

삶의 마지막에 관한 결정을 위한 윤리적 의사결정모델 개발

서 영 석[†] 이 소 연 최 영 희
연세대학교

최근 존엄사 관련 사건들이 사회적으로 이슈화되면서, 이성적 자살을 비롯한 삶의 마지막에 관한 결정이 의료계뿐만 아니라 정신건강전문가들이 다루어야 할 당면 과제가 되고 있다. 이성적 자살을 포함한 삶의 마지막과 관련된 결정을 상담할 때, 상담자는 윤리적 원칙들이 충돌하는 윤리적 딜레마를 경험하게 된다. 본 연구에서는 이성적 자살 등 삶의 마지막에 대한 결정과 관련이 있는 종교 및 철학적 입장, 윤리적 원칙, 법과 윤리규정, 사회문화적 맥락, 내담자 개인 특성 등을 탐색하였다. 이 때 상담자가 각 측면을 고려하면서 수행할 수 있는 역할을 성찰자, 분석자, 실행자, 탐색자, 평가자로 구분하여 제시하였다. 또한 본 연구에서는 지금까지 상담 분야에서 제기되어온 윤리적 의사결정모델들을 참고하여, 이성적 자살 등 삶의 마지막을 결정하는 과정에서 상담자가 활용할 수 있는 통합적인 윤리적 의사결정모델을 제안하였다. 본 연구에서 제안한 윤리적 의사결정모델은 상담자가 고려해야할 측면과 역할을 포함하고 있고, 의사결정과정을 비판적-평가적 차원과 직관적 차원을 통합적으로 고려하면서 반성적 평형 상태를 이루어가는 과정으로 개념화하고 있다.

주요어 : 이성적 자살, 삶의 마지막에 관한 결정, 상담자 역할, 윤리적 의사결정모델

[†] 교신저자 : 서영석, 연세대학교 교육학부, 서울시 서대문구 성산로 262
Tel : 02-2123-6171, E-mail: seox0004@yonsei.ac.kr

최근 존엄사 관련 사건들이 사회적으로 이슈화되면서, 스스로 죽음을 선택하는 문제가 주목을 받고 있다. 일례로, 국립암센터(2008)가 실시한 ‘품위 있는 죽음에 대한 대국민 인식조사’ 결과, 전체 응답자의 87.5%가 무의미한 연명치료를 중단하고 자연스럽게 죽음을 맞이하는 것을 찬성하는 것으로 나타났다. 이는 비록 특수한 경우이긴 하지만 개인이 이성적이고 자율적으로 죽음을 선택할 수 있다는 인식이 증가하고 있음을 의미한다.

삶의 마지막에 관한 결정(end-of-life decision)은 개인이 스스로 죽음을 결정하는 것을 의미한다. 특히, 이성적 자살은 정신적으로 충분히 기능하고 있는 사람이 참을 수 없는 고통으로 인해 적절한 의사결정과정을 거쳐 스스로 삶을 마감하는 것을 의미한다(Gallagher-Thompson & Osgood, 1997; Werth & Holdwick, 2000). 여기서 참을 수 없는 고통이란 주로 불치병처럼 회복 불가능한 육체적 질병에 의한 것을 의미하지만, 넓게는 불치병으로 인한 정신적 고통과 대인관계상의 고통까지도 포함한다(Kleespies, 2004). 이성적 자살을 비롯한 삶의 마지막에 관한 결정은 오래 전부터 종교 및 철학적 담론의 소재가 되어왔고, 최근 들어 의학이 발달하고 죽음에 대한 인식이 변하면서 의료계 뿐만 아니라 정신건강전문가들이 다루어야 할 당면 과제가 되고 있다.

해외에서는 이성적 자살을 비롯한 조력 자살, 죽을 권리 등 삶의 마지막과 관련된 논의들이 상담 및 심리치료 분야에서 꾸준히 진행되어 왔다. 예를 들어, 미국심리학회(APA)에서는 1997년에 내려진 의사 조력자살에 관한 대법원 판결에 대해 학회의 입장을 표명하는 한편, 특별위원회(2000)를 설치하여 삶의 마지막에 관한 결정을 다룰 때 참고할 수 있는 지침

을 발표한 바 있다. 또한 미국상담협회(ACA)에서는 불치병에 걸린 내담자와 삶의 마지막을 결정하는 문제를 다룰 때 상담자가 고려해야 할 윤리적 책임과 권리 등을 윤리규정에 포함시켰다(ACA, 2005). 이에 비해 국내 상담심리학계에서는 죽음 관련 논의들이 주로 내담자의 자살 의도나 생각을 감지해서 자살을 억제시키는 예방적 차원에 집중되어 있을 뿐, 이성적 자살 등 삶의 마지막에 관한 결정과 관련해서는 논의가 거의 이루어지고 있지 않은 실정이다.

여기서 우리는 상담자들이 주로 예방적 접근을 취하는 이유가 어디에 있는지 살펴볼 필요가 있다. 즉, 그 이유가 죽음이라는 문제를 상담의 소재로 다루기를 꺼려하는 상담자의 두려움에 기인한 것인지, 아니면 죽음을 고려하는 것 자체가 내담자에게 심리적인 문제가 있음을 의미한다고 생각하기 때문인지, 아니면 보다 근본적으로 내담자에게는 생명 또는 죽음을 선택할 권리가 없다고 생각하기 때문인지 살펴볼 필요가 있다. 만일 죽음에 대한 상담자 자신의 두려움 때문에 예방적 접근을 취하는 것이라면, 상담자는 이러한 두려움을 내담자에게 투사하지 않기 위해서라도 죽음 및 죽어가는 것과 관련된 자신의 두려움을 직면해야 한다(Herlihy & Watson, 2004). 또한 죽음을 고려하고 있는 내담자에게 심리적인 문제가 있을 것으로 가정할 경우, 이는 오히려 내담자의 자율성과 책임을 존중하지 않는 강제적이고 온정주의적 태도에 기인했을 가능성이 높다. 내담자가 심리적인 문제(예, 임상적 우울) 때문에 충동적으로 자살을 고려할 경우 상담자의 치료적 개입이 필요한 것이 사실이지만, 자살을 고려하는 모든 내담자들에게 심리적인 문제가 있다고 단정할 수는 없다. 왜

나하면 이성적으로 죽음을 결정하는 내담자가 있을 수 있기 때문이다. 자살을 고려하는 모든 내담자들을 강제 입원 등의 방법을 사용해서 무조건 자살을 막으려고 시도할 경우, 이는 내담자의 자율성과 선택의 자유를 존중하지 않는 것이며, 더 나아가 상담을 통해 자살 이외의 다른 대안을 탐색해볼 수 있는 기회를 제한하게 된다(Corey, Corey, & Callanan, 2007; Szasz, 1986). 마지막으로, 내담자에게는 죽음을 선택할 권리가 없다고 생각하기 때문에 자살을 예방하는 것에 초점을 둘 경우, 가치관 강요(value imposition)라는 윤리적인 문제가 발생한다(ACA, 2005). 더욱이, 내담자가 죽음이라는 실존적 문제를 성찰할 수 있는 기회를 제공하지 못하게 된다. 이렇듯, 상담자가 죽음을 선택하는 문제를 어떻게 바라보는가에 따라 상담 진행 과정이 매우 달라질 수 있다. 더욱이, 상담자 자신이 죽음 및 죽음을 결정하는 문제에 대해 어떤 입장을 취하고 있는지 명확히 인식하지 못할 경우, 내담자 및 상담과정은 상담자가 의도하지 않은 방식으로 영향을 받게 될 것이다. 따라서 상담자는 죽음과 관련된 자신의 입장을 탐색할 필요가 있으며, 이 과정에서 죽음 및 죽음을 선택하는 것과 관련된 다양한 입장과 이에 영향을 미치는 요인들을 살펴볼 필요가 있다.

본 연구에서는 이성적 자살을 비롯한 삶의 마지막에 관한 결정을 고려하는 내담자와의 상담을 윤리적 원칙들이 충돌하는 윤리적 딜레마로 간주하고, 상담자들이 이를 효율적으로 대처하는 데 활용할 수 있는 윤리적 의사결정모델(ethical decision-making model)을 제시하고자 한다. 본 연구에서 제안하는 의사결정모델은 삶의 마지막에 대한 결정과 관련된 윤리적 이론뿐만 아니라 윤리적 원칙, 법과 윤리

규정, 사회문화적 맥락 및 개인적 특성을 고려한다. 이는 상담 분야에서 제기된 최초의 윤리적 의사결정모델이자 이후 개발된 다양한 의사결정모델의 기초가 된 Kitchener(1984)의 의사결정모델(서영석, 최영희, 이소연, 2009; Cottone & Claus, 2000)을 토대로 한 것이다. 그림 1에 나타난 것처럼, Kitchener는 의사결정 과정을 개인의 도덕관념과 상황에 대한 사실적 정보에 기초한 직관적(intuitive) 수준, 윤리규칙, 윤리원칙, 윤리이론을 적용하는 비판적-평가적(critical-evaluative) 수준으로 개념화하였다. 즉, 의사결정자는 먼저 자신의 평소 도덕관념과 사실 정보를 토대로 상황을 판단하고(직관적 수준), 이 수준에서 결정을 내릴 수 없을 경우 윤리규칙, 윤리원칙, 윤리이론 등을 순차적으로 적용하면서 의사결정을 하게 된다. 본 연구에서도 Kitchener의 모델에 포함된 영역들이 삶의 마지막에 관한 결정을 다룰 때에도 중요하다고 판단하여, 의사결정모델의 주요 영역으로 간주하였다. 한편, Kitchener 이후에 제기된 다양한 의사결정모델에 포함된 영역들의 명칭 또한 참고하여, 삶의 마지막에 관한 의사결정모델에 포함될 영역을 다음과 같이 명명하였다. 즉, 윤리이론, 윤리원칙, 윤리규칙은 각각 윤리적 이론, 윤리적 원칙, 법과 윤리규정으로, 개인적 도덕관념과 상황에 대한 사실적 정보는 각각 개인적 특성과 사회문화적 맥락으로 명명하였다. 한편, 각 영역에서 상담자가 보다 초점을 두고 담당해야 할 역할들을 제시하였으며, 마지막으로 의사결정모델에 따른 의사결정과정을 논하였다.

이성적 자살을 포함한 삶의 마지막에 관한 결정을 다룰 때 고려해야 할 영역을 살펴보면 다음과 같다.

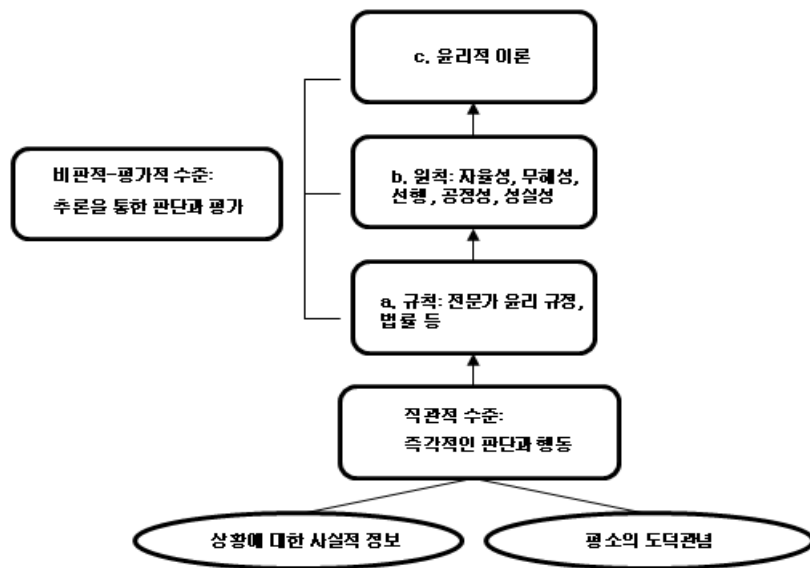


그림 1. Kitchener(1984)의 윤리적 의사결정모델

윤리적 이론

지금까지 이성적 자살을 비롯한 삶의 마지막에 관한 결정은 주로 의사 조력자살이나 안락사, 즉 육체적 질병으로 인해 고통을 호소하는 환자가 스스로 죽음을 선택하려는 상황에서 논의되어 왔다(Rich & Butt, 2004). 따라서 삶의 마지막에 관한 결정 및 이성적 자살 상담에 대한 시사점을 얻기 위해서는, 안락사 및 의사 조력자살에 관한 논의 또한 살펴볼 필요가 있다. 한편, 이성적 자살 및 안락사와 관련된 논의는 철학 및 종교적 측면에서 많이 이루어져왔다. 죽음이나 자살에 대한 철학적 관점이나 종교적 입장을 살펴본다고 해서 자살을 고려하고 있는 사람들을 위한 당장의 대책을 마련할 수는 없겠지만, 보다 효과적인 상담을 위해서는 이러한 근본적인 문제에 대해 기본적인 지식을 갖출 필요가 있다(최준식, 2006). 아래에서는 이성적 자살 및 안락사에

관한 기존의 찬반 입장을 살펴보고자 한다.

이성적 자살 및 안락사를 찬성하는 윤리적 이론

자살은 고대 그리스 철학이 시작된 이후로 철학적 담론의 소재가 되어왔으며, 철학 이외에도 인류학, 사회학, 정신의학, 신학 등 다양한 학문 영역에서 주요한 논의의 대상이 되어왔다(Siegel, 1986). 고대 그리스·로마 철학자들은 자살을 특정 상황에서 인간이 내릴 수 있는 적절한 이성적 판단이며 ‘훌륭한 죽음’으로 간주하였다. 고대 사회에서 조력자살과 안락사가 흔히 행해질 수 있었던 이유는 당시의 윤리적 가치관에 위배되지 않았기 때문이다. 고대 그리스·로마인들은 인간 생명의 존엄성을 믿지 않았고, 인간의 고유한 가치나 권리에 대한 인식이 없었기 때문에 절망적인 상황에서 자신의 의지대로 생을 마감할 수 있다고 생각하였다. 에피쿠로스학과와 피타고라스학

과 철학자들은 자살이 신의 뜻을 거역하는 행위라고 비난했지만, 플라톤을 비롯한 대부분의 철학자들은 자살을 통해 불명예와 고통에서 벗어나는 것을 영웅적인 행위라고 간주하였다(Dowbiggin, 2005; Rich & Butts, 2004). 스토아학과 철학자들도 삶의 질을 중시하면서 이성적 자살을 옹호하는 입장을 취하였다. 이들은 정신적 가치를 추구하고 마음의 평정을 강조했다기 때문에, 죽음에 대한 공포와 질병으로 인한 고통을 피하기 위해 이성적 자살을 허용하였다(Moody, 1992; Abeles & Barlev, 1999에서 재인용).

18세기 계몽운동이 시작되면서 기독교의 전통적인 입장에 맞서 자살과 안락사를 이성적이고 합리적인 결정으로 이해하는 사람들이 등장하였다. 볼테르와 몽테스키외를 비롯한 계몽주의자들에게 자살은 전적으로 개인의 선택과 관련된 문제였다. 혹은 자살이 개인의 권리임을 주장하면서 이는 결코 자신만을 위한 선택이 아니라고 주장하였다. 그는 사회에 짐만 되는 상황에서 자신의 삶을 포기하는 것은 오히려 바람직한 행동이라고 보았다(Dowbiggin, 2005). 공리주의에서도 유용성의 원리에 따라 모든 형태의 안락사가 허용될 수 있다고 주장한다. 즉, 공리주의자들은 의학적으로 회생 가능성이 없는 환자가 고통을 호소할 때, 안락사는 고통으로 인한 불행을 줄일 수 있기 때문에 도덕적으로 옳은 행위가 된다(Petrinovich, 1996; 이종원, 2007에서 재인용). 비판주의를 대표하는 쇼펜하우어 또한 삶을 마감할 권리가 개인에게 있다고 주장하였다. 쇼펜하우어는 자살이 도덕적 죄로 간주될 수도 있지만, 부도덕한 세상에서 인생의 좌절로 인해 감행하는 자살은 개인이 스스로 선택하는 마지막 행위이며 최후의 존엄한 행위라고 주장하였다

(Rich & Butts, 2004). Rosenfeld(2006)도 자율성의 원리를 바탕으로, 죽음을 앞당기려는 결정이 때로는 불치병이나 끝없는 고통에 대한 논리적인 반응일 수 있다고 가정한다. 이렇듯 자살을 지지하는 사람들은, 자살이 우울과 같은 정신질환이나 왜곡된 의사결정에 기초한 행위가 아니라 오히려 문제에 대한 이성적인 해결책이 될 수 있다는 입장을 취한다.

국내 학자들은 안락사 및 이성적 자살에 대해 다소 완곡한 어조로 논의를 펼쳐왔다. 그러나 구인회(2004)는 영웅심을 발휘하는 결과로 자살을 선택한 경우는 늘 있어왔지만, 앞으로는 신체적·정신적 질병에 대한 해결책으로써 죽음을 요청하는 경우가 증가할 것으로 예상하였다. 이는 오랫동안 자살을 금기시한 우리 사회에서 죽음에 대한 인식이 변화하고 있음을 시사한다.

이성적 자살 및 안락사를 반대하는 윤리적 이론

도덕주의자들은 사회적 책임과 종교적 의무 때문에 자살을 예방해야 한다고 주장한다(Mishara & Weisstub, 2005). 즉, 사회적 차원에서 자살은 개인이 보유한 지식과 기술을 다른 사회구성원들이 공유하지 못하게 할 뿐 아니라, 가족들에게 불합리한 죄책감을 안겨주고, 종교적 차원에서는 신에게 죄를 짓는 것으로 간주한다(Hewitt & Edwards, 2006; Mishara & Weisstub, 2005). Gunderson(2004)은 자살이 정언 명령(categorical imperative)에 위배되기 때문에 허용될 수 없다는 칸트의 주장을 바탕으로, 고통을 줄이기 위한 조력자살이나 이성의 영구적 상실을 초래하는 진통제의 사용 또한 허용될 수 없다고 주장한다.

인간이 자신의 의지대로 목숨을 끊거나 타

인의 생명을 좌우하는 행위는 인간 생명의 존엄성을 중시하고 영혼에 최고의 가치를 부여하는 유대교의 이상에도 명백히 어긋난다(Dowbiggin, 2005). 죽음에 대한 기독교의 입장 또한 기본적으로 유대교의 규범과 유사하다. 초기 기독교인들 사이에서는 자살이 용인되었던 것처럼 보이지만, 성 아우구스티누스와 토마스 아퀴나스 이후로 자살은 강력히 금지되어왔다(Rich & Butts, 2004). 우선 성 아우구스티누스는 자살이 또 다른 형태의 살인이고 범죄이기 때문에 십계명에 어긋나는 죄악이라고 단정하였다(Dowbiggin, 2005). 또한 토마스 아퀴나스는 자살이 자연법에 위배되고 신과 자기 자신, 그리고 공동체에 대한 인간의 본분을 저버리는 행위라고 주장하였는데, 현재에도 이러한 견해는 유대교 및 기독교의 기본적인 입장이라고 볼 수 있다.

현대 철학자 비트겐슈타인 역시 자살은 자신을 파괴하는 행위이며 무례하고 폭력적인 행위이기 때문에 근본적으로 죄로 규정하였다(Johnstone, 1999; Rich & Butts, 2004에서 재인용). 한편, 정신의학에서는 자살을 정신질환이나 왜곡된 현실 지각 또는 비이성적 충동으로 인해 발생하는 자기파괴적 행위로 간주하는 경향이 강하다(Hewitt & Edwards, 2006). 즉, 전통적으로 정신건강전문가들은 심사숙고한 후에 자살을 결정할 수 있다는 생각을 부정한다. 최근에는 이성적 자살 및 조력자살이 만연하게 될 것을 우려하면서 미끄러운 경사면(slippery slope) 논쟁이 지속되고 있다(Rich & Butts, 2004). 즉, 안락사 및 이성적 자살을 반대하는 사람들은 이성적 자살 및 안락사의 합법화라는 위험한 경사면에 발을 들여놓을 경우, 이성적 자살 및 안락사의 허용 범위가 점차로 확대되고 나중에는 도저히 허용될 수 없

는 경우에도 자살을 허용하게 될 것이라고 주장한다.

한편, 국내 종교계에서는 주로 기독교를 중심으로 자살과 안락사를 반대하는 논의가 이루어져왔다. 반면, 유교에서는 자살 및 안락사에 대해 구체적으로 어떤 입장을 취하고 있는지 확인하기가 어렵다. 다만, 삶에 대한 관심이 중심 주제이고, 죽음을 운명에 달린 것이고 도를 실현하기 위해 사명을 다하다 맞게 되는 결과로 이해하는 유교적 세계관(김교빈, 2006)을 고려했을 때, 개인적인 고통 때문에 스스로 죽음을 선택하는 것을 바람직하지 않게 간주할 것으로 추론할 수 있다. 한편, 정재영(2008)은 대부분의 종교 교리들이 생명을 중시하는 내용을 포함하고 있기 때문에 스스로 생명을 포기하는 행위인 자살을 금지시키고 있지만, 종교와 자살에 대한 연구가 미흡하고, 기존의 연구들 또한 자살 금지에 대한 논리를 발전시키거나 사람들에게 자살에 대한 경각심을 일깨우는 수준에서 논의가 그치고 있다고 지적하였다.

공리주의를 근간으로 안락사를 지지하는 입장을 비판하는 견해 또한 존재한다. 예를 들어, 이종원(2007)은 공리주의적 관점이 유용성의 원리에 따라 안락사를 허용하고 있지만, 유용성의 원리는 하나의 척도일 뿐 안락사의 타당한 기준이 될 수 없다고 주장하였다. 즉, 고통의 종식만이 행복의 척도라고 주장하는 유용성의 원리 자체에 문제가 있으며, 생명은 고통이나 삶의 질을 넘어 그 자체로써 어떤 가치와도 비교할 수 없는 고유한 가치가 존재한다는 것이다. 따라서 고통으로부터 벗어나기 위해 생명을 종결시키는 것은 행복의 모든 가능성을 차단하는 유일회적이며 돌이킬 수 없는 행위이기 때문에, 안락사 자체에 윤리적

인 문제가 포함되어 있다고 주장하였다.

윤리적 원칙

상담 장면에서 죽음 특히 이성적 자살을 다룰 경우, 상담자는 윤리적 원칙들이 서로 충돌하는 딜레마 상황을 경험하게 된다. Kitchener (1984)는 윤리적 원칙으로 자율, 선행, 무해, 성실, 공정성을 언급했는데, 이외에도 학자들에 따라 자비나 유용성을 추가하기도 한다(Beauchamp & Childress, 2001; Duba & Magenta, 2008; Kleespies, 2004).

이성적 자살의 문제를 다룰 경우, 자율과 무해의 원칙이 충돌할 가능성이 높다. 자율의 원칙은 타인의 가치나 기준에 의해 내담자의 자율성이 제한되지 않아야 함을 의미한다(Fulbrook, 1994). 반면, 무해의 원칙은 상담자가 내담자에게 해를 끼치는 행위를 해서는 안 됨을 의미한다(Kitchener, 1984). 자율의 원칙이 주로 서구의 개인주의 가치관에 영향을 받은 것으로 볼 수 있지만, 내담자가 지닌 선택의 자유를 침해하지 않아야 한다는 것은 국내 상담학계에서 합의하고 있는 기본 지침이다(한국상담심리학회, 2004). 자율의 원칙에 따르면, 상담자는 내담자가 자신의 욕구와 동기, 행동의 결과를 분명히 인지한 상태에서 의사결정을 내렸을 경우 이를 존중해야 한다(Albright & Hazler, 1995). 그러나 내담자가 이성적으로 죽음을 결정했을 경우, 상담자가 과연 내담자의 자율성만을 존중해야 하는가라는 딜레마에 빠지게 된다. 왜냐하면, 내담자의 자율성을 존중할 경우 그로 인한 최종적인 결과는 내담자의 생물학적 죽음이기 때문이다. 이는 자칫 상담자가 무해의 원칙을 충분히 고려하지 않은 채

내담자의 죽음을 방관한 것으로 해석될 수 있다(Albright & Hazler, 1995). 반면, 내담자의 생명을 보호한다는 명목 하에 내담자의 자율적인 결정을 무시하고 죽음으로부터 내담자를 지키려고만 한다면, 이는 상담자의 위세(power)를 부적절하게 남용하는 것이며(Werth, 1996), 목적성 있게 살고자 하는 내담자의 욕구를 침해하는 것으로 해석될 수 있다(Hill & Shirley, 1992).

이성적 자살을 다룰 때 자율의 원칙과 충돌하는 또 다른 윤리원칙은 선행의 원칙이다. 선행이란 내담자의 복지를 향상시키는 것을 의미한다(Welfel, 2006). 예를 들어, 회복 불가능한 내담자의 치료를 중단하고 죽음을 선택하는 것은 내담자의 복지를 향상시키는 행위일 수 있으며, 이는 선행의 원칙에 부합한다고 볼 수 있다(Duba & Magenta, 2008). 즉, 내담자의 생명을 유지시킴으로써 오히려 내담자의 육체적, 정신적 고통을 지속시키고, 내담자가 가족에게도 정신적, 경제적 피해를 가중시킬 수 있다(Farrugia, 1993). 따라서 이 경우 내담자가 스스로 죽음을 선택하는 것과 내담자의 복지를 향상시키는 두 가지 원칙은 서로 충돌하지 않고 조화를 이룬다고 볼 수 있다. 그러나 내담자가 죽음을 선택함으로써 내담자 자신의 고통을 잠재울 수는 있지만, 가족을 포함한 주변 사람들에게는 정신적인 충격과 아픔을 주게 되고(Cooke et al, 1998), 이는 결국 내담자로 하여금 주변 사람들에 대한 죄책감과 수치심 등 부정적인 감정을 경험하게 만드는 결과를 가져올 수 있다(Werth & Holdwick, 2000). 따라서 이 경우에는 내담자의 복지를 향상시키는 것과는 정반대의 결과를 가져오게 되고, 자율과 선행의 원칙은 서로 충돌하게 된다. Tjeltveit(2006)는 자율과 선행이라는 두 가지 윤

리적 원칙이 충돌하는 딜레마 상황을 쉽지는 않지만 충분히 해결할 수 있다고 주장하였다. 즉, ‘좋은 삶이란 무엇인가’라는 질문에 답할 수 있는 여러 관점들을 탐색함으로써, 보다 폭넓고 구체적으로 선행의 의미를 찾을 수 있다고 주장하였다. 이는 상담자가 특정한 윤리적 원칙을 적용하기에 앞서 좋은 삶에 대한 자신만의 관점을 확립할 필요가 있음을 의미한다.

법과 윤리규정

이성적 자살이나 조력 자살처럼 내담자의 생명과 직결되는 문제를 다룰 경우, 상담자는 관련 법규나 윤리규정을 정확히 숙지하고 있어야 한다. 이를 통해 상담자는 상담과정에서 자신이 다룰 수 있는 내용과 담당해야 할 역할들에 대해 비교적 뚜렷한 경계를 확인할 수 있다. 더욱이, 법적, 윤리적 공방이 발생했을 경우, 책임소재를 분명히 해서 상담자 자신을 보호할 수 있다.

삶의 마지막에 관한 법적 논의들은 주로 안락사에 초점을 두고 진행되어왔다. 우선, 네덜란드에서는 세계 최초로 적극적 안락사를 합법화하여 사안에 따라 안락사를 허용하고 있다. 반면, 미국의 경우 오리건 주와 워싱턴 주에서는 존엄하게 죽음을 맞고자 하는 환자에게 약물을 처방하는 것을 허용하는 존엄사법(Death with Dignity Act)을 제정하고 의사 조력 자살을 합법화하였지만, 안락사는 여전히 금하고 있다(노동일, 2009). 미국의 의사단체 또한 안락사 합법화를 반대하고 있다. 한편, 우리나라 형법에서는 원칙적으로 안락사를 살인행위로 금하고 있지만, 만일 대법원에서 환자

의 연명치료 중단을 허용하는 판결이 내려진다면 존엄사 관련 법제화가 가속될 수 있고, 죽음과 죽어가는 과정에 대한 일반인들의 인식에 많은 변화가 있을 것으로 예상된다(최준식, 2006). 현재 우리나라에서는 병원윤리위원회에서 환자의 의사결정을 해석하고 의학적 상태를 검증한 후, 위원회의 검증을 참고한 법적 판결을 통해 치료중단에 관한 최종 결정이 이루어진다(신동일, 2009). 한편, 의식불명 상태에 빠지거나 판단능력을 상실하게 될 것에 대비해서 환자가 사전에 의료적 조치에 관한 의사를 표시했다 하더라도 추후의 법적 판결은 달라질 수 있다. 즉, 환자의 사전 의사표시를 중시하여 연명치료를 중단하게 할 수도 있지만(손명세, 2009), 환자의 사전 의사표시가 미래의 상황을 가상으로 예측하여 내린 추상적인 결정일 뿐 치료중단에 대한 명시적 또는 추정적 의사가 있다고 인정할 수 없기 때문에 연명치료를 지속하도록 요구할 수도 있다(김학태, 2009).

안락사와 같이 죽음을 선택하는 문제가 사회적인 쟁점 사항으로 부각되면서, 해외 상담학계에서는 관련 위원회를 설치하여 연구를 수행하거나 윤리규정을 제정하는 등 나름의 입장을 표명해 왔다. 예를 들어, 미국심리학회에서는 조력자살과 삶의 마지막을 결정하는 문제를 다루기 위해 특별위원회를 구성하였고, 조력자살을 옹호하거나 반대하지 않는다는 내용과 함께 심리학자들이 담당할 수 있는 역할들을 논하였다(Werth & Holdwick, 2000). 또한 미국상담협회(2005)에서는 시한부 말기 환자를 상담할 때 고려해야 할 지침들을 윤리규정에 포함시켰다. 즉, 상담자는 내담자의 심리적, 정서적, 사회적, 영적 욕구를 위한 양질의 서비스를 제공하고, 내담자의 자기결정권을 최

대한 존중하며, 내담자가 스스로 합리적인 결정을 내릴 수 있는 능력을 지니고 있는지를 평가해야 한다고 명시하고 있다. 또한 삶의 마지막을 선택하려는 내담자와 상담할 것인지 아닌지를 상담자가 선택할 수 있다고 규정함으로써, 상담 진행에 대한 상담자의 자율적인 의사 또한 존중하고 있다(A.9). 이에 비해 국내 상담심리학계에서는 삶의 마지막을 선택하는 문제에 대한 논의가 활발히 진행되고 있지 않으며, 윤리규정이나 지침 또한 마련되어 있지 않은 실정이다.

사회문화적 맥락

삶의 마지막을 결정하는 것과 관련된 문제는 사회문화적인 요인들에 의해 영향을 받는다(Werth, Blevins, Toussaint, & Durham, 2009; Werth, Gordon, & Johnson, 2002; Werth & Rogers, 2005). 실제로 서로 다른 문화권에서 생활하고 있는 사람들은 안락사 등의 문제에 대해 매우 다른 태도를 지닌 것으로 나타났다(Blevins & Papadatou, 2006; Werth & Crow, 2009). 예를 들어, 개인주의 문화권에서는 당사자 개인의 합리적인 판단을 중시하는 반면, 가족 내 통합과 유대를 강조하는 문화권에서는 가족 구성원의 존속을 보다 중요시한다(Candib, 1995). 즉, 가족 내에서 수행해야 할 역할 의무(role obligation) (Berger, 1998) 때문에, 이성적 자살 등으로 인한 가족 구성원의 죽음은 가족에 대한 의무를 저버리는 불명예스러운 행위로 간주된다. 따라서 이러한 문화권에서는 삶의 마지막과 관련된 결정을 내릴 때 가족의 의견을 고려하는 것이 매우 중요하다(Candib, 2002).

한편, 전통적으로 우리 문화에서는 죽음을 스스로를 비우고 이치에 맡김으로서 초연하게 받아들여야 하는 것으로 인식하는 경향이 강하다(조동일, 1993). 달리 말하면, 개인이 자율적으로 판단해서 죽음을 결정하게 되면 자연의 이치에 맞지 않는 것이 된다. 우리나라 상담자들이 주로 자살예방에 초점을 두고 있고 상담 장면에서도 자살과 관련된 문제를 다루기 꺼려하는 것도 죽음과 관련된 이러한 사회문화적 맥락에 영향을 받았다고 볼 수 있다. 그러나 세계화 및 다문화되어 가는 우리나라 현실을 고려했을 때, 이미 우리사회에는 죽음과 관련된 다양한 가치들이 공존하고 있을 가능성이 높다. 이런 상황에서 만일 상담자가 죽음과 관련된 전통적인 견해를 고집할 경우 앞서 언급한 가치관 강요의 문제가 발생할 수 있다. 또한 내담자의 고유한 사회문화적 맥락을 고려하지 않은 채, 무엇이 자연스럽고 더 좋은 것인지를 판단하는 것은 오히려 내담자가 선택할 수 있는 대안의 폭을 제한하는 결과를 가져올 수 있다. 상담자의 이러한 온정주의(paternalism)가 우리 문화에서는 정감(情感) 있는 행동으로 인식되어 내담자의 자율성보다 우선시될 수 있지만, 내담자의 사회경제적 지위나 영성 및 종교적 믿음이 상담자의 그것과 다를 경우, 과연 이러한 온정주의적인 태도가 적절하고 공정할지는 생각해 볼 문제이다.

삶의 마지막에 관한 결정 및 이성적 자살 상담 시 상담자의 역할

상담자가 죽음을 고려하고 있는 내담자와 무엇을 어떻게 해야 할지 숙고해 본 경험이 없다면, 내담자에게 적절한 도움을 제공하기

어려울 것이다. 다음 절에서는 ACA 윤리규정(2005) 및 선행 연구들을 토대로, 삶의 마지막에 관한 결정 및 이성적 자살을 다룰 때 상담자가 수행해야 할 역할들을 살펴보고자 한다.

ACA 윤리규정 A.9. ‘불치병에 걸린 내담자의 삶의 마지막을 위한 보살핌’(2005)에 따르면, 상담자는 죽음을 생각하는 내담자에게 유용한 정보와 양질의 보살핌을 제공하고, 내담자가 이성적인 결정을 내릴 수 있도록 도와야 하며, 내담자가 이성적으로 결정할 만한 능력이 있는지를 평가해야 한다. 이 규정은 상담자의 역할을 매우 일반적인 수준에서 논하고 있어 상담자들이 참고할 만한 실제적인 지침을 제공하지 못한다. 이에 많은 학자들이 ACA 윤리규정을 확장하여 삶의 마지막에 관한 결정을 다룰 때 상담자가 담당해야 할 역할들을 구체적으로 제시하였다. 이를 요약하면, 우선 상담자는 반성적 성찰(Neimeyer, 2000)을 통해 죽음과 관련된 자신과 내담자의 철학적, 종교적 입장을 조망하고(Corey et al., 2007; Faiver, & O'Brien, 2004), 한 개인으로서 뿐만 아니라 정신건강전문가로서 죽음에 대해 지니고 있는 믿음을 점검할 필요가 있다(Werth, 1999). 또한 상담자는 내담자가 제기하고 있는 삶의 마지막에 관한 결정이 어떤 윤리적 원칙들과 결부되어 있는지를 인식해야 하고(Welfel, 2006; Werth & Crow, 2009), 충분한 정보제공을 통해 내담자가 스스로 의사결정을 내릴 수 있도록 내담자의 자율성을 최대한 보장해야 한다(Ables & Barlev, 1999; Duba & Magenta, 2008; Farberman, 1997; Kleespies, 2004). 다음으로, 상담자는 이 문제와 관련된 법적인 문제가 무엇인지를 확인해야 하고(Duba & Magenta, 2008; Werth & Crow, 2009), 필요할 경우 동료 및 법률가를 포함한 전문가 집단에 자문을 구해야

한다(Ables & Barlev, 1999; Duba & Magenta, 2008; Werth, 1999). 또한, 상담자는 내담자의 문제와 관련된 사회문화적 맥락을 파악해야 하는데, 특히 내담자의 의사결정에 있어서 외부의 강압이 없는지, 내담자의 의사결정에 영향을 미치는 환경적, 경제적, 대인관계적, 영적 문제들을 살펴보고 이에 적절히 대처해야 한다(Duba & Magenta, 2008; Farberman, 1997; Werth & Crow, 2009; Werth et al., 2002; Werth & Holdwick, 2000). 마지막으로, 상담자는 내담자에게 이성적인 의사결정 능력이 있는지를 판단할 수 있어야 하는데(Farberman, 1997; Werth, 1999; Werth & Crow, 2009; Werth et al., 2002), 심리적인 문제가 삶의 마지막과 관련된 의사결정에 중요한 영향을 미친다는 점을 고려해서 내담자의 정신건강 문제를 진단해야 한다(Werth & Rogers, 2005).

본 연구에서는 ACA 윤리규정(2005) 및 기존 연구자들이 제안한 상담자의 역할 중 공통적으로 강조하고 있는 측면들을 5개의 범주로 유목화하고, 각 영역에서 상담자가 보다 초점을 두고 수행해야 할 역할들을 다음과 같이 명명하였다. 즉, 윤리적 이론에 대한 “성찰자”, 윤리적 원칙들이 충돌하고 있는 윤리적 딜레마 상황에 대한 “분석가”, 법과 윤리규정 등 제도적 장치의 “실행자”, 사회문화적 맥락에 대한 “탐색가”, 그리고 내담자의 개인적 특성에 대한 “평가자”로 구분하여 제시하였다. 비록 영역별로 상담자의 역할을 구분한 것은 아니지만, Werth와 그의 동료들(2002) 또한 삶의 마지막에 관한 결정 시 정신건강전문가의 역할을 옹호자(advocate), 상담자, 교육자, 평가자, 학제 간 팀 구성원, 연구자로 범주화해서 제시한 바 있다. 한편, 본 연구에서는 영역별로 상담자의 특정 역할을 명시했지만, 각각의 역

할은 해당 영역뿐 아니라 다른 영역에서도 필요하다라는 점을 인식해야 한다. 다만, 제시된 상담자 역할은 해당 영역에서 상담자가 보다 중점을 두고 고려해야 하는 역할로 해석할 필요가 있다.

윤리적 이론에 대한 성찰자

상담자는 자기 탐색을 통해 가치를 명료화하고 최신 이론에 대한 연구를 지속하는 등 의사결정 과정에서 반성적으로 성찰해야 한다(Neimeyer, 2000). 이러한 과정은 내담자를 깊은 수준에서 이해하고 효과적으로 조력하기 위한 준비과정으로 이해할 수 있다. 본 논의와 관련해서, 상담자는 죽음에 대한 다양한 종교적, 철학적 입장을 조망함으로써(Corey et al., 2007; Faiver, & O'Brien, 2004), 죽음이라는 실존적 문제에 대한 성찰자로서 기능할 필요가 있다. 상담자가 죽음을 선택하는 것과 관련된 다양한 관점들을 성찰하는 과정에서 상담자 자신의 관점을 확인할 수 있고, 또한 이것이 죽음에 관해 이야기하는 내담자와의 상담에 어떤 영향을 미칠지 미리 인식함으로써, 삶의 마지막을 결정하고자 하는 내담자의 종교적, 철학적 입장 또한 효율적으로 탐색할 수 있을 것이다.

Rogers 등(2001)은 질적 연구를 통해 상담자의 성별과 인종, 훈육, 작업 환경, 경험 등에 따라 이성적 자살에 대한 생각이 크게 다르지 않지만, 소속 종교에 따라서는 다르다고 보고하였다. 이는 한편으로는 상담자의 영적, 종교적 신념이 내담자가 제기하는 죽음 및 이성적 자살의 문제를 객관적으로 이해하고 개입하는데 방해요인이 될 수 있음을 의미한다. 그러나 다른 한편으로는 상담자의 영적, 종교적

신념과 경험이 내담자의 문제를 보다 깊은 수준에서 통합적으로 이해하는 데 도움이 될 수도 있음을 의미한다(Walker, Gorsuch, Tan, & Otis, 2008). 즉, 삶의 유한함과 존재의 실존적 불안 등 보다 근본적인 문제를 성찰하는 과정을 통해 상담자는 내담자가 제기하는 죽음 관련 문제에 압도당하지 않을 수 있고, 오히려 심층적이면서도 다각적으로 죽음과 관련된 상반된 측면들(예, 편한 죽음에 대한 기대 대 완치에 대한 희망, 홀가분함 대 혼자 살아가는 것에 대한 두려움과 슬픔)을 균형감 있게 다룰 수 있을 것이다.

충돌하는 윤리적 원칙에 대한 분석가

상담자는 특정 문제를 다룰 때 그 문제가 윤리적 원칙과 결부되어 있는지를 인식할 수 있어야 한다(Duba & Magenta, 2008; Kleespies, 2004; Welfel, 2006). 본 논의와 관련하여, 상담자는 이성적 자살 또는 조력자살과 같이 죽음을 선택하는 문제를 다룰 때 이것이 윤리적 원칙과 관련이 있으며, 몇 가지 원칙들이 서로 충돌하고 있는 윤리적 딜레마임을 인식해야 한다. 특히, 상담자는 이 문제에 대한 내담자의 자율적 의사결정을 최대한 존중하여, 내담자가 충분한 정보를 습득한 이후에 스스로 의사결정을 내릴 수 있도록 조력할 필요가 있다(Ables & Barlev, 1999; Farberman, 1997; Werth & Crow, 2009). 또한 자율과 선행, 그리고 무해의 윤리적 원칙들이 서로 충돌할 가능성을 고려해야 한다. 이 때 상담자는 다음과 같은 반성적 질문을 스스로에게 던질 수 있다: ‘내담자의 자율성을 존중하는 것과 관련해서 나는 어떤 생각을 지니고 있는가?’, ‘내담자의 자율적인 의사결정을 최대한 존중하고 있는가?’,

‘내담자가 호소하고 있는 문제를 다룸에 있어서 나는 자율과 선행의 원칙 중 어느 것에 더 비중을 두고 있으며, 그 이유는 무엇인가?’ 이러한 반성적 질문(표 1 참조)을 통해 상담자는 내담자의 문제를 통합적으로 이해할 수 있고, 잠재적인 윤리적 딜레마 상황에서 우선적으로 고려해야 할 윤리적 원칙들을 구분해냄으로써 보다 균형감 있게 대처할 수 있을 것이다.

법과 윤리규정의 실행자

삶의 마지막과 관련된 결정을 논한 대부분의 연구들은 죽을 권리 등 보다 근본적인 문제보다는 법과 윤리규정 등 상담자의 책임과 그로 인해 발생할 수 있는 문제(Werth, 1999; Werth & Crow, 2009; Werth & Holdwick, 2000), 죽음을 예방하는 것(Joiner et al., 2007; Werth & Rogers, 2005)에 논의를 집중하고 있다.

상담자는 법 조항 및 윤리규정을 준수하고 이를 내담자에게 알릴 의무가 있다. 내담자의 이성적 자살 또는 삶의 마지막에 관한 문제를 다룸에 있어서도, 상담자는 법과 윤리규정에서 무엇을 요구하고 있는지 정확히 알아야 하고 내담자에게도 이를 주지시킬 필요가 있다. 일반적으로 상담자는 법과 상담기관으로부터 내담자의 자살을 예방할 것을 요구받는다. 즉, 내담자로 하여금 자살을 촉진시키는 심리적, 상황적 스트레스를 적절히 대처하도록 돕고, 내담자의 자살시도를 막을 수 있도록 중재하며, 자살을 시도했거나 자살시도로부터 살아남은 사람들과 함께 지속적으로 자살예방을 위해 노력할 것을 요구받는다.

한편, ACA와 APA 윤리규정에는 상담자들이 적절한 법적, 윤리적 방안을 찾지 못할 경우 법률가나 수퍼바이저로부터 전문적인 도움을

구할 것을 권고하고 있다. 그러나 국내 상담 관련 윤리규정에는 조력자살이나 개인의 죽을 권리에 관해 구체적인 지침이 마련되어 있지 않다. 분명한 것은, 상담자들이 이런 문제를 피하려고 해서는 안 되며 관련 지식을 갖추고 문제를 다루려는 노력을 기울여야 한다는 것이다(Crawford, 1999).

사회문화적 맥락에 대한 탐색가

삶의 마지막 결정과 관련된 문제는 법과 윤리규정 이외에도 사회문화적 맥락에 의해 영향을 받는다. 따라서 상담자는 내담자가 처한 사회문화적 맥락의 영향을 탐색할 필요가 있다. Werth 등(2002)은 삶의 마지막에 관한 결정을 다루는 상담이 주로 불치병이라는 개인의 신체적 고통에 주목해왔음을 지적하고, 심리내적인 요소와 심리외적인 요소, 즉 내담자의 심리적·정신적 상태와 함께 대인관계 및 환경적인 요인들을 동시에 고려해야 한다고 주장하였다. 특히, 내담자가 경제적 요인, 주요 타인의 유무와 같은 사회적 지지체계, 그리고 외부의 압력 또는 강압에 의해 죽음을 결정할 수 있기 때문에, 내담자가 처한 외부 상황에 대해 객관적인 정보를 수집할 필요가 있다고 주장하였다.

한편, 상담자는 자신의 사회문화적 배경이 이성적 자살을 다루는 상담과정에 미칠 수 있는 영향을 탐색할 필요가 있다. 예를 들어, 상담자는 한 자연인으로서 자살에 대해 지니고 있는 입장을 탐색해야 할 뿐만 아니라, 상담이라는 직업세계가 자신에게 요구하고 있는 것을 숙지할 필요가 있다. Tarvydas와 Cottone (1991)은 일반적인 의사결정 시 상담자가 고려해야 할 맥락적 측면을 네 가지로 구분하였다:

임상적 상담 수준(the clinical counseling level), 임상적 학제 간 팀 수준(the clinical interdisciplinary team level), 상담기관 수준(the institutional/agency level), 사회적 자원/공공 정책 수준(the societal resource/public policy level). 상담자와 내담자의 관계적 맥락을 중시하는 임상적 상담 수준을 제외한 나머지 세 수준을 이성적 자살 및 삶의 마지막에 관한 문제를 다루는 상담자의 역할에 적용시켜 보면 다음과 같다. 첫째, 사회적 자원/공공 정책 수준에서 상담자는 법과 윤리규정 뿐만 아니라 현재 사회 내에 축적된 공적 논의들을 숙지할 필요가 있다. 만일 관련 논의들이 제도적 장치로 확립되어 있지 않다면, 상담자는 현재 진행되고 있는 핵심적 논의와 주요 쟁점 사항 등을 숙지하고 이를 실제 상담 장면에서 어떻게 적용할 것인지를 고려해보아야 한다. 둘째, 상담기관 수준에서는 상담자가 속해있는 상담기관이 이성적 자살 또는 삶의 마지막에 관한 문제에 대해 어떤 정책을 표방하고 있는지를 알고 있어야 한다. 기관의 정책 및 기관장의 견해, 유사 사례에 대한 기존의 대처 방식 등을 탐색해야 하고, 이러한 문제들을 다루기 위한 전문적인 훈련 및 면접 프로그램이 기관 내에 마련되어 있는지를 확인해야 한다. 셋째, 임상 학제 간 팀 수준에서는, 이성적 자살 및 죽음에 대한 권리에 대해 기관 내 동료 상담자들은 어떤 입장을 지니고 있는지를 살펴보고, 필요할 경우 자문을 구해야 한다. 특히, 관련 내용이 법 조항이나 윤리규정 또는 기관의 정책으로 명시되어 있지 않을 경우, 동료 상담자 및 슈퍼바이저에게 자문을 구하는 일은 구체적인 상담 계획을 수립하고 개입전략을 마련하는 데 있어서 매우 중요한 역할을 하게 된다. ACA (2005) 윤리규정에도 필요할 경우 전문가로부

터 자문과 슈퍼비전을 구할 책임이 상담자에게 있음을 명시하고 있다.

내담자의 심리 상태 및 성격 특성에 대한 평가자

조력 자살이나 안락사를 통해 육체적 고통을 마감하려는 사람들은 인간으로서의 존엄성 상실이나 주변 사람들에게 의존해야 하는 현실, 질병에 따른 소진 때문에 괴로움을 호소하는 것으로 나타났다(Kleespies, 2004). 이는 질병으로 인한 육체적 고통뿐만 아니라 이로 인한 심리적 괴로움 또한 자살을 고려하게 만드는 주된 요인임을 의미한다. 이 때, 상담자는 내담자의 질환 및 이로 인한 육체적 고통을 이해하고 있어야(Ables & Barlev, 1999) 내담자의 심리적 괴로움이 병리적인 특성을 띠고 있는지를 구별할 수 있을 것이다.

한편, 불안, 임상적 우울 및 정서장애, 정신 착란, 치매, 성격장애, 약물남용 등과 같은 심리적인 문제들은 삶의 마지막과 관련된 결정에 심각한 영향을 미친다(Corey et al., 2007; Werth & Rogers, 2005). 따라서 상담자는 심리적인 문제들이 내담자의 의사결정능력을 손상시키고 있는지 정확히 평가해야 한다(Werth & Crow, 2009; Werth, et al., 2002; Werth & Holdwick, 2000; Werth & Rogers, 2005). 내담자의 의사결정이 육체적 고통으로 인한 무망감이나 절망감 때문인지 아니면 심리적인 문제 때문인지 구분하는 일은 쉽지 않다(Block, 2000). 그러나 임상적 우울 등으로 인한 의사결정능력의 손상 때문에 내담자가 자살을 고려하고 있는 것으로 판단된다면, 상담자는 내담자가 실제 행동으로 이행하는 것을 미루거나 중단하도록 도와야 하고, 자살 이외의 다

른 대안을 탐색하도록 조력해야 한다.

또한 내담자의 인지적, 성격적 특성을 고려할 필요가 있다. 예를 들어, 상담자는 다음과 같은 반성적 질문들을 통해, 내담자의 개인적 특성이 의사결정에 미칠 수 있는 잠재적 영향을 탐색해 볼 수 있다: ‘내담자는 매사 부정적이고 비판적으로 생각하는 편인가?’, ‘내담자는 인간적인 동정과 관심을 얻기 위해 죽음의 문제를 꺼내고 있는가?’, ‘내담자는 충동적으로 결정을 내리는 성향이 있는가?’(표 1 참조)

삶의 마지막에 관한 결정 및 이성적 자살 상담을 위한 윤리적 의사결정모델

본 연구의 주요 목적은 이성적 자살을 비롯한 삶의 마지막에 관한 결정을 고려하는 내담자를 상담할 때 상담자가 활용할 수 있는 윤리적 의사결정모델(ethical decision-making model)을 제안하는 것이다. 구체적인 의사결정모델을 제안하기 앞서, 삶의 마지막에 관한 결정과 관련해서 지금까지 제시된 기존의 의사결정모델과 본 연구에서 제안하는 의사결정모델에 개념적 틀을 제공한 대표적인 의사결정모델들을 간략히 살펴보고자 한다.

삶의 마지막을 결정하는 문제에 윤리적 의사결정모델을 적용한 예로는 Schwiebert, Myers와 Dice(2000) 그리고 Kleespies(2004)를 들 수 있다. 우선, Schwiebert 등은 노인상담 사례에 Fitting(1986)의 의사결정모델을 적용하였다. 연구자들은 고통을 멈추기 위해 자살을 고려하는 말기 노인환자들을 상담할 때, 상담자는 성찰적 질문(예, 내담자가 이성적으로 판단해서 자살을 선택했을 때, 상담자가 내담자를

보호할 의무와 권리가 있는가?)을 통해 자살과 죽을 권리에 대한 자신의 관점을 탐색할 것을 제안하였다. 또한 죽을 권리에 대한 법률적 지침과 윤리규정을 참고할 것과, 내담자의 나이, 질병의 종류 및 진행 상태, 내담자의 이성적 판단능력 등을 고려할 것을 제안하였다. Kleespies(2004)는 삶의 마지막에 관한 결정에 Beauchamp와 Childress(2001)의 통합 모델을 적용하면서, 자율, 선행, 무해, 공정성 등의 윤리적 원칙과 사회문화적 맥락을 고려할 것을 강조하였다. 그는 특정 사례에 특정 원칙이 적용되기보다는 두 개 이상의 원칙들이 적용되거나 다수의 원칙들이 충돌하고 있기 때문에, 이러한 의사결정에는 늘 모호성과 논란이 수반될 수 있다고 주장하였다. Schwiebert 등(2000)과 Kleespies(2004) 외에는 삶의 마지막을 결정하는 문제에 의사결정모델을 적용한 예를 찾아보기 어렵다. 더욱이, 두 모델 모두 삶의 마지막에 관한 결정이라는 문제의 특수성 및 이와 관련된 다양한 주제와 측면들을 통합적으로 고려하지 못한 한계를 지니고 있다. 따라서 본 연구에서는 삶의 마지막을 결정하는 문제와 관련된 다양한 주제들을 포함하면서 상담자의 역할까지도 함께 고려하는 윤리적 의사결정모델을 제안하고자 한다.

본 연구에서 제시하는 윤리적 의사결정모델은 그 내용 및 영역, 그리고 의사결정 과정을 고려했을 때 통합 모델(integrative model)에 해당된다고 볼 수 있다. 일반적으로 윤리적 의사결정모델은 원칙 윤리 또는 덕 윤리 중 어느 것을 강조하느냐로 분류할 수 있다(Corey et al., 2007). 이 때 원칙 윤리(principle ethics)는 윤리적 원칙이나 윤리규정 및 법조항 등 객관적이고 이성적이며 인지적인 측면들을 강조하는 반면, 덕 윤리(virtue ethics)는 상담자의 윤리적

가치 및 정서적 욕구 등 상담자의 개인적 특성을 중시한다. 상담 관련 분야에서 처음으로 윤리적 의사결정모델을 제안했던 Kitchener(1984) 또한 원칙 윤리 및 덕 윤리와 유사한 개념(비판적-평가적 수준, 직관적 수준)을 사용하여 윤리적 의사결정 과정을 제안한 바 있다(그림 1). 즉, 일상적인 상황에서는 대부분 직관적 수준에서 의사결정이 이루어지지만, 직관적 수준의 판단만으론 부족할 경우 비판적-평가적 수준의 의사결정을 따를 것을 제안하였다.

반면, 통합 모델은 이 두 가지 윤리(원칙 윤리, 덕 윤리) 또는 수준(비판적-평가적 수준, 직관적 수준)을 통합적으로 수용하면서, 내담자와 상담자의 사회문화적 맥락을 고려할 것을 강조한다(서영석 등, 2009). 여기에는 Rawls(1999)의 반성적 평형(reflective equilibrium) 개념을 적용한 Beauchamp와 Childress(2001, 2009)의 통합 모델, 상담자의 반성적 태도뿐만 아니라 상황적 맥락과 관련 당사자들과의 협력을 강

조한 Tarvydas(1998, 2004)의 통합적 모델, 그리고 Tarvydas의 모델에 기존의 다문화 이론들을 결합한 Garcia 등(2003)의 초문화적 통합 모델 등이 포함된다(각 모델에 관한 구체적인 내용은 서영석 등의 논문을 참고할 것). 이러한 모델들은 구체적인 상담 주제를 염두에 두고 개발된 것이 아니라 상담과정에서 발생할 수 있는 전반적인 윤리적 문제들을 다루기 위해 제안된 것들이다. 반면, 본 연구에서 제안하고 있는 윤리적 의사결정모델은 그것이 비록 삶의 마지막에 관한 결정이라는 특수한 상담 주제를 다루고 있지만, 모델에서 고려하고 있는 내용 및 영역을 고려했을 때 통합적인 모델로 간주될 수 있다(그림 2 참조).

한편, 본 연구에서 제안하고 있는 통합 모델은 의사결정과정을 수준 또는 위계적 과정으로 개념화하는 대신, 상담자가 고려해야 할 다양한 측면들을 강조하여 두 차원으로 분류하였다. 즉, 그림 2에서 볼 수 있듯이 두 차원은 서로 병렬적으로 위치하고, 상담자는 한

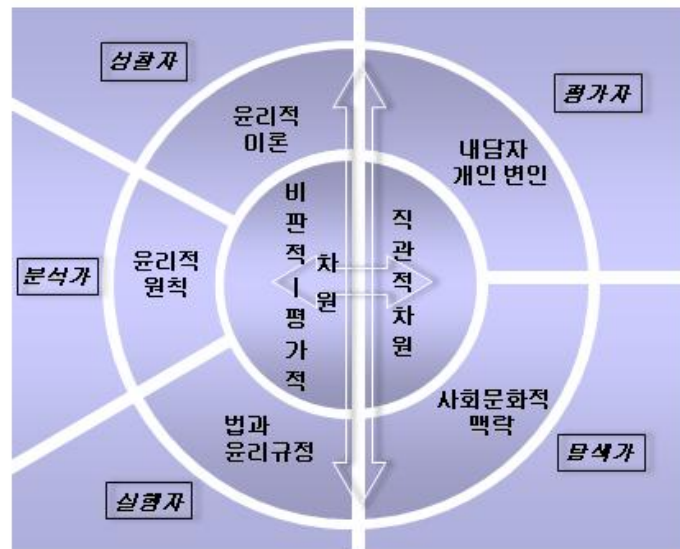


그림 2. 삶의 마지막에 관한 결정을 위한 윤리적 의사결정 모델

차원에서 다른 차원으로 이동하면서 의사결정 시 고려해야 할 측면들을 탐색하게 된다. 비록 상담자가 비판적-평가적 차원에 더 많은 비중을 둘 수 있겠지만, 직관적 차원에 해당되는 내용 및 상담자 역할을 통합적으로 고려함으로써, 죽음을 고려하고 있는 내담자의 상황을 통합적이면서도 개별화된 방식으로 이해할 수 있을 것이다.

직관적 차원의 윤리적 의사결정

직관적(intuitive) 차원에서는 내담자 개인 변인과 상담 당사자들의 사회문화적 맥락을 고려한다(그림 2). 내담자 변인은 내담자의 병명, 병의 심각도 등 사실적이고 객관적인 정보와 함께 내담자의 심리 상태와 성격 특성 등을 포함한다. 따라서 상담자는 내담자의 개인 특성에 대한 “평가자”로서 역할을 수행하는데, 내담자가 삶의 마지막에 관한 결정을 내릴 수 있을 정도의 이성적인 판단 능력을 지니고 있는지를 평가하는 것이 중요하다. 또한 내담자의 육체적·정신적 질병의 종류나 상태 등을 고려하면서 이성적 자살을 선택하게 된 이유나 동기 등을 충분히 검토해야 한다.

또한 상담자는 상담자와 내담자가 속한 사회문화적 맥락에 대한 “탐색가”로서 의사결정 과정에 임할 필요가 있다(그림 2). 상담 당사자들의 사회문화적 맥락을 탐색하는 일은, 내담자의 대인관계나 사회적 맥락뿐만 아니라 상담자와 내담자의 문화적 차이까지도 고려하고 있는 최근의 통합모델들과 맥을 같이 하고 있다. 예를 들어, Tarvydas(2004)의 통합적 모델에 따르면, 상담자는 법과 자신이 속한 상담기관의 요구를 우선시하면서도 내담자의 의사결정에 영향을 미칠 수 있는 가족이나 이웃,

친구, 직장 동료 등과 협력할 것을 강조하고 있다. 이를 본 모델에 적용하면, 자살을 생각하고 있는 내담자와 상담할 때 상담자는 내담자와 자신이 속한 사회문화적 맥락, 특히 죽음에 대한 사회적 인식이나 종교적 신념 등을 탐색하고, 의사결정과정에 미칠 영향을 고려해야 한다. 예를 들어, 상담자와 내담자가 기독교적인 사회문화적 맥락을 공유하고 있다면, 죽음에 대한 종교적 신념이나 고정관념 등 “문화적 장벽(Garcia et al., 2003)”으로 인해 자살이라는 문제를 깊이 다루지 않고 있는지 반성적으로 질문할 필요가 있다. 또한, 상담자가 속한 상담기관에서 정책적으로 자살예방을 홍보하고 있다면, 이성적 자살을 고려하고 있는 내담자를 상담할 때 자살예방에만 초점을 두고 상담을 진행하고 있는 것은 아닌지 스스로에게 질문할 필요가 있을 것이다.

비판적-평가적 차원의 윤리적 의사결정

본 연구에서 제시하고 있는 윤리적 의사결정모델은 직관적 차원의 판단과 함께 비판적-평가적(critical-evaluative) 차원의 판단을 요구한다. 즉, 상담자는 윤리규정 및 법 조항, 윤리적 원칙, 그리고 윤리적 이론을 고려해서 상담을 진행해야 한다(그림 2). 이 때, 상담자는 법과 윤리규정, 윤리적 원칙, 윤리적 이론을 순차적으로 고려하면서 의사결정을 내릴 수 있는데, 이는 Kitchener(1984)와 Hill과 Mamalakis(2001)의 의사결정모델을 참고한 것이다. Kitchener는 우선적으로 법과 윤리규정을 살펴야 하고, 그 다음엔 윤리적 원칙과 이론을 참고해서 의사결정을 내릴 것을 제안하였다(그림 1).

국내의 경우, 2009년 10월에 회복 불가능한

말기환자에 대해 연명치료를 중단할 수 있다는 지침이 의료계에서 발표되었지만, 이러한 지침은 육체적인 질병에만 한정되었을 뿐 정신건강과 관련된 내용은 포함되어 있지 않다. 또한 국내 상담학계에는 삶의 마지막에 대한 결정이나 이성적 자살에 대한 윤리규정이 마련되어 있지 않은 실정이다. 이렇듯, 상담자들이 참고할 수 있는 윤리규정이나 법조항이 마련되어 있지 않은 상태에서는 윤리적 원칙이나 윤리적 이론을 참고할 수밖에 없다. 앞서 논의했던 것처럼, 일반적으로 삶의 마지막에 관한 결정은 자율과 선행, 무해의 원칙과 가장 밀접하게 관련되어 있다. 하지만 어떤 상황에서는 윤리적 원칙들을 구분하기 어려울 수 있고, 또한 몇 가지 원칙들이 서로 충돌하고 있는 상황도 발생할 수 있다. 이 때 상담자는 충돌하고 있는 윤리적 원칙들을 인지하고, 최선의 의사결정을 내리기 위해 윤리적 원칙들의 우선순위를 정하는 “분석가”로서 역할을 수행해야 한다. 만일, 해당되는 윤리적 원칙을 찾을 수 없거나 윤리적 원칙들의 우선순위를 정하기 어려울 경우, 상담자는 죽음과 관련된 윤리적 이론들을 참고할 수 있다. 즉, 상담자는 종교 및 철학적 입장에 대한 “성찰자”로서 칸트주의나 공리주의 등 다양한 이론적 관점들을 검토해서 의사결정에 반영할 수 있다.

통합적 차원의 윤리적 의사결정

앞서 기술한 것처럼, 본 연구에서 제안하고 있는 윤리적 의사결정모델은 직관적 차원과 비판적-평가적 차원을 통합적으로 고려할 것을 강조한다. 두 차원을 통합적으로 고려해서 의사결정을 내린다는 것은 두 영역에 속한 내

용을 함께 고려하는 것을 의미하지만, 동일한 내용을 다른 차원에서 고려해 보는 것을 의미하기도 한다. 예를 들어, 죽음에 대한 내담자와 상담자의 종교적 신념을 직관적 차원에서 사회문화적 맥락에 해당되는 내용으로 탐색할 수도 있지만, 비판적-평가적 차원에서 보다 심층적으로 죽음과 관련된 윤리적 이론을 탐색할 수도 있다. 즉, 상담자는 직관적 차원에서는 사회문화적 맥락이 죽음에 대한 내담자의 결정과 상담자의 관점에 어떤 영향을 미치는지 이해할 수 있고, 비판적-평가적 차원에서는 거시적인 이론적 관점에서 죽음 또는 죽음을 결정하는 문제를 어떻게 조망할 수 있을지를 내담자와 논의해볼 수 있을 것이다. 이 과정을 통해 내담자뿐만 아니라 상담자 역시 죽음에 대한 고정관념이나 선입견을 점검할 수 있고, 다양한 견해들을 심층적으로 고려함으로써 균형 있는 윤리적 의사결정에 이를 수 있을 것이다.

반성적 질문

마지막으로 본 연구에서는 윤리적 의사결정 모델을 적용할 때 상담자가 참고할 수 있는 지침을 반성적 질문의 형태로 제시하였다. 비슷한 용도의 지침들이 삶의 마지막과 관련된 논의에서 뿐만 아니라, 일반적인 의사결정모델에서도 제시된 바 있다. 예를 들어, Werth와 Rogers(2005)는 APA 특별위원회가 제시한 “삶의 마지막에 관한 의사결정을 탐색할 때 고려해야 할 문제들”을 축약된 목록으로 제시하면서, 내담자의 판단능력이 손상되었는지를 결정할 때 사용할 것을 제안하였다. 한편, 이성적 자살에 초점을 두고 있지만 Tarvydas(1998, 2004)는 자신이 제안한 통합적

의사결정모델 각 단계마다 상담자가 취할 수 있는 구체적인 행동지침을 제시한 바 있다. Hill과 Mamalakis(2001) 또한 내담자와 상담자가 동일한 종교기관에 참석할 경우 발생하는 이중관계 문제에 대한 의사결정 시 상담자가 참고할 수 있는 반성적 질문들을 제안하였다. 이를 통해 이중관계가 내포하고 있는 잠재적인 위험과 해를 상담자가 스스로 평가할 수 있게 하였다. 이들이 제시한 반성적 질문의 예로는 ‘내담자가 호소하고 있는 문제는 얼마나 심각한가?’, ‘이 관계를 시작하면 전문가 윤리강령이나 법을 위반하게 되는가?’, ‘내담자는 어느 정도로 종교 공동체에 관여하고 있는가?’ 등이 있다.

본 연구에서도 상담자가 반성적 질문에 답함으로써 현재 직면하고 있는 상황을 보다 적절하고 세밀하게 파악할 수 있을 것으로 판단하여, 본 연구에서 제안한 의사결정모델의 각 영역 및 역할에 대해 상담자가 참고할 수 있는 반성적 질문을 마련하였다(표 1). 표 1에 제시한 질문 목록은 삶의 마지막에 관한 의사결정에서 상담자가 고려할 수 있는 모든 질문을 포괄하고 있기보다는, 상담자의 반성적 사고를 촉진하기 위해 예로 제시한 것이다. 따라서 상담자는 내담자의 문제나 상담 상황에 맞게 추가적으로 질문들을 생성하여 윤리적 의사결정과정에 활용할 수 있을 것이다.

표 1. 삶의 마지막에 관한 결정 및 이성적 자살 상담 시 고려해야 할 영역 및 반성적 질문

영역	반성적 질문
윤리적 이론	<ul style="list-style-type: none"> · 삶의 마지막에 관한 결정 및 이성적 자살에 대해 나는 어떤 철학 및 종교적 입장을 취하고 있는가? ▷ 상담자가 칸트주의나 기독교처럼 어떤 형태의 자살이든 전적으로 반대하는 입장을 취하고 있다면, 내담자가 자살에 대해 구체적으로 언급하거나 이성적으로 고려하는 것 자체를 꺼릴 수 있다. ▷ 상담자가 계몽주의 및 공리주의에서처럼 죽음에 대한 자기결정권을 찬성한다면, 내담자가 삶을 마감하기로 한 결정을 재검토하기보다는 쉽게 수긍할 수 있다. · 나는 칸트주의나 기독교 또는 계몽주의 및 공리주의 이외에 다른 철학적, 종교적 입장을 충분히 고려하고 있는가? · 내담자가 삶을 마감하려는 결정을 내리기까지 영향을 미쳤던 종교 및 철학적 입장은 무엇인가? · 이러한 입장에 따른 결정은 내담자 본인의 의사를 충분히 반영하고 있는가?
윤리적 원칙	<ul style="list-style-type: none"> · 현재 상담과정에서 충돌하고 있는 윤리적 원칙들(자율, 무해, 복지, 성실, 진실, 공정성)은 무엇인가? 또는 어떤 윤리적 원칙들이 충돌할 것으로 예상되는가? · 나는 특정한 윤리적 원칙을 더 중시하고, 이를 상담과정에 반영하고 있는가? 그렇다면 그 이유는 무엇인가? 예) 자율성과 복지의 원칙이 충돌하는 상황에서 자율성을 중시하는 경우 · 나는 의사결정에 대한 내담자의 자율성을 최대한 존중하고 있는가? · 내담자의 자율성을 우선시할 경우 그 근거는 무엇인가? · 내담자에게 해를 끼치지 않으면서 진정으로 내담자의 행복을 고려하는 조력이란 무엇인가? · 나는 내담자의 최상의 복지를 위해 최선을 다하고 있는가?

법과 윤리규정	<ul style="list-style-type: none"> · 삶의 마지막에 관한 결정(이성적 자살, 조력자살)은 법적으로 허용되는가? ▷ 현재 국내 헌법에서는 원칙적으로 허용하고 있지 않다. · 현재 상담상황에 적용할 수 있는 예외적인 판례가 국내에 존재하는가? 그렇다면 그 내용은 무엇인가? · 상담 관련 윤리규정에서는 삶의 마지막에 관한 결정 및 이성적 자살을 어떻게 다루고 있는가? 상담자에게 주어진 의무사항은 무엇인가? ▷ 현재 국내에는 삶의 마지막에 관한 결정에 대해 구체적인 윤리규정이 마련되어 있지 않아 상담자의 역할이나 책임이 모호한 실정이다. · 윤리규정이나 의무사항이 없을 경우, 정보를 얻을 수 있는 다른 자원(위기 중재 및 자살예방 센터 등)을 알고 있는가? · 나는 관련 법조항과 윤리규정을 내담자에게 충분히 설명했는가? ▷ 상담자는 법률기관 및 의료기관의 자문을 받아 법 조항에 위배되지 않고 의사의 적절한 처지가 개입될 수 있는 현실적인 방안을 마련할 수 있다.
사회문화적 맥락	<ul style="list-style-type: none"> · 나는 내담자와 내담자 가족의 의사결정 범위, 가족의 역할과 관여도, 종교 및 사회정치·역사적 요인들이 의사결정에 미치고 있는 영향을 탐색하고 있는가? ▷ 내담자의 가족분위기와 종교적 교리로 인해 육체적으로 심각한 고통을 겪고 있고 더 이상 삶의 희망을 가질 수 없는 경우에도 안락사나 이성적 자살을 대안으로 고려해 볼 수 없는 상황 · 내담자는 본인의 대인관계 맥락, 문화적, 정신적, 사회·경제적, 환경적인 요인들이 의사결정에 영향을 주고 있음을 인식하고 있는가? ▷ 경제적으로 심각한 재정난을 겪고 있으며 어떤 도움도 받을 수 없는 상태여서 차라리 죽는 게 낫다는 압박이 내담자에게 주어지고 있는 환경 · 내담자는 생계를 어떻게 해결하는가? 직업이 있는가? 가족이나 타인으로부터 도움을 받을 수 있는가? 경제적인 문제가 해결되면 죽음 이외의 대안은 있다고 생각하고 있는가? · 내가 속한 사회문화적 맥락은 삶의 마지막에 관한 결정에 대해 어떤 견해를 지니고 있는가? ▷ 상담자가 속한 상담기관이 정책적인 이유로 인해 자살예방을 홍보하고 있는 경우 · 기관에서 실시한 교육 및 훈련의 영향으로 인해 이성적 자살을 고려하고 있는 내담자와의 상담 시 자살예방에만 중점을 두고 있는 것은 아닌가?
내담자 특성	<ul style="list-style-type: none"> · 나는 내담자의 심리적 상태를 객관적으로 평가하고 있는가? ▷ 우울한 증상을 호소하는 내담자는 증상이 완화되었을 때 죽음 이외의 다른 대안을 선택할 수 있다. · 심리검사 및 임상적 면접 결과 내담자의 심리적 상태는 어떠한가? · 현재 내담자는 이성적인 의사결정을 내릴 수 있는 상태인가? 인지적, 정서적 손상은 없는가? 아니라고 판단했다면 그 근거는 무엇인가? · 내담자가 지닌 질병의 종류는 무엇이고, 증상은 얼마나 오랫동안 지속되어 왔는가? 내담자는 육체적인 고통을 호소하는가? 그렇다면 내담자의 고통을 감소시킬 수 있는 의학적인 조치가 가능한가? 내담자의 현재 상태는 내담자의 존엄성과 삶의 질을 심각하게 훼손하는 수준인가? · 내담자는 매사 부정적이고 비판적으로 생각하는 편인가? 충동적으로 결정을 내리는 경향이 있지는 않은가? 내담자는 인간적인 동정과 관심을 얻기 위해 죽음이라는 문제를 꺼내고 있는 것은 아닌가?

요약 및 결론

대부분의 사람들은 죽음을 인식하는 것을 두려워하고 죽음에 대해 이야기하는 것을 꺼린다. 상담자 또한 죽음과 관련된 문제를 제기하는 내담자를 대할 때, 상담자 내부에 잠재한 죽음에 대한 두려움과 불안에 직면하게 된다(Garrow & Walker, 2001; Manis & Bodenhorn, 2006; Yalom, 1998). 더욱이, 죽음과 관련된 트라우마를 경험했거나, 죽음의 문제를 다루는 상담 자체가 또 다른 트라우마가 될 가능성이 있는 상담자들에게는 삶의 마지막을 결정하는 문제를 제기하는 내담자와 대면하는 것이 고통스러울 수 있다. 결국, 많은 상담자들은 죽음을 서두르고자 하는 내담자의 결정이 이성적이고 합리적일 수 있다는 점을 인식하지 못하며, 이러한 문제를 상담할 만큼 충분한 교육과 훈련 또한 받지 못하고 있는 실정이다.

이에 본 연구에서는 이성적 자살을 포함한 삶의 마지막에 관한 결정과 관련된 문제를 상담할 때 상담자가 고려해야 할 측면과 상담자가 담당해야 할 역할을 제시하였다. 우선, 상담자는 죽음이라는 실존적 문제에 대한 종교적, 철학적 관점을 성찰하고, 내담자 또한 이를 탐색할 수 있도록 조력할 것을 제안하였다. 또한 상담자는 충돌하고 있는 윤리적 원칙들(예, 자율 대 선행)을 분석하고, 법과 윤리규정을 숙지하고 이를 실행해야 한다. 그리고 내담자의 의사결정에 영향을 미치는 사회문화적 맥락을 탐색하고, 내담자의 성격특성과 심리상태 및 의사결정 능력을 객관적으로 평가해야 한다. 이처럼 상담자는 윤리적 이론에 대한 성찰자로서, 윤리적 원칙들이 충돌하고 있는 딜레마 상황에 대한 분석가로서, 법과 윤

리규정의 실행자로서, 사회문화적 맥락에 대한 탐색가로서, 그리고 내담자 개인 변인에 대한 평가자로서 역할을 수행하게 된다.

이러한 논의를 바탕으로 본 연구에서는 삶의 마지막에 관한 결정 및 이성적 자살 상담을 위한 윤리적 의사결정모델을 제안하였다. 본 연구에서 제안한 의사결정모델은 그 내용과 의사결정 과정을 고려했을 때 통합 모델이라고 할 수 있다. 즉, 지금까지 상담 분야에서 제안된 통합적인 의사결정 모델들을 참고하여 삶의 마지막에 관한 의사결정 시 고려할 수 있는 다양한 영역들을 포함시켰을 뿐 아니라, 기존의 이론가들(예, Kitchener, 1984)과는 달리 의사결정 과정을 비판적-평가적 차원과 직관적 차원을 통합적으로 고려하면서 반성적 평형을 이루어가는 과정으로 개념화하였다. 이때 각 차원에 속하는 영역들을 탐색하는 과정에서 상담자가 고려할 수 있는 반성적 질문들을 함께 제시하였다.

삶의 마지막에 관한 결정은 한 개인의 생명과 직접적으로 관련된 문제로써, “과연 개인에게 죽고 사는 문제를 결정할 수 있는 권한이 있는가?”라는 근본적인 질문을 던진다. 또한 비록 그것이 생물학적 죽음 또는 생존과 관련된 문제이지만, 동시에 “그 결정을 통해 행복해질 수 있는가?”라는 보다 추상적인 주제를 포함하고 있다. 더욱이, 한 사람의 생명과 관련된 선택은 그 개인을 둘러싼 환경과 불가분의 관계를 맺고 있기 때문에, 그 결정에 영향을 받거나 또는 영향을 미치는 사회문화적 맥락을 고려하지 않을 수 없다. 중요한 것은, 죽음 또는 생명을 선택하는 것과 관련된 견해는 사람들 사이에 명시적 지식으로 존재하기보다는 대부분 암묵적인 형태로 개인 또는 사회 안에 내재되어 있다는 것이다. 죽음이라는 주

제가 지니고 있는 두려움 또한 관련 지식이 암묵적인 형태로 남아있도록 강요하고 있다고 볼 수 있다. 문제는, 암묵적 주제인 죽음 또는 죽음을 선택하는 문제가 상담 장면에서 명시적으로 다루어져야 할 경우, 죽음과 관련된 생각이나 태도 또한 명시적일 것을 요구받게 된다는 것이다. 이 때, 상담자는 스스로에게 다음과 같은 질문들을 던지게 된다: “상담자는 내담자의 행동을 제지해야 하는가?”, “자살을 고려한다는 것 자체가 심리적으로 문제가 있는 것은 아닌가? 즉 이성적 자살이라는 것이 과연 존재하는가? 만일 존재한다면, 내담자가 자살하는 것을 지지하거나 도와주는 것은 윤리적으로 합당한 일인가?” 만일 상담자가 이러한 질문들에 익숙하지 않다면, 상담자는 죽음과 관련된 주제 자체를 언급하는 것을 불편해할 수 있고, 심리적으로 이 주제를 다룰 만큼 충분히 준비되어 있지 않은 것이다. 이럴 경우 상담자는 내담자가 이 문제를 상담 과정에서 제기하는 것을 사전에 제지하려 한다거나, 또는 자살예방에 초점을 두고 상담을 진행할 가능성이 높다. 상담자의 이러한 태도는 이 문제와 관련된 다양하고 심층적인 주제들을 탐색할 수 있는 기회를 제한하게 된다. 삶의 마지막에 관한 결정은 그 속성상 죽음의 의미뿐만 아니라 삶의 의미 또는 존재의 의미, 그리고 선택의 의미를 포함하고 있다. 따라서 상담자가 죽음과 관련된 내담자의 결정을 다루지 않을 경우, 내담자가 관련 주제들을 심도 있게 탐색할 수 있는 기회를 제공하지 못하게 된다. 이는 한 존재로서 성장하고 발전할 수 있는 가능성을 차단하는 것이 된다. 따라서 상담자는 죽음 및 죽음을 선택하는 문제를 다루기에 앞서, 자신의 내재화된 불안과 두려움을 탐색하고, 죽음과 관련된 철학적, 중

교적 입장을 성찰하며, 법과 윤리규정 등 제도적 장치 및 관련된 사회적 논의를 숙지하고 있어야 한다. 이를 통해 삶의 마지막을 결정하려는 내담자와 상담할 때 이러한 요인들이 어떤 식으로 상담과정에 영향을 미칠 수 있는지를 인식하고 준비할 수 있을 것이다.

관련해서, 삶의 마지막에 관한 결정을 다룰 때 상담자는 정당 또는 해결책을 제공해야 된다는 부담감에서 벗어날 필요가 있다. 다른 상담에서와 같이, 이 문제 또한 정당이나 해결책을 제공하거나 조언하는 것이 상담자의 역할은 아닐 것이다. 비록 상담자가 이 문제와 관련해서 뚜렷한 종교적, 철학적 입장을 지니고 있다 하더라도, 그러한 입장을 내담자에게 전달하는 수준에서 상담이 진행된다면 가치관 강요라는 윤리적인 문제가 발생할 수 있고, 죽음과 관련된 다른 입장이나 견해를 탐색하는 것을 방해하는 결과를 가져올 것이다. 따라서 상담자는 내담자의 자기결정권을 최대한 존중하면서 내담자가 스스로 최종 결정을 내릴 수 있도록 조력하는 역할을 수행해야 한다. 즉, 삶의 마지막과 관련된 결정을 내려야 하는 내담자의 상황과 정서 상태를 공감하고, 죽음을 선택하는 문제와 관련된 철학적, 종교적 입장과 내담자를 둘러싼 사회적인 맥락들을 고려하도록 조력하며, 죽음을 포함한 다양한 대안들을 탐색하도록 협력해야 할 것이다.

외국의 경우, 안락사 및 조력 자살에 관한 존엄사법이 제정되면서 상담자를 비롯한 정신건강전문가들 사이에서도 관련 논의들이 활발하게 진행되어 왔다. 그러나 지금까지 진행된 논의들은 주로 불치병으로 인한 육체적 고통 때문에 죽음을 서두르려는 내담자와의 상담에 집중되어 있었다. 즉, 상담자가 중점적으로 다

루어야 할 심리적 고통에 따른 삶의 마지막에 관한 결정과 관련해서는 논의가 부족한 실정이다(Hewitt & Edwards, 2006). 앞으로 육체적 고통으로 인해 스스로 죽음을 선택하려는 내담자들을 상담할 가능성이 점점 더 증가하겠지만, 현재로서는 심리적 고통으로 인해 죽음을 고려하는 내담자를 만날 가능성이 더 높다. 즉, 삶의 질을 향상시키기 위해 모든 대안을 검토한 이후에도 정신적 고통이 경감되지 않고 오히려 증폭되고 있다고 호소하는 내담자들을 만날 가능성이 높다. 이럴 경우, 상담자는 육체적 고통으로 인해 죽음을 선택하려는 내담자들에게 취했던 것과 동일한 입장을 취할 수 있는가? 윤리적 이론들은 죽음을 선택하는 문제를 논함에 있어서 육체적 질병으로 인한 고통으로 제한하지 않는다. 본 연구에서 제안한 윤리적 의사결정모델 또한 육체적 고통 때문에 삶의 마지막을 결정하려는 내담자뿐만 아니라, 심리적인 고통으로 인해 죽음을 암시하거나, 예고하거나, 또는 직접적으로 죽음을 선택하는 문제를 상담하려는 내담자에게도 동일하게 적용될 수 있다. 외국에서 수행된 경험적 연구에 따르면, 상담자들은 불치병으로 인한 육체적 고통뿐만 아니라 삶의 질이 수용할 수 없을 정도로 최악이거나 불치병과 관련이 없는 극심한 심리적 고통을 겪고 있는 경우에도 이성적 자살이 허용될 수 있다는 입장을 취하는 것으로 나타났다(Rogers et al., 2001). 우리나라 상담자들이 이와 동일한 입장을 취하고 있는지는 추후 경험적 연구를 통해 확인할 사안이지만, 외국 상담자들이 이성적 자살의 허용범위를 불치병으로 인한 육체적 고통으로 한정하지 않는다는 사실은 최소한 우리나라 상담자들에게는 이 문제에 관한 논의의 출발점을 제공해준다고 볼 수 있다. 즉,

불치병으로 인한 심리적 고통뿐만 아니라 불치병과 관계없는 심리적 고통으로 인해 죽음을 선택하려는 내담자들에 대해 상담자가 어떤 입장을 취하고 역할을 담당해야 할지 진지한 논의를 시작해야 할 때이다.

국내 상담심리학계에서는 자살을 어떻게 예방할 것인가에는 많은 논의들이 진행되고 있지만, 자살의 종류와 그러한 자살을 어떻게 바라보고 개입할 것인지에 대해서는 활발한 논의가 진행되고 있지 않다. 육체적 고통뿐만 아니라 심리적 고통으로 인해 삶의 마지막을 결정하려는 내담자의 수가 점점 더 증가할 것으로 예상되는 현 시점에서, 상담자 역할 등 관련 논의들이 진행되어야 하고, 이를 반영한 구체적인 윤리규정이 마련되어야 할 것이다. 이 과정에서 단순히 의학 및 법조계에서 진행되고 있는 논의들을 검토하고 반영하는 수동적인 입장에 머물러서는 안 될 것이다. 이성적 자살을 포함한 삶의 마지막에 관한 결정에 대해 상담자들의 입장과 역할을 명시함으로써, 관련 문제를 공론화하고 제도화하는 과정에서 적극적인 역할을 수행해야 할 것이다. 특히, 시한부 말기 환자뿐만 아니라 심리적, 정신적 고통으로 인해 죽음을 서두르려는 내담자들을 상담할 때, 상담자들이 어떤 관점으로, 어떤 역할을 수행할 것인지에 대한 입장을 분명히 할 필요가 있다. 이를 통해 심리적 고통과 삶의 마지막 결정이라는 문제에 대해 정신건강 전문가로서의 고유한 영역과 목소리를 확보할 수 있고, 추후 관련 논의를 선도할 수 있을 것이다.

본 연구에서는 지금까지 우리나라 상담심리학계에서 활발히 논의되지 않았던 삶의 마지막에 관한 결정 및 이성적 자살이라는 문제를 명시적으로 다루었을 뿐 아니라, 상담자들이

활용할 수 있는 윤리적 의사결정모델을 제시했다는 데 그 의의가 있다. 그러나 본 연구에서 제안한 의사결정모델은 그 범위 및 내용이 충분적이고 개관적인 수준에서 제시된 것임을 주목해야 한다. 즉, 본 의사결정모델은 개별 내담자에 맞게 변용될 수가 있다. 특히, 내담자의 특성에 따라 강조되는 측면과 상담자의 역할이 달라질 수 있고, 상담 단계에 따라 보다 초점을 뒤야 할 측면 또한 다를 수 있다. 또한, 상담자들이 취하는 이론적 입장에 따라 내담자의 문제를 바라보는 시각과 상담전략이 달라질 수 있다. 따라서 추후 연구에서는 본 연구에서 제시한 윤리적 의사결정모델이 실제 상담 장면에서 어떤 유용성과 한계점을 지니고 있는지를 실증적으로 검토할 필요가 있다. 특히, 내담자의 특성, 상담 단계 등에 따라 어떤 영역과 상담자 역할이 더 강조되어야 하는지를 확인할 필요가 있다. 또한 의사결정모델을 활용하는 상담자가 이성적 자살 등 삶의 마지막에 관한 결정에 대해 어떤 경험과 인식을 지니고 있는지를 살펴봄으로써, 이 문제와 관련된 상담자들의 선입견 및 준비상태를 확인할 수 있고, 이를 통해 상담자 교육 및 훈련, 수퍼비전에 대한 지침을 마련할 수 있을 것이다.

참고문헌

구인회 (2004). 현대인에게 있어 죽음의 의미와 그 도덕적 문제. *철학탐구*, 16, 59-81.
 국립암센터 (2008). 품위 있는 죽음에 대한 대국민 인식 조사. 국립암센터 보도자료.
 김교빈 (2006). 죽음에 대한 유교의 이해: 죽음을 두려워 않는 낙천적 세계관. *철학연구*,

75, 1-19.
 김학태 (2009). 무의미한 생명연장치료 중단에 관한 법 윤리적 고찰. *외법논집*, 33(1), 311-338.
 노동일 (2009). 치료 거부권, 죽을 권리 및 존엄사에 대한 재검토: 헌법적 관점에서. *公法學研究*, 10(2), 3-29.
 서영석, 최영희, 이소연 (2009). 상담에서의 윤리적 의사결정모델 개관. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 21(4), 815-842.
 손명세 (2009). 삶의 마감방식의 결정에 대한 한국의 과제. *대한의사협회지*, 52(8), 734-737.
 신동일 (2009). 사전진료지시서: 법 이론과 현실. *안암법학*, 28, 229-254.
 이종원 (2007). 안락사의 윤리적 문제. *철학탐구*, 21, 155-187.
 정재영 (2008). 자살에 대한 개신교인의 인식과 교회의 책임. *신학과 실천*, 16, 35-61.
 조동일 (1993). 죽음과 질병에 대한 전통사상의 견해. *이화여대 간호과학연구소 발행 단행본(3): 1993년 간호대학 학술심포지움*, 7-12.
 최준식 (2006). 종교학적 관점에서 보는 생명과 인간의 의미, *죽음연구*, 2, 47-57.
 한국상담심리학회 상담전문가 윤리강령 (2004). 1.나.(1).
 Abeles, N., & Barlev, A. (1999). End of life decisions and assisted suicide. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(3), 229-234.
 Albright, D. E., & Hazler, R. J. (1995). A right to die? *Counseling & Values*, 39(3), 177-190.
 American Counseling Association. (2005). *Code of ethics*. Alexandria, VA: Author.

- American Psychological Association Working Group on Assisted Suicide and End-of-life Decisions (2000), *Report to the board of directors of the American Psychological Association*. Retrieved September 16, 2009, from <http://www.apa.org/pi/aseolf.html>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed). Oxford, England: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed). Oxford, England: Oxford University Press.
- Berger, J. T. (1998). Culture and ethnicity in clinical care. *Archives of Internal Medicine*, 158(19), 2085-2090.
- Blevins, D., & Papadatou, D. (2006). The effects of culture in end-of-life situations. In Werth, J. L. Jr. & Blevins, D. (Eds.). *Psychosocial issues near the end of life: A resource for professional care providers* (pp.27-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Block, S. D. (2000). Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Annals of Internal Medicine*, 132(3), 209-218.
- Candib, L. M. (1995). *Medicine and the family: A feminist perspective*. New York: Basic Books.
- Candib, L. M. (2002). Truth telling and advance planning at the end of life: Problems with autonomy in a multicultural world. *Families, Systems, & Health*, 20(3), 213-228.
- Cooke, M., Gourlay, L., Collette, L., Boccellari, A., Chesney, M. A., & Folkman, S. (1998). Informal caregivers and the intention to hasten AIDS-related death. *Archives of Internal Medicine*, 158(1), 69-75.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (2007). *Issues and ethics in the helping professions*. (7th Ed.). Belmont: Thompson Brooks/Cole. 서경현, 정성진 역(2008). *상담 및 심리치료 윤리*. 서울: 시그마프레스.
- Cottone, R. R., & Claus, R. E. (2000). Ethical decision-making models: A review of the literature. *Journal of Counseling & Development*, 78(3), 275-283.
- Crawford, R. (1999). Counseling a client whose family member is planning a suicide. *The Family Journal*, 7, 165-169.
- Dowbiggin, I. (2005). *A concise history of euthanasia: Life, death, god and medicine*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc. 신윤경 역 (2007). *안락사의 역사*. 경기: 섭들.
- Duba, J. D., & Magenta, M. (2008). End-of-life decision making: A preliminary outline for preparing counselors to work with terminally ill individuals. *The Family Journal*, 16(4), 384-390.
- Faiver, C. M., & O'Brien, E. M. (2004). Spirituality and counseling. *American Journal of Pastoral Counseling*, 7(4), 25-49.
- Farberman, R. K. (1997). Terminal illness and hastened death requests: the important role of the mental health professional. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(6), 544-547.
- Farrugia, D. (1993). Exploring the counselor's role in "right to die" decisions. *Counseling and Values*, 37(2), 61-71.
- Fitting, M. D. (1986). Ethical dilemmas in counseling elderly adults. *Journal of Counseling and Development*, 64, 325-327.

- Fullbrook, P. (1994). Assessing mental competence of patients and relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 457-461.
- Gallagher-Thompson, D., & Osgood, N. J. (1997). Suicide in the later. *Behavior Therapy*, 28, 23-41.
- Garcia, J. G., Cartwright, B., Winston, S. M., & Borzuchowska, B. (2003). A transcultural integrative model for ethical decision making in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 81, 268-277.
- Garrow, S., & Walker, J. A. (2001). Existential group therapy and death anxiety. *Adultspan*, 3(2), 77-87.
- Gunderson, M. (2004). A Kantian view of suicide and end-of-life treatment. *Journal of social philosophy*, 35(2), 277-287.
- Herlihy, B., & Watson, Z. E. (2004). Ethical issues in assisted suicide. In D. Capuzzi(Ed.), *Suicide across the life span* (pp.163-184). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Hewitt, J. L., & Edwards, S. D. (2006). Moral perspectives on the prevention of suicide in mental health settings. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(6), 665-672.
- Hill, M. R., & Mamalakis, P. M. (2001). Family therapists and religious communities: Negotiating dual relationships. *Family Relations*, 50(3), 199-208.
- Hill, T. P., & Shirley, D. (1992). *A good death: Taking more control at the end of your life*. New York: Addison-Wesley.
- Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Berman, A. L., & McKeon, R. (2007). Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 353-365.
- Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 12(3), 43-55.
- Kleespies, P. M. (2004). *Life and death decisions: Psychological and ethical considerations in end of life care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Manis, A. A., & Bodenhorn, N. (2006). Preparation for counseling adults with terminal illness: personal and professional parallels. *Counseling and Values*, 50(3), 197-208.
- Mishara, B. L. & Weisstub, D. N. (2005). Ethical and legal issues in suicide research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 23-41.
- Neimeyer, R., A. (2000). Suicide and hastened death: Toward a training agenda for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 551-560.
- Rawls, J. (1999) *A theory of justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 황경식 역 (2003). *정의론*. 서울: 이학사.
- Rich, K. L., & Butt, J. B. (2004). Rational suicide: uncertain moral ground. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 270-283.
- Rogers, J. R., Gueulette, C. M., Abbey, H. J., Carney J. V., & Werth, J. L. (2001). Rational suicide: An empirical investigation of counselor attitudes. *Journal of Counseling and Development*, 79, 365-372.
- Rosenfeld, B. (2006). *Assisted suicide and the right to*

- die: *The interface of social science, public policy, and medical ethics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwiebert, V. S., Myers, J. E., & Dice, C. (2000). Ethical guidelines for counselors working with older people. *Journal of Counseling and Development, 78*, 123-129.
- Siegel, K. (1986). Psychosocial aspects of rational suicide. *American Journal of Psychotherapy, 40*(3), 405-418.
- Szasz, T. (1986). The case against suicide prevention. *American Psychologist, 41*(7), 806-812.
- Tarvydas, V. M. (1998). Ethical decision making processes. In R. P. Cottone & V. M. Tarvydas (Eds.), *Ethical and professional issues in counseling* (pp.144-155). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Tarvydas, V. M. (2004). Ethics. In T. F. Riggart & D. R. Maki (Eds.), *Handbook of rehabilitation counseling* (pp.108-141). New York: Springer.
- Tarvydas, V. M., & Cottone, R. R. (1991). Ethical responses to legislative, organizational and economic dynamics: A four-level model of ethical practice. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 22*(4), 11-18.
- Tjeltveit, A. C. (2006). Psychotherapy goals and outcomes, the good life, and the principle of beneficence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(2), 186-200.
- Walker, D. F., Gorsuch, R. L., Tan, S. Y., & Otis, K. E. (2008). Use of religious and spiritual interventions by trainees in APA-accredited Christian clinical psychology programs. *Mental Health, Religion & Culture, 11*(6), 623-633.
- Welfel, E. R. (2006). *Ethics in counseling & psychotherapy: Standards, research & emerging issues* (3rd ed.). Belmont, CA, USA: Thomson, Brooks/Cole.
- Werth, J. L. Jr. (1996). *Rational suicide? Implications for mental health professionals*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Werth, J. L. Jr. (1999). Mental health professionals and assisted death: Perceived ethical obligations and proposed guidelines for practice. *Ethics and Behavior, 9*(2), 159-183.
- Werth, J. L. Jr., Blevins, D., Toussaint, K. L., & Durham, M. R. (2009). The influence of cultural diversity on end-of-life care and decisions. *American Behavioral Scientist, 46*(2), 204-219.
- Werth, J. L. Jr., & Crow, L. (2009). End-of-life care: An overview for professional counselors. *Journal of Counseling and Development, 87*, 194-203.
- Werth, J. L., Jr., Gordon, J. R., & Johnson, R. R. Jr. (2002). Psychological issues near the end of life. *Aging and Mental Health, 6*(4), 402-412.
- Werth, J., L. Jr., & Holdwick, D., J., Jr. (2000). A primer on rational suicide and other forms of hastened death. *The Counseling Psychologist, 28*(4), 511-539.
- Werth, J. L. Jr., & Rogers, J. R. (2005). Assessing for impaired judgment as a means of meeting the "duty to protect" when a client is a potential harm-to-self: Implications for clients making end-of-life decisions. *Mortality, 10*(1), 7-21.

Yalom, I. D. (1998). Existential psychotherapy. In
B. Yalom (Ed.), *The Yalom reader: Selections
from the work of a master therapist and storyteller*
(pp.167-265). New York: Basic Books.

원 고 접 수 일 : 2010. 7. 5

수정원고접수일 : 2010. 9. 25

게 재 결 정 일 : 2010. 11. 20

Development of an Ethical Decision-Making Model for Issues in End-of-Life Decisions

Young Seok Seo

So Yeon Rhie

Young Hee Choi

Yonsei University

Counselors are likely to face an ethical dilemma when their clients present issues with regard to end-of-life decisions. The present study discussed philosophical and religious standpoints, ethical principles, legal and ethical issues, sociocultural contexts, and client's individual characteristics that counselors need to consider in dealing with client's end-of-life decisions. Then, it was proposed that counselors take on roles of an existential thinker, analyzer, implementer, explorer, and evaluator to consider corresponding aspects. Also, on the basis of the extant ethical decision-making models, the present study proposed an ethical decision-making model that counselor may use in counseling those presenting issues in end-of-life decisions. The model includes the five aspects to consider and counselor roles to take. The model also conceptualizes the decision-making process as the one in which counselors strive to achieve reflective equilibrium by considering both critical and intuitive domains.

Key words : rational suicide, end-of-life decisions, counselor roles, ethical decision-making model