이 촉진되었고, 3개월 추수 검사에서 세포의 면역 기능도 향상된 것으로 나타났다.

Edelman, Bell과 Kidman(1999)은 전이된 유방암 환자 92명 중 43명에게 8주간의 인지행동치료 프로그램을 실시하고 49명은 무처치 집단에 무선 할당하였다. 인지행동치료 프로그램에서는 부적응적인 사고와 신념을 확인하는 법, 부정적인 지각에 반박하기, 대처적 진술 사용하기 등과 같은 기본적인 인지 기술을 배우게 하였다. 또한 행동 기법을 도입하여 불안을 다루는 도구로서 심호흡과 명상을 가르쳐주고 환자들에게 이완 테이프를 주

고 연습하도록 격려했다. 이와 함께 문제해결과 목표 설정을 통해 통제감을 얻도록 하고 효과적인 의사소통 전략을 가르치고 대처 자원을 활용하도록 동기화하였다. 회기에서 처음 절반은 한 주 전에 내준 사고-기록지 등 과제를 검토하고, 나머지 절반은 특정 주제(예, 우울, 효과적인 의사소통, 자기존중감, 불안, 자기-상, 대인관계, 분노 등)에 대해 이야기를 나누도록 하였다. 연구 결과, 치료 후 무처치 집단에 비해 치료집단에서 우울과 힘든 기분이 감소하였고 자기존중감이 향상되었다. 하지만 3개월과 6개월 추수조사에서는 이러한 향상이 뚜렷하지 않은 것으로 나타났다.

Penedo 등(2006)은 1, 2기 전립선암 환자에게 10주간 인지-행동 스트레스관리 집단프로그램을 실시하고 이득 발견(benefit finding)과 삶의 질에 미치는 효과를 검증하였다. 통제집단에게는 반일 동안의 교육 세미나를 실시하였다. 그 결과, 개입 집단에서 향상된 개인적 성장, 의미감, 향상된 대인관계 등의 이득 발견 및 삶의 질 향상의 효과가 있었으며, 그러한 효과를 매개한 요인은 스트레스 관리기술의 발달이었다고 밝혔다.

Epstein과 Dirksen(2007)은 유방암 환자들(1 ~ 3기 진단을 받았으나 연구에 참여하기 적어도 3개월 전에 일차적 의학 치료를 마치고 활발한 질병의 증거가 없는 여성들)을 대상으로 불면증에 미치는 인지-행동 치료의 효과를 검증하였는데, 유방암 생존자들은 잠들거나 수면을 유지하는 데 취약하며 일반인 모집단에 비해 불면증의 유병율이 2배나 높기 때문이다(Savard, Simard, Blanchet, Ivers, & Morin, 2001). 개입집단에는 자극통제, 수면제한치료, 수면교육과 위생관리 등 여러 요인으로 구성된 인지-행동 치료를 제공하

고, 통제집단에는 수면교육과 위생관리만을 제공하였다. 그 결과, 두 집단 모두 잠들기까지의 시간, 전체 수면시간, 침대에서 보내는 시간, 수면의 질 등 여러 측면에서 향상을 나타냈으며, 개입집단의 경우 통제집단에 비해 침대에서 보내는 시간이 더 크게 감소한 것으로 나타났다. 최근 연구에서는 Penedo 등(2006)의 연구처럼 치료성과에 기여한 매개변인을 찾아내거나, Epstein과 Dirksen(2007)과 같이 특정한 증상완화를 개입의 목표로 하고 통제집단에게 교육이나 사회적 지지 등의 기본적인 처치를 제공하는 것이 또 하나의 추세이다.

이밖에 최면이나 유도심상과 같은 기법은 암 환자들의 긴장과 각성 수준을 완화시키기 위한 실용적인 이완법의 하나로 자주 사용되곤 한다 (Gruber, Hall, Hersh, & Dubois, 1988; Spiegel 등, 1989). Bakke, Purtzer와 Newton(2002)은 1, 2기의 유방암 환자들을 대상으로 최면-유도 심상(hypnotic-guided imagery) 프로그램을 8주간 실시하였다. 이 프로그램은 점진적 이완훈련과 시각적 심상 훈련으로 구성되는데, 점진적 근육이완 훈련 후 긍정적인 정신적 심상에 집중하고 암 세포만큼이나 강한 면역세포와 면역세포가 암 세포를 죽이는 것을 상상하는 것 등의 내용으로 되어 있다. 그 결과, 치료집단에서 우울이 유의하게 감소하였고 자연살상세포의 절대 수가 유의하게 증가되었음을 보고하였다. 이와 유사하게 최근 Nunes 등(2007)은 방사선 치료 중인 유방암 환자들을 대상으로 이완과 시각화(visualization) 치료를 실시하여 심리적 고통, 코티졸 수준, 면역지표에 미치는 효과를 검증하였다. 실험집단에 속한 20명에게 24일 연속적으로 이완 및 시각화 치료를

실시한 결과, 스트레스, 우울, 불안 등 정서적 고통을 낮추는 데 효과가 있었다고 보고하였다.

이러한 적극적 심상법은 방사선 종양학자 Simonton과 심리학자 Simonton이 개발한 것인데 (Goleman & Gurin, 1993), 환자에게 자신의 면역계가 종양 세포와의 전투에서 승리하는 것을 상상하도록 하는 것이다. Spiegel과 Spira(1991)도 자기-최면(self-hypnosis)과 이완, 심상법이 암 환자들의 높은 수준의 정신생리적 각성을 낮추고, 현재 상황에 대한 더 나은 수용과 탐색을 허용하며, 부정적인 생각과 감정을 긍정적인 것으로 전환하는 데 효과적임을 밝히고, 유익한 상담기법으로 활용할 수 있다고 주장하였다. 단, 자기-최면이나 시각화 훈련은 보조적인 치료 수단으로 활용되어야 하며 비현실적으로 긍정적인 방향으로 치우치지 않도록 유의해야 한다고 하였다.

그밖에 Kabat-Zinn이 개발한 마음챙김명상에 기반한 스트레스 감소(Mindfulness-Based Stress Reduction) 프로그램이 암 환자들에게 유익한 도구로 밝혀졌다(Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez, & Schwartz, 2003). MBSR은 마음챙김명상 훈련을 제공하도록 고안된 집단 개입법으로 스트레스, 통증, 질병에 적용할 수 있다 (Kabat-Zinn, 2003). Carlson, Speca, Faris와 Patel(2007)은 유방암 환자와 전립선암 환자를 대상으로 이완, 명상, 요가, 매일 가정에서의 연습으로 구성된 8주간의 MBSR 프로그램을 실시하여 삶의 질, 기분, 스트레스 증상, 코티졸 수준, 면역세포, 혈압, 심박 등에 미치는 효과를 검증하였다. 이들은 MBSR 참가 집단에서 삶의 질이 향상되고 스트레스 증상과 혈압이 감소하였으며 코티졸과 면역 패턴이 긍정적인 방향으로 바뀌었다고

보고하였다. Speca, Carlson, Goddey와 Angen (2000)의 연구에서도 MBSR이 암 환자 집단에서 우울 증상을 감소시키는 것으로 밝혀졌다.

이상에서 알 수 있듯이, 인지-행동 치료는 주로 병의 상태가 심각하지 않은 초기 환자들에게 많이 사용되고 있으며, 그 효과도 상당 부분 검증되었다. 인지-행동치료는 교육적 개입에 비해 인지의 재구성, 이완훈련, 자기-최면, 심상법, 명상 등의 방법을 통해 환자의 생각과 기분 등 심리적인 측면을 보다 집중적으로 다룬다고 할 수 있다. 또한 다른 접근보다 환자들에게 대처와 행동 변화를 위한 다양한 실제적인 방법론을 제공하는 것이 장점이라 할 수 있다. 이 중 이완은 어느 치료적 접근에서나 선호하는 기술로, 복식호흡이나 점진적 근육이완훈련은 암 환자의 불안을 완화시키고 심신을 안정시키는 직접적이고도 손쉬운 방법이라고 할 수 있다. 이와 관련하여 이완은 특히 의학적 치료를 받고 있는 암 환자에게 유용한 대처기술로 활용될 수 있다(Cameron et al, 2007). 또한 인지-행동 치료는 암 환자들의 심리적 고통이나 통증, 수면장애 등의 문제에 잘 적용될 수 있으며 (Tatrow & Montgomery, 2006; Epstein & Dirksen, 2007), 프로그램 내용을 매뉴얼화하여 표준화된 실시가 가능하다는 것이 또 다른 장점이다.

암 환자와의 임상경험을 통해 볼 때, 암 환자들은 이분법적 사고(예, ‘암 환자는 불행하고 암에 걸리지 않은 일반인들은 행복하다.’), 재앙화(예, 숨이 조금만 가쁘면, ‘이것은 암이 폐로 전이되었다는 신호이다.’) 등의 인지적 오류를 자주 보이는데, 많은 환자들이 자신이 가지고 있는 인지적 오류를 인식하게 되는 것만으로도 새로운 깨달음을 얻고 자신의 생각을 바꾸고자 시도하며 변화를

보인다. 그러나, 교육수준이 낮거나 이해력이 부족한 경우 인지치료의 기본 개념을 이해하는 데 어려움이 따를 수 있고 이 기법의 효과를 떨어뜨리는 요인으로 작용할 수 있다.

통합 치료

교육이나 지지-표현 및 인지-행동 치료, 가족 상담 등 여러 치료적 접근을 한 프로그램에 함께 사용하여 효과를 검증한 연구들도 많다(Gordon et al., 1980; Heinrich & Coscarelli-Schag, 1985). 이러한 개입 프로그램을 본 연구에서는 통합 치료에 속하는 것으로 분류하였다. 프로그램 내용에는 이완, 감정의 표현과 정화, 실존적 문제에 대한 직면, 사회적 지지, 사고의 수정, 대처 및 문제해결 기술훈련 등 다양한 요소들이 포함되어 있다.

구체적인 연구의 예는 다음과 같다. Kissane 등(2003)은 20주 동안 매주 90분씩, 1, 2기 유방암 환자 154명에게 매뉴얼에 따라 집단치료를 실시하였다. 이 치료의 주요 접근은 실존 및 인지-행동적인 것으로서, 집단 초기에는 실존적인 관심사와 애도에 초점을 맞추고, 중반부에는 인지치료 접근에 따라 진행하고, 10-12회기 끝에는 50분의 이완 훈련을 추가로 실시하였다. 이완 훈련 시간에 환자에게 유도-심상과 함께 점진적 근육이완법을 가르치고, 이완 녹음테이프를 나누어주어 집에서 계속적으로 연습하도록 하였다. 또한 집단원 간 지지를 강화하기 위해 전화번호를 교환하고 비공식적으로 만나도록 격려했다. 이 집단의 목표는 지지적 환경을 만들고, 상실에 대한 애도를 촉진하고, 부정적 사고를 재구조화하고, 문제해결과 대처를 향상시키고, 희망을 강화하고, 미래의 우선순위를 검토

하는 것이었다. 통제집단에는 3번의 이완 훈련만을 제공하였다. 그 결과, 개입 집단에서 불안의 감소, 가족기능의 향상, 지지에 대한 감사, 더 나은 대처와 자기성장이 나타났으며 암과 치료에 대한 지식이 증가하였다고 한다. 따라서 이들은 인지적-실존적 집단 심리치료가 초기의 유방암 환자들에게 유용한 심리치료라고 결론지었다.

Marchioro 등(1996)은 수술과 체계적인 항암 요법을 받게 된 비(非)전이 유방암 환자 36명을 심리치료집단과 통제집단에 절반씩 무선 배치하였다. 심리치료 집단에게는 매주 50분씩의 개인 인지치료와 2개월에 1번씩 가족상담을 실시하였다. 개인 인지치료의 목표는 암 진단 및 치료와 관련된 주요 문제들, 즉 불안과 우울, 행동적 및 정서적 통제의 상실, 변화된 인지 기능, 사회적 제한 및 역할 제한, 생리적 증상과 관련된 문제들을 분석하고 완화시키는 데 있었다. 반면 통제집단에게는 어떠한 심리적 개입도 제공하지 않았다. 분석 결과, 통제집단에 비해 치료집단에서 시간이 경과할수록 더욱 우울증상과 삶의 질이 개선되었고 성격특성에서의 약간의 변화에 힘입어 더 나은 정서적 대처행동이 나타났다고 한다.

한편, 연구자들이 1년 동안 매주 환자와 만나 심리치료적 개입을 제공하였음에도 불구하고 통제집단에 비해 치료집단에서 뚜렷한 변화가 나타나지 않은 연구도 있다. Edmonds, Lockwood와 Cunningham(1999)의 연구가 그것인데, 이들은 30명의 전이된 유방암 환자들에게 지지-실존적 치료 및 인지-행동적 치료, 대처기술훈련 등 3가지 치료적 요인으로 구성된 장기 집단치료 프로그램을 실시하였다. 먼저 첫 35주 동안은 매주 2시간씩 Yalom(1995)의 작업에 기반하여 회기를 운영

하였다. 즉 상호 지지, 문제해결, 자신의 죽음과 다른 집단원의 죽음의 가능성에 직면하기, 질병에 대한 정서 반응을 토로하고 통합하도록 격려 제공하기, 변화에 대한 저항에 가볍게 직면하기, 집단원 간 상호작용 격려하기 등의 내용으로 회기가 진행되었다. 그 다음 20주 동안은 표준적인 인지행동 기법을 실시하였는데, 사고와 행동 모니터링하기, 대안적인 사고와 행동 찾기, 변화에 대한 저항 탐색하기, 새롭고 더 균형 잡힌 라이프스타일 개발하기 등을 과제로 내주고, 이 주제에 대해 집단 내에서 논의하였다. 그리고 집단의 첫 2-4달 동안 환자들에게 '집중적인' 주말 대처기술 훈련과정에 참여하도록 하였다. 이 과정에서는 이완, 치유와 스트레스 관리에 대한 정신적 심상, 긍정적인 진술, 목표 설정과 같은 기본 기술을 연마하도록 하였다. 반면 통제집단에게는 암 대처와 관련된 정보와 팸플릿을 제공하고, 병원에서 제공하는 표준적인 치료를 받으면서 집에서 워크북과 오디오 테이프를 암 대처 연습을 할 수 있도록 하였다. 그 결과, 통제집단과 비교해서 치료집단에서 무력감의 감소 외에, 다른 기분이나 삶의 질에서 긍정적인 결과가 나타나지 않았다. Edmonds 등(1999)은 이러한 결과를 흔히 쓰이는 양적 심리평가 도구가 환자에게서 일어난 심리적 변화를 잘 탐지하지 못할 가능성과 관련된 것으로 해석하며, 실제로는 환자들의 임상 기록이나 과제 내용에서 임상적으로 중요한 변화가 관찰되었다고 주장하였다. 이와 함께 궁극적으로 암으로 죽게 되는 환자들의 경험을 이해하기 위해 이후에 엄격한 질적 연구가 필요함을 제기하였다.

실제 임상장면에서는 특정 이론적 틀에 의존하기보다 환자에게 최대한의 유익을 주기 위해

위에 제시한 통합적 접근을 활용하는 경우가 많을 것으로 생각된다. 환자의 문제에 따라 그에 가장 적합한 치료 방법을 능숙하게 적용할 수 있다면 임상적 효과를 극대화할 수 있을 것이다. 그러나 통합적 접근을 효과적으로 실시하기 위해서는 치료자가 다양한 치료 방식(modality)에 능통해야 하며, 많은 훈련이 선행되어야 한다. 또한 여러 치료적 접근을 통합적으로 사용하기 때문에 이론적으로 어떤 치료요인이 치료성가에 기여하였는지를 구분하는 것이 어렵다는 문제가 있다.

기타 접근

엄밀한 의미에서 예술치료는 심리사회적 개입에 속한다고 할 수 없다. 그러나 최근에는 암 환자들에게 예술치료적 접근이 보조 치료로 많이 활용되고 있으므로 여기에서 소개하고자 한다. 음악, 미술, 시나 글쓰기, 무용 등을 치료적으로 사용하는 것을 표현 예술치료라고 하며(Malchiodi, 2003), 이러한 예술치료가 암 환자의 정서 표현, 영적 연결성, 심리적 안녕을 증진할 목적으로 활용되곤 한다(Ana, 2004). 예술치료 개입의 효과를 탐색한 연구들 중에는 질적 연구방법론을 사용한 것이 많다는 점이 특징적이다(Aldridge, 1996; Davis, 2000; Greenstein & Breitbart, 2000).

Greenstein과 Breitbart(2000)는 암 환자들에게 집단모임에서 암이 초래한 어려움에 대해 말하도록 하면서, 초월, 영성, 책임감, 가치, 우선순위, 개인적 창조성 등을 포함하여 의미에 초점을 맞추도록 하였다. 또한 집단 개입에 창조적 예술의 측면을 통합하여, 자연이나 예술작품의 아름다움을 감상하면서 발견할 수 있는 의미를 생각해보게

하였다. 이들은 질적 분석을 통해 창조적 예술치료가 고통스런 정서를 개방적으로 표현하고, 삶을 위협하는 질병으로 인해 죽음에 직면하게 된 환자의 실존적이고 영적인 딜레마를 탐색하는 능력을 향상시켰다고 결론지었다. Ana(2004)는 1,2기 유방암 환자들을 대상으로 미술치료를 실시하고 여러 양적 측정도구를 사용하여 치료효과를 검증하였다. 프로그램의 내용은 유방암에 대한 이미지, 현재 자신의 내면의 감정 상태, 환자가 믿고 있는 신이 의미하는바 등을 그림으로 표현하도록 하고 집단구성원들과 서로의 그림에 대해 이야기를 나누도록 하는 것이었다. 그 결과, 치료집단에서 긴장과 불안감, 우울과 낙담, 분노와 적대감, 혼란과 당황감이 감소하였고 심리적 안녕감이 향상되었다고 보고하였다.

예술치료 외에도 Hernandez-Reif 등(2004)은 1, 2기의 유방암 환자 34명에게 마사지 치료를 실시하여 그 효과를 검증하였다. 이 치료는 1주일에 3번 각각 30분씩, 5주간의 마사지 치료로 구성되어 있다. 연구 결과, 통제집단에 비해 치료집단에서 우울과 불안, 분노, 적대감이 유의하게 감소하였고, 도파민과 세로토닌의 수준이 증가하였으며, 자연살상세포와 림프구의 수가 증가하였다. Wilkinson 등(2007)은 288명의 암 환자에게 4주간 아로마요법 마사지를 실시하여 평범한 지지 집단과 효과를 비교분석하였는데, 개입 종료 후 2주까지 아로마요법 마사지 집단에서 불안과 우울이 향상되는 결과를 보였다고 한다. 그러나 통증, 불편증, 메스꺼움과 구토, 전반적인 삶의 질에서 아로마요법 마사지의 이득을 발견할 수 없었고, 불안과 우울에 대한 효과도 개입 종료 6주 후까지는 유지되지 못한 것으로 보고하였다.

이상에서 나타나듯, 심리치료 방법뿐만 아니라 암 환자를 위한 다양한 개입법들이 활용되고 있음을 알 수 있으며 앞으로도 새로운 개입법들이 계속 개발될 것으로 예상된다. 미술치료나 마사지 치료, 아로마치료 등은 환자들에게 상대적으로 거부감 없이 쉽게 다가갈 수 있다는 장점이 있으나, 이러한 접근법들은 보다 엄밀한 과학적 검증을 통해 증거기반을 확보하기 위해 노력해야 할 것이다.

국내 연구의 동향

국내에서 이루어진 암 환자를 대상으로 한 심리사회적 개입 연구는 상당수가 간호학에서 이루어지고 있는데(감성희, 2003; 김영순, 김순구, 김기린, 2006; 김조자, 허혜경, 강덕희, 김보환, 2004, 2007; 서순림, 이원기, 2003; 태영숙, 윤수정, 2006), 내용적인 면에서 간호학 연구들은 주로 전화상담을 이용하거나 정보가 실린 책자나 CD 영상자료를 제공하는 식의 교육과 비교적 간단한 상담 개입을 중심으로 이루어지고 있어 교육적 접근에 속한다고 할 수 있다.

구체적인 연구의 내용은 다음과 같다. 감성희(2003)는 소화기암, 호흡기암, 기타암 환자 등 총 52명을 대상으로 실험군과 대조군에 각각 26명씩 할당하여 자기효능증진 프로그램의 효과를 검증하였다. 프로그램 진행 과정은 다음과 같다. 악성 종양의 진단과 치료, 부작용, 대처법 등에 대한 15분 분량의 CD 영상자료를 만들어 환자에게 항암 치료 전과 후에 2회 보여주고, 퇴원 시 10분 간

개인상담을 실시하였으며, 항암치료를 모두 마치고 7일째 되는 날 10분 간 전화상담을 하였다. 전화상담의 내용은 주로 환자의 자기효능감을 증진하기 위해 할 수 있다는 신념을 가질 수 있도록 설득하는 것이었다. 이러한 개입의 결과, 환자들에게서 자기효능감과 자가간호는 증가하였으나, 불안 완화를 위한 데에는 유의한 효과가 없는 것으로 나타났다.

김영순 등(2006)은 갑상선암 환자 54명을 대상으로 하여 실험군과 대조군에 각기 27명씩 할당하여 이들이 받을 I¹³¹치료²⁾에 대한 정보제공 프로그램의 효과를 검증하였다. 프로그램은 갑상선암 환자가 입원하기 4주 전에 I¹³¹치료에 대한 정보교육 소책자를 나누어주고, 입원 2주 전에 환자에게 개별적으로 전화하여 소책자 내용에 대한 의문사항이 있는지 확인하고 질문에 응답하는 방식으로 10~40분 간 문제해결중심 개별 전화상담을 실시하는 방식으로 진행되었다. 그 결과, 대조군에 비해 실험군에서 불안 수준이 더 낮은 것으로 나타났으며, 면역기능과 관련된 지표에서는 집단 간 차이가 나타나지 않았다.

서순림과 이원기(2003)는 항암치료를 받고 퇴원한 폐암, 유방암, 자궁경부암, 혈액암 환자 42명을 대상으로 실험군에 18명, 대조군에 24명을 할당하여 증상관리를 위한 심리교육 중재효과를 검증하였다. 이들은 실험군 환자에게 병동에서 개별 교육과 상담을 1회 실시하고, 퇴원 후 매주 1번씩, 3회에 걸쳐 전화로 상담과 교육을 실시하였다. 중재는 재가(在家) 암 환자의 신체적 증상 조절법, 이완법, 인지행동수정 방법에 대한 내용으로 구성된 책자와 테이프를 중심으로 한 교육과 상담으

2) I¹³¹치료는 갑상선암 환자들에게 실시하는 방사선 동위원소 치료를 말함

로 이루어졌다. 그런데 연구결과에서 증상불편감, 신체적 건강상태, 심리사회적 적응 정도에서 실험군과 대조군 간의 유의한 차이가 나타나지 않았으며, 이들은 중재기간이 짧은 것이 이러한 결과에 영향을 미쳤을 것으로 분석하였다. 이상에서 알 수 있듯 국내에서 이루어진 교육 중심의 개입에서는 효과가 미흡한 편이다.

김조자 등(2004, 2007)은 Fawzy 등(1990)의 심리교육적 개입의 틀을 토대로 하여 건강교육, 스트레스 관리, 대응기술훈련, 지지로 구성된 프로그램을 운영하고 그 효과를 검증하였다. 구체적인 내용은 유방암 진단과 치료, 운동, 영양, 대체의학 등에 대한 건강 교육, 단전체조와 명상, 호흡법 등 스트레스 관리를 위한 이완훈련, 인지적 재구조화와 자기모니터링, 현실적인 기대 설정, 문제해결기술 등의 대응기술훈련으로 구성되어 있다. 2004년 이들의 예비연구에서는 6주 프로그램으로 짧게 진행하였으나, 2007년의 연구에서는 프로그램을 보완하여 12주 동안 매회기 120분씩 실시하였고 면역기능도 함께 측정하였다. 그 결과 김조자 등의 2004년 연구에서는 개입집단에서 지각된 스트레스만 감소하였고 다른 대처나 불안, 우울 측정치에서는 개입집단과 통제집단 간에 차이가 없었으나, 2007년 연구에서는 중재 집단에서 대조집단에 비해 주관적 스트레스가 감소하고, 대응 패턴에서 문제해결 대응이 증가하고, 문제회피와 같은 부정적인 대응의 사용이 감소하였으며, 불안-우울 기분도 감소하는 경향이 나타났다. 전반적으로 2004년도 연구에 비해 더 좋은 개입 효과를 얻은 것이지만, 이들(2007)은 코티졸 수준, 면역기능 지표들에서 개입집단과 통제집단 간에 유의한 차이를 발견하지 못하였다.

간호학 외에 심리학과 사회사업 분야에서도 암 환자에 대한 심리사회적 개입 효과를 검증한 연구들이 발표되고 있다(김종남, 권정혜, 2006; 황숙연, 박병우, 이경식, 2000). 황숙연 등(2000)은 유방암 환자 15명을 대상으로 하여 7주 동안 주 1회 2시간씩 심리교육적 지지집단 프로그램을 실시하였는데, 매 회기 임상의의 강의와 질의응답시간을 갖고, 이후 사회복지사의 주도로 강의 내용과 관련된 환자들의 경험에 대해 토의하는 시간을 갖는 등 교육에 초점을 맞추어 진행하였다. 회기별 주된 내용은 유방암에 대한 이해, 유방암 수술 후 치료, 운동과 식이요법, 가족 및 대인관계, 스트레스 관리였다. 이 중 의학적 정보 제공과 긴장완화 기법 연습이 환자들에게 가장 유용하였던 것으로 보고되었다. 하지만, 황숙연 등의 연구에서는 통제집단이 포함되지 않았고 치료집단도 한 집단만을 대상으로 하여 실험설계상의 제한점을 보여주고 있다.

김종남과 권정혜(2006)는 이전의 국내연구들과 달리 유방암 환자들에게 12주 동안 주 1회 120분씩 통합적 집단치료를 실시하여 프로그램의 효과를 검증하였다. 프로그램의 주된 내용은 문제해결기술훈련, 이완훈련, 인지적 재구조화, 감정표현 및 수용 촉진, 사회적 지지, 대인관계 증진 등이었다. 이들은 삶의 질과 정서적 고통과 같은 심리적인 측면뿐만 아니라 여러 면역지표를 통해 생리적 기능을 측정하였다. 그 결과 통제집단에 비해 치료집단에서 삶의 질이 향상되고, 정서적 고통이 완화되었고, 자연살상세포의 비율이 증가하는 등 일부 면역기능이 향상된 것으로 나타났다. 또한 이들은 집단치료 종결 후 6개월까지 추적연구하여 치료효과의 지속성을 검증하였는데, 치료효과

가 치료종결 후 6개월까지 대체로 유지되는 것으로 나타났다.

현재 국내 연구 현황을 정리하면, 심리학과 사회사업 분야의 연구가 일부 있으나, 주로 간호학을 중심으로 암 환자들을 위한 심리사회적 개입의 효과검증 연구가 활발하게 이루어지고 있으며 다수가 교육적 접근에 속한다고 할 수 있다. 간호학에서 이러한 연구가 활발한 이유로는 간호 분야가 암 환자에게 접근가능성이 높으며 간호사들이 현장에서 의학적 처치 외에도 심리적 지지나 보살핌을 제공해야 하는 위치에 있기 때문으로 생각된다. 그러나 기존 간호학에서의 심리사회적 개입은 주로 정보제공이나 교육, 단기 상담으로 이루어진 교육적 접근이 대부분이기 때문에, 암 환자들의 보다 깊은 심리사회적 문제에 치료적으로 접근하기 위해 다학제 간의 협조체계 구축 및 상호보완 노력이 필요하다고 하겠다. Rummans 등(2006)의 연구에서는 정신과의사와 심리학자, 숙련된 간호사, 자격증이 있는 사회사업가 등이 함께 프로그램을 실시하고 이 프로그램이 방사선 치료 중인 전이된 암 환자의 삶의 질을 향상시키는 데 효과적임을 밝힌 바 있다. 국내 연구는 이제 막 초보적 수준을 벗어나는 중이라고 생각된다. 앞으로 국가 단위의 연구 프로젝트를 통해 보다 체계적이고 엄격한 연구 설계 하에서 다지역, 다센터 연합의 대규모 연구가 행해지고 한국의 암 환자들에게 적합한 다양한 심리사회적 개입법들이 개발되길 기대한다.

논 의

암 환자들을 위한 심리사회적 개입에 대한 관심이 날로 커지고 있다. 이제는 암 환자의 치료에서 단지 외과적으로 종양을 제거하거나 항암치료나 방사선치료, 호르몬치료를 제공하는 등 의학적 처치에만 머무르지 않고, 이에서 한걸음 나아가 암 환자들의 삶의 질 증진, 정신적 고통 완화와 같은 심리적 이슈가 중요해졌다. 그 예로 암정복추진기획단 주관 하에 열린 제 9회 암정복 포럼에서는 ‘암 환자들의 정신적 고통, 어떻게 도울 것인가?’라는 주제로 정신의학, 의학교육, 간호학, 심리학, 사회사업 등 여러 전문 분야에서 세부 주제를 발표하고 활발한 토의를 벌였다(암정복추진기획단, 2007). 이는 암 환자들의 치료에서 의학적 치료뿐만 아니라 심리적인 측면에 대한 개입에도 관심이 커졌음을 알 수 있는 하나의 단서이다.

국내외 암 환자를 위한 심리사회적 개입 연구의 동향을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 이제까지의 연구는 연구자마다 각자의 이론적 접근에 따라 심리사회적 개입 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증한 것이 대다수였다. 즉, 교육, 지지-표현 치료, 인지-행동치료, 통합적 접근, 기타 접근 등 각기 다른 이론적 틀을 기반으로 다양한 프로그램들을 실시하여 왔고, 그 효과성과 관련된 경험적인 증거도 많이 축적되었다. 각 접근법마다 모두 암 환자들에게 스트레스나 우울, 불안 등을 감소시키고 적응적인 대처를 향상시키고 신체적 이득을 증진시키는 등의 긍정적인 효과를 가져왔다고 보고하고 있다. 여러 접근법들 중 어느 것이 더욱 효과적인지 비교연구를 통해 밝히려는 시도가 있으나(Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer, &

Schwartz 1986; Moorey, Greer, Bliss, & Law, 1998; Telch & Telch, 1986), 각 접근법마다 장단점이 있어 어떤 접근이 가장 효과적이라고 일괄적으로 말하기는 어렵다.

본 연구에서는 이제까지 발표된 연구의 프로그램 내용과 이론적 근거에 따라 암 환자를 위한 심리사회적 개입을 4가지 접근으로 구분하였다. 본 연구에서 구분한 4가지의 각 접근법의 특성을 요약하면 다음과 같다. 먼저 교육은 정보제공과 건강관리기술 습득에 초점을 맞추고 있어 초발 환자나 진단 받은 지 오래 되지 않는 환자들에게 유용하다. 또한 매뉴얼화하여 표준화된 실시가 가능하다는 것이 장점이나, 심리적 문제에 깊이 접근하기가 어렵다는 것이 단점이라고 할 수 있다. 지지-표현 치료는 집단원 간 지지를 촉진하고 환자들의 내면의 생각과 감정을 자각하고 표현할 수 있게 함으로써 실존적 이슈에 대한 직면, 통찰, 수용을 돕는 접근이다. 이 접근은 재발한 말기 환자들에게 유용하며, 6개월 이상의 비교적 장기간의 치료기간이 필요한 것으로 판단된다. 반면 비구조화된 방식으로 진행되기 때문에 표준화의 어려움이 있으며, 치료자가 자신의 죽음의 문제에 직면할 수 있어야 할뿐만 아니라 죽음에 직면해서 삶의 의미와 싸우고 있는 환자들 옆에 머무를 수 있는 능력도 갖추어야 한다(Spiegel & Spira, 1991). 인지-행동 치료는 사고의 수정과 이완, 심상법 등을 주요 치료요인으로 사용하며, 긍정적인 심리적 변화와 대처에 도움이 되는 실제적인 기법들을 많이 활용하고 있다. 개입 효과에 대해서도 많은 연구증거들을 확보하고 있으며, 초기 환자들에게 더욱 효과적이고, 프로그램을 표준화하기에도 유리하다. 한편 암 환자를 대상으로 한 인

지-행동 치료에서 집단보다 개인치료나 개별적 접근이 더 효과적이라는 연구 결과가 있어 (Osborn, Démoncada, & Feuerstein, 2006; Tatrow & Montgomery, 2006), 인지-행동 치료를 실시하는 경우 일대일 상호작용의 효용성에 대해서도 고려할 필요가 있겠다. 통합적 접근은 효과적인 여러 접근을 함께 사용하는 것으로 임상 장면에서 매우 유용할 수 있다. 그러나 통합적 프로그램을 효과적으로 실시하기 위해서는 치료자가 여러 치료기법에 능숙해야 하며, 이론적으로 어느 접근이 치료적 성과에 기여하였는지를 구분하여 밝히기가 어렵다는 것이 문제점이다. 아울러, 기타 접근은 환자들에게 매력적으로 보일 소지가 많으나, 엄격한 과학적 방법론을 적용하여 지속적인 효과 및 치료기제에 대한 증거 축적이 필요한 영역이라고 하겠다.

둘째, 심리사회적 측정치뿐만 아니라 생리적 지표를 활용할 효과검증 연구가 늘고 있다. 심리 치료가 면역기능이나 호르몬에 미치는 효과까지 검증함으로써 보다 과학적인 증거기반을 확보하고자 노력하고 있는 것이다. 현재까지의 증거로는 심리사회적 개입이 일부 긍정적인 면역기능의 변화 및 신체적 결과를 가져오는 것을 확인할 수 있으나(김종남, 권정혜, 2006; Fawzy, Kemeny et al., 1990; Spiegel et al., 1989), 아직까지 심리적 변화가 어떤 통로로 그리고 얼마만큼 긍정적인 면역학적 변화를 초래하는지, 또 그것이 어느 정도까지 재발이나 생존에 구체적인 향상을 가져오는지는 분명하지 않다(Kiecolt-Glaser & Glaser, 1992). 다만 심리사회적 개입이 의사와의 관계를 향상시켜 환자들이 의사의 처방을 더 잘 따르게 한다거나 담배나 알코올 등 건강에 유해

한 물질을 멀리 하게 하는 등 건강관련 행동에 변화를 주어 긍정적인 건강 이득을 가져올 수 있다는 것이 현재 받아들여지고 있는 하나의 설명이다. 정신신경면역학(psychoneuroimmunology, PNI) 분야가 더욱 발전하면서, 스트레스 조절과 관련된 HPA(Hypothalamus-Pituitary-Adrenaline) 축의 기능과 역할을 중심으로 심리치료가 신체적인 이득을 가져오는 생리적 기전이 보다 분명하게 밝혀질 수 있을 것으로 기대된다. Spiegel 등(1989)이 심리사회적 개입이 암 환자의 생존을 연장시킨다는 놀라운 결과를 발표한 이래, Fawzy 등(1993)도 유사한 결과를 발표하였으나, 이 주제에 대한 논란은 계속되고 있다(Edmonds et al., 1999; Smedslund & Rinda, 2004).

셋째, 이제까지 심리사회적 개입 프로그램의 효과검증 연구가 유방암 환자를 대상으로 많이 이루어져왔음을 알 수 있다. 물론, 피부암, 전립선암, 부인암, 폐암, 대장-직장암, 방광암, 호지킨병 등 다양한 환자에 대한 프로그램 개발 및 효과검증 연구가 이루어졌으나(Ali & Khalil, 1989; Cain et al., 1986; Fawzy et al., 1990; Heinrich & Coscarelli-Schag, 1985; Jacobs, Ross, Walker, & Stockdale, 1983; Penedo et al., 2006), 유방암 외에 다른 암 환자들을 대상으로 한 프로그램 효과검증 연구는 상대적으로 활발하지 못한 실정이다. 유방암 환자들에 대한 연구가 많은 이유는 이들의 5년 생존율이 83%로서 갑상선암 다음으로 가장 높고(한국중암암등록본부, 2003), 다른 암에 비해 생존기간이 긴만큼 삶의 질 관리가 중요한 이슈로 등장하며 연구 협조를 얻기도 상대적으로 쉽기 때문으로 보인다. 현재 국내에서도 유방암 환자들에 대한 연구가 대다수인데, 이명아와 정경

미(2007)가 소아암 완치자와 보호자들을 위한 프로그램 개발을 위한 기초연구를 시도하고 있는 등 점차 다양한 암 환자군으로 관심이 확대될 전망이다. 앞으로 계속해서 다양한 암 환자군에게 연구영역을 확장할 필요가 있다.

넷째, 암 환자를 위한 심리사회적 개입에서 집단치료 연구가 상당수에 이른다. 심각한 정신병리나 성격적 문제가 있어 집중적인 심리치료를 요하는 암 환자에게는 개인치료가 우선적으로 권고되며, 집단치료보다 개인치료가 더 효과적이라는 일부 연구도 있으나(Tatrow & Montgomery, 2006), 집단치료는 개인치료에는 없는 몇 가지 이점이 있다. 즉 집단치료는 사회적 지지와 집단 응집력, 정상화(normalization), 집단원 간 즉각적인 피드백과 모델링 등을 통해 환자들에게 커다란 위안과 힘을 가져다주며 새로운 학습과 통찰을 촉진한다. 또한 다른 집단원을 도와주면서 자신의 존재와 삶의 의미를 확인할 수 있는데, 이를 Riessman(1965)은 헬퍼(helper)-치료 원리라고 하였다. 즉 자신이 암에 걸린 것은 의미 없는 비극처럼 보일 수 있으나, 암에 걸린 경험 때문에 다른 암 환자들을 도와줄 수 있으며, 이는 다시 자기-가치감을 높여주는 긍정적 결과를 가져와 궁극적으로 환자 자신에게 도움이 된다는 것이다. 치료자(연구자)의 입장에서는 시간과 에너지가 절약된다는 점도 집단치료의 중요한 장점이다.

마지막으로, 외국연구와 비교할 때 국내연구는 이제 시작단계임을 알 수 있다. 국내에서는 간호학을 중심으로 교육 및 단기상담을 위주로 한 프로그램이 많이 실시되고 있으며, 생리적 변인을 포함한 연구도 이제 등장하기 시작하였다. 앞으로는 국내에서도 심리치료 요인을 강화하여 암 환자들의

깊은 심리적 문제를 다루어줄 수 있는 다양한 프로그램의 개발 및 다학제 간 협조체계와 연구 인프라 구축이 요망된다. 또한 보다 포괄적이고 체계적인 연구를 위해 국가적 지원 하에 이루어지는 장기간의 대규모 연구도 필요한 실정이다.

향후 연구방향 및 과제와 관련하여 제언은 다음과 같다. 첫째, 암 환자군의 특성에 맞춘 심리사회적 개입법의 개발이 필요하다. 즉 암의 종류에 따라, 병기에 따라, 진단 후 경과기간에 따라, 암 환자의 연령에 따라 그들이 처한 상황이 다르며 필요로 하는 것이 다르다. 그러므로, 암 환자군의 특성에 맞춘 다양한 치료방안들을 개발할 필요가 있다. 특히 전이(혹은 재발) 환자와 비전이(혹은 초발) 환자를 구분하여 심리사회적 프로그램을 실시할 필요가 있다. 이들이 당면하는 질병과 치료의 조건이 다르며 이에 따라 환자들이 해결해야 하는 심리적 이슈도 상당히 달라지기 때문이다. 전이 환자들은 지속적인 항암 치료로 심신이 지쳐있고 죽음 가까이에서 살아가게 되므로, 이들을 위해서는 장기간의 실존적-지지적 심리사회적 개입과 관리가 적합하다. Andersen(1992)도 암 환자의 병기 및 그들이 받는 치료방식과 그들의 심리적·행동적 결과 사이에 상관성이 있음에 주목하면서, 환자들의 병적 위험수준에 따라 치료적 개입도 달라져야 한다고 하였다. 낮은 병적 위험군에 속하는 환자들은 대처기술훈련이나 동료상담이 추천될 수 있으나, 말기 진단을 받았거나 전이가 많이 진행된 높은 병적 위험군에 속하는 환자들에게는 죽음이나 실존적 문제에 초점을 맞추는 것이 적합하다고 주장하였다. 또한 연령별로도 환자들의 상황이나 요구(needs), 예후가 다르므로(이태현, 백남선, 김용규, 1992; Avis, Crawford, &

Manuel, 2004; Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, & Wyatt, 1998; Robert, Piper, Denny, & Cuddeback, 1997), 초기 성인기와 중년기, 노년기 등으로 환자들을 구분하여 맞춤형 심리사회적 개입법을 개발할 필요성이 제기된다.

둘째, 암 환자뿐만 아니라 그 가족들을 대상으로 한 심리사회적 개입 프로그램 개발 및 효과 검증 연구가 필요하다. 암 환자 가족의 심리적 어려움에 대해 분석한 연구(박호란, 박선남, 정경희, 김혜자, 2001; 이원희, 황애란, 2003; Cameron, Shin, Williams, & Stewart, 2004; Davey, Gulish, Askew, Godette, & Childs, 2005; Ezer et al., 2006; Yoe et al., 2004)는 많은 편이나, 암 환자 가족들에게 심리적 지지 및 개입을 제공한 연구(Hudson & Hayman-White, 2005; Kissane, Bloch, McKenzie, McDowall, & Nitzan, 1998; Northouse, Kershaw, Mood, & Schafenacker, 2005; Sahler et al., 2005)는 상대적으로 적다. 암 환자 가족에 대한 개입이 필요한 이유는 암 환자는 자신의 고통을 표현하고 도움을 요청할 수 있지만, 암 환자의 가족들은 가족원의 암 진단과 치료로 감정적으로나 경제적으로 어려움을 겪음에도 불구하고 이를 표현할 수 없는 이중고를 안고 있기 때문이다(Spiegel & Spira, 1991). 그 수가 적긴 하나, 암 환자 가족에게 심리사회적 개입을 제공한 연구에서는 긍정적 결과를 보고하고 있다. 예를 들어, Hudson 등(2005)은 가정에서 암으로 죽어가는 환자의 가족 보호자들을 위한 심리교육적 개입 프로그램을 실시하고 그 효과를 분석하였는데, 표준적 케어만 받은 통제집단에 비해 개입집단에서 더 긍정적인 보호자 경험을 나타냈다고 밝혔다. Sahler 등(2005)은 자녀가 암으로 진단받은 어머니들을 위

해 문제해결기술훈련을 실시하고 평범한 심리사회적 케어 집단과 비교한 결과, 문제해결기술훈련을 받은 집단에서 문제해결기술이 유의하게 향상되었고 부정적 정서가 감소한 것으로 나타났다. 암 환자 가족들에 관한 연구도 자녀가 암에 걸린 경우, 부모가 암에 걸린 경우, 남편이 암에 걸린 경우, 아내가 암에 걸린 경우, 사별한 가족 등으로 세분화하여 이들 각각의 욕구와 심리적 어려움을 해결할 수 있고 필요한 대처기술을 습득할 수 있게 하는 심리사회적 개입의 개발 및 효과검증 연구를 진행할 필요가 있다.

셋째, 심리사회적 개입이 삶의 질이나 심리적 및 생리적 측면에서 긍정적인 효과를 가져온다는 것을 밝힌 연구는 많으나, 어떤 조건 하에서 치료 효과가 나타나는지, 그러한 효과가 어떻게 해서 발생하는 것인지 등에 대해 정밀하게 검증한 연구는 많지 않다. 최근에 들어서 치료성파에 영향을 미치는 요인들을 통계적으로 검증한 연구들이 등장하기 시작하였는데, 예를 들어, Antoni 등(2006)은 199명의 비전이 유방암 환자들을 대상으로 10주간 인지행동적 스트레스관리 개입을 실시하고 그 효과를 1년 후까지 추적하여 분석하였다. 그 결과 개입 집단에서 사회적 마찰이 감소하고 정서적 안녕감과 긍정적 마음 상태, 이득 찾기, 긍정적인 라이프스타일로의 변화, 긍정적인 정서가 증가하는 등의 효과가 있었다고 밝히고, 이완할 수 있다는 자신감에서의 변화가 개입 효과를 매개하였는 바, 스트레스관리기술 향상이 삶의 질에 유의한 효과를 가져왔다고 결론지었다. 그리고 Sahler 등(2005)은 암 진단을 받은 자녀를 둔 어머니들을 대상으로 한 개입 연구에서 젊고 혼자 사는 어머니가 문제해결기술훈련에서 가장 많은

이득을 보였다고 밝혔다. Carlson 등(2007)은 MBSR 프로그램의 효과 검증 결과, 기저선 측정치에서 너무 낮거나 높은 수준의 고통을 보인 환자들보다는 경도~중간 정도의 어려움을 나타낸 환자들에게서 최적의 이득이 발생하였다고 보고하였다. 흥미롭게도 Rehse와 Pukrop(2003)의 메타분석 연구에서는 어떤 변인보다도 12회기 이상 치료를 실시한 것이 개입 효과에서 명확한 차이를 가져왔다고 밝혔다. 앞으로도 어떤 조건 하에서 치료적 개입의 효과가 커지는지, 심리사회적 개입이 치료 성과를 만들어내는 기제는 무엇인지 등에 대한 연구가 활발히 이루어져야겠으며 이를 토대로 더욱 효과적인 프로그램을 구성할 수 있게 될 것이다.

넷째, 개입 전후만 비교하기보다 치료과정에서 종결 이후까지 지속적인 추적연구를 통해 치료효과가 언제부터 발생하는지, 효과가 유지되는지, 혹은 달라지는지, 어떻게 달라지는지 등을 밝힐 필요가 있다. 일례로 Cameron 등(2007)은 유방암 환자를 대상으로 이완, 유도 심상, 명상, 정서 표현, 운동을 촉진하는 통제신념과 이득 찾기 훈련으로 구성된 집단 프로그램을 실시하고 이러한 정서조절 개입이 정서조절 과정과 적응에 미치는 효과를 프로그램 종결 1년 후까지 4번에 걸쳐 분석하였다. 그 결과, 정서조절 훈련을 받은 집단이 비교 집단에 비해 이완 기법의 사용 증가, 지각된 통제감 증가, 지각된 재발 위험 감소 등 정서조절에서 큰 향상을 보였다. 하지만 6개월 추수조사에서 지각된 재발 위험, 암에 대한 걱정, 대처 효능감에서의 집단 간 차이가 더 이상 분명하지 않았고, 개입집단과 비교집단, 모두 6개월과 12개월 추수조사에서 정서적 안녕감과 불안에서 유사한 정

도의 향상을 보여, 시간이 경과함에 따라 정서조절 개입에 의한 집단 간 차이가 줄어든 것으로 나타났다. 반면 종결 1년 후 개입집단에서만 정서적 억제가 낮아지는 효과가 나타나, 정서조절 개입이 정서조절 노력에 미친 효과는 즉각적이지만, 정서 억제에 미친 효과는 지연되어 발생하였다고 밝혔다. Rummans 등(2006)의 연구에서는 전이된 암 환자에 대한 다학제간 치료가 삶의 질에 미치는 효과가 프로그램 종결 당시에 가장 높았으며, 이후 5개월 동안 점차로 통제집단과 개입집단 간의 차이가 좁혀졌다고 하였다. Osborn 등(2006)에 따르면, 인지-행동 치료가 불안과 우울을 낮추는데 단기적인 효과가 있었고, 삶의 질을 높이는 데는 장·단기적 효과가 있었다고 한다. 이러한 과정 연구를 통해 개입의 효과를 더욱 세밀하게 검증할 수 있을 것이다.

다섯째, 잘 통제된 치료 효과 연구를 실시하기 위해선 각 프로그램의 매뉴얼화가 선행되어야 한다. 매뉴얼에 따라 치료자를 훈련시키고 기법을 보급하며, 치료회기 동안에 치료자가 매뉴얼의 내용을 잘 따르는지를 모니터, 평가하고 피드백을 주는 것이 치료의 표준화 작업을 위해 꼭 필요하다.

마지막으로, 암환자들의 경험에 대한 생생한 이해를 도울 수 있는 질적 연구가 필요하다(Edmonds et al., 1999). 일부 질적 연구를 수행한 결과도 있으나(이정섭, 김수지, 1994; Davis, 2000; Greenstein & Breitbart, 2000; Lee, 2001; Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury, 2004), 여전히 부족한 실정이다. 앞으로 암 환자 및 암 환자 가족의 주관적인 경험세계를 밝히는 기초연구로서 다양한 방법의 질적 연구가 수행되어야 하겠으며, 양적 연구와 함께 비교분석하면 더욱 풍

부한 자료 해석이 가능할 것이다. 또한 질적 연구 결과를 토대로 보다 현실적이고 세밀하게 암 환자들에게 도움을 줄 수 있는 심리사회적 개입법을 개발할 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 본 연구에서는 프로그램의 내용을 중심으로 심리사회적 개입의 유형을 구분하여 제시하였으나, 일부 내용이 중복되는 경우가 있어 각 치료 접근별로 구분하는 것이 명확치 않은 면이 있었다. 일례로 사회적 지지는 모든 집단치료에 존재하는 기본적인 핵심적인 치료요인이라고 할 수 있으며(Yalom, 1995), 이완 훈련은 행동치료의 기법에 속하나 다른 치료적 접근에서도 자주 활용되었다. 따라서 심리사회적 개입 프로그램에 대한 분류가 연구자에 따라 다소 달라질 가능성도 배제하기 어렵다. 또한 기존의 많은 연구들이 프로그램 개발과 치료효과 여부를 검증하는 데에만 머물러 있어, 본 연구에서 문제영역 별로 어떤 치료기법이 가장 효과적인지, 또한 그러한 효과가 나타나는 이유가 무엇인지 등에 대해 자세히 밝히지 못하였다. 그러나 최근 치료 효과를 매개하는 변인이 무엇인지, 어떤 대상자들에게 더욱 효과적인지 등을 밝힌 연구가 등장하고 있어, 좀 더 자료가 축적되면 치료기법에 대한 명쾌한 제안이 가능할 것으로 생각된다. 그리고 본 연구에서는 각 심리사회적 개입의 유형에 따른 효과 비교 연구를 포함시키지 못하였다. 외국에는 암 환자를 위한 지지치료와 행동치료의 효과를 비교한 연구가 일부 있긴 하나(Jacobs et al., 1983; Telch & Telch, 1986), 효과 검증 연구에 비해 그 수는 크게 적으며 국내에서는 효과 비교 연구를 찾아보기가 어려운 실정이다. 여러 접근법의 효과 비교 연구는 이론

적으로 다른 오리엔테이션을 갖고 있는 치료자들에게 민감한 사안이기도 하지만, 유용한 치료기법의 개발 및 보급을 위해서는 계속적으로 연구되어야 할 부분이라 하겠다.

이러한 제한점이 있음에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 의의를 지닌다. 첫째, 이제까지 국내외에서 실시된 암 환자를 위한 심리사회적 개입법들을 교육, 지지-표현(경험-실존적) 치료, 인지-행동 치료, 통합 치료 등 4가지 접근법으로 분류하여 이 분야 연구에 대한 간명한 이해의 틀을 제공하였다. 둘째, 각 치료적 접근에서의 주요 치료요인과 각 접근법의 장단점, 특성을 분석하여 제시하였으며, 이는 앞으로 암 환자를 위한 심리사회적 개입 프로그램을 개발하거나 실시할 연구자들에게 유용한 기초 자료가 될 것이다. 셋째, 본 연구는 현재 이 분야에서 이루어지고 있는 국내 연구의 현주소와 문제점을 적시하여 보다 발전된 방향으로 연구가 진행되도록 촉구하는 데 의의가 있다. 마지막으로 현재 암 치료와 연구에서 의학적 접근이 대체를 이루고 있으나, 정신종양학 분야의 연구 또한 암 환자들에게 실질적인 이득을 제공할 수 있음을 여러 연구를 통해 입증하고자 하였다. 앞으로 국내에서도 교육뿐만 아니라 심리치료적 요인을 적극 활용한 한층 향상된 프로그램이 많이 등장하여 암 환자들의 심리적 고통을 덜어줄 수 있길 기대한다.

참 고 문 헌

감성희 (2003). 자기효능증진 프로그램이 암환자의 자기 효능, 자기간호, 불안에 미치는 영향. 부산대학교 대학원 석사학 위논문.

김영순, 김순구, 김기련 (2006). I 치료에 대한 정보제공 프로그램이 갑상선암 환자의 불안과 면역기능에 미치는 효과. *중앙간호학회지*, 6(2), 152-161.

김조자, 허혜경, 강덕희, 김보환 (2004). 유방암 환자의 스트레스 대응 능력 증진을 위한 심리사회적 중재 개발 및 효과: 예비연구. *대한간호학회지*, 34(6), 1069-1080.

김조자, 허혜경, 강덕희, 김보환 (2007). 유방암 환자의 스트레스 대응 능력 증진을 위한 심리사회적 중재 효과. *대한간호학회지*, 36(1), 169-176.

김종남, 권정혜 (2006). 유방암 환자를 위한 통합적 집단치료가 삶의 질과 면역기능에 미치는 효과. *한국심리학회지: 임상*, 25(3), 639-655.

박영미 (2005). 유방암 환자의 삶의 질 구조 모형. 경희대학교 박사학위논문.

박호란, 박선남, 정경희, 김혜자 (2001). 암 환자 어머니의 희망, 부담감과 가족기능. *아동간호학회지*, 7(1), 51-61.

서순립, 이원기 (2003). 재가 암 환자의 증상관리를 위한 심리교육 중재효과. *중앙간호학회지*, 3(1), 56-65.

서연옥 (2007). 유방암 환자의 삶의 질 영향요인. *대한간호학회지*, 37(4), 459-466.

암정복추진기획단 (2007). 암 환자의 정신적 고통, 어떻게 도울 것인가. 제 9회 암정복포럼 자료집. 11월 21일. 서울: 서울대학병원 암연구소.

이명아, 정경미 (2007). 소아암 완치자와 주보호자의 장기적인 심리적 적응에 대한 예비연구. 2007년 제 4차 건강심리학회 학술발표대회 및 워크샵 자료집, pp. 87-89. 12월 15일. 서울: 덕성여자대학교 대강의동.

이원희, 황애란 (2003). 암으로 자녀와 사별한 어머니의 슬픔단계와 반응. *대한간호학회지*, 33(6), 847-855.

이정섭, 김수지 (1994). 암으로 자녀를 잃은 가족의 경험에 대한 질적 연구. *대한간호학회지*, 24(3), 413-431.

이태현, 백남선, 김용규 (1992). 35세 이하 여성의 유방

- 암. 대한암학회지, 24(6), 834-839.
- 정영호 (2002). 암 사망으로 인한 손실소득액 추계. 보
건복지포럼, 67, 69-80.
- 태영숙, 윤수정 (2006). 용서간호중재 프로그램이 여성
암환자의 희망과 삶의 질에 미치는 영향. 중앙
간호학회지, 6(2), 111-120.
- 통계청 (2007). 2006년 사망원인통계결과 (<http://www.nso.go.kr>).
- 한국중앙암등록본부 (2003). 암발생률-생존률 통계(보도
자료-세부통계자료) (<http://www.ncc.re.kr>).
- 황숙연, 박병우, 이경식 (2000). 유방암 환자를 위한 심
리교육 프로그램에 고한한 기초연구. 사회복지
연구, 15, 291-310.
- Aldridge, D. (1996). "A walk through Paris": The
development of melodic expression in music
therapy with a breast-cancer patient. *Arts in
Psychotherapy*, 23(3), 207-223.
- Ali, N. S., & Khalil, H. Z. (1989). Effect of
psychoeducational intervention on anxiety
among Egyptian bladder cancer patients.
Cancer Nursing, 12(4), 236-242.
- Ana, P. (2004). *The efficacy of art therapy to enhance
emotional expression, spirituality and
psychological well-being of newly diagnosed
stage I and stage II breast cancer patients*.
Dissertation presented to the graduate school
of the University of Florida.
- Anderson, B. L. (1992). Psychological interventions
for cancer patients to enhance the quality of
life. *Journal of Consulting and Clinical
Psychology*, 60(4), 552-568.
- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S.
R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., Phillips, K.,
Gluck, S., & Carver, C. S. (2006). How stress
management improves quality of life after
treatment for breast cancer. *Journal of
Consulting and Clinical Psychology*, 74(6),
1143-1152.
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004).
Psychosocial problems among younger
women with breast cancer. *Psycho-Oncology*,
13, 295-308.
- Bakke, A. C., Purtzer, M. Z., & Newton, P. (2002).
The effect of hypnotic-guided imagery on
psychological well-being and immune
function in patients with prior breast cancer.
Journal of Psychosomatic Research, 53,
1131-1137.
- Bloom, J. R., & Spiegel, D. (1984). The relationship
of two dimensions of social support to the
psychological well-being and social
functioning of women with advanced breast
cancer. *Social Science and Medicine*, 19(8),
831-837.
- Boesen, E. H., Bosen, S. H., Frederiksen, K., Ross, L.,
Dahlstrom, K., Schmidt, G., Nasted, J., Krag,
C., & Johansen, C. (2007). Survival after a
psychoeducational intervention for patients
with cutaneous malignant melanoma: A
replication study. *Journal of Clinical
Oncology*, 25(36), 5698-5703.
- Boesen, E. H., Ross, L., Frederiksen, K., Thomsen, B.
L., Dahlstrom, K., Schmidt, G., Nasted, J.,
Krag, C., & Johansen, C. (2005).
Psychoeducational intervention for patients
with cutaneous malignant melanoma: A
replication study. *Journal of Clinical
Oncology*, 23(6), 1270-1277.
- Cain, E. N., Kohom, E. I., Quinlan, D. M., Latimer,
K., & Schwartz, P. E. (1986). Psychosocial
benefits of a cancer support group. *Cancer*,
57, 183-189.
- Cameron, J. I., Shin, J., Williams, D., & Stewart, D.
E. (2004). A brief problem-solving
intervention for family caregivers to
individuals with advanced cancer. *Journal of*

- Psychosomatic Research*, 57, 137-143.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginas, D., & Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 171-180.
- Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction(MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, 1038-1049.
- Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R. W., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group psychotherapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 58, 494-501.
- Compas, B. E., Haaga, D. A. F., Keefe, F. J., Leitenberg, H., & Williams, D. A. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 89-112.
- Cunningham, A. J., & Tocco, E. K. (1989). A randomized trial of group psycho-educational therapy for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 14, 101-114.
- Davey, M., Gulish, L., Askew, J., Godette, K., & Childs, N. (2005). Adolescents coping with mom's breast cancer: Developing family intervention programs. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 247-258.
- Davis, M. (2000). *The healing way: A Journal for cancer survivors*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy program with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 295-305.
- Edmond, C. V. I., Lockwood, G. A., & Cunningham, A. J. (1999). Psychological response to long term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 74-91.
- Epstein, D. R., & Dirksen, S. R. (2007). Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. *Oncology nursing forum*, 34(5), E51-E59.
- Ezer, H., Ricard, N., Bouchard, L., Souhami, L., Saad, F., Aprikian, A., & Taguchi, Y. (2006). Adaptation of wives to prostate cancer following diagnosis and 3 months after treatment: A test of family adaptation theory. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 827-838.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., & Pasnau, R. O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52(2), 100-113.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N., & Fahey, J. L. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and

- survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Fawzy, F. I., Kemeny, M. E., Fawzy, N. W., & Elashoff, R. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 729-735.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 501-514.
- Garcia, H. B., & Lee, P. C. Y. (1989). Knowledge about cancer and use of health care services among Hispanic and Asian-American older adults. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6, 157-177.
- Goleman, D., & Gurin, J. (1993). *Mind/Body Medicine: How to use your mind for better health*. Consumer Reports Books, A Division of Consumers Union Yankers, New York. pp. 93-94.
- Gordon, W. A., Freidenbergs, I., Diller, L., Hibberd, M., Wold, C., Levine, L., Lipkins, R., Ezrachi, O., & Lucido, D. (1980). Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 743-759.
- Grabsch, B., Clarke, D. M., Love, A., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., Bloch, S., Smith, G., & Kissane, D. W. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: A cross-sectional survey. *Palliative Support Care*, 4(1), 47-56.
- Greenstein, M., & Breitbart, W. (2000). Cancer and the experience of meaning: A group psychotherapy program for people with cancer. *American Journal of Psychotherapy*, 54(4), 486-500.
- Greer, S. (2002). Psychological intervention the gap between research and practice. *Acta Oncology*, 41(3), 238-243.
- Greer, S., Moorey, S., & Baruch, J. D. R. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomized trial. *British Medical Journal*, 304, 675-680.
- Gritz, E. R., Wellisch, D. K., Siau, J., & Wang, H. J. (1990). Long-term effects of testicular cancer on marital relationships. *Psychosomatics*, 31(3), 301-312.
- Gruber, B. L., Hall, N. R., Hersh, S. P., & Dubois, P. (1988). Immune system and psychological changes in metastatic cancer patients using relaxation and guided imagery: A pilot study. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 17, 25-46.
- Heinrich, R. L., & Coscarelli-Schag, C. (1985). Stress and activity management: Group treatment for cancer patients and their spouses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 439-446.
- Hernandez-Reif, M., Ironson, G., Field, T., Hurley, J., Katz, G., Diego, M., Weiss, S., Fletcher, M. A., Schanberg, S., Kuhn, C., & Burman, I. (2004). Breast cancer patients have improved immune and neuroendocrine functions following massage therapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 45-52.
- Hudson, P. L., & Hayman-White, K. (2005). A psycho-educational intervention for family caregivers of patients receiving palliative

- care: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(4), 329-341.
- Jacobs, C., Ross, R. D., Walker, I. M., & Stockdale, F. E. (1983). Behavior of cancer patients: A randomized study of the effects of education and peer support groups. *American Journal of Clinical Oncology*, 6, 347-353.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Part, present, and future. *American Psychological Association*, 10(2), 144-156.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1992). Psychoimmunology: Can psychological interventions modulate immunity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 569-575.
- Kissane, D. W., Bloch, S., McKenzie, M., McDowall, A. C., & Nitzan, R. (1998). Family Grief therapy: A preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psycho-Oncology*, 7, 14-25.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12, 532-546.
- Krupnick, J., Rowland, J., Goldberg, R. & Daniel, U. (1993). Professionally-led support groups for cancer patients: An intervention in search of a model. *Psychiatry in Medicine*, 23(3), 275-294.
- Lee, C. S. (2001). The use of narrative in understanding how cancer affects development: The stories of one cancer survivor. *Journal of Health Psychology*, 6(3), 283-293.
- Lewis, F. M., & Hammond, M. A. (1992). Psychosocial adjustment of the family to breast cancer: A longitudinal analysis. *Journal of the American Medical Women's Association*, 47(5), 194-200.
- Linn, M. W., Linn, B. S., & Harris, R. (1982). Effects of counseling for late stage cancer. *Cancer*, 49, 1048-1055.
- Malchiodi, C. (2003). Expressive arts therapy and multimodal approaches. In C. Malchiodi (Ed.), *The handbook of art therapy*(pp. 106-117). New York: Guilford.
- Manne, S. L., & Andrykowski, M. A. (2006). Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? II. Using empirically supported therapy guidelines to decide. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(2), 98-103.
- Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, E., Rosetti, F., Franchin, A., Pappagallo, G. L., & Vinante, O. (1996). The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer*, 32A(9), 1612-1615.
- Massie, M. J., & Holland, J. C. (1988). Consultation and liaison issues in cancer care. *Psychiatric Medicine*, 5, 343-359.
- McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., & Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 1-8.
- Meyerowitz, B. E. (1983). Postmastectomy coping

- strategies and quality of life. *Health Psychology, 8*, 389-402.
- Moorey, S. Greer, S. Bliss, J., & Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology, 7*, 218-228.
- Mundy, E. A., DuHamel, K. N., & Montgomery, G. H. (2003). The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment-related side effects. *Seminars of Clinical Neuropsychiatry, 8*, 253-275.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Houts, P. S., & Faddis, S. (1997). Project Genesis: Application of problem-solving therapy to psychosocial oncology. *The Behavior Therapist, 20*, 155-158.
- Northouse, L. Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A. (2005). Effects of family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology, 14*, 478-491.
- Nunes, D. F. T., Rodriguez, A. L., Hoffmann, F. S., Luz, C., Fiho, A. P. F. B., Müller M. C., & Bauer, M. E. (2007). Relaxation and guided imagery program in patients with breast cancer undergoing radiotherapy in not associated with neuroimmunomodulatory effects. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(6), 647-655.
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analysis. *International Journal of Psychiatry Medicine, 36*(1), 13-34.
- Penedo, F. J., Molton, I., Dahn, J. R., Shen, B. J., Kinsinger, D., Traeger, L., Siegel, S., Schneiderman, N., & Antoni, M. (2006). A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Annals of Behavioral Medicine, 31*(3), 261-270.
- Pompe, G., Antoni, M., Visser, A., & Garssen, B. (1996). Adjustment to breast cancer: The psychological effects of psychosocial interventions. *Patent Education and Counseling, 28*, 209-219.
- Pompe, G., Duivenvoorden, H. J., Antoni, M. H., Visser, A., & Heijnen, C. J. (1997). Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research, 42*(5), 453-466.
- Pruitt, B. T., Waligora-Serafin, B., McMahon, T., Byrd, G., Besselman, L., Kelly, G. M., Drake, D. A., & Cuellar, D. (1993). An educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology, 2*, 55-62.
- Rehse, B., & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta-analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patent Education and Counseling, 50*, 179-186.
- Riessman, F. (1965). The "helper" therapy principle. *Social Worker, 10*, 27-30.
- Robert, C. S., Piper, L. Denny, J. & Cuddeback, G. A. (1997). Support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer. *Health and Social Work, 22*, 133-141.
- Rummans, T. A., Clark, M. M., Sloan, J. A., Frost, M. H., Bostwick, J. M., Artherton, P. J., Johnson, M. E., Gamble, G., Richardson, J., Brown, P., Martensen, J., Miller, J., Piderman,

- K, Huschka, M, Girardi, J., & Hanson, J. (2006). Impacting quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 24(4), 635-642.
- Sahler, O. J., Fairclough, D. L., Phipps, S., Mulhern, R. K., Dolgin, M. J., Noll, R. B., Katz, E. R., Varni, J. W., Copeland, D. R., & Butler, R. W. (2005). Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: Report of a multisite randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 268-271.
- Savard, J., Simard, S., Blanchet, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2001). Prevalence, characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep*, 24, 583-590.
- Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., & Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 85-91.
- Smedslund, G., & Ringdal, G. I. (2004). Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 123-131.
- Specia, M., Carlson, L., Goddey, E., & Angen, M. (2000). A randomized wait-list controlled trial: The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Spiegel, D. (1993). Psychosocial intervention in cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 1198-1205.
- Spiegel, D. (1999). Healing words: Emotional expression and disease outcome. (editorial: comment). *The Journal of the American Medical Association*, 281, 1328-1329.
- Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45(4), 333-339.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.
- Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Classen, C. C., Fobair, P., Carlson, R. W., & Kraemer, H. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: A randomized prospective trial. *Cancer*, 110(5), 1130-1138.
- Spiegel, D., & Classen, C. (2000). *Group therapy for cancer patients*. Basic behavioral sciences.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2002). Reduced emotional control as a mediator of decreasing distress among breast cancer patients in group therapy. *International Congress Series*, 1241, 37-40.
- Spiegel, D., & Glafkides, M. C. (1983). Effects of group confrontation with death and dying. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33(4), 433-447.
- Spiegel, D., & Spira, J. (1991). *Supportive-expressive group therapy: A treatment manual of*

- psychosocial intervention for women with recurrent breast cancer*(unpublished). Psychosocial treatment laboratory; Stanford University School of Medicine.
- Spiegel, D., Stroud, P., & Lyle, A. (1998). Complementary Medicine. *The Western Journal of medicine*, 168, 241-247.
- Spiegel, D., & Yalom, I. (1978). A support group for dying patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 28, 233-245.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Tatrow, T., & Montgomery, G. H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 17-27.
- Telch, C. F., & Telch, M. J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 802-808.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs breast cancer survivors: A qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 177-189.
- Trijsburg, R. W., van Knippenberg, F. C., & Rijpma, S. E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review. *Psychosomatic Medicine*, 54(4), 489-517.
- Wilkinson, S. M., Love, S. B., Westcombe, A. M., Gambles, M. A., Burgess, C. C., Cargill, A., Young, T., Maher, J., & Ramirez, A. J. (2007). Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 532-539.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Yeo, W., Kwan, W. H., Teo, P. M. L., Nip, S., Wong, E., Hin, L. Y., & Johnson, P. J. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 13, 132-139.

논문접수일: 2008년 1월 11일

수정논문접수일: 2008년 2월 28일

게재결정일: 2008년 3월 15일

A review of research on the psychosocial interventions for the cancer patients

Jong-Nam Kim
Seoul Women's University

Ran I
National Cancer Center

The purpose of this study is to review research on the psychosocial interventions for cancer patients. Cancer patients experience continuing psychological problems from at the moment diagnosed, during medical treatment, and after termination of the treatment. Of course, medical treatment is the critical for them, but surgical operation, chemical therapy, and radiation therapy are not enough for caring cancer patients. Recent research indicates that psychosocial interventions for the cancer patients can not only improve the quality of life, decrease emotional distress, and enhance coping skills and interpersonal relationships, but also result in positive physiological effects such as improvement of immune functions and decrease of stress hormone. Now many researchers admit the importance of the psychosocial interventions for cancer patients. So, we described psychological disturbances of cancer patients at first, and then reviewed research for the validation of the efficacy of psychosocial intervention programs for cancer patients. We discriminated interventions according to the content and major therapeutic factors, and categorized them into 4 types such as education, supportive-expressive(experiential-existential) therapy, cognitive-behavioral therapy, and integrative therapy. Education approach involves health education(for disease, treatment, and side effect), symptom management, and stress management skill. Supportive-expressive therapy primarily encourages emotion expression and social support, and it also involves confrontation of existential problems such as death, dying, meaning of life, responsibility, and so on. Cognitive-behavioral therapy includes cognitive restructuring, relaxation training, and problem-solving training in general. Integrative therapy is labeled in the case of utilizing different therapeutic approaches together. And we also introduced other approaches for cancer patients including art therapy. Finally, we presented recent research accomplished in Korea and suggested some future research tasks.

Keywords : cancer, psychosocial intervention, education, supportive-expressive therapy, cognitive-behavioral therapy, integrative therapy