

기독교상담과 정신의학: 약물치료에 대한 기독교상담적 제안

김 준*

국문초록

약물치료에 관심이 있거나 약물 치료 중에 있는 내담자들은 그들의 상담자들에게 약물치료에 관한 의견을 듣고 싶어 한다. 이에 대해 기독교상담자는 약물치료와 신앙적 관점에 대한 균형적 관점을 갖고 내담자에게 지혜로운 접근을 해야 한다. 이 논문은 기독교상담자가 상담현장에서 쉽게 접할 수 있는 향정신성 약물치료에 어떻게 접근해야 하는지를 기독교적 관점으로 고찰한다. 먼저 이 글은 약물치료와 관련된 뇌신경의 복잡성과 약물치료의 작용 기제를 간단히 설명한 후 약물치료에 접근하기 위해 기독교 상담자는 균형 잡힌 관점을 가져야 함을 지적한다.

구체적인 기독교상담자의 입장으로, 본 논문은 약물치료와의 관계에서 상담의 장점 이해, 상담초기의 정신과 진단의 치료의 의뢰, 내담자의 약물효과의 모니터링, 그리고 약물사용에 대한 기독교적 관점을 제시한다. 이 네 가지의 접근은 정신의학의 생물학적인 관점만이 아니라, 환경적, 성격적, 영적 영역을 다루는 상담의 정당성과 효과, 정신과 전문의 의뢰가 필요한 증상과 약물의 부작용, 그리고 기독교상담가로서 해야 하는 기독교적 접근에 대한 고찰을 포함한다. 결론 부분에서는 기독교상담자들이 약물치료를 고려하거나 치료 중에 있는 내담자를 더 효과적으로 돕기 위한 현실적인 노력으로 약물치료에 관한 기독교상담자들의 이해를 넓히기 위한 학회 차원의 보수교육의 개설과 참여 그리고 전문가들이 참여하는 슈퍼비전을 제안한다.

중심단어: 기독교상담, 정신의학, 약물치료, 의뢰, 상담과정

• 논문 투고일: 2015년 4월 16일

• 논문 수정일: 2015년 5월 6일

• 게재 확정일: 2015년 5월 12일

*충신대학교

I. 여는 글

상담자는 내담자가 경험하고 있는 문제들을 해결할 수 있도록 직접적인 도움을 줄 뿐만 아니라 내담자가 문제를 해결하는 데 있어 도움이 되는 외부적인 자원들에 대한 조언과 정보들을 제공해주기도 한다. 한 예로, 심리문제로 상담을 받는 내담자가 어떤 사회복지의 혜택을 필요로 하는 경우 상담자가 그것을 직접 제공해줄 수는 없으나 대신 관련복지기관에 대한 기본적인 정보들을 줄 수 있다. 이 때 내담자는 상담을 통한 도움뿐만 아니라 실제적인 필요들에 대한 도움을 받으면서 자신의 문제들을 효과적으로 극복해갈 수 있을 것이다.

상담자의 전문 분야는 아니지만 내담자에게 제공하는 조언과 관련된 영역들 중에서 가장 필요하고 자주 접하게 되는 것이 있는데, 바로 약물치료에 관한 것이다. Sinacola와 Peters-Strickland는 정신적인 문제를 가지고 있는 내담자들이 점점 더 많이 약물 처방을 받고 있는 것을 감안할 때, 상담자는 약물치료에 관한 내용을 조언할 준비가 필요하다고 본다.¹⁾ 그러나 현실적으로 대부분의 상담자들이 약물치료의 영역에 대해 자신이 관여할 영역이 아니라고 여기거나 내담자와 의사의 결정사항으로 보기 때문에 무조건 회피하는 경향이 있음을 그는 지적한다. 실제로 약물치료에 대한 교육을 받지 않은 상담자들의 경우, 대부분의 대화를 통한 심리치료의 중요성을 강조하는 반면 약물치료의 사용에 부정적으로 생각하는 경향이 있다.²⁾

기독교 상담자 또한 상담현장에서 약물치료를 이미 받고 있거나 고려하고 있는 내담자들을 종종 대면하게 되는데, 그들은 자신들의 문제와

1) Richard S. Sinacola & Timothy S. Peters-Strickland, *Basic Psychopharmacology for Counselors and Psychotherapists*, 2nd ed.(Boston: Pearson, 2011), 1-2.

2) Sinacola & Peters-Strickland, *Basic Psychopharmacology for Counselors and Psychotherapists*, 3.

약물치료에 관한 것뿐만 아니라 나아가 약물치료와 신앙의 관계에 대한 상담자의 의견을 듣고 싶어한다. 이에 대해 의사이며 기독교상담자인 Mike Emlet은 기독교 상담자들이 약물에 관한 최소한의 지식과 입장을 가질 때 약물치료와 연결지어 내담자를 효율적으로 상담할 수 있다고 언급한다.³⁾

이 논문은 기독교상담자가 상담현장에서 쉽게 접할 수 있는 향정신성 약물치료에 어떻게 접근해야 하는지를 기독교적 관점으로 고찰한다. 이를 위해 먼저 이 글은 약물치료가 작용하는 기제를 간단히 설명한 후, 약물치료에 대한 기독교상담계의 대표적 입장들을 소개하면서 균형잡힌 관점을 모색하고자 한다. 이를 바탕으로 이 논문은 약물치료에 관하여 기독교상담자가 가져야 할 입장에서 상담의 장점 이해, 정신과전문의에 의뢰, 약물효과의 모니터링, 약물사용에 대한 기독교적 관점, 이 네 가지를 제시한다. 마지막으로 약물치료에 관한 기독교상담자들의 이해를 넓히기 위한 실질적인 노력의 일환으로 상담자들을 위한 학회 차원의 보수교육의 개설과 참여 그리고 정신과전문의가 참여하는 수퍼비전을 제안한다.

II. 펴는 글

1. 신경정신 약물의 작용 기제

신경정신과에서 사용되는 약물을 보통 향정신성 약물(psychotropic medication 또는 psychoactive medication)⁴⁾이라고 부른다. 이 약물들

3) Mike Emlet, "Listening to Prozac...and to the Scriptures: A Primer on Psychoactive Medications," *The Journal of Biblical Counseling* 26, no.1 (2012): 111.

4) 향정신성 약물의 영어 표현 중 'psychoactive drug'은 감정, 인지, 행동에 영향을 주는 처방된 약 뿐만 아니라 코카인과 같은 마약류 포함하는 넓은 개념인 반면, 'psychotropic drug'은 항우울제와 같이 처방된 약물을 의미한다.

은 화학물질로서 기분, 생각, 감정 및 행동의 변화를 초래하는 작용을 한다. 즉 약물을 복용하게 되면 혈액으로 흡수되어 전신을 순환하게 되고, 궁극적으로 약물의 주요 작용부위인 뇌에 도달하게 되어 뇌 조직에 영향을 미치게 된다. 그러므로 약물을 이해하기 위해서는 신경정신 약물이 뇌에 작용하는 기본적인 기제를 이해할 필요가 있다.

인체의 신경계는 중추신경계와 말초신경계로 구성되며, 중추신경계는 뇌와 척수(spinal cord)로 구성된다. 정신의 세계는 중추신경계의 지배를 받는데 항정신성 약물은 중추신경계에 작용하는 약물을 말한다. 약물의 작용을 이해하는 데 중요한 것은 뉴런(neuron)이라 불리는 뇌의 신경세포이다. 뉴런은 신경계를 이루는 구조적·기능적 단위로서 뇌의 명령을 각 부분에 연결시켜주는 역할을 한다. 뉴런과 뉴런은 직접 접촉해 있지 않고 시냅스라는 어떤 공간을 두고 떨어져 있다. 뉴런의 끝에는 시냅스 소포라는 작은 주머니가 있는데 신경전달물질들(neurotransmitter)이 시냅스를 통해 다른 뉴런으로 자극을 전달시킨다. 과학자들은 계속해서 신경전달물질을 발견해 가고 있고 약 100개를 발견했다고 한다.⁵⁾ 그 중 잘 알려진 신경전달물질로는 세로토닌, 도파민, 노레피레프린 등이 있다. 이 신경전달물질에 의해 사람은 쾌락, 우울감 등을 느끼게 된다. 중독은 쾌락과 관련된 신경전달 물질로 잘 알려진 도파민의 조절장애로 쾌락에 대한 과도한 탐닉으로 도파민의 조절에 문제가 생기는 것이다. 정신의학에서 사용되는 약물은 화학물질로서 주로 신경전달물질의 조절에 관여를 한다. 항우울제는 신경전달물질 세레토닌의 감소하는 것이 우울증을 유발한다는 가정 하에 세레토닌의 수준을 정상화시키는 작용을 한다고 여겨진다.

그러므로 뇌를 이해하기 위해서는 뉴런을 이해해야 되지만, 사실상 뉴런의 광대함과 복잡성은 인간이해의 한계를 넘어서는 것이다. 예를 들

5) Leonard Litchblau, *Psychopharmacology Demystified* (Clifton Park, NY.: Delmar Cenage Learning, 2011), 11.

면, 하나의 뉴런은 약 10,000개의 네트워크(network)를 형성하여 복잡하고 다양한 기능을 하는데, 이것을 ‘신경망(neural-network)’이라 한다. 인간의 두뇌에는 약 천억 개의 뉴런이 있고 스냅스를 세는 데 3천 2백만 년이 걸릴 것이라고 한다.⁶⁾ 그리고 뇌는 지구상에서 가장 복잡한 생물학적인 개체이며 수많은 뉴런의 상호연관의 경우의 수는 우주의 원자 수를 능가한다고 한다.⁷⁾ Michael Chase는 “인간의 뇌는 우리에게 가장 친숙하지만 멀리 있는 달, 별들, 태양의 심해나 유전자 코딩, 저항반응, 근육의 마비 등보다 과학적 연구가 덜 된 부분이다”⁸⁾ 라고 지적한다.

뇌는 인간의 모든 유기적 체계를 통제한다는 점에서 뇌 신경은 인간의 마음과 육체 관계의 중심에 있다. 그러나 뉴런을 포함한 뇌 신경에 대한 현재의 지식이 제한적이어서 육체와 마음이 서로 어떻게 연관되어 있는지를 모두 이해하기는 불가능하다. 이러한 뇌의 이해에 대한 불확실성은 실제로 정신의학의 진단과 치료부분에 많은 도전을 던져주고 있다.

예를 들면, 정신의학에 진단기준으로 사용되는 ‘정신질환 진단 통계 및 편람(DSM)’ 시리즈는 인슐린과 연관된 당뇨병의 문제와 같이 분명한 의학적 원인에 의해 진단을 내리기보다는 정신질환의 증상들과 이에 대한 전문가들의 의견에 기초하여 분류된 기준들이다. 그래서 정신의학에서는 질병(disease) 대신에 장애(disorder)라는 용어를 사용하고 있다. 가장 자주 듣게 되는 정신장애 중의 하나인 우울증의 경우에도 뇌와 관련된 생물학적인 정확한 원인을 아직 밝혀내지 못하고 있다. 이러한 과학적 진단의 결여로 인해 정신의학적 진단에 대한 타당성 문제가 제기되기도 한다. 한 예로 미국정부의 정신건강청(NIMH: National Institute of Mental Health)의 수장인 Thomas R. Insel은 진단의 타당성 문제로

6) Litchtblau, *Psychopharmacology Demystified*, 10.

7) Mary Sykes Wylie & Richard Simon, “Discoveries from the Black Box,” *Psychotherapy Networker* 26, no. 5(2002): 26.

8) Michael Chase, “The Matriculating Brain,” *Psychology Today* 6, no.3 (1973): 82.

인해 더 이상 DSM의 진단에 기초한 연구에 재정지원을 하지 않을 것이라고 말하기도 했다.⁹⁾

정신의학의 주요 치료수단인 약물처방에서도 그와 비슷한 도전을 받고 있다. 정신질환을 위한 약물들은 뇌의 신경전달물질에 작용을 하는데, 어떻게 작용하는지 정확하게 알 수가 없다는 것이다. 예를 들면, 앞서 언급한 세레토닌의 양에 영향을 준다는 항우울제의 경우에도 실제로 과학자들은 항우울제가 작용하는 방식을 발견해내지 못하고 있다. 무엇보다 살아있는 뇌 안에 존재하는 세레토닌의 양을 측정하는 검사법이 존재하지 않는다. 특정 항정신성 약물이 환자의 증상의 변화에 어떤 영향을 주었는지에 대한 과학적 증거가 불가능하다는 점에서 약물이 작용하는 효과 등은 정신질환의 원인과 결과에 따른 변화라기보다는 보이는 증상의 변화로 측정될 수밖에 없다.¹⁰⁾

그러나 상담자들은 이러한 정신의학의 한계들이 정신의학 자체의 존재의 의미를 부정하는 것이 아님을 주지할 필요가 있다. 오히려 이것은 하나님께서 창조한 인간의 뇌에 대한 연구가 그동안의 과학적 성과에도 불구하고 아직 걸음마 단계라는 것을 말해주고 있다. 현재의 정신의학은 이러한 인간의 제한된 과학적 진보에 기초하여 정신적 문제를 가진 자들을 돕기 위한 노력의 결과라고 볼 수 있다. 약물치료에 대한 관점들 중에는 이러한 한계를 과도하게 강조하면서 공격하고 정신의학의 무용론을 주장하는 입장도 존재하므로 상담자들은 상담과 관련된 약물치료에 대한 균형잡힌 입장을 유지하며 내담자들을 지혜롭게 도울 필요가 있다.

09) Ethan Watters, "The Problem With Psychiatry, the 'DSM,' and the Way We Study Mental Illness," *Pacific Standard* (June 2013); accessed on April 13, 2015, available at: <http://www.psmag.com/books-and-culture/real-problem-with-dsm-study-mental-illness-58843>.

10) Litchblau, *Psychopharmacology Demystified*, 30.

2. 약물치료에 대한 기독교상담의 입장들

앞서 언급했듯이 뇌과학 발전 정도에 따른 정신의학의 한계를 과도하게 강조하는 입장에서는 정신의학자체에 대한 문제를 제기한다. 이와 관련하여 정신질환에 관련된 약물처방을 반대하는 단체들과 글들을 어렵지 않게 발견할 수 있는데, 국제적 단체인 MindFreedom International 과 저자인 Peter Breggin 등이 그 대표적인 예이다.

Breggin은 생물학적 정신의학과 약물치료를 반대하는 대표적인 저자로서 정신의학과 상담뿐만 아니라 일반 사회적 담론에 지대한 영향을 주고 있다. 정신과전문의인 그는 오랫동안 항우울증제와 폭력의 연관성을 연구해왔으며, 잘 알려진 저서 *'Medication Madness'* 에서 모든 연령대에서 항우울제가 폭력과 자살을 유발하는 것이 분명하다고 주장하며 항우울제를 비롯한 정신적 약물치료에 반대하는 입장을 취한다.¹¹⁾

Breggin의 항정신성 약물의 무용론은 기독교상담자인 Ryan Bazler에게 영향을 주었다. 그는 자신의 저서 *'Psychology Debunked'* 에서 생물학적인 연관성이 없는 모든 정신적 문제에 약물치료는 불필요하며, 이는 오히려 부작용을 유발한다고 주장한다. 그는 생물학적 원인이 없는 정신질환은 모두 영적인 문제로 보는 이분법적인 입장을 취한다. Bazler는 정신질환에 대한 약물치료를 받기 위한 기준으로 객관적인 신체검사를 들면서, 이를 통해 신체적 문제가 정신적인 문제와 연관이 있는지를 검증하는 것이 중요하다고 주장한다.

우리는 어떻게 일반 질병과 정신질환을 구분할 수 있는가? 우리는 질병에 관한 의료검사를 받아야 한다. 검사는 혈액검사, 뇌 이미징 검사 그리고 다른 객관적인 검사를 포함한다. 검사결과가 양성이

11) Peter Breggin, *Medication Madness: A Psychiatrist Exposes the Dangers of Mood-Altering Medications* (New York: Hardcover, 2008), 35.

면 우리는 의사가 처방하는 약물을 복용하고 적절한 치료의 과정을 따라야 한다. 그러나 검사 결과가 음성이면 생물학적 질환이 아닌 정신질환을 가지고 있는 것이다. 우리가 앞서 살펴보았듯이 우리의 정신 문제는 사실은 성경적으로 진단받고 치료될 수 있는 영적인 문제이다.¹²⁾

Bazler가 주장하는 이러한 단편적인 방식은 정신질환 진단의 복잡성을 고려하지 않은 것으로 보인다. 생물학적인 문제가 정신질환의 원인을 제공하더라도 검사로 발견되지 않는 경우도 많기 때문이다. 즉, 생물학적인 원인이 발견되지 않았다고 해서 모든 것이 영적인 문제가 되는 것은 아니다. 의학적으로 볼 때, 정신질환이 생물학적 원인의 영향 하에 있지만 이 원인이 발견되지 않을 수 있기 때문이다.

Bazler의 주장이 위험한 것은 기독교인들이 정신질환약물을 복용하는 것은 믿음이 없다는 신호이며 하나님을 기쁘시게 하지 않는 것이라고 주장하기 때문이다. 그에 의하면 정신질환이라는 것은 존재하지 않으며, 이런 문제가 있는 사람들은 죄가 있기 때문이므로 회개해야 한다고 말하기도 한다. 더 나아가 그는 회개하고 돌아오면 하나님께서 치료하시고, 반대로 약물치료를 받으면 하나님과의 관계에 문제가 발생하는 것처럼 위협하기도 한다.

비록 Bazler의 입장이 극단적이고 편협한 것처럼 보이지만 그의 주장은 정신적인 문제를 가지고 있는 사람들에게 적지 않은 영향을 미치고 있다. 불안, 우울과 같은 부정적인 감정들 때문에 고통스러워하는 신자들이 이것을 자신의 신앙의 문제라고 생각하고 하나님을 향한 전적인 헌신이 유일한 해결책으로 믿을 수 있기 때문이다. 이와 같은 위험한 가능성은 그의 저서 중 '나는 약물을 복용해야 하는가?(Should I Take Medication?)'

12) Ryan Bazler & Lisa Bazler, *Psychology Debunked: Revealing the Overcoming Life* (Lake Mary, FL.: Creation House, 2002), 115.

라는 장에 언급된 ‘한나’ 라는 여성의 예에서 잘 나타난다.

한나는 10년간 우울증의 치료를 받아왔지만 상태는 점점 더 나빠졌다. 정신과 전문의가 항우울증제 ‘프로작’ 을 처방해 주었지만 오히려 우울증은 더 심해졌다. 그래서 한나는 그녀의 삶을 하나님께 맡기기로 결심하고 전심으로 하나님을 따르기로 결심했다. 그리스도에게 헌신한 결과로 그녀의 우울증은 멈추게 되었고 시간을 하나님께 기도하고 이웃을 섬기고 격려하는 데 쓰고 있다.¹³⁾

그러나 위의 사례는 Spence가 경고하듯이 개인적 경험이나 사례를 일반화하는 오류를 범하고 있다.¹⁴⁾ 즉, 우울증에는 다양한 원인과 증상들이 있기 때문에 위의 한나에게 일어난 일을 다른 모든 기독교인들에게 일반화하여 동일하게 적용하는 것은 위험한 일이다.

사실, 대부분의 기독교 상담 저자들은 약물치료 자체를 부정하는 입장보다는 그 효과를 인정하는 입장을 취하고 있다. 예를 들면, 기독교 상담에서 비교적 보수적인 입장인 성경적상담의 Heath Lambert도 정신질환 약물들을 고통당하는 사람들을 돕기 위한 하나님의 선물로 이해한다. 물론 항정신성 약물의 사용에 대한 논란이나 부작용과 같은 문제점이 있고 약물사용이 항상 기대만큼 효과를 보장하는 것은 아니다. 그러나 실제로 많은 경우 효과를 경험하고 있으며, 그 효과를 경험한 사람들이 지속적인 약물 복용이 도움이 된다고 인정하고 있다.¹⁵⁾ Lambert는 더 나아가 정신과전문의와 상담자의 직업적 경계를 분명히 한다. 즉, 정신약물을 사용과 중단을 결정하는 것은 의사의 권한으로서 상담자들의 영역

13) Bazler, *Psychology Debunked: Revealing the Overcoming Life*, 101.

14) D. P. Spence, “Dangers of Anecdotal Reports,” *Journal of Clinical Psychology* 57(2010): 37-41.

15) Brian Brodersen, “Christ The Church and The Mentally Ill,” accessed on April 13, 2015, available at: <http://calvarychapel.com/resources/article/view/christ-the-church-and-the-mentally-ill/>.

밖의 일임을 강조한다. 기독교상담이든 세속적 상담이든 상담을 하는 대부분의 사람들은 의사면허가 없고 약물처방에 관한 훈련이나 인가를 받지 않았기 때문에 약물처방을 할 권한이 없다는 것이다.¹⁶⁾ 다시 말하자면, 약물치료에 대하여 상담자들 나름대로의 의견이 있을 수 있고, 그것이 비록 과학적이고 합리적인 의견이라 할지라도 단순한 개인의 의견일 뿐이며, 약물 처방에 관한 자격은 법적으로나 직업적으로 의사에게 국한되어 있다는 것이 Lambert를 비롯한 기독교 상담가들의 기본적인 입장이다. 이러한 입장에서 기독교 상담자들은 다양한 상담현장에서 약물처방을 권하기도 한다. 우울증과 관련하여 잘 알려진 기독교 상담 전문가인 Archibold Hart는 우울증에 대한 상담의 효율성을 주장하면서도 증세가 심한 경우와 내인성 우울증에는 약물처방을 권하고 있다.¹⁷⁾

이렇게 볼 때, 약물처방이 의사의 고유권한이라는 이유로 그에 관하여 상담자들이 내담자들을 도울 방법이 없다고 오해 할 수 있다. 그러나 기독교 상담자는 오히려 문제의 해결과 성장을 위해 약물에 관한 조언을 함으로써 내담자를 돕는 중요한 역할을 감당할 수 있음을 알아야 한다. 특별히 인간의 영적인 부분을 함께 다루는 기독교상담은 육체적인 영역만을 다루는 약물치료의 한계를 인식하면서 더 깊고도 다양한 도움을 줄 수 있다.

3. 약물치료에 대한 기독교 상담자로서의 접근

1) 약물치료와 관련한 상담의 장점 이해

정신의학은 정신증이나 신경증과 같은 정신질환을 생물학적 관점에

16) Heath Lambert, "NANC Myth#1-NANC Train Their Counselors to Get Counselees off of their Psychiatric Medication." accessed on Arpil 13, 2015, available at: [http:// www.biblicalcounseling.com/blog/nanc-myth-1-nanc-trains-their-counselors-to-get-counselees-off-of-their-psy/](http://www.biblicalcounseling.com/blog/nanc-myth-1-nanc-trains-their-counselors-to-get-counselees-off-of-their-psy/).

17) Archibold Hart, *Dark Clouds Silver Rings*, 정동섭 역, 『우울증 이렇게 치유할 수 있다』(서울: 요단출판사, 2000), 242-245.

서 진단하고 치료한다. 그러나 정신적인 문제는 성격적 · 환경적인 원인도 함께 존재한다. 특히 기독교상담은 인간을 하나님과 관계를 맺고 있는 영적인 존재로서 이해하기 때문에 정신질환의 영적인 원인과 치료에도 관심을 갖는다. 즉, 상담이란 정신의학에서 사용하는 약물치료뿐만 아니라 내담자의 여러 가지 정신적인 문제를 해결하도록 돕는 주요한 방법 중의 하나이다.

그동안 심리치료와 같은 상담과 약물치료의 효과 비교에 관한 다양한 연구가 진행되어왔다. 그 결과 상담과 약물치료가 비슷한 효과를 낸다고 보고되었다. Mark Evans와 그의 동료들은 1980년과 1990년대의 연구 결과를 토대로 한 우울증에 대한 약물과 상담의 효과 비교를 통해, 두 가지의 효과가 비슷하기는 하나 상담의 효과가 더 오래 지속되는 경향이 있다고 보고하였다.¹⁸⁾ 그 외에도 Irene Elkins와 그의 동료들은 우울증을 치료하는 인지치료와 약물치료를 비교 연구한 결과 두 치료방법이 비슷한 효과를 보여주고 있으나 더 심한 우울증을 치료하는 데는 약물이 상담보다 더 효과적임을 증명하였다.¹⁹⁾ 한편, Len Sperry는 약물치료와 상담을 별도로 진행할 때보다 병행할 때 거의 모든 정신질환에서 내담자가 가장 큰 변화를 경험하고 있음을 발견하였다.²⁰⁾

약물치료는 생물학적 관점을 가지고 주로 증상의 감소에 초점을 맞추는 데 비해 상담은 인간이 생물학적 · 정신적 · 영적인 존재임을 고려하면서 정신적 · 영적인 관점에서 문제의 뿌리, 대처기술, 성장에 초점을

18) Mark Evans, et al., "Differential Relapse Following Cognitive Therapy, Pharmacotherapy, and Combined Cognitive-pharmacotherapy for Depression," *Archives of General Psychiatry* 49 (1992): 802-808.

19) Elkin Irene, et al., "Initial Severity and Differential Treatment Outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63(1995): 841-847.

20) Len Sperry, *Psychopharmacology And Psychotherapy: Strategies for Maximizing Treatment Outcomes* (New York: Brunner Mazel, 1995), 35-66.

맞추기 때문에 치료의 영역에 있어 서로 구별된다고 볼 수 있다. 즉, 상담자가 기억해야 할 것은 정신의학과 구별되는 상담이 다루고 책임져야 하는 고유한 분야가 있다는 것이다. 약물치료는 일반적으로 고통의 감소 효과를 가져오지만 그것이 비교적 짧은 기간 동안 유지된다는 단점이 있으며, 잠시나마 고통이 경감됨으로써 오히려 자신의 깊은 마음의 문제를 무시하고 근본적으로 변화하고자 하는 노력을 하지 않게 된다는 문제점도 안고 있다. 이와 비슷한 관점에서 미국 심리학회 임원인 Katherine C. Nordal도 상담이 감소하고 약물치료가 증가하는 추세에 대하여, 오늘날의 사회가 간편하고 ‘빠른 해결(quick fix)’을 지향하기 때문에 시간과 노력이 드는 상담보다는 약물치료를 선호하고 있다고 지적한다.²¹⁾

한편, 정신과전문의들도 약물치료가 전인적인 치료보다는 증상의 완화에 초점을 맞추고 있음을 인정하고 내담자를 돕기 위한 상담이 필요함을 주장하기도 한다. 미국의 일간지 *The New York Times*는 정신적인 문제를 겪고 있는 사람들에게 약물처방뿐만 아니라 심리치료를 제공해주고 싶으나 보험과 같은 현실적인 제약 때문에 안타까워하는 정신과 전문의의 기사를 제공하고 있다. 이 기사는 약물처방에 비해 심각할 정도로 낮게 책정된 보험회사들의 심리치료 의료수가 때문에 상담과 심리치료의 필요성을 인식하고 오랫동안 심리치료 훈련을 받은 정신과전문의조차도 약물처방에 집중할 수밖에 없는 현실을 고발하고 있다. 이 기사는 또한 현실적인 경제적 불이익에도 불구하고 내담자의 유익을 위해 상담만을 고집하는 Louisa Lance라는 정신과전문의의 이야기도 포함하고 있는데, 그는 기사에서 “약물치료는 중요합니다. 그러나 사람을 더 낫게 만드는 것은 (상담)관계입니다.”(“Medication is important,” she said, “but

21) Rebecca A. Clay, “Advocating for Psychotherapy,” *Monitor on Psychology* 42, no. 8 (2011): 48.

it's the [counseling] relationship that gets people better.”)”라고 분명히 주장한다.²²⁾ Lance의 말은 정신질환으로 고통을 받고 있는 적지 않은 사람들이 약물치료뿐만 아니라 자신의 진정한 정신 건강을 위해 상담을 받을 필요가 있음을 시사하고 있다.

특별히 기독교 상담자는 문제의 이해와 대처기술에 관한 것뿐만 아니라 내담자들의 영적인 필요들을 채워주거나 자신의 문제를 영적인 관점으로 연결시켜볼 수 있도록 하기 때문에 정신적인 문제를 가지고 있는 기독교인들에게 상담은 꼭 필요하다고 할 수 있다. 즉 약물치료를 통해 고통을 경감받는 것도 하나님께 감사할 일이지만 기독교인들에게 더 중요한 것은 정신적인 문제와 같은 고난을 통해 고난의 영적인 의미를 깨닫고 하나님을 더 알고 경험하는 기회가 될 수 있도록 기독교상담자가 도와야 한다는 것이다. 기독교인들은 이를 통해 어려움과 고통 가운데서 자신이 더 성숙하고 하나님과의 깊은 관계를 맺는 계기가 될 것이고, 마치 욥이 고난을 통해 ‘정금과 같이’(욥 23:10) 연단되어 나온다고 한 것과 같이 고난을 통한 하나님의 뜻과 계획을 발견할 수 있을 것이다.

2) 상담 초기 약물치료 의뢰(referral)

약물치료와 관련하여 상담자에게 가장 중요한 것 중의 하나는 정신과 전문의를 찾아가도록 하는 ‘의뢰(referral)’에 관한 것이다. 일반적으로 사람들은 대화를 사용하는 상담을 더 편하게 생각하고 약물치료를 주로 하는 정신과진료를 받는 것에 대해서는 부정적 편견을 갖고 있다. 정신적인 문제를 겪고 있는 사람들이 곧바로 정신과전문의를 찾는 경우도 있지만 실제로는 먼저 상담을 받아보는 경향이 있는 것을 볼 때, 지혜로운 의뢰는 상담자가 내담자를 효과적으로 도울 수 있는 중요한 방법이다.

22) Gardner Harris, “Talk Doesn’t Pay, So Psychiatry Turns Instead to Drug Therapy,” *The New York Times* (March 5th, 2011), http://www.nytimes.com/2011/03/06/health/policy/06doctors.html?pagewanted=1&_r=0

상담자는 초기면접이나 상담 중에 심각한 증상을 듣거나 감지했을 경우 내담자를 위해 약물치료를 위한 정신과적인 진단을 권장할 필요가 있다. 일반적으로 대부분의 내담자들은 약물치료에 대한 정보가 없고, 보통 사람들과 같이 그것에 대한 부정적인 편견이 있을 수 있으므로 상담자는 내담자에게 그 필요성과 유익에 대해서 설명해주면서 안심시켜야 한다. 약물치료경험이 있는 내담자들도 치료 중 겪은 부작용이나 불확실한 효과 때문에 약물치료를 꺼릴 수 있음을 주지해야 한다. 또한 정신과적인 진단을 원하는 과정에서 상담자는 상담과 약물치료적인 개입의 차이와 유익을 잘 설명하여 내담자로 하여금 과도한 불신이나 두려움을 갖지 않도록 도움을 주어야 한다.

만약 내담자가 약물치료에 대해 가지고 있는 잘못된 영적인 접근을 하고 있다면 기독교상담자는 이를 수정해 줄 필요가 있다. 예를 들어 어떤 기독교인들은 사람에 대한 두려움이나 영적인 수치심 때문에 약물치료를 거부할 수도 있다. 즉, “하나님을 더 잘 믿는다면 약을 먹지 않아도 될 것이다”, “약물을 복용하면 다른 사람들이 자신을 신앙의 문제가 있는 사람으로 볼 것이다”라는 생각이 지배할 때이다. 특히, 앞서 언급한 Bazler의 경우와 같이 약물치료를 신앙의 관점에서 배격하는 극단적인 경우는 오히려 정신적 고통을 당하는 사람에게 또 다른 아픔을 주고 정신적 상태의 혼란을 초래하기도 한다.

무엇보다 상담자는 약물치료를 필요로 하는 상태를 잘 숙지하고 있어야 한다. 가장 중요한 것은, 우울증과 같은 증상과 더불어 자살위험의 징후가 있을 때 내담자를 위해 상담자로서 취해야 할 기본적인 조치와 정신과적인 개입의 병행이 도움이 될 수 있음을 잘 설명하며 정신과전문의를 만나보도록 유도해야 한다. 이것은 내담자를 위하는 것뿐만 아니라 혹시나 불행한 사건이 일어났을 때, 상담자가 내담자를 위해 최선을 다했다는 것을 보여줌으로써 법률적으로 보호받을 수 있는 역할을 한다. 자신이나 다른 사람을 해하려는 욕구나 시도가 상담초기 주 호소 문제를 나

누면서 인지될 수도 있지만 상담이 진행되는 과정에서도 감지될 수 있기 때문에 내담자의 안전문제를 최우선적으로 염두에 두고 이 부분에 대한 즉각적인 대응이 있어야 한다. 예를 들면, 사별의 상실 때문에 상담을 받던 내담자가 상실과 슬픔에 대해 적절하게 대응하지 못하고 자신의 생명을 위협하는 심각한 우울증으로 전환될 때 약물치료가 필요할 수 있다.

정신과전문의를 만나보는 의뢰에 있어서 또 다른 대표적인 것으로 정신증(psychosis)을 들 수 있다. 현실을 인지하고 판단하는 데 문제가 있는 내담자는 현실에 올바르게 반응할 수 없으므로 위험할 뿐만 아니라 정상적인 상담이 진행되기 어렵다. 망상이나 환각 증상도 정신증적 증상들로서 바로 약물치료가 필요한 경우이다. 특히 환각 같은 증상을 영적 체험으로 혼동하는 경향이 있기 때문에 기독교상담자들은 내담자의 이야기를 자세히 들은 후 적절하게 판단하여 정신과전문의에 의뢰할 필요가 있다.

이 밖에 심한 수면장애나 불안장애와 같이 정신적인 문제로 인해 일상생활이 어려운 경우에도 정신과적인 진단과 개입이 필요하다. 상담자들은 그럴 때마다 반드시 수퍼바이저나 기관장과 상의하여 약물치료의 필요성에 대해 논의할 필요가 있다.

초기 대면에서 상담자가 주의해야 할 부분은 내담자의 현재 신체적 상태가 정신적 문제를 유발하고 있지 않은지를 점검하는 것이다. 일반적으로 대부분의 정신질환은 화학적(생물학적)요인과 비화학적인 요인들(심리적, 환경적, 영적)이 서로 영향을 주는 복합적인 원인을 갖고 있는 것으로 본다. 우울증, 불안, 분열적인 정신문제를 가지고 있는 이들을 돕는 데 가장 어려운 이슈들 중의 하나는 그 원인들(생물학적, 심리적, 환경적, 영적인 원인 또는 여러 가지가 조합된 원인)을 찾는 것이다. 이때 종종 감추어진 신체적인 문제가 정신적인 문제와 연결될 수 있으므로 영양부족이나 다른 신체적인 문제가 발견되는 경우에는 현재의 상담적인 문제와 연결시켜볼 필요가 있다. 정신의학자인 Sydney Walker는 정신

과 전문의들이 증상만을 보고 급하게 진단을 내리다가 오진을 할 경우가 있음을 지적하고 있다.

매년 수많은 일반적인 갑상선 기능 항진증(hyperthyroidism), 라
입병, 심지어 영양부족과 같은 의학적인 상태 때문에 고통을 받고
있는 수많은 미국인들이 정신질환의 문제로 오진되고 있다. 연구에
의하면 오진 확률은 10의 4건이 넘는다.²³⁾

실제로 정신질환 치료를 받다가 이와 연관된 신체적인 질환이 나중에
발견되기도 한다. 예를 들면, 심장이 좋지 않은 사람들에게서 우울증이
나타날 확률이 높지만 심장의 문제가 발견되지 않는 경우, 심장의 문제
를 치료하기보다는 우울증약물을 처방하게 되고 이는 우울증 증세의 감
소에 효과를 보이지 않게 된다. 또한 많은 경우 신체적인 질병이 초기단
계(embryonic stage)여서 발견하기가 쉽지 않지만 이러한 것들이 감정적
인 문제로 드러나거나 관계적인 문제를 유발할 수도 있다.

3) 약물 복용 중 내담자 모니터링

약물치료와 상담을 병행할 때 치료가 효과적이라는 연구결과와 같이,
실제로 적지 않은 내담자들이 상담을 받는 도중 약물치료를 병행하고 있
다. 이때 기독교상담자는 내담자의 문제와 신앙에 관련된 도움을 제공할
뿐만 아니라 약물의 효과와 부작용을 모니터링하며 내담자를 보호하면
서 상담효과가 극대화될 수 있도록 해야 한다.

정신과전문의를 보통 환자와 짧은 시간의 만남을 통해 약물의 처방
또는 조정을 하기 때문에 오히려 내담자의 증상이나 약물의 적응상태를
더 자세히 알 수 있는 사람은 상담자일 가능성이 높다. 미국의 경우 대부

23) Sidney Walker III., *A Dose of Sanity: Mind, Medicine, and Misdiagnosis* (New
York: John Wiley & Sons, Inc., 1996), 60.

분의 정신과전문의는 환자당 약 8분 정도, 1년에 3~4번 면담한 반면 상담자는 50분 동안 1달에 2~4회 만나는 것으로 보고되고 있다.²⁴⁾ 이 결과는 상담자가 내담자의 문제와 증상에 대해 대화를 나누며 알아갈 수 있는 충분한 시간을 가질 수 있는 반면 정신과전문의의 경우 환자마다 관계를 가지고 그를 깊이 이해할 수 있는 시간을 갖기에는 직업적으로 한계가 있음을 보여준다.

거의 모든 약물들은 잠재적인 부작용을 내포하고 있다. 이렇게 다양한 부작용이 있음에도 약물들이 계속 사용되는 것은 부작용이 주는 피해보다 유익이 더 크기 때문이다. 그러므로 상담자들은 자주 쓰이는 약물들의 부작용을 숙지하여 내담자들의 상태를 모니터링할 필요가 있다. 부작용의 모습은 침마름, 피곤함, 속이 거북함과 같은 가벼운 증상에서부터 시력장애, 침흘림, 극심한 불안, 몸의 떨림 등의 심한 증상까지 다양하다. 특별히 항우울제는 우울증뿐만 아니라 불안장애들, 통증장애, 학습장애 등에 가장 많이 사용되는 약들이기 때문에 부작용에 대한 기본적인 숙지가 필요하다.

지금까지 각종 연구를 통하여 정신질환약물이 다양한 부작용을 일으킨다는 결과들이 지속적으로 보고되고 있다. 이러한 부작용은 심지어 뇌 손상과 자살 욕구의 증가 등 생명을 위협하는 것까지 포함하고 있음에도 불구하고 내담자들은 약물의 부작용으로 나타나는 증상에 민감하지 않을 수 있기 때문에 약물 조절을 위한 정신과 전문의와의 다음 만남 때까지 위험한 상태를 그대로 방치해둘 가능성이 있다. 특별히 자살 충동(suicidal ideas)이나 감정과 느낌이 갑자기 변하는 부작용(mood swing)은 즉시 의사의 지시에 따라 약물을 중단해야 한다. 또한 앞에서 언급했듯이 항우울제와 관련하여 어린이와 청소년들 사이에서 일어날 수 있는 자살 충동과 같은 부작용은 특히 주의해야 한다. 이 밖에도 항우울제가

24) Lynne Shallcross, "Client, Counselor, Prescriber," *Counseling Today* (July 2012): 38.

관여하는 신경전달물질인 세로토닌의 급작스런 증가로 인하여 극심한 불안, 심장발작, 인지장애 등을 유발하는 세로토닌 신드롬(serotonin syndrome)의 부작용이 있다고 보고된 바 있다.²⁵⁾ 이 외에도 다른 부작용 증상이 있다면 정신과전문의와 상의할 수 있도록 조언해야 한다.

상담자는 약물의 부작용뿐만 아니라 약물 복용을 하는 내담자에게 그 효과가 예측대로 나타나고 있는지도 점검해볼 필요가 있다. 약물마다 충분히 혈류(bloodstream)에 흘러 효과를 나타내는 ‘치료창(therapeutic windows)’에 미치는 시간이 각각 다르기 때문에 정신과의사의 가이드를 숙지해야 한다. 일반적으로 항우울증은 약물의 효과가 나타나기까지는 수주가 걸리고 이때 불안과 같은 증상이 일시적으로 나타날 수 있지만 그 증상은 약효가 발휘될 때 곧 사라지게 된다.

약물치료를 받고 있는 내담자가 상담을 통해 얻는 유익 중의 하나는 자신의 문제와 상태에 관하여 구체적으로 대화하는 가운데 그가 인지하지 못하는 다양한 약물효과에 대해 나눌 수 있다는 것이다. 한 예로, 항우울제는 내담자의 기분을 전환시켜주는 작용뿐만 아니라 종종 수면을 돕거나 피로를 덜어주는 효과를 보이기도 하는데, 이러한 긍정적인 경험을 상담자와 나누면서 인지하지 못하고 있던 약물의 효과를 확인할 수도 있다.²⁶⁾

약물치료와 관련된 상담자의 중요한 역할 중 하나는 약물복용 효과를 점검하는 것 이외에도 내담자가 약물을 성실히 복용하고 있는가를 확인하는 것이다. 종종 환자들은 약물복용의 부작용 때문에 스스로 약물을 조정하거나 끊기도 하는데, 이를 인지했을 때 상담자는 곧바로 위험한 부작용이 없는지 점검하고 정신과 전문의를 만나도록 해야 한다. 모든 약물치료는 정신과 전문의의 결정에 의해 처방되고 약물의 중단 또한 약물을 처방한 전문의의 감독하에 진행되어야 하기 때문이다.

25) Shallcross, "Client, Counselor, Prescriber," 41.

26) Shallcross, "Client, Counselor, Prescriber," 42.

정신의학의 약물치료에 반대하는 정신과 전문의로 잘 알려진 Breggin도 임의적 약물중단의 위험성을 알기 때문에 그의 저서의 첫 페이지를 다음과 같은 경고로 시작한다.

대부분의 정신의학약들을 복용하는 것은 일반사람들이 생각하는 것보다 대단히 위험하다. 그러나 정신의학약들은 갑자기 중단할 때도 위험하다...약물의 중단은 정신과 전문의의 지시에 따라 점진적으로 진행되어야 한다.²⁷⁾

어떤 내담자나 상담자는 임의적 약물 중단 후에도 상태가 악화되거나 다른 부작용이 바로 나타나지 않기 때문에 안심하거나 내담자의 상태가 호전된 줄로 여길 수 있는데, 이는 대부분 약물이 아직 혈관에 남아있기 때문이다. 그러므로 일반적으로 임의적인 약물 중단 후 수주 후에는 위험한 부작용이 나타나게 되는데 이때 상담자는 바로 정신과전문의를 만나도록 해야 한다. 약물처방에 관한 모든 결정은 자격이 있는 정신과의사를 통해 해야 하고, 이것이 진실로 정신질환으로 고통을 받고 있는 내담자들을 사랑하는 길이다.

4) 약물사용에 대한 기독교적 관점을 나눔

기독교 상담자는 약물을 사용함으로써 얻는 유익이 하나님의 일반은총으로서의 선물임을 분명히 하고, 더 나아가 정신적인 어려움 가운데서 하나님의 인도하심과 뜻을 찾을 수 있도록 도와줄 필요가 있다. 만약 단순히 약물의 유익에만 집착하면서 자신이 겪고 있는 문제의 원인을 하나님 안에서 성찰하지 않는다면 하나님 대신 자신의 고통을 경감시켜주는 약물을 우상으로 섬기게 될 것이다. Mike Emlet도 자신의 상담경험을 나누면서, 약물치료를 받은 기독교인들이 약물치료의 효능을 자랑하면

27) Peter Breggin, *Toxic Psychiatry* (New York: St. Martin's Press, 1991).

서도 하나님의 은혜에 대해서는 자랑하지 않은 안타까운 경우가 있음을 지적한다.²⁸⁾

만약 내담자가 약물이 주는 즉각적인 증상의 완화에만 관심을 갖는다면 내담자의 내면의 마음과 영적인 문제를 드러내고 다룰 수 없을 것이다. 예를 들어 내면의 왜곡된 자기인식과 열등감 등의 문제로 인한 우울증 때문에 고생하던 어느 기독교인 내담자가 우울증약으로 증세가 호전되었다고 해서 그의 문제가 다 해결된 것은 아닐 것이다. 다시 말해 그가 우울증으로 고생할 때마다 항우울제에 의존하여 기분이 나아지는 것에만 관심을 갖는다면 왜곡된 자기인식과 열등감과 같은 내면의 문제를 이해하고 하나님과의 관계 속에서 극복하는 기회를 갖지 못할 것이다. 이때 항우울제는 우상과 같이 되어서 오히려 그의 영적 성장을 막을 수 있다.

그러므로 기독교 상담자는, 비록 약물이 주는 유익이 있으나 그 유익에 안주하여 마음이나 신앙의 문제에 관심을 두지 않는 것은 하나님의 뜻이 아님을 내담자에게 주지시킬 필요가 있다. 특별히 고난은 C. S. Lewis가 지적하듯이 하나님의 음성을 들을 수 있는 기회이며 하나님을 더 가깝게 만날 수 있는 복된 시간이 될 수 있음을 깨달을 필요가 있다.²⁹⁾

약물 치료에 있어서 기독교 상담자는 항상 내담자의 마음의 동기에 관심을 갖고 그것을 성경적 관점으로 볼 수 있도록 도와야 한다. 특히 고난 가운데 대응하는 자세는 발견하지 못했던 동기를 발견할 수 있도록 돕는다.³⁰⁾ 약물을 처방할 수 있는 의사이며 기독교상담자인 Dan

28) Emler, "Listening to Prozac...and to the Scriptures," 17.

29) C. S. Lewis, *The Problem of Pain* (San Francisco, CA.: Harper One, 2009).

30) 김준수, "인간동기의 심리학적 이론과 성경적 이해", 한국복음주의기독교상담학회, 「복음과상담」 제18권(2011): 124.

Wickert는 기독교인들이 약물을 복용하는 것은 자유이며 의사의 처방을 따르면 되지만, 많은 경우 그것이 마음의 동기를 왜곡시킨다는 사실을 언급한다. 한 예로 그는 내담자가 약물을 종종 중단하려는 의사를 밝히는 경우, 대부분 친구나 가족들로의 판단에 대한 두려움에 그 원인이 있다고 밝히면서 이렇게 다른 사람들의 판단을 두려워하면서 인정받고 싶은 욕구 때문에 하는 결심은 바른 동기에서 비롯된 것이 아님을 지적한다. 그는 약물과 동기에 대해서 다음과 같이 주장한다.

약물처방이 궁극적으로 마음의 문제를 해결하는가? 아니다. 하나님의 뜻이 약물이나 약물의 부족으로 막히는가? 아니다. 하나님의 뜻은 약물치료를 받든 받지 않는 내담자의 마음속에서 역사할 것이다. 나의 목적과 책임은 그들의 삶에서 그리스도의 형상으로 자라고 복음의 자유 안에서 하나님의 풍성한 목적을 이루는 삶으로 변영하는 것이다.³¹⁾

기독교인이든 아니든 고통 가운데 있는 사람이 약물처방을 통해 고통이 경감되거나 사라진다는 것은 기쁜 일이다. 그러나 기독교상담자들이 잊지 말아야 할 것은 약물의 효과가 모든 사람에게 동일하지 않고, 약물의 효과가 없을 때 내담자들이 낙심과 절망에 빠질 수 있다는 것이다. 이때 기독교 상담자는 내담자를 향한 위로와 지지와 함께 하나님의 신적 개입과 위로를 소망하는 접근을 해야 한다.³²⁾

31) Dan Wickert, "Mary and Paralyzing Fear" in *Counseling the Hard Cases: True Stories Illustrating the Sufficiency of God's Resources in Scripture*, eds. Stuart Scott & Heath Lambert (Nashville, TN.: B&H Books, 2012), 121.

32) 안경승, "상실로 인한 슬픔이해하기", 한국복음주의기독교상담학회, 『복음과 상담』 제22권(2014): 33-34.

III. 닫는 글

최근의 뇌 과학의 급속한 발전에도 불구하고 하나님께서 창조한 인간의 뇌를 이해하는 것은 아직도 초보단계이므로 향정신성약물이 정신질환의 증상의 변화에 어떤 영향을 주었는지 모두 이해하고 증명하는 것은 거의 불가능하다. 이는 상담자들이 약물치료와 함께 상담을 받고 있는 내담자를 도울 때 중요한 함축성을 지닌다. 기독교 상담자는 약물 처방의 한계를 인식하면서 동시에 약물처방의 유익을 인정하면서 영적으로 접근하는 균형잡힌 자세가 필요하다. 기독교상담자들은 인간의 정신적 문제에 생물학적 원인뿐만 아니라 사회적·환경적·영적인 요인들이 있을 수 있다는 것을 감안하고 다양한 관점에서 내담자를 도울 필요가 있다. 하나님과의 관계와 그리스도의 복음과 같은 영적인 부분을 도와주는 것은 기독교상담자의 의무이다.

기독교상담자는 약물처방의 여부를 떠나 내담자가 겪고 있는 고난을 그리스도의 복음의 관점으로 이해하고 대처할 수 있도록 돕는 것이 필요하다. 인간의 영혼과 육체가 분리된 것이 아니라 합일체로서 서로 영향을 유기체임을 인식하고 내담자를 도울 수 있는 전인격적인 접근을 해야 한다. 또한 내담자의 다양한 상황과 요인을 고려하는 지혜가 필요하다. 무엇보다 고난 가운데도 함께 하시고 약물처방과 같은 방법을 통해 고난을 벗어나게도 하시는 하나님을 찬양하되 어려움 중에도 신실하게 일하시는 하나님의 섭리를 경험하도록 도와야 한다.

그러나 현실적으로 기독교상담자들이 약물치료를 고려하거나 치료중에 있는 내담자를 더 효과적으로 돕기 위해서는 약물에 대한 기본적인 이해와 이를 위한 노력이 필요하다. 이를 위한 한 가지 방안으로, 정신질환에 관련된 약물에 관한 교육이나 세미나에 참석해 약물에 대한 이해를 넓히는 것을 제안한다. 이런 세미나를 바로 찾기가 어렵다면 기독교상담 학회나 속한 상담기관에서 정신질환에 관한 특정한 주제를 정한 후, 정

신과 전문의나 관련학자들을 초대하여 강의를 주최할 수도 있다. 좀더 현실적인 방법으로 상담자들을 위한 수퍼비전에 정신과전문의나 전문가들을 초청하여 실제 사례에서 경험하는 약물에 관한 문제들을 질문하고 나눌 수 있다.

잠언 11:14의 원어를 직역하면 “조언(상담)이 없는 곳에 사람은 망하고 많은 상담자들은 안전을 가져온다(“Where there is no counsel, the people fall; But in the multitude of counselors there is safety”[NKJV])”이다. 어떤 면에서 정신적인 문제를 안고 있는 기독교인들을 돕고 있는 목회자, 기독교상담자, 정신과전문의 등은 모두 내담자에게 도움을 제공해주는 상담자 역할을 하고 있다. 이러한 상담자들이 한 팀이 되어 각자의 전문 영역에서 어려움에 처한 내담자들을 도울 때 그들이 영적 · 정서적 · 신체적으로 성숙해질 수 있을 것이다.

【 참고문헌 】

- 김준수. “인간동기의 심리학적 이론과 성경적 이해”. 한국복음주의기독교상담학회. 「복음과 상담」 제18권 (2011): 106-130.
- 안경승. “상실로 인한 슬픔 이해하기”. 한국복음주의기독교상담학회. 「복음과 상담」 제22권 (2014): 9-40.
- Bazler, Ryan & Lisa Bazler. *Psychology Debunked: Revealing the Overcoming Life*. Lake Mar, FL.: Creation House, 2002.
- Breggin, Peter. *Medication Madness*. New York: St. Martin's Press, 2008.
- Breggin, Peter. *Toxic Psychiatry*. New York: St. Martin's Press, 1991.
- Brian Brodersen. “Christ The Church and The Mentally Ill.” Accessed on April 13, 2015. Available at: <http://calvarychapel.com/resources/article/view/christ-the-church-and-the-mentally-ill/>.
- Chase, Michael. “The Matriculating Brain.” *Psychology Today* 6, no. 3(1973): 82-87.
- Clay, Rebecca A. “Advocating for Psychotherapy.” *Monitor on Psychology* 42, no. 8 (2011): 48-51.
- Emler, Mike. “Listening to Prozac...and to the Scriptures: A Primer on Psychoactive Medications.” *The Journal of Biblical Counseling* 26, no.1 (2012): 111-122.
- Evans, Mark D., Steven D. Hollon, Robert J. DeRubeis, Joan M. Piasecki, William M. Grove, Michael J. Garvey, & Vincente B. Tuason. “Differential Relapse Following Cognitive Therapy, Pharmacotherapy, and Combined Cognitive-pharmacotherapy for Depression.” *Archives of General Psychiatry* 49 no. 10 (1992): 802-808.
- Elkin, Irene., Robert D. Gibbons, M. Tracie Shea, Stuart M. Sotsky, John T. Watkins, Paul A. Pilkonis, & Donald Hedeker. “Initial Severity and Differential Treatment Outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program.” *Journal Consulting and Clinical Psychology* 63, no. 5 (1995): 841-847.
- Harris, Gardner. “Talk Doesn't Pay, So Psychiatry Turns Instead to Drug Therapy.” *The New York Times* (March 5, 2011). Accessed on April

- 11, 2015. Available at: http://www.nytimes.com/2011/03/06/health/policy/06doctors.html?pagewanted=1&_r=0.
- Hart, Archibold. *Dark Clouds Silver Rings*. 정동섭 역. 『우울증 이렇게 치유할 수 있다』. 서울: 요단출판사, 2000.
- Lambert, Heath “NANC Myth#1—NANC Train Their Counselors to Get Counselees off of their Psychiatric Medication.” accessed on April 13, 2015. Available at: <http://www.biblicalcounseling.com/blog/nanc-myth-1-nanc-trains-their-counselors-to-get-counselees-off-of-their-psy/>.
- Lewis, C. S. *The Problem of Pain*. San Francisco, CA.: Harper One, 2009.
- Litchtblau, Leonard. *Psychopharmacology Demystified*. Clifton Park, NY.: Delmar Cengage Learning, 2011.
- Shallcross, Lynne. “Client, Counselor, Prescriber.” *Counseling Today* (July 2012): 38–42.
- Sinacola, Richard S. & Timothy S. Peters—Strickland. *Basic Psychopharmacology for Counselors and Psychotherapists*. 2nd ed. Boston: Pearson, 2011.
- Spence, D. P. “Dangers of Anecdotal Reports.” *Journal of Clinical Psychology* 57 (2001): 37–41.
- Sperry, Len. *Psychopharmacology And Psychotherapy: Strategies for Maximizing Treatment Outcomes*. New York: Brunner Mazel, 1995.
- Walker III., Sidney. *A Dose of Sanity: Mind, Medicine, and Misdiagnosis*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1996.
- Watters, Ethan, "The Problem With Psychiatry, the 'DSM,' and the Way We Study Mental Illness." *Pacific Standard* (June 2013). Accessed on April 13, 2015. Available at: <http://www.psmag.com/books-and-culture/real-problem-with-dsm-study-mental-illness-58843>.
- Wickert, Dan. “Mary and Paralyzing Fear.” In *Counseling the Hard Cases: True Stories Illustrating the Sufficiency of God’s Resources in Scripture*. Eds. Stuart Scott & Heath Lambert. Nashville, TN.: B & H Books, 2012, 111–140.
- Wylie, Mary Sykes & Richard Simon. “Discoveries from the Black Box.” *Psychotherapy Networker* 26, no. 5 (2002): 26–37.

【 Abstract 】

Christian Counseling and Psychiatry: Some Suggestions for Christian Counselors on the Use of Psychiatric Medications

Jun Kim

Chongshin University

Clients in counseling often consider taking psychiatric medication due to their severe conditions, and thus expect their counselors to provide some opinions regarding taking medication. This situation is not foreign to Christian counselors because Christians also experiencing suffering and pain, which likely cause them to turn to a medication option. This situation indicates that Christian counselors need to be ready to help their clients. The purpose of this study is to provide some suggestions regarding Christian counseling approach to psychiatric medication. To achieve this purpose, the article first provides a brief summary on the complexity of brain and how the psychiatric drugs work, which show the ambiguity of psychiatry in relation to its diagnosis and drug treatments.

By providing some Christian positions on medication, the article tries to offer a balanced approach: accepting benefit of medication but being cautious on drug dependence. Following this approach, the article provides four suggestions: understanding strength of counseling, timely referral to a psychiatrist after initial meeting or before ending counseling, and Christian message on suffering. The article concludes by providing some practical suggestions for Christian counselors; they need to attend educational seminars on medication and supervision meetings directed by a psychiatrist or an expert.

Key words: Christian Counseling, psychiatry, medication, referral, counseling process