한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2012. Vol. 17, No. 4, 767 - 780

건강심리학 장면에서 윤리 문제 다루기†

김 미 리 혜‡
덕성여자대학교 심리학과

한국건강심리학회의 윤리강령에 건강심리학자가 전문적 역할을 수행하는 과정에서 따라야할 기본 원칙과 기준이 제시되어 있지만 다양한 상황에서 부딪히는 구체적인 윤리 문제를 해결하려면 윤리강령 자체 뿐 아니라 그 취지와 특수상황에 대한 보다 심도 깊은 이해와 분석이 필요하다. 이에 본 논문에서는 노년층이나 말기환자 관련, 온라인상담 등의 텔레헬스, 조직 내 갈등 등 다양한 상황들에서 이미 제기되고 있거나 제기될 가능성이 큰 윤리 문제들에는 어떤 것들이 있으며 그러한 상황에서 어떻게 윤리적으로 접근해야할지 윤리강령과 지침 및 관련 연구를 검토하면서 논하였다. 그러한 과정에서 특수한 장면이나 상황에서도 예외성보다는 윤리강령의 보편성을 존중하는 방향으로 윤리적 문제를 해결할 것을 촉구하였다.

주요어: 윤리, 윤리강령, 현장윤리, 현장지침

건강심리학회에서는 2003년 윤리강령을 제정하여 학회 웹사이트에 탑재했고 정기적으로 윤리교육을 실시하여 회원들의 윤리의식을 고취하고 있다. 본 논문은 그러한 학회의 노력에 더해 회원들이 윤리강령의 취지에 대한 이해를 바탕으로 다양한 장면에서 윤리적인 의사결정을 하는 데 도움을 주기 위한 시도이다.

다양한 건강심리현장에서 일하는 사람들을 만나서 윤리에 관한 소규모 포커스 집단들을 운영해 보면 공통적으로 듣게 되는 불만이 있다. 학회-한국건강심리학회를 포함한 많은 관련 학회-의 윤리강령이 구체적이지도, 자세하지도 않다, 상황(현장 혹은 산하학회)마다 다를 수 있는데 특수성을 인정하지 않고 있다, 우리나라 정서에 맞지 않

† 본 연구는 2011학년도 덕성여자대학교 연구비 지원에 의해 이루어 졌음.
‡ 교신저자(Corresponding author) : 김미리혜, (135-714) 서울시 도봉구 쌍문동 419 덕성여자대학교 심리학과, Tel: 02)901-8478, E-mail: medehae@duksung.ac.kr

www.kci.go.kr

은 부분이 있다는 말들이 그것이다. 예를 들어 기관에 소속되어 심리평가나 코칭, 상담 등의 서비스를 제공하는 경우 비밀보장의 어려움이 종종 제기되고, 그 이유로 기관 관계자들의 무지와 사생활침해에 관대한 우리나라 문화를 꼽는다. 또한 우리나라의 어느 상담 장면에서도 관계의 선을 확연히 긋고 다중관계를 거부하면 '정이 없는' 사람이라는 인상을 주기 때문에 치료관계를 쌓기 어렵다고 한다. 연구 장면에서도 우리나라의 '관례대로' 저작권을 결정할 수밖에 없다고 한다.

첫 번째 지적인 '윤리강령이 구체적이지도, 자세하지도 않다'는 말은 틀리지 않다. 가령 어느 경우에 윤리에 어긋나지 않는 '다중관계'가 성립하는가? '상대방에게 해를 입히지 않을 것으로 생각되는' 관계라면 윤리에 어긋나지 않는다고 하는데(한국건강심리학회 상벌 및 윤리위원회, 2004), 무슨 뜻인가? '상대방에게 해를 입히지 않을 것으로 생각했기 때문에' 특정 다중관계를 맺었다면 윤리에 어긋나지 않는가? 윤리강령에는 이러한 질문에 대해 즉답할 때 사용할 만한 근거들이 설명되어 있지 않다.

윤리강령이 구체적이거나 자세하지 않은 이유는 윤리강령의 앞부분에 명시되어 있듯이 '원칙과 기준'을 규정한 것뿐 그 이상이 아니기 때문이다. 윤리강령을 준수하는 것은 모든 심리학자들이 기본적으로 갖추어야하는 필수요건이며 우리가 지향해야할 '이상적 심리학자의 모습'을 제시하는 것은 윤리강령의 존재이유가 아니다. 우리가 전문적, 과학적 활동을 수행하는 특정 현장과 상황에서 윤리강령이 규정한 기본원칙과 기준에 근거하여 전문가로서의 역량과 소양을 가지고 판단하고 행동하면 되는 것이다. 따라서 '이런 경우 이렇게 하고 저런 경우 저렇게 하는 것이 옳다'는 구체적인 내용을 포함한 윤리강령을 요구할 것이 아니라 윤리적 전문가로서의 역량과 소양을 관련 교육과 연구를 통해 함양해야 한다. 이 첫 번째 불만은 위에서 나열한 다른 불만들, 다시 말해 '상황(현장 혹은 산하학회)마다 윤리강령이 달라야하는데 현 윤리강령은 그러한 특수성을 인정하지 않는다', 그리고 '우리나라 정서에 맞지 않은 부분이 있다는 지적과도 관련이 있다. 기본적인 원칙과 기준이라면 모든 나라, 모든 장면에 공통적인 것이 당연하지 않은가하고 반론을 제기할 수 있다는 뜻이다. 가령 연구에서 특정 피험자를 속였으면 다른 피험자를 속이는 것보다 윤리적으로 문제가 더(혹은 덜) 되는가? 상황이나 현장에 따라 달라진다면 그것은 기본적 윤리강령이 아니라고 반론을 펼 수 있다.

물론 현 윤리강령의 보편성이나 절대성이 충분한가하는 의문이 제기될 수 있고 현장에서 일하는 건강심리전문가들이 경험하는 현실적인 윤리적 갈등은 윤리강령의 제시만으로 채워질 수 없는 요구가 존재한다는 것을 보여준다. 구체적인 사례를 예시해 주면서 모호하고 흐릿한 부분을 명료하게 보여 주는 윤리교육이 자주 이루어지고, 상황의 특수성을 토론하는 자리가 학술대회에서 자주 마련되어 지며, 대상과 장면의 특수성을 고려한 산하학회별 지침을 개발하고, 윤리적 딜레마와 쟁점들을 다루는 논문/책들이 풍성하게 발간되면 그러한 요구가 충족될 것이다. 또한 필요하다면 보편성이 제고되는 방향으로 윤리강령의 내용이 진화할 것이다.

본 연구 또한 그러한 필요성을 상정하고 충족시키기 위한 일환으로 시도되었다. 다양한 장면들,

www.kci.go.kr

구체적으로 들자면 일반적인 상담 장면과, 노인이나 말기환자들에게 심리적 서비스를 제공하는 병원이나 요양원, 전화나 온라인 등 텔레헬스(telehealth) 서비스 상황에서 이미 제기되고 있거나 제기될 가능성이 큰 윤리문제들[1]을 살펴보고 윤리강령의 큰 틀 안에서 그러한 특정 장면에서 부딪히는 문제들에 대해 어떻게 접근하면 좋을지 논하고자 한다. 마지막으로, 동료의 비윤리적인 행동을 목격했을 때 취할 수 있는 조치에 관해 설명하였다. 그러한 과정에서 가능하다면 관련 지침(guideline)과 연구를 개관하면서 해석과 조망을 제시함으로써 윤리에 대한 심도 깊은 이해를 도와 의사결정의 질을 제고하고자 한다.

상담 장면

상담 장면에서 자주 제기되는 윤리 문제는 비밀 보장과 다중관계에 관한 것이다. 한 사설 상담소에서 비밀보장의 원칙을 오용한 실례를 들면서 그에 관한 논의를 시작하고자 한다. 상담소의 이전 내담자가 일 년 전의 풀 배터리 심리검사결과를 학교에 제출해달라고 부탁하자 검사의 재실시를 요구했다. '비밀보장'을 위해 1년 마다 심리학적 서비스의 모든 기록을 파기처분하기 때문이라는 것이 그 이유였다.

한국건강심리학회의 윤리강령에 따르면 심리학적 서비스에 관한 기록은 최소한 10년간 보관해야한다. http://www.apapracticecentral.org/flash/record-keeping-guidelines/index.aspx 에 나와 있는 미국 지침을 보면, 특별한 경우가 아니라면 성인내담자의 경우 마지막 서비스 날로부터 7년간, 미성년자의 경우 성인연령에 도달한 3년 후까지(기간이 7년 이하면 어른과 동일하게 7년) 보관해야한다. 물론 뇌손상으로 인한 성격이나 인지기능상의 변화를 평가하기 위해 풀 배터리 심리검사를 다시 실시할 수 있겠지만 이 경우에도 사고 전의 상태와 비교하려면 이전 평가결과의 기록이 남아 있어야 한다.

상기한 상담소에서 또 다른 윤리적 문제가 제기되었는데 그것은 직원이 사적인 모임에서 위 내담자에 관한 정보를 발설한 사건이다. 물론 상담소에서는 직원에게도 기본적인 윤리 교육을 실시했었다. 그러나 비밀보장의 원칙과 관련해서는 내담자의 이름을 말하면 안 된다는 수준이었고 신원추적을 용이하게 해주는 정보조차 발설해서는 안 된다는 점을 주지시키지 않았다. 비밀을 보장하기 위해서는 상담자뿐만 아니라 기록을 관리하고 그 보관을 맡는 관계자들도 상담자와 동일하게, 윤리강령의 취지에 관한 설명이 포함된 심도 깊은 윤리교육을 받아야 할 것이다.

비밀보장과 관련해서 조직(기관)에 속해서 활동하는 건강심리학자들이 부딪히는 독특한 쟁점들에 관하여 논의하고자 한다. 가령 초중고교의 학교장면에서 어떻게, 어느 수준까지 부모에게, 또 담임이나 교장에게 학생의 정보를 제공해야하는가? 비밀보장의 취지는 학생의 웰빙과 이익을 우선시하고 우리 전문성의 유지를 위하는 방향으로 행동할 것을 요구한다. 부모와 학교에 대한 의무는 그 다음이다. 따라서 학교장면에서 일하는 상담자가 '부모와 학교에 대한 의무와 학생에 대한 의무간의 타협적인, 적절한 균형을 유지 하겠다'고 한다면 이미 비윤리적으로 사고하고 있다고 볼

1) 본문에 나오는 구체적인 사례와 윤리문제들은 실례를 변경한 것임

www.kci.go.kr

수 있다. 어느 상담자는 '우리나라에서는 부모와 담임이나 교장 같은 학교 관계자들의 알 권리를 존중해줄 수밖에 없다'고 한다. 학교에서 그러한 신념대로 학생을 상담하면서 비밀파기에 대한 학생의 허락을 얻지 않는다면 상담실에 학생들이 찾아오지 않는 것이 당연하다. 또한 학생이 그러한 상담자의 신념을 이용해서 담임이나 교장에게 거짓된 정보가 들어가도록 상담자를 조종하는 일도 생길 것이다. 이러한 일이 지속적으로 일어나면 단시간에 전체 심리학자들의 전문성과 평판이 추락할 것이다. 적어도 어떤 부분에서는 윤리강령이 모든 문화에 일률적으로 적용될 수 없다고 할지라도 비밀보장 부분이 과연 그러한 "예외적인" 부분일 수 있는가? 다시 말해, 기관에 속해 일하면서 비밀을 유지해야하고 학생의 허락을 받아야만 특정 내용을 알릴 수 있다는 규정이 '한국의 상황적 특수성'을 고려해서 예외성을 인정해야 하는가?

이와 관련해서 한국건강심리학회 윤리강령에서는 다음과 같이 규정하고 있다.

제3조 윤리규정과 조직 요구와의 갈등

심리학자가 소속되어 있는 기관이 윤리규정에 반하는 요구를 할 경우, 심리학자는 자신이 윤리규정에 이미 서약하였음을 알리고, 윤리규정을 준수하는 방식으로 그 갈등을 해결하도록 노력한다. 또한, 윤리규정에 반하는 기관의 요구를 학회 및 상벌위원회에 알리고 자문을 구하여야 하며, 위원회는 적절한 자문을 해주어야 한다.

미국심리학회에서는 이 문제에 대한 개정을 감행하였다. 이전의 윤리강령에서는 심리학자가 속한 기관이나 정부와 윤리적 갈등이 있으면 물론 갈등해소의 노력을 요하지만 해결이 불가능할 때는 조직이나 정부의 요청을 따를 수 있는 여지를 두었다(APA, 2002). 그러나 인권수호를 향한 미국심리학회의 책임을 보다 확고히 천명하고자 다음과 같이 개정하였다. 법이나 정부부처, 조직에서 요구하는 바와 심리학자의 윤리적 책임 간에 갈등이 일어나면 어떠한 갈등인지 분명히 인지하고 심리학자 윤리강령을 준수하는 방식으로 갈등을 해결하려는 '합리적인(reasonable)' 조처를 취해야 하며 그 어떤 경우라도 인권을 침해하는 것을 정당화하거나 방어하는데 본 규정이 사용되어서는 안 된다고 하였다. 그리고 기록보관의 지침에서 권하는 바는, 학교, 병원, 교도소 등 기관에 속해서 일하는 심리학자는 갈등이 생기면 갈등의 문제를 확실히 밝히고 심리학자로서 윤리강령을 지킬 수밖에 없다는 것을 알리며 윤리강령을 준수하는 쪽으로 갈등을 해소해야 한다고 하였다. 하나의 방법은 조직과 처음부터 담론하여 정식으로는 조직이 원하는 종류의 정보만 기록, 보관하고 예민한 내용은 심리학자가 따로 비밀파일로 보관하는 것이다(APA, 2002). 전적으로 내담자의 비밀을 보장하든 예민한 내용만 보장하든 바람직한 시작은, 처음부터 기관에 심리학자의 윤리적 책임을 알리고 확실히 선을 긋는 것이다. 우리 심리학자의 전문성을 확립하고 유지하기 위해, 또 심리학자가 비밀을 보장한다고 믿는 내담자들의 기대를 저버리지 않고 최상의 심리적 서비스를 제공하기 위해 반드시 지켜야할 사항이라고 본다. 그리고 모든 심리학자들이 이를 지킨다면 조직 간의 모델링으로 인해 결국 조직과의 갈등도 감소되리라고 기대한다.

www.kci.go.kr

비밀보장과 관련해서 마지막으로 다루고자하는 쟁점은 정보의 전송과 관련된 것이다. 내담자의 동의를 구한 뒤 비밀을 보장해야하는 정보를 다른 치료자나 내담자가 소속된 기관(예: 학교)에 전자우편이나 문자로 보내는 경우가 많아졌다. 당연한 말이지만 관련지침에서는 전자기록도 기본적으로 문서를 사용할 때와 같은 주의를 기울여야 한다고 명시되어 있다(Mallen & Vogel, 2005). 비밀보장과 관련된 일반 원칙에 더해서 비밀번호와 데이터 암호화를 적정수준으로 상정할 것, 기기 전문가의 컨설팅을 주기적으로 받을 것 등을 권장하는 지침이 있다. 전자기록의 경우 파기 시에도 복구 가능성이 남지 않도록 기술적 예방조처를 취해야한다. 이와 관련해서 뒤에서 텔레헬스를 다루면서 더 자세히 논할 것이다.

상담이나 교육장면에서 다중관계의 문제도 자주 제기되고 있다. 다중관계는 미국심리학회의 윤리강령을 십분 반영한 우리나라의 윤리강령 중에 우리나라의 정서나 대인관계 패턴에 맞지 않는 항목이라는 말을 듣는 부분이다. 정과 의리를 중요시하고 겹겹이 관계를 맺는 것이 당연시되는 우리나라 문화에서 하나의 관계만 선을 긋기 어렵다는 것이다.

분명히 우리의 직업윤리는 맥락과 조건에 좌우되어야하며 적어도 '예외적인' 경우에는 누가 윤리적 결정에 영향을 받을지 그 대상에 따라, 가령 그 대상이 우리나라 사람인지 미국사람인지에 따라 달라져야할 것 같다. 여기에 대해서는 지속적인 담론과 연구수행이 이루어져야 한다. 그 결과 미래에 윤리강령을 개정할 때 수정할 것을 고려해야 하는 부분일지 모른다. 그러나 다중관계의 위험성을 증명한 연구가 산적된 현재로서는 '한국정서에 맞게', '탄력성 있게', '융통성 있게' 다중관계 항목을 운용하는 것은 최소화해야 한다고 본다. 미국의 작은 지역사회에서도 다중관계를 피하기 어려운 경우가 많은데 지역사회의 구성원으로 활동하다보면 내담자를 다양한 상황에서 만나게 된다. 따라서 지침에서 권장되는 바는 지속적으로 비판적 자기감찰을 행하고 윤리위원회나 동료들과 주기적으로 의논하는 것이다.

교육/연구 장면

교육장면에서, 특히 실습과 지도감독 장면에서 자주 제기되는 윤리적 문제는 전문성과 다중관계에 관한 것이다. 지도감독이 '바빠서' 지도감독을 해주지 못하는 상황에서 자살 위험이 있는 환자를 전적으로 수련생에게 맡긴 사례가 있다. 심지어는 정신분열병 증상이 있는 환자를 의사의 조력을 받지 않은 채 수개월을 상담해주어서 '증상'이 약화된 것을 자랑스럽게 보고하는 수련생도 본 적이 있다.

실습생/수련생의 전문성과 관련해서 우선적으로 지적할 사항은 실습생/수련생들은 사전 동의를 받을 때 자신이 수련생이라고 밝히고 지도감독자의 이름을 알려주어야 한다는 것이다. 왜냐하면 지도감독자가 공식적으로 심리적 서비스를 제공하는 전문가이기 때문이다. 그리고 지도감독자는 심리 서비스의 질을 담보하기 위해 실습생이 맡지 않아야할 사례, 또한 맡더라도 사후 지도감독이 아닌 실시간 현장 지도감독을 받으면서 상담해야하는 사례를 구체적으로 미리 정해 두면 좋을 것이다. 어려운 사례일수록 실시간 현장 지도감독을 권하는 이유는 비언어적 정보를 수집하려

www.kci.go.kr

는 목적도 있지만 비상시 지도감독이 즉각 개입할 수 있기 때문이다. 초기평가나 접수 면담 시 실습생에게 버거운 사례라고 판단되면 전문가에게 의뢰하고 초기가 지난 후 혹시 그런 문제가 드러나면 지도감독에게 즉시 알리고 도움을 청해야한다.

전문성과 관련되는 또 다른 문제는 실습생의 자질부족이다. 윤리강령을 그대로 따르자면지도감독이 실습생의 전문성을 지속적으로 오랜 기간 감찰하고 비판적으로 평가한 결과 실습생에게 기대되는 전문성이 부족하다는 결론이 내려지는 경우 해임해야 한다. 미국의 경우 윤리의식을 비롯한 전문성이 부족한 수련생이 있으면 관련자 심의와 외부전문가 회의를 거쳐서 당사자에게 해임을 통보한다. 이 역시 우리나라 정서와 맞지 않은 것 같지만 전문직으로서 직업적 존엄성을 지니고 심리서비스의 주체로서의 역할을 다하기 위해서는 전문성이 부족한 사람에게 책임을 물어야한다고 본다.

지도감독과 수련생 혹은 지도교수와 학생 간의 다중관계는 '예외적'인 수준을 넘어서 '한국 상황에 맞다'고 합리화하는 경우들을 보게 된다. 심지어는 상담을 '교육 분석'이라는 이름으로 부르고 이름 그대로 '교육'에 속하므로 다중관계가 아니라는 궤변도 들은 적이 있다. 또한 친밀성과 편리성을 이유로 다중관계의 득이 실보다 많다는 주장도 들었다. '예외'가 있을 수는 있어도 윤리적 책임이 있는 심리학자라면 '나는 그 예외가 아니도록' 노력해야한다고 본다. 예외라고 할지라도 항상 두 사람 사이의 힘, 권력(power)의 차이를 염두에 두고 가능한 한 빨리 그 예외의 상태에서 벗어나기 위한 노력을 경주해야 한다. 다시 말하지만 전문직으로서 자율적이고 엄격한 직업윤리를 갖추어야 그 존엄성과 위상이 유지된다.

저작권(authorship) 또한 교육장면에서 많이 제기되는 문제이다. 저작권 문제 때문에 많은 대학원생, 박사후과정 연구원, 교수, 의사 간에 갈등이 생기거나 우호적인 관계가 붕괴된다. 사실 논문 투고 직전에 갑자기, 일방적으로 저작권을 결정해서는 문제가 야기되기 십상이므로 가능하면 연구과정의 초기에 저작권에 관한 논의를 시작할 것을 권한다(APA, 2010). 기여정도에 따라 결정하는 것이 원칙이라고는 하지만 저작권 결정에 주관성이 개입하는 것이 사실이고 이로 인해 연구에 참여한 사람들이 자신이 충분한 저작권을 얻지 못했다고 느낄 수 있다. 미국에는 시험적으로 연구활동 체크리스트가 포함된 계약서를 사용하기도 한다. 거기에는 누가, 연구의 어떤 측면에 기여할 것이고 저작권 순서는 어떻게 결정될 것이라는 것이 명시되어 있다. 많은 연구자들이, 연구에 투자한 시간은 하나의 요인일 뿐이고 자료 수집은 가중치가 적은 반면 연구 아이디어의 개진과 원고 집필은 가중치가 크다는데 동의할 것이다. 가능한 한 일찍 저작권에 관해 의논하기 시작하고 연구가 진행되면서 실제 기여한 바를 검토하고 타협해서 합의를 도출하고 최종 저작권을 결정하면 갈등이 최소화될 것이다.

또한 최근 쟁점이 되고 있는 이중게재(duplicate publication)관련 지침에 대해서 지적할 것이 있다. 학생들이 가장 많이 하는 질문에 대한 답으로서, 자세한 결과를 포함하지 않은 초록을 학회에서 발표한 뒤 학회지에 전체 논문을 게재하는 것은 이중게재라고 볼 수 없다. 전체 논문이 제공하는 정보의 양이 초록에 비해 유의하게 크

www.kci.go.kr

기 때문이다. 또한 이미 발간된 논문의 저자가 다른 언어로 논문을 번역하는 것도 문제가 아니다. 독자가 유의하게 다르기 때문이다. 단 두 번째 논문에 번역논문이라는 것을 밝히고 각주, 초록, 참고문헌에 모두 출처를 명시해야한다(Graf, Wager, Bowman, Fiack, Scott-Lichter, & Robinson, 2007).

노년층과 말기환자 (terminally ill patients) 대상

노년층과 말기환자를 대상으로 심리학적 서비스를 제공하는 장면에서 공통적인 쟁점은 프라이버시, 사전 동의, 기록 접근, 금치산/한정치산 상태와 치료에 대한 의사결정이다. 특히 임종환자를 대상으로 하는 서비스는 복잡한 윤리적 갈등이나 문제를 야기하기 쉽고 간병하는 사람과 함께 이러한 쟁점을 다루기도 어렵다. 가령 심리평가 도구를 사용해서 치매를 평가할 때 고지에 입각한 동의를 받기가 어렵다. 개인이 평가의 이득과 위험, 대안을 이해할 수 있어야 하고 자신이 의사결정해서 그 결정한 바를 알릴 수 있어야하는데 치매와 노령으로 인해 인지적 능력이 저하되어 있어 그렇지 못한 경우이기 때문이다. 물론 심리학자가 이해를 돕기 위한 최선의 노력을 경주해야 한다. 노인들에 대한 심리적 서비스 지침에 따르면 노년층을 서비스대상으로 하는 전문성으로 젊은이용 평가도구를 노인들에게 사용할 때의 문제점을 이해하는 노력을 경주하고 노인들에 맞춘 평가기술을 갖출 것을 들고 있다(APA, 2012).

물론 법적으로 동의권한이 없는 개인의 경우에는 평가와 정보수집 전에 법적 대리인의 동의를 얻어야한다. 그러한 경우라도 당사자와 법적 대리인 모두에게 비밀보장의 한계에 관해 설명하고 이득과 위험을 언급해야 한다. 물론 치료/평가를 거부할 권리를 존중해야하지만 어떤 필요나 요구에 의해서 당사자 동의 여부에 무관하게 전문가로서의 의견을 제시할 수 있다. 이런 경우에 심리학자들은 당사자에게 당사자가 원하건 원치 않건 평가를 수행해야한다는 것을 고지하고 만약 협조(참여)하지 않을 경우 가족 등 다른 정보원에서 얻어진 정보들을 가지고 평가가 수행될 것이라는 점을 알린다.

또한 평가나 치료에 대한 동의를 얻을 때 치매와 심신박약 혹은 금치산/한정치산은 다르다는 것을 이해해야한다. 치매가 심해져 심신박약, 금치산/한정치산의 지경에 확실히 처할 때까지는 동의하거나 거부할 역량이 된다. 설사 금치산이 확실해도 결정사항에 동의할 정도의 인지적 능력은 남아 있는 경우가 많다.

노인과 일하는 심리학자들은 또한 비밀보장 문제에 부딪친다. 가족, 다학제 팀, 장기요양 장면 등이 관여하기 때문이다. 조직에 심리학자가 소속되어 있다면 윤리강령과 상충하는 조직의 요구가 있을 시 윤리적 갈등에 처하게 된다. 처음부터 가족이면 가족, 요양원 관리인이면 관리인에게 윤리강령을 근거로 구두와 문서로 확실하게 선을 긋고 어떠한 내용을 공유하고 어떠한 내용은 철저히 비밀을 보장할 지 알려주는 것이 필요하다. 어느 경우이건 딜레마에 부딪치면 심리학자가 조직에 고용되었다고 하더라도 당사자 노인의 이익이 최우선이 된다.

죽음과 임종이 연령과 관련이 있으므로 노년층을 다루는 심리학자들은 연명치료, 조력자살

www.kci.go.kr

(assisted suicide), 임종 시 의사결정 등을 둘러싼 법적인 문제, 직업윤리를 숙지해야한다(APA Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions, 2000). 병원장면, 특히 중환자실 같은 장면에서 일하는 임상건강심리학자들은 말기환자들을 맡은 경우들이 있다. 환자들은 임종이 가까운 시점에서 치료 말고도 다양한 결정들을 하게 된다. 이때 가족들이 이러한 의사결정과정에 깊숙이 관여하게 되는데, 어떤 경우에는 주위의 가족들이 불안이나 우울 증상을 경험하며 당사자인 환자보다도 이해도나 판단력이 더 떨어지는 경우도 있다(Pochard et al., 2001). 의사들과 달리 심리학자들은 가족들에게 환자의 정신건강 상태를 설명할 의무가 없다. 오히려, 환자가 죽음을 앞두었음에도 불구하고 윤리강령의 비밀유지 조항을 지켜야 한다. 따라서 환자가 비밀파기에 동의한 경우를 제외하고 치료자와 환자가 환자의 임종과 관련된 결정사항에 대해 의논한다고 하더라도 의논의 내용을 환자 말고 다른 사람과 공유하는 것은 윤리에 어긋난다. 비밀파기에 동의한 경우 그리고 환자가 허락한 경우 가족구성원 중 선별해서 치료회기때 참가하도록 하면 도움이 될 수 있다. 왜냐하면 드러내놓고 환자의 임종을 둘러싼 소망과 공포에 관해 이야기를 나눌 수 있기 때문이다. 그러나 환자가 말기가 아닌데도 불구하고 자살의도가 있다면 환자가 자신이나 주위사람들에게 위험한 경우 환자의 동의 없이 비밀을 깰 수 있다는 비밀파기와 환자보호와 관련된 윤리강령에 따라 치료자가 조처를 취할 수 있다.

임종이 가까운 환자들이 임종관련 의사결정의 도움을 요청할 때 고려할 것으로 우선 신체적 고통을 들 수 있다. 신체적 고통 때문에 전반적 정신건강이 악화되고 자살위험이 높아지기도 하기 때문이다. 이러한 점을 들면서 심리학자는 자신의 영역 내에서 통증 관리와 관련, 다른 의료진에게 도움을 요청하든지 주치의와 의논해 볼 수 있다. 두 번째로 심리적 고통을 고려해야하는데, 우울 등의 심리적 문제를 치료하면 보다 이성적으로 임종관련 문제에 접근할 수 있게 된다. 물론 신체적, 심리적 고통이 잦아진 후에도, 또한 심리학자와 모든 분석을 마친 후에 '죽음을 촉진하는 것'으로 결론을 내릴 수 있고 그 결정을 존중해주는 것이 옳을 때가 있을 것이다.

우리 건강심리학자들이 항상 명심해야할 사항은 모든 말기환자들이 다 자살하고 싶어 하지는 않는다는 점, 그리고 어떤 환자들은 다른 사람들보다 자살 의도를 품게 될 가능성이 크다는 점이다. 상식과는 달리 인지기능 부전이나 신체적 고통 때문에 자살의도가 생기는 것은 아니라는 점이다. 심리학자들은 말기 상황과는 무관한 문제들, 우울증과 독거 등이 자살위험을 높이는지 면밀히 분석해서 서비스를 차별화해야한다. 문화나 종교의 영향을 받는다는 것을 염두에 두면서도 편견에 좌우되지 않도록 조심해야 한다. 임종을 앞둔 환자를 다루는 심리학자들이 갖추어야하는 전문성으로는 민감하게 그러나 효과적으로 임종에 관한 대화를 하는 법을 익히고 임종과 관련된 다양한 선택을 환자와 함께 탐색하는 법을 익히는 것, 또한 진솔하게 죽음에 대해, 환자의 정서와 혼란을 다루고 가족들도 일관성 있게 잘 다루는 것이다.

현재 미국심리학회는 조력자살(assisted suicide)에 대해 찬성도 반대도 하지 않는 입장을 취하고 있다(American Psychological Association, 2009). 우리나라의 경우 조력자살은 아직 공식적

www.kci.go.kr

으로 논의되지 않고 있고 연명치료의 중단에 대한 논의만 전개되고 있다. 연명치료의 중단과 조력자살은 현재 세계의 의사, 법학자 들이 논쟁을 벌이고, 도전하고 있는 쟁점이다. 연명치료 중단이나 조력자살이 가족과 사회에 미치는 영향, 연명치료 중단이나 조력자살을 결정할 때 중요한 요인은 신체적 요인보다도 심리적, 가족요인, 금전적 요인이라는 연구결과들을 볼 때 건강심리학자들이 그러한 요인들과 당사자의 의사결정을 돕는 과정, 그 윤리적 딜레마를 더욱 연구하고 다학제적 토론에 적극적으로 참여해서 이러한 도전적 쟁점에 대해 심리사회적으로 기여해야한다.

텔레헬스

원격소통 혹은 전자기술의 발달로 인해 건강 전문가들이 같은 방에 환자와 함께 있지 않고도 전화, 전자우편, 인터넷기반 소통, 화상회의 등 기술 매체(technology media)를 활용해서 환자들과 상호작용할 수 있게 되었다. 거리가 멀어서 이전에는 대면으로 제공되는 서비스들을 못 받았던 환자들도 이러한 텔레헬스 서비스를 이용해서 대면하지 않고도 서비스들을 받을 수 있게 되었고 미국의 많은 주에서 보험도 적용되고 있다(American Psychological Association, 2010). 텔레헬스 서비스의 정의는 다양하며 폭넓게는 전문가와 환자 간에 친히 보지 않는 형태의 모든 상호작용을 포함한다. 이러한 상호작용에는 심리교육, 개인심리치료, 심리검사, 지지집단을 들 수 있다.

텔레헬스의 한 분야라고 할 수 있는 온라인 카운슬링의 경우 이메일 치료(e-mail therapy), 원격정신의학(telepsychiatry), 인터넷 상담, 사이버상담, 웹상담, 컴퓨터심리치료 등의 용어와 개념을 포함하며 자격 있는 사람이 내담자에게 비대면의 방식으로 테크놀로지를 이용해서 치료, 컨설테이션 및 심리교육 등의 심리서비스를 제공하는 것이라고 정의될 수 있다(Mallen & Vogel, 2005).

미국심리학회나 우리 한국심리학회는 아직 온라인 카운슬링의 허가여부에 대해 입장을 표명하지 않은 상태이나 미국사회사업협회(Clinical Social Work Federation, 2001)에서는 실제 온라인상담자의 1/4 이상이 사회사업자격증을 가지고 있는 사람들인데도 인터넷 문자기반치료를 반대하는 문건을 냈다.

미국심리학회는 2002년판 윤리강령에서 대면으로, 우편으로, 전화로 인터넷 등 전자송신으로 구성되는 다양한 현장에서 이루어지는 모든 활동에 윤리강령이 동일하게 적용된다고 밝혔다(APA, 2002). 따라서 모든 규정을 그대로 온라인 상담에도 적용하면 된다. 그러나 APA는 아직 특별히 온라인 상담제공자를 위한 규정이나 지침을 만들지 않았다. 그래서 온라인 환경에서, 어떻게 고지된 동의나 전문성 등을 담보할 수 있을지에 대한 지침이 없이 인터넷 카운슬링을 현재의 강령에 포함시키는 입장을 취한 듯하다. 현재 미국심리학회는 원격심리학지침 개발을 위한 다학제팀(the Joint Task Force on the Development of Telepsychology Guidelines)에 참여해서 테크놀로지를 전문적으로 사용해서 심리학적 서비스를 제공하기 위한 지침을 최근에 개발하였고 곧 공청회를 거칠 것이라고 하니 우리 학회에서도 참고해서 개발을 시작할 필요가 있다.

텔레헬스가 새로운 방식을 사용하기 때문에 기존 형태의 서비스와는 다른 윤리적 문제들이 생길

www.kci.go.kr

수 있다. 우선, 텔레헬스가 상대적으로 새로운 현장이기에 전문성 문제를 제기하지 않을 수 없다. 만약 이전에는 인터넷을 사용한 심리서비스를 수행한 적이 없는 심리학자가 그러한 서비스를 수행하기 전 소정의 훈련을 받아야하는가? Barnet (2005)에 의하면 데이터와 임상기록의 보안과 관련 있는 테크놀로지를 이해하고 온라인 의사소통을 위해 상용되는 이모티콘 등의 정서표현방법들을 이해하고 사용할 수 있으면 좋을 것이다. 문제는, 심리학자가 전문적으로 텔레헬스 장면에서 일하는 경우가 아직 드물어서 이 분야의 훈련과 지도감독을 제공해 줄 수 있는 사람을 찾기가 어렵다는 점이다. 지금으로서는 다양한 테크놀로지의 기본 지식을 익히고 테크놀로지 전문가와 팀을 이루거나 주기적으로 컨설팅을 받는 것이 최선일 수 있다.

사생활보호와 비밀유지의 측면에서 중요한 것은 개인전용 전화선이나 인터넷 연결의 확보다. 문자와 비디오가 남고 인터넷 상으로 내담자 신상정보와 함께 진단명, 검사결과 등이 전송된다면 비밀번호 보호, 데이터 암호화, 방화벽 등의 사용이 필수다. 그러나 이러한 방편들도 전송 사고와 전자우편 엿보기 등을 완전히 예방하지는 못한다. 이메일로 상담이 오갈 경우 이메일 서비스 제공기관 관리자만이 이메일 데이터가 저장된 서버에 접근할 수 있다. 이들 관리자는 개인 이메일 접근을 제한하는 윤리강령을 따라야한다. 그러나 우리 심리학자들로서는 인터넷 기반 서비스의 경우 당사자인 내담자 본인과 심리학자, 그리고 서버 관리자가 데이터에 접근할 수 있다는 점을 내담자에게 알려서 위험의 소지를 인식시켜야한다. 또한 인터넷 뱅킹시 주의해야할 사항들이 인터넷 기반 텔레헬스 서비스를 이용할 때도 해당되는 사항들임을 주지시켜야한다.

또한 위험관리 차원에서 대면상담에서와 마찬가지로 내담자의 개인정보를 수집할 필요가 있다 (Shaw & Shaw, 2006). 가령 내담자가 자살의사를 밝히며 돌연 소통이 끊겼을 때 이름, 주소, 연락처를 알고 있으면 적절한 조처를 취해서 내담자를 보호하고 윤리강령을 위반하지 않게 된다. 또한 내담자 나이도 확인해서 미성년자라면 부모의 허락을 받아야하는데 부모가 허락한 것이 맞는지 확인하기가 어려운 애로사항은 있다. 따라서 텔레헬스 서비스라고 해도 긴급 상황에 대비해서 내담자의 신원과 주소 및 연락처를 알고 있어야 한다. 긴급 상황이 아니더라도 갑자기 연결이 끊길 때 어떻게 할지 등의 계획을 처음부터 정해둘 필요가 있다.

마지막으로 제기될 수 있는 윤리적 쟁점은, 미국에서는 주마다 자격증이 다른데 또 우리나라의 경우 외국에 사는 우리말 사용자(예; 유학생)와 장거리 인터넷 상담을 한다면 심리학자가 가지고 있는 자격증이 어디까지 유효한가 하는 문제다.

결론적으로 우리 사회에서 의사소통 수단이 넓어져서 새로운 테크놀로지가 날로 더해지는 가운데 특정 테크놀로지나 모드(modality)에 국한되는 쟁점들에 관하 연구가 더 필요하지만 우리 건강심리학자들은 그러한 현실 속에서 텔레헬스 서비스의 득실을 따지면서 그에 대한 입장을 확실히 하고 어떻게 윤리적 서비스를 제공할 수 있을지에 관해 보다 구체적으로 고민해 보아야 할 것이다.

동 료

다른 심리학자가 비윤리적으로 보이는 행동을

www.kci.go.kr

한다면 어떤 조처를 취해야 하는가? 한국건강심리학회의 윤리강령에 따르면 다른 심리학자가 윤리규정을 위반한 것을 인지하게 되면 우선 그 심리학자로 하여금 윤리규정에 주목하게 하는 비공식적적 해결을 시도해보라고 한다. 가령 치료회기 때 지각이 잦다면 그러한 사실을 단순히 부드럽게 깨우쳐 주면 된다는 뜻이다. 윤리규정을 언급할 수도 있겠다. 이러한 방식으로 비밀유지 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 1대1 주준으로 적절한 개입을 해서 문제의 심리학자가 문제를 해결하도록 촉구해야한다. 만약 이러한 방법으로 해결이 안 되면, 혹은 심각한 위반이라고 여겨지면 상황에 적절한 추가조처를 취해야한다고 되어있다. 추가조처란 개인을 학회 윤리위원회에 신고하는 것이다.

그러나 한 연구에서 남자동료가 내담자와 성적 관계를 맺는 것을 알고서도, 또 그런 경우 신고해야한다는 것을 알고서도 37%의 심리학자들은 신고하지 않겠다고 했다(Bernard, Murphy, & Little, 1987). 유사하게, Pope, Tabachnick과 Keith-Spiegel(1987)의 연구에서도 80프로의 심리학자들이 '효율적으로 일하기엔 너무 힘든 상태(impaired)에서 일하는 것'은 비윤리적이라는 것을 알면서도 그 중 53%는 일한다고 했다. '아는 사람을 고자질하는 것'은 우리나라 정서에도 맞지 않다고 말하는 사람들이 있는데 동일한 상황에서 미국인들과 다른 반응율을 보일 지 경험적 연구결과에 근거해서 그러한 결론을 내려야 할 것이다.

아는 심리학자를 윤리위반으로 신고하는 것이 '우리나라 정서에 맞지 않는다'면, 미국의 동료조력프로그램(colleague assistance program)을 도입할 것을 제안한다. 미국에는 윤리를 위반한 다른 심리학자를 어떻게 해야 할 지 개개인이 힘들게 판단할 필요가 없이 ACCA(APA's Advisory committee on colleague Assistance)에 연락하면 마치 상담 받듯이 비밀리에 컨설팅을 받는다. 당사자도 더 문제가 커지지 않도록 충고와 지도, 기관과 윤리위원회 자문 및 법률자문을 제공받을 수 있다. 이러한 기관에서는 사례별 접근 뿐 아니라 예방과 교육에 초점을 맞춘 각종 자료와 워크숍을 제공한다.

또한 우리나라는 알코올 등의 약물남용 문제를 가진 치료자를 인지하고 도와주는 기능을 보강할 필요가 있다. 다음은 필자가 내담자나 학생으로부터 들은 일화들이다. 한 치료자가 간밤에 마신 술이 덜 깬 상태로 집단치료에 들어가서 성희롱에 가까운 말실수를 했다. 또한 '해장술을 안했더니 오늘 전혀 집중이 안 되어 내담자에게 미안했다'라고 동료에게 말했다. 문제는 지속적으로 그러한 행동패턴을 보인다는 점이다. 윤리위원회에 회부하는 것은 마지막 방편이고 가능한 비공식적 방법을 동원해서 해결을 모색해야 하는데 그것이 여의치 않다. 최근 우리나라 의료인들의 프로포폴 오남용 사태에서 보듯이 심리학계뿐 아니라 의료계에서도 약물남용을 다루어주는 기능이 부족하다. 미국에는 대부분의 주에서 의사나 간호사들의 약물남용을 다루어주는 서비스가 있어서 상담을 받는 것과 유사하게 비밀을 유지해주어서 윤리위원회 회부를 염려하지 않고도 환자의 안전을 촉구하고 어렵게 획득한 전문직을 유지하도록 지원해 준다. 우리나라의 경우 심리학회의 규모가 작으므로 동료조력프로그램에서 제 기능을 못하는(impaired) 심리학자를 돕는 부분에 약물남용문제를 따로 두면 종합적인 조력기구로 유용할 것이다.

www.kci.go.kr

맺음말

윤리강령이 구체적이지 않고 상황(현장 혹은 산하학회)의 특수성을 인정하지 않으며 우리나라 정서에 맞지 않은 부분이 있다는 지적은 맞다. 그러나 윤리강령은 우리 심리학자들이 따라야할 최소한도의 필수적인 규정을 제시할 뿐이며 이상적인 심리학자상을 제시하기 위한 것이 아니다. 따라서 예외적인 경우를 제외하고 모든 장면에서, 모든 서비스 대상자들에게 다 적용할 수 있도록 규정되었다. 그러나 과연 그래야만 하는가? 우리 심리학의 기본 윤리는 절대적이어야 하고 윤리적인 것은 심리학자의 조처대상과 무관하게 윤리적이어야 하는가? 다양한 현장에서, 다양한 대상을, 다양한 상황에서 다루면서 구체적인 결과를 초래하는 윤리적 결정을 내려야하는 심리학자들은 '특수성'을 대면서 혹시 윤리강령을 위반하는 행동이 정당화될 수 있지 않을까 기대할 수 있다. 그리고 '한국정서에 맞지 않는 미국식 윤리의식'을 따를 필요가 없다고 자신의 행동을 합리화한다.

본 연구에서 주장하는 바는 윤리강령이 최소한도의 필수적 내용들을 담고 있으므로 '한국정서에 맞게', '탄력성 있게', '융통성 있게' 윤리강령을 운용하는 것을 피하자는 것이다. 또 한편으로는 특수한 상황에서 참고하고 따르면 좋을 제안사항과 지침을 개발하고 비밀을 보장해주는 컨설팅서비스를 제공함으로써 다양한 현장과 상황의 특수성을 고려하고 존중해 주자는 것이다. 또한 현재의 윤리강령이 '한국정서에 맞지 않고' '상황의 특수성을 무시한다면', 그러한 경우들을 공식적인 담론의 장에서 분석하고 연구를 통해서 구체적으로 밝혀야한다는 것이다. 특히 현재 문제가 자주 불거지고 있는 다중관계나 비밀보장 영역에서 더욱 그러하다.

윤리는 우리 심리학자들을 구속하기 위한 것이 아니라 최상의 심리 서비스를 제공하기 위한 기본요건이며 전문직으로서의 위상을 정립하고 유지하기 위해 꼭 필요한 직업적 역량이다. 병원이나 학교, 회사 등의 조직 속에서 무책임하게 윤리강령을 취급하면 결국 그로 인해 전체 심리학자들을 향한 불신이 생기고 우리의 전문성 추락으로 이어져 심리학자 사회에 해를 끼치게 된다. 그리고 그 해는 고스란히 심리학적 서비스를 신용하지 못하는, 그러나 심리학적 서비스가 필요한 사람들에게 돌아간다. 그러한 위험을 피하기 위해서는 다양한 노력이 경주되어야 하는데 본 연구가 그 일환이 되기를 기대한다.

참 고 문 헌

한국건강심리학회 상벌 및 윤리위원회 (2004). *한국건강심리학회 윤리강령 (2003, 2004년 8월 수정).* Retrieved from http://www.healthpsy.or.kr/sub01_rule2.htm

American Psychological Association. (2009). *APA Polices on End of Life Issues and Care: APA Resolution on Assisted Suicide.* Retrieved from http://www.apa.org/about/policy/ assisted-suicide.aspx

American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, Amended June 1, 2010).* Retrieved from http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

American Psychological Association. (2010). *More states reimburse for telehealth services.*

www.kci.go.kr

Retrieved from http://www.apa.org/monitor/2012/07-08/telehealth.aspx

American Psychological Association. (2012). Guidelines for the evaluation of dementia and age-related cognitive change. *American Psychologist, 67*, 1-9.

American Psychological Association Ethics committee. (2002). Rules and procedures. *American Psychologist, 57*, 626-645.

American Psychological Association Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions. (2000). Report to the Board of Directors of APA from the Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions. Retrieved from http://www.apa.org/ pubs/info/reports/aseol.aspx

Bernard, J. L., Murry, M., & Little, M. (1987). The failure of clinical psychologists to apply understood ethical principles. *Professional Psychology: Research and Practice, 18,* 489-491.

Graf, C., Wager, E., Bowman, A., Fiack, S., Scott-Lichter, D., & Robinson, A. (2007). Best Practice Guidelines on Publication Ethics: a Publisher's Perspective, *International Journal of clinical practice, 61(Suppl. 152),* 1-26.

Mallen M. J. & Vogel, D. L. (2005). The Practical Aspects of Online Counseling: Ethics, Training, Technology, and Competency. *The Counseling Psychologist, 33(6),* 776-818.

Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., et al. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine, 29(10),* 1893-1897.

Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist, 42,* 993-1006.

Winograd, R. (2012). The balance between providing support, prolonging suffering, and promoting death: Ethical issues surrounding psychological treatment of terminally ill client. *Ethics & Behavior, 22,* 44-59.

원고접수일: 2012년 11월 6일
게재결정일: 2012년 12월 7일

www.kci.go.kr

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2012. Vol. 17, No. 4, 767 - 780

Dealing with Ethical Issues in the Fields of Health Psychology

Mirihae Kim
Department of Psychology
Duksung Women's University

Korean Health Psychological Association Ethics Code set forth enforceable rules for conduct as health psychologists in professional roles. In order to resolve ethical problems health psychologists encounter in various situations, they need to examine and understand the particular situations and their risks as well as the Ethics Code. In this article, ethical problems that occurred or are bound to occur in a variety of situations such as caring the elderly and terminally ill patients, telehealth, conflicts with organizations were discussed in terms of their nature and approaches toward resolution reviewing relevant principles and guidelines. This study intends to help health psychologists take an ethical course of action in difficult and complicated situations or when there are conflicts between the ethical and realistic demands.

Keywords: ethics, ethical principles, ethics in practice, practice guidelines

www.kci.go.kr