

정신종양학의 영적 지지에 대한 기독교상담적 접근 방안

전 요 섭*

국문초록

이 연구는 정신종양학의 영적 지지에 대한 기독교상담학적 접근을 살펴본 것이다. 우리나라는 암으로 인한 국민사망률 1위이다. 사람들은 암에 노출되면 우울은 물론, 불안, 공포, 낙심, 좌절, 절망, 무기력 등의 문제가 발생한다. 암 환자의 심리적 지지를 연구하고 실천하는 학문을 일컬어 '정신종양학'이라 한다. 이는 신학문이며, 급격히 증가하고, 광범위하게 확장되는 임상실천 분야이다. 정신종양학에서는 영적 지지를 강조하지만 의료진에 의한 영적 지지는 취약한 부분이므로 기독교상담학이 정신종양학의 영적 지지에 관심을 집중시켜야 한다.

영적 지지는 암 환자로 하여금 신앙을 통해 죽음불안 감소, 완화, 암에 대한 극복의지를 상승시키는 것이다. 대부분의 암 환자들은 암 진단으로 심리적 충격을 받게 되는데, 이 때 신정론 질문과 아울러 죄, 하나님, 심판, 징벌, 저주, 재앙, 죽음 등을 생각한다. 암 환자의 회개는 영적 지지의 토대가 되며, 사죄의 확신은 영적 지지의 필수적인 과정이다. 상담자는 암 환자에게 영적 재구성성을 통해 암을 수용, 순응할 수 있게 하는 것이 필요하다. 또한 하나님 나라의 소망을 확고하게 갖는 것이 중요하다. 이 연구는 정신종양학에 대한 기독교상담학적 관심을 고조시키며, 암 환자에 대한 영적 지지의 필요성과 중요성 등을 피력하려는 것이다.

주제어 : 정신종양학, 기독교상담, 영적 지지, 정신, 영성

• 논문 투고일: 2018년 9월 28일

• 논문 수정일: 2018년 10월 24일

• 게재 확정일: 2018년 10월 30일

* 성결대학교 파이데이아학부 교수

I. 여는 글

세계보건기구(WHO)의 발표에 따르면, ‘장차 암은 꾸준히 증가할 것이며 그에 따라 암 사망률도 역시 증가할 것인데, 이는 세계적인 추세가 될 것’이라고 예측했다(Grassi & Riba, 2012). 우리나라 국민의 사망률 1위를 차지하는 것은 다양한 종류의 ‘암’(癌, cancer)이다. 우리나라에서는 1983년 이후로 암이 가장 흔한 사망원인이 되었고, 2017년 암 사망(인구 10만명당)은 160.1명으로 나타났다.(국민일보, 2018. 9. 27.) 국민 전체로 볼 때 암에 걸릴 위험성은 남성 4명 중 1명, 여성 5명 중 1명이며, 암은 전체 사망률 가운데 28.3%에 해당하는 높은 비율을 차지하고 있다(Lee et al., 2017). 연령대별 암 사망은 20대에서 사망원인 3위에 해당되며, 30대에서는 2위를 차지하지만, 40대 이후부터는 1위로 보고되고 있다(권진숙, 2017). 65세 이상의 노인 사망률 1위는 물론 암이지만, 그 발생률은 무려 41.6%를 차지하고 있으며, 이는 꾸준히 증가하는 추세이다(김희선, 2014). 그래서 많은 사람들이 암에 노출되었을 때, 여지없이 심리적 지지기반이 붕괴되고 암에 대한 불안과 공포는 물론, 우울, 낙심, 좌절, 절망, 무기력 등의 다양한 심리적 문제가 발생한다.

암 환자들을 대상으로 심리적 지지를 연구하고 실천하는 학문을 일컬어 ‘정신종양학’(精神腫瘍學, psycho-oncology)이라 한다. 암 환자에 대한 지지치료로서 정신종양학은 주로 정신의학, 간호학 등의 분야이지만, 기본적으로 다학제적(multidisciplinary) 성격을 지니고 있는 학문으로서 심리학, 상담학, 사회복지학, 종교학, 기독교상담학 등에서도 관심을 집중시키고 있다. Holland와 Rowland(1992)는 정신종양학을 일컬어 “새로운 학문분야일 뿐만 아니라, 급격하게 증가하고, 광범위하게 확장되는 임상실천분야”라고 분석한 바 있다. 1990년 이후부터 작금까지 한국연구재단 등재학술지에 ‘정신종양학’이라는 용어가 제목에 포함되어

수록된 학술논문은 고작 두 편에 불과하다(이철, 1994; 함봉진, 2007). 하지만 이런 현상을 두고 충분한 연구가 이루어지지 않았다고 단정할 수는 없는데 그 이유는 정신종양학의 명칭이 최근에 생긴 것이며, 정신건강의학, 종양학, 간호학, 사회복지학, 심리학, 상담학 등에서 호스피스라는 이름으로 이 주제를 다루어 왔기 때문이다.

기독교상담학이 정신종양학에 관심을 집중시켜야 하는 이유는 정신종양학의 다학제적, 통합적 접근을 이루고 암 환자에 대한 심리정서적 지지뿐만 아니라, 영적 지지를 수립하기 위한 것이다. 영적 지지는 암 환자로 하여금 구원의 확신을 갖도록 함으로써 죽음에 대한 두려움 극복, 불편 및 고통을 감수하는 능력 향상, 고독의 감소 및 극복의지 상승, 가족 및 다른 환자들과 심리정서적, 사회적 적응 등과 밀접한 관련이 있다(Roddy, 2008). 따라서 이 연구는 정신종양학에 대한 기독교상담학적 관심을 고조시키며, 암 환자에 대한 영적 지지의 필요성과 중요성 등을 피력하려는 것이다.

II. 펴는 글

1. 정신종양학의 정의와 개념

한국정신종양학회에서 정의한 정신종양학은 ‘암이 환자의 신체건강뿐만 아니라 정신건강에도 상당한 영향을 미친다는 것을 인식하고 암의 심리적, 사회적, 행동적 측면에 대해 연구하는 종양학의 다학제적 하위 전문분야를 일컫는다’고 정의했다(http://kpos-society.org/2_1.php, 2018).

정신종양학을 일컫는 영어단어 ‘psycho-oncology’는 근래에 사용된

신조어(neologism)이다. Google scholar를 통해 분석해 볼 때, 북미에서는 ‘psycho-oncological’ (정신종양학적) ‘psycho-oncological care’ (정신종양학적 돌봄) ‘psycho-oncological support’ (정신종양학적 지지) ‘psycho-oncological treatment’ (정신종양학적 치료) ‘psycho-oncological intervention’ (정신종양학적 개입/중재) 등의 용어들을 빈번하게 사용하고 있다. 연구자는 정신종양학을 의미하는 영어단어 ‘psycho-oncology’에서 ‘psycho’를 심리로 이해하여 ‘심리종양학’이라고 번역하고자 했으나, 국내에 이미 ‘정신종양학회’라는 명칭의 학술단체가 설립되었고, ‘정신종양학’이라는 용어를 선점적, 공식적으로 사용하고 있어 ‘정신종양학’으로 사용하고자 한다.

‘psycho’를 의학계열(정신의학 및 간호학 등)에서는 ‘정신(精神)으로 번역하는 경향이 있는가 하면, 비의학계열(심리학, 상담학, 교육학 등)에서는 ‘심리(心理)로 번역하는 추세이다. 따라서 psychotherapy를 의학계열에서는 ‘정신요법’ ‘정신치료’ 등으로 옮기지만, 비의학계열에서는 ‘심리요법’ ‘심리치료’로 번역하는 경향이 있다. 그럼에도 불구하고 psychology를 ‘정신학’으로 옮기지는 않는데 그것은 이 단어가 우리말로 옮겨졌던 초기부터 ‘심리’ 또는 ‘심리학’이라고 사용하는 것이 일반화되었기 때문이다. 우리말 ‘정신종양학’이라는 용어가 근래에 사용된 단어이고, 아직 일반화되지 않은 상태여서, 이 단어를 접한 사람들 가운데 글자 의미 그대로 이해하여 ‘정신(심리)에 발생한 종양을 연구하는 학문으로 생각하는 경우도 있다. 정신종양학이라는 용어가 함축적이어서 오해의 소지가 없는 것은 아니나, 풀어서 설명하면, 종양에 노출된 환자들의 다양한 정신문제를 다루는 학문이라고 이해하는 것이 가장 단순한 개념이라 할 수 있다. 그렇게 볼 때 ‘psycho-oncology’를 우리말로 ‘정신종양학’ 보다는 ‘종양정신학’이라고 명명하는 것이 오해를 줄이는 번역일 수 있다.

‘종양’(tumor)이라함은 일반적으로 신체에 발생된 신생물로서 주로 악성 종양인 ‘암’(癌, cancer)을 지칭하는 용어로 많이 사용된다. 일단 신체에 암이 발생하면, 질병이 악화 또는 전이(metastasis)되거나, 치료되었다고 하더라도 재발가능성이 높아짐으로 인해 환자의 불안과 공포는 가중된다(Roddy, 2008). 이에 대하여 McFarland(2017) 등은 정밀의학(precision medicine)의 발전에도 불구하고 환자 입장에서는 치료의 불확실성과 재발로 인해 두려움이 증가한다고 분석했다. 암 환자들은 암을 진단받는 순간, 불안과 공포, 불확실성, 상실감, 정서적 혼란, 절망(생존에 대한 자신감 상실), 무력감 등의 심리가 발생하는데, 이런 것들은 해결하기 가장 어려운 문제로 꼽고 있으며, 환자의 삶의 질을 현저히 저하시킨다(Roddy, 2008). 그래서 암 환자들의 정신을 억압하는 불안과 공포 및 다양한 심리적 문제와 혼란을 감소하고, 암 극복의지를 향상시키며, 통증 및 고통을 완화하여 삶의 질을 유지하도록 지지하기 위한 학문으로 정신종양학이 태동했다고 볼 수 있다. 하지만, 암 환자를 ‘신체,’ ‘질병,’ ‘정신’의 삼각구조로만 볼 수 없는 것은, 인간은 영적 존재이며, 영성이 신체, 질병, 정신에 영향을 미칠 뿐만 아니라, 이들은 밀접한 상관관계에 놓여있기 때문이다(Roddy, 2008). 같은 맥락으로 의학에서는 정신-신경-면역-내분비(Psychology, Neurology, Immunology & Endocrinology: PNI & E)가 상관관계에 있다는 것을 의심의 여지없이 인정하고 있다(Anderson, 2003). 그러나 더 나아가 영성-정신-신경-면역-내분비(SPNI & E)의 구조와 개념을 가지고 있지 않으면 영적 지지는 어렵게 될 것이다.

2. 정신종양학의 발생배경

암 환자의 심리정서적 지지가 암의 결과나 예후에 뚜렷한 영향을 미치고 있음을 의학이 인정함에 따라 ‘정신의학’ (psychiatry) 및 ‘종양학’ (oncology)의 통합적 결과로서 ‘정신종양학’ (psycho-oncology)이 태동했다고 볼 수 있다.

암 발생 및 진행과 관련하여 환자의 성격적 특성, 갈등 및 심리정서적 상태 등과 관련하여 다양한 연구결과들이 발표되기 시작한 시점은 1960년부터였다. 1970년대에 미국 국립암연구소에서 암과 심리정서적 문제에 대한 최초의 통합된 연구가 시작되었고(이철, 1994), 1975년에는 미국에서 최초로 암과 정신사회적 관계에 대한 학술회의가 개최되었다. 이런 학술적인 움직임들이 정신종양학을 태동시킨 기초가 되었다. 미국의 경우, 1976년에는 정신사회적 종양학 합동연구회(Psycho-social Collaborative Oncology Group)가 조직되어 국가기관으로부터 상당한 재정지원을 받아 암과 심리적 차원의 체계적인 연구가 시도되었다(함봉진, 2007). 1989년에 이르러서 국제 정신종양학회(International Psycho-Oncology Society: IPOS)가 설립되었는데, 이는 미국, 캐나다, 영국, 일본 정신종양학회 및 범 아프리카 정신종양학회 등 약 27개국의 학회들과 연계되어 세계 52개국을 대표하는 기구가 되었으며, 정신종양학 발전의 구심점 역할을 수행하고 있다(함봉진, 2007). 용어에 있어서도 1984년까지는 정신사회종양학(psychosocial oncology), 행동종양학(behavioral oncology) 등으로 호환되다가 ‘정신종양학’으로 통일되었다. 우리나라에서는 2005년 12월에 이르러서 ‘정신종양학회’가 결성되었고, 2014년 9월에 비로소 ‘한국정신종양학회’가 창립되었으며, 2015년 10월부터 학술지 “Korean Journal of Psycho-Oncology: KJPO”를 간행하게 되었다.

호스피스는 말기 암으로 인해 죽음이 거의 확정된 환자를 대상으로 마지막 삶을 돌보는 접근(end-of-life care/final stage of life care)이라면, 정신종양학은 암 진단을 받은 모든 환자들을 대상으로 하여 통증(distress)관리, 완화(palliative)의료, 심리정서적 지지, 영적 지지 등에 대한 전반적인 돌봄의 영역이라 할 수 있다.

3. 종양환자의 심리상태

일반적으로 암 환자는 암으로 인한 고통 등 암 자체의 문제와 동시에 심리정서적, 사회적, 영적 문제를 함께 수반하는 위험성에 노출된다. 이런 상황은 암 환자 및 그 가족의 삶의 질을 저하시키며, 치료 및 예후에 있어서도 직간접적으로 부정적 영향을 미친다(Lee et al., 2017). 암 진단을 받은 환자는 필연적으로 신체내적 변화에 직면하게 되며, 개인차에 따라 다르기는 하지만 심리정서적, 사회적, 영적으로도 다양한 변화를 겪는 것이 보편적인 현상이다(Roddy, 2008; Vries & Stiefel, 2013). 종양환자의 30%는 정신건강에 심각한 문제를 가진 것으로 분석된다(Mitchell et al., 2011; Singer et al., 2010).

Singer(2014)는 거의 대부분의 암 환자들에게 발견되는 첫 반응은 '충격'이라고 분석했다. 대부분 암 진단을 받은 환자들의 인식은 자신에게 절대로 발생해서 안 되는 일이 발생한 것으로 생각하여 상당한 충격에 노출되는데, 현상적으로 암이 사망의 주요원인이라는 인식으로 인해 충격이 더욱 커진다. Holland 등(1992)은 (1) 격렬한 통증, (2) 통제력 상실, (3) 낙인, (4) 죽음에 대한 불안과 공포를 충격과 함께 이해해야 한다고 주장했다. 암 환자들이 불안, 공포에 노출되어 이로 인해 심리정서적, 영적 문제를 겪을 것이라는 점에 대해서는 의문의 여지가 없다(Kissane1, Lethborg, & Kelly, 2012).

암이 발생하면 대부분의 환자들은 정상적인 삶의 적응력 저하를 비롯하여 2차적 증상을 경험하게 된다. 이를테면 암 발생자의 21-58%는 우울증이 발생하고(Massic, 2004), 15-28%는 불안증이 나타나고 있으며(Pirl, 2004), 38.2%의 환자들에게는 우울증과 불안을 제외한 다른 정서장애를 겪는 것으로 나타났다(Kerrihard et al., 1999). 또한 암의 종류에 따라 2차적인 양상은 달리 나타나는 것이 일반적인 현상이다.

암 환자에게 발생하는 극심한 불안과 공포는 매우 흔한 일이지만, 신경증으로서 불안증, 공포증과는 구별되어야 한다(Dankert, Duran, Hastreiter et al., 2003). 신경증으로서 불안장애, 범불안장애, 공황장애 등은 비현실적이거나 비합리적인 인지왜곡에 의해 나타나는 두려움이지만 암에 노출된 환자는 자신에게 발생한 질병에 기초하여 실제적인 위협에 직면한 현실적인 두려움이라고 할 수 있다. 암은 발생부위에 따라 의학의 전문영역에서 치료를 담당하지만, 심리정서적 문제는 정신건강의학과에서 담당해왔다. 하지만 암 환자들이 정신건강의학과 치료에 대한 부정적 인식과 낙인(stigma)이 나타나는 것이 보편적인데, 이의 감소를 위해 정신종양학의 존재의미가 부각되는 것이다. 일반적으로 심리정서적 지지의 가장 기본적 목표는 암 환자의 불안과 공포를 감소하는 것이라 할 수 있다. 하지만 영적 지지는 단순히 암 환자의 불안과 공포를 감소시키는 것을 본질로 삼지 않고, 암 환자로 하여금 구원의 확신, 회개와 사죄의 확신, 하나님 나라의 소망과 영적 재구성을 확립하는 것이며 결과적으로 불안과 공포 등 다양한 심리정서적 문제가 감소, 극복되는 것이다.

Wein(2014)은 심리정서적으로 단지 암 환자의 불안과 공포를 제거한 다든지, 기분을 좋게 하는 것은 정신종양학의 완화치료적 접근이기는 해도 영적 지지로 보기 어렵다고 주장했다. 암 환자가 자신의 고통을 극복하고 정서적 평온함을 갖는 것은 매우 중요한 것이기는 하지만 기독교상

담에서 추구하는 영적 지지의 본질이거나 목적이 되어서는 안 되며, 심리정서적 지지와 영적 지지를 혼동해서도 안 된다. 암 환자에 대한 영적 지지가 암 환자의 우울증을 감소하는데 영향을 미친 연구결과도 역시 영적 지지의 결과일 뿐, 우울증을 감소하기 위해 하는 것은 아니다(Chaturvedi & Venkateswaran, 2008). 암 환자에게 발생하는 우울증은 자신에게 죽음이 근접했다는 절망과 자신이 죽음 앞에 할 수 있는 것이 아무 것도 없다는 무기력과 좌절로 인한 것이다(Singer, 2014). 이에 대한 영적 지지는 긍정적 미래인식과 하나님 나라의 소망을 확고하게 수립함으로써 현실을 극복하여 결국, 심리정서적인 문제(불안, 공포, 낙심, 절망, 무기력)의 회복이 나타나는 것이라 할 수 있다.

죽음학자 Kubler-Ross(1969)는 암 환자를 비롯하여 대부분의 불치병(terminal ill)에 노출된 환자들의 심리를 다섯 가지 (1) 부정 (2) 분노 (3) 타협 (4) 우울 (5) 순응으로 보았다. 이는 모든 암 환자들이 이런 과정을 순차적으로 겪거나 자신에게 발견된 악성종양을 수용, 순응하는 것은 아니지만, 대부분의 암 환자에게 나타나는 심리적 단계이다. 일부 환자들은 암을 자신의 신체에 발생한 '적'(enemy)으로 인식하여 끝까지 힘겨운 심리적 전투만 하다가 생이 종결되는 경우도 많이 있다(Singer, 2014). 암은 곧 죽음을 의미했던 인식은, 근래 의학의 발달로 인해 치료 효과가 높아진 결과로, 많이 개선되고 있으나 암에 노출되었다는 자체는 사실상 죽음에 근접한 상황이다. 그러므로 불안과 공포를 비롯하여 다양한 신경증 및 정신증에 노출된 암 환자를 대상으로 심리정서적 지지는 물론, 각별한 영적 지지가 필요하다.

4. 정신종양학과 영적 지지

Faulkner와 Maguire(1999)는 암에 노출된 환자들에게 (1) 미래에 대한 확실성 수립 (2) 의미 수립 (3) 통제 상실에 대한 안정감 수립 (4) 정서 장애를 극복할 수 있는 지지체계 형성 (5) 의료적 지원 등이 필요하다고 분석했다. 그들은 이것을 ‘장애물’이라고 표현하면서 이를 극복하지 못할 때 심리정서적 혼란이 증가한다고 보았다. 이들이 완화치료 방안을 제시한 것은 괄목할만 하다고 하겠으나, 여기에 영적 지지를 포함시키지 않은 것은 기독교상담에서 수용하기에는 문제가 있다고 볼 수 있겠으나 의료적 지원을 제외하고 나머지 부분은 영적 지지의 차원에서 접근할 수 있는 것이다.

정신종양학에서 완화치료 및 심리정서적 지지를 연구하는 학자들이 모두 영성 및 영적 지지를 조건 없이 수용하는 것은 아니다. 일각에서는 ‘영성과 실존의 융합’ (conflation of the spirituality and existence)으로서 정신종양학의 필요성과 효용성을 강조하는 것에 반해, Salander (2014)는 ‘과연 암 환자에게 영적 지지라는 것이 의미 있는 것인지’에 대하여 의구심을 제기한 바 있다. 그는 유물론적 입장에서 인간이 영적 존재라는 것을 거부하여 ‘의학’과 ‘영’의 관련성을 배제하려고 하였다 (Salander, 2006). 이런 견해는 단지 Salander의 개인적 입장이라기보다 증거기반의 임상영역인 현대의학의 보편적인 면으로서, 현대의학은 인간의 ‘영’ (spirit), ‘영혼’ (soul), ‘영성’ (spirituality), ‘영적’ (spiritual) 문제와 밀접한 관련을 가지려고 하지 않는다(Fenwick, 2014). 그러나 현실적이며, 현상적으로 볼 때, 암 환자들을 돌보는 의료현장에서 영적 지지를 통해 치료의 효율성 및 완화치료적 효과가 극대화되는 것이 현실이다 (Balboni et al., 2007). 그래서 Dolan(2007)은 영혼과 의학의 관계는 매우 불편하면서도 상호작용을 하지 않을 수 없는 영역이라고 분석한 바

있다. ‘정신’(mental)과 ‘영’(spirit)은 개념적으로 차이가 있으나 세계보건기구(World Health Organization: WHO)에서 “정신건강이 없는 건강은 없다”(no health without mental health)고 선언한 바 있다. 이는 환자의 신체적 치료만 치료가 아니라 심리정서적 회복이 아울러 초래되어야 한다는 개념으로 이해된다. 급기야 국제 정신종양학회(International Psycho-Oncology Society: IPOS)에서는 “암 환자를 돌보는 핵심은 육체(body)와 영혼(soul)에 있다”고 강조함으로써 신체적 차원은 물론, 심리정서적 차원을 넘어 영적 개념을 탐구하기 시작했다(Butin, 2015). Wein(2014)은 정신종양학에 영적 지지가 반드시 포함되어야 한다는 것을 주장함으로써 영적 지지의 중요성을 강조한 대표적인 학자 가운데 한 사람이 되었다. Meluch(2018)는 암 치료에 있어서 영성의 역할 및 영적 지지는 지난 몇 년 동안 관심이 상당히 증가하고 있다는 분석을 내놓았다.

근래, 의학, 심리학, 상담학, 사회복지학 등 암 환자를 다루는 거의 대부분의 영역에서 영성을 중요한 차원으로 인정하고 이를 다루고 있다 (Sheppard, 2016). 하지만 영성은 접근 분야에 따라 그 정의가 매우 다양하게 사용되는 단어라고 할 수 있다. Puchalski(2009)는 영성의 정의에 대하여 “영성은 개인이 의미와 목적을 추구하고 표현하는 방식이며, 자신과 자신, 타인, 자연 그리고 의미 있거나 신성한 존재와의 연결성을 경험하는 방식을 가리키는 인간성의 측면이다.”라고 했다. 이런 정의를 영성의 진정한 개념으로 이해할 기독교상담학자는 없을 것이다. 영성을 종교성 또는 초월적인 것으로 인식하는 경우가 보편적인데, 하나님과 관계성에서 영성을 고려하지 않으면 기독교상담학에서 수용하기 곤란한 정의가 될 수 있다.

1) 심리학과 기독교상담학의 영성 차이

심리학은 종교가 아니므로 영성을 다루는데 근본적인 한계가 있으나 근래, 초월심리학 등에서 영성에 대한 지대한 관심을 표명하고 있다. 심리학에서 영성은 종교에서 다루는 영성과 그 개념의 차이가 있다고 전제 및 범주를 설정한 후, 조작적 정의로 영성의 의미를 수립하고 나름대로 영적 지지에 대한 기법을 제시하고 있다. 즉, 일부 심리학에서는 종교적 영성과 관련성을 거부하고 단지 초월적인 것을 영성으로 이해하고 이에 대한 심리학적 접근을 하고 있는 것이다.

특히, 실존주의 심리학자 Frankl(1983)은 그가 개발한 의미요법(logotherapy)에서 인간 실존의 특징과 본질적 요인 가운데 영혼성을 꼽았다. Frankl에 의하면, 인간은 생물학적 욕구나 사회적 환경에 의해 결정되기도 하지만 인간의 진정한 모습은 그러한 제약을 넘어선 영적 차원에 의해 결정된다고 보았으며, 영이 인간을 목적지향적으로 만든다고 보았다. 심리학에서 인간의 영을 다룬 이론은 흔히 발견하기 어려운데 의미요법은 이례적인 것이 아닐 수 없다. Frankl(1983)은 ‘심인성 신경증(psychogenic neurosis)’과 구별하여 ‘영인성 신경증(noogenic neurosis)’이라는 새로운 개념을 제시했는데 영인성 신경증이란 심리적 차원이 아니라 영적 차원에서 비롯되는 신경증을 의미한다고 보았다. 의미요법에서는 영인성 신경증의 경우에 일반적인 상담 및 심리치료를 통해서 치료될 수 없고 영적 차원을 취급하는 의미요법을 통해서만 치료가 가능하다고 보았다.

영성에 대한 혼란을 막기 위해 심리학 일각에서는 ‘종교적 영성’과 ‘비종교적 영성’(spiritual but not religious)이라는 용어를 사용하여 애써 구분하기도 한다(Watts, 2016). 이렇듯 영성은 기독교에서만 다루는 개념이 아니고, 불교, 천주교, 기타 초월종교, 심지어 심리학에서도 다루고 있으며 그 개념도 상이하여 논란이 있을 수 있다. Sinclair(2016)는 이

런 실정을 고려하여 영성은 다면적이어서 정의하기가 복잡하고 잘못 정의되는 경우들이 많다고 우려를 나타냈다. 영성의 정의는 영성의 정의를 다른 학자들의 수만큼이나 많을 수 있다.

암 환자를 대상으로 한 영적 지지를 효율적으로 하기 위해 기독교상담에서는 영성의 개념을 확고히 수립하는 것이 중요하다. 암에 대한 치료적 접근을 논할 때 단순히 의학적 접근만을 논하지는 않으며 그렇게 되어서도 안 된다(Vries & Stiefel, 2013). 암 환자의 심리정서적, 영적 상태 또는 신앙요소의 활용이 암 환자의 증상완화를 비롯한 치료적 변인으로서 영향력 등에 관한 전문적인 연구가 있어야 한다.

Scott(2014)는 말기암 환자를 비롯하여 불치병으로 인해 생이 끝날 무렵에 하나님과 관계성을 갖는 경우가 많다는 현상을 제시했다. Balboni(2007) 등의 분석에 따르면, 신앙을 갖지 않은 상태에서 암 진단을 받은 환자들 가운데 49%는 암 진단 이후, 종교적인 관심을 드러내어 영적 지지를 요구하는 것으로 밝혀졌다(Balboni et al., 2007). Scott(2014) 등은 암 환자에게는 의료적, 신체적 치료 이상의 확장된 지지개념을 필요로 하는 것이 분명하다고 보았다(Meluch, 2018). 암은 환자들로 하여금 영적인 것에 관심을 갖도록 하고, 자신의 상태를 영적으로 해석하도록 만드는 일임에 틀림없다(Stansfield, 2018).

2) 영적 지지자

Stansfield(2018)는 ‘암 환자들에게 영적 지지가 필요하다면 도대체 그것을 누가 할 것인가? 의료진들이 과연 암 환자들에게 영적 지지를 효율적으로 할 수 있을 것인가?’ 등을 화두로 삼고 문제제기를 한 바 있다. 의사는 환자의 질병을 대상으로 그것을 추적하는 자(chaser/pursuer)이지만, 기독교상담자는 환자를 하나님의 형상을 가진 자로 보기 때문에 환자에 대한 접근과 지지가 의사와 다르다(LaMothe, 2014). 일반적인

의료체계에서는 암 환자들의 영적 욕구에 대하여 이해하지 못함으로써 충분히 지지하지 못하는 것이 현실이다(Balboni et al., 2007). Meluch (2018)는 현실적으로 의료기관 및 의료진들의 영적 지지에 대한 관심 저하로 인해 허용 가능성이 낮기 때문이라고 그 이유를 분석하였다. 여기서 ‘허용 가능성이 낮다’는 의미는 의료기관 및 의료진들이 그것을 적극적으로 거부하는 것은 아닐지라도 환자들을 상대로 영적 지지를 하도록 제도화, 공식화하여 접근하지 않고 소극적 태도를 취하고 있다는 뜻이다. 의료진들 가운데 개인적으로 신앙을 가지고 있을지라도 환자와 영적 관계를 포함하여 치료 외적 관계를 형성하려고 하지 않는 것도 허용 가능성이 낮은 이유가 된다.

영적 지지자는 암 환자들에게 죽음의 문제나 삶의 위기를 영적으로 대처할 수 있도록 그 힘을 제공해 주는 존재여야 한다. 우리 사회에는 육체와 영혼, 질병치료와 영적 지지를 동시에 할 수 있는 존재가 흔치 않기 때문에 육체는 의학에서, 영혼은 기독교, 교회, 신학, 기독교상담학 등에서 담당하지 않을 수 없다(Helen Butin, 2015). 암 환자의 신체와 질병을 치료하는 의사가 영적 지지도 맡아서 한다면 자연스럽게, 효율성도 뛰어나며 다방면에 좋은 결과가 예측된다. 그러나 실제로 의료진들이 암 치료와 영적 지지를 동시에 하는 경우는 흔하지 않은 일이다(Balboni et al., 2007). 종교단체에서 설립한 병원의 경우, 원목(hospital chaplain)이 암 병동(또는 호스피스 병동)에서 영적 지지를 전담할 수 있지만, 모든 병원이 이런 구조가 아니기 때문에 어려움이 발생한다. Meluch(2018)는 효과적인 영적 지지를 위해 전문직 종사자(원목 등)에 의한 지지그룹이 형성되어야 ‘보조의료 서비스’(auxiliary healthcare services)의 효율성을 높일 수 있다고 주장했다. 영적 지지를 무시하지 않고 ‘보조적’ 개념으로라도 이해한 것은 다행한 일이지만, 이를 주변적 개념에서 핵심적 개념으로 다룰 때 진정한 영적 지지가 가능해 질 것

이다. 하지만 우리나라에서보다 사회적으로 기독교가 더 허용적인 미국에서도 의료기관이 영적 지지를 허용하거나, 보장하기가 용이하지 않다는 분석이 있다.

3) 영적 지지의 방안

입원하여 치료 중에 있는 일부 암 환자를 제외하고 대부분의 암 환자들은 재가치료(home therapy: 질병의 악화 예방, 생명유지 등을 위해 가정에서 지속적으로 치료 및 관리하는 경우)를 하고 있다. 영적 지지를 위해 이들을 파악하거나, 접근하는 것이 용이한 일은 아니다. 교회가 암에 노출된 신자들을 대상으로 그들만을 위한 집회를 통해 치유를 위한 기도, 교육상담, 설교, 동료집단과 나눔 등 영적 지지를 하는 것이 중요하다. 교회가 이런 목회돌봄과 상담을 할 수 있다면 기독교인 암 환자들에게 가장 효과적인 영적 지지를 하는 것이다.

이미 신앙을 가지고 있는 사람들 가운데 암 진단을 받게 되면 적지 않은 경우, “하나님, 왜 나한테 이런 일을 허락하셨나요?”라는 신정론(theodicy) 질문을 하게 된다(전요섭 외, 1998). 또한 대부분의 기독교신자들은 자신에게 발생한 암을 죄의 결과, 하나님의 심판, 처벌, 징벌, 저주, 재앙 등으로 이해하는데, 이렇게 되면 신체적, 심리정서적, 영적 고통은 더욱 극심해지고, 완화치료도 성과를 보기 어려워진다(Scott, 2014). 그래서 Dayringer(2012)는 암 환자들을 다룰 때 그들의 내면에 도사리고 있는 죄, 하나님에 대한 분노와 저항 등 영적 문제를 반드시 다루어야 한다고 주장했다. 신정론, 하나님 관계, 영적 문제 등은 의학이나 정신의학, 간호학, 심리학, 상담학, 사회복지학 등에서는 근원적으로 다루기 어려운 문제로서 기독교상담학에서 가장 효율적으로 다룰 수 있는 주제이다.

기독교신자가 암 진단을 받은 경우, 자신의 영성과 하나님과 관계를

재평가하려는 신자들이 많다(Stansfield, 2018). 이를테면 그동안 성경을 읽지 않았던 것, 기도하지 않았던 것, 신앙으로 행동하지 않았던 것, 신앙 전통에서 벗어난 것 등에 대하여 후회하거나 반성과 회개하는 것이 일반적이다. 마치 잠언 5장 11-13절의 내용처럼 “마지막에 이르러 네 몸, 네 육체가 쇠약할 때에 네가 한탄하여 말하기를 내가 어찌하여 혼계를 싫어하며 내 마음이 꾸지람을 가벼이 여기고 내 선생의 목소리를 청종하지 아니하며 나를 가르치는 이에게 귀를 기울이지 아니하였던고...” 라는 후회를 하면서 영적 문제에 집중하게 된다. 따라서 기독교상담자나 영적 지지자는 암 환자로 하여금 후회와 반성을 넘어 충분히 회개하도록 독려하는 것이 중요한데 이는 영적 지지를 위한 가장 기본적인 과정이다. 그 이유는 회개하지 않은 환자에게 영적 지지를 한다는 것은 마치 모래 위에 집을 세우는 것과 같다고 비유할 수 있기 때문이다. 영적 지지는 진정한 회개 이후에 비로소 가능한데, 이 때 사죄의 확신을 견고하게 갖는 것이 중요하다. 회개 이후 죄책감, 심판, 처벌, 저주, 재앙 등에 대한 두려움은 치료에 방해가 된다.

기독교상담자는 암 환자로 하여금 성경에 기초하여 사죄의 확신, 즉 그리스도의 속죄로 인해 자신의 죄가 용서되었다는 확고한 의식을 갖도록 하는 것이 필요하다. 이는 암이 죄로 인해 발생했다는 의미가 아니라, (혹 그럴지라도) 어떤 위기이든지 위기에 처한 개인의 영적 태도이다. 회개와 사죄의 확신 그리고 의미의 재구성을 통해 암을 수용하는 것이 영적 지지의 중요한 과정이다. 자신에게 발생한 암에 대하여 영적 의미를 부여하는 것을 ‘영적 재구성’ (spiritual reframing)이라 할 수 있는데 이것은 영적 지지에서 가장 어려운 부분이면서 중요한 과정이다.

영적 재구성은 사도 바울이 고린도후서 12장 10절에 “내가 약한 그 때에 강함이라”는 역설적인 표현에서 명확한 의미를 발견할 수 있다. 사도 바울은 자신의 신체적 질병에 대하여 “내 은혜가 네게 족하도다 이는

내 능력이 약한 데서 온전하여짐이라” 하는 주님의 응답을 받고 “도리어 크게 기뻐함으로 나의 여러 약한 것들에 대하여 자랑하리니 이는 그리스도의 능력이 내게 머물게 하려 함이라”고 질병에 대한 의미를 새롭게 수립하게 되었다. 기독교신자로서 암에 노출된 환자들에게 성경을 통한 재구성으로서 영적 지지는 기독교상담의 특징이 아닐 수 없다. 또한 암 환자의 고통에 영적으로 개입하여 환자로 하여금 암을 새롭게 인식하고, 상황을 재해석, 재구성하며, 수용, 적응해 나가도록 하는 것은 기독교상담학에서만 제공할 수 있는 영적 지지이다.

“크리스천투데이”(2018. 9. 20일자) 보도에 따르면, “KBS-TV 스페셜 프로그램 ‘삶: 교회외파’에서 국민들에게 큰 감동과 은혜를 주었던 이관희 집사(40세)가 지난 16일 새벽 하나님께로 돌아갔다. 그는 ‘암이라는 질병도 주님이 주신 축복이라고 생각한다.’고 말한 바 있다. 이 집사는 ‘질병이 주는 두려움 앞에서 우리 부부가 어떻게 요동치 않고 평안함을 가질 수 있었을까. 결론은 하나님의 사랑이었다’며 ‘벼랑 끝에 위태롭게 서 있는 사랑하는 아들을 향해 두 팔 벌려 안고 계시는 하나님의 사랑과 선하심, 그리고 신실하심을 바라보니, 벼랑 끝이 주는 죽음에 대한 공포와 두려움이 아닌 하나님만이 주실 수 있는 참된 평안과 위로를 경험했다’고 간증한 바 있다.”는 내용은 전형적인 재구성을 통해 암을 극복한 사례라 할 수 있다.

절망은 심리적인 문제이지만, 영적 지지에 부정적 영향을 초래하기도 한다. 암 환자들은 자신의 신체에 발생된 암의 공격으로 인해 잘못되면 생명이 끝날지도 모른다는 위기, 위협, 불확실한 미래에 대한 두려움, 불안, 공포상황에 노출되는데 이런 상황에서 암을 수용한다는 것은 결코 쉬운 일이 아니다(최이화, 2015). 하나님 나라의 소망을 갖는 것이야말로 현실적 좌절과 절망, 불안, 공포를 극복하거나 극복의지를 강화하는 것으로서 재구성을 위한 필수적인 요소이다(Schnitker et al., 2017).

이스라엘 텔아비브(Tel-Aviv)대학교 심리학과 교수 Kreidler(2004)는 불안과 공포의 근본적 원인은 '누구도 자신을 도와줄 수 없다는 상황에서 비롯된다'고 분석했다(전요섭, 2017). 이런 상황에서 하나님이 자신을 도와주실 분으로 확신하도록 하는 것이 영적 지지이다.

다니엘 3장 17-18절에 의하면, 다니엘과 세 친구들이 우상숭배를 거부함으로써 야기된 정치적 문제로 인해 생명의 위협을 당할 때, 이 사태를 여러 시각으로 해석할 수 있었으나 그는 신앙적으로 재구성하였다. 그는 자신이 처형당하게 될 위협적 상황에서 불안, 공포, 낙심, 좌절, 절망하지 않았고, 사태를 이렇게 만든 정적들의 모함에 대해 원망, 분노, 서운함, 한탄 등을 드러내지 않았다. 그는 자신이 처한 상황에 대해 영적 인식을 새롭게 함으로써 문제를 극복하려고 하였다. 그가 가진 재구성의 인식은 (1) 하나님이 자신을 맹렬히 타는 풀무불 가운데서 능히 건져내시겠다고, (2) 왕의 손에서도 건져내실 것을 믿었으며, (3) 하나님이 그렇게 하지 아니하실지라도 (이 일로 죽을지라도) 자신이 다른 신들을 섬기지 않겠다는 확고한 의지를 드러냈다. 다니엘과 세 친구들은 이런 인식과 신앙의 재구성으로서 문제상황에 대처하게 된 것이다. 현대 암 환자들도 같은 맥락에서 다니엘과 세 친구들처럼 생명의 위협을 느낄 때, (1) 하나님이 자신을 고통스러운 질병에서 능히 치료해 주실 것을 믿고, (2) 의료진들을 통해서 치료가 될 줄을 믿지만 (3) 하나님이 그렇게 하지 아니하실지라도 (암으로 세상을 떠나게 될지라도) 하나님과 바른 관계를 형성하여 영성을 함양해 나가겠다는 신앙을 확고히 해야 한다.

따라서 환자가 암으로 인해 죽음의 가능성도 열려 있다는 것을 부정하지 않는 것, 더 나아가서 죽음이 삶을 완성하는 최종 과정이라는 것, 죽음을 통해 하나님 나라에 진입하게 된다는 것을 확고히 인식하는 것이 영적 지지에 포함되어야 할 부분이다(변영인, 2013). 하지만 대부분의

암 환자들은 자신이 죽을 수도 있다는 생각은 삶의 지지기반을 무너뜨리는 것으로 인식하여 그런 생각 자체를 하지 않으려고 한다. 암 환자가 불안, 공포 그리고 우울, 낙심, 좌절, 절망, 무기력의 상황에서 성경 몇 구절을 읽었다고 하여 단시간에 이러한 심리정서적 문제를 완전히 떨쳐버리고 소망을 확고하게 붙잡게 되는 것은 아니다(안경승, 2014). 재구성을 위해 꾸준하고 반복적인 인식의 전환이 요구되는데, 그런 면에서 재구성은 불안, 공포 및 우울, 낙심, 좌절, 절망, 무기력과 심리적이고도 영적인 전투상황에 돌입하는 것이라 할 수 있다.

교회에서 암 환자와 그 가족들을 대상으로 지지집단(support group) 및 심리교육집단(psychoeducational group)을 구성하여 종양과 영적 지지 등에 대해 교육하거나 상담하는 것은 중요하다고 볼 수 있다(Brown, 2011). 교회에 인적 자원이 부족할 경우에 외부강사를 초빙하여 암의 극복을 위한 주제중심의 심리교육도 필요하다.

암 환자의 영적 지지를 목회자, 기독교상담자의 점유물로만 이해해서는 안 된다. Stansfield(2018)는 동료 암 환자 또는 유사한 암 경험을 가진 사람이나 그 가족이 암 환자와 그 가족을 대상으로 영적 지지를 할 경우에 매우 효과적이고 바람직한 지지구조가 될 수 있다고 제안한 바 있다. 이 경우 영적 지지를 받는 환자나 그 가족의 필요를 동료 입장에서 다룰 수 있으며, 동일한 암에 노출되어 본 경험의 공통성 자체만으로도 이해와 공감을 갖게 할 수 있기 때문에 이를 멘토십 프로그램으로 개발하는 것이 좋다.

일부 암 환자들은 자신이 암에 노출된 것에 대해 수치스럽게 생각하여 자신을 은폐하는 경우도 있으나 '지지'라 함은 관계성을 내포한 의미이므로 교회에서 다양한 지지적 관계성을 형성시켜주는 것이 바람직하다. 암을 비롯하여 생명을 위협하는 질병이나 불치병은 환자로 하여금 극도의 불안과 공포를 야기하므로 이를 다루기 위해서 강력한 관계성 형

성과 지지가 중요하다. 이 관계성에는 기본적으로 가족강인성(hardness)을 기초한 가족 지지체계 형성과 상담사, 사회복지사, 목회자, 의료진의 사회적, 치료적 지지, 더 나아가 하나님과 관계형성이 매우 중요하다 (Roddy, 2008).

III. 닫는 글

이 연구는 정신종양학의 영적 지지에 대한 필요성, 당위성 등을 제시하는 문헌연구였다. 이 연구에서 살펴본 것은 정신종양학의 정의와 개념, 정신종양학의 발생배경, 종양환자의 심리상태, 정신종양학과 영적 지지(심리학과 기독교상담학의 영성 차이, 영적 지지자, 영적 지지의 방안) 등을 다루었다.

정신종양학의 영적 지지는 암으로 인해 하나님에 대한 의심이나 영적 혼란, 심리정서적 불안, 공포 등에 노출된 환자에게 재구성의 신앙을 갖도록 하고, 다양한 은혜의 방편을 통한 영적 생활의 함양은 가장 훌륭한 영적 대처가 아닐 수 없다. 암 환자가 암으로 인해 하나님과 영적 관계를 바로 수립하고 신앙생활과 심리적, 영적 거리 및 간격을 좁힘으로써 삶의 불확실성과 불안, 공포를 극복할 수 있는 힘을 얻게 하는 것이 영적 지지임을 살펴보았다.

이 주제의 연구를 더욱 발전시켜 나가기 위해서 문헌연구뿐만 아니라 실험연구를 시도해 보는 것도 좋을 것이다. 암 환자를 대상으로 심리정서적, 사회적 지지를 받지 않은 환자집단, 심리정서적, 사회적 지지만을 받은 환자집단, 그리고 영적 지지를 받은 환자집단 간에 불안도 및 질병에 대한 태도, 영성의 변화 등에 어떤 차이가 있는지에 대한 통계결과가 제시된다면 이 연구와 아울러 영적 지지의 효과성을 더욱 입증할 수 있

게 될 것이다.

정신종양학은 의학(종양학, 정신의학), 간호학, 심리학, 상담학, 사회복지학 등에서 다루는 다학제적 주제가 되었지만, 당연히 기독교상담학에서 다루어야만 하는 영역임을 연구자는 피력하였다. 기독교상담학 입장에서 다루는 정신종양학의 영적 지지에 대한 접근은 종양 자체에 대한 의학적 연구가 아니라, 기독교신자로서 암에 노출된 환자와 그 가족에 대한 영적 지지라고 할 수 있다.

기독교상담사를 배출하는 양성기관, 기독교상담전공 석,박사를 배출하는 대학원과정에서도 정신종양학에 대한 이해를 확대할 수 있어야 하나, 현재 국내 대학원에는 이를 교과목으로 채택한 학교는 전무한 상태이다. 교과과정에 정신종양학을 신설하는 것이 용이하지 않다면, 위기상담학 또는 죽음상담학 등에 이 주제를 포함하여 다룰 수 있어야 할 것이다.

【 참고문헌 】

- 권진숙 (2017). 죽어가는 사람들의 영혼의 순례: 호스피스, 완화의료를 위한 영혼의 목회적 돌봄. *신학과 실천*, 57, 155-186.
- 김희선 (2014). 암환자의 연령에 따른 증상심각성, 증상관련 지장성, 우울, 투병의지 및 사회적 지지와의 관계 비교연구. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 16(2B), 2143-59.
- 안경승 (2014). 상실로 인한 슬픔 이해하기. *복음과 상담*, 22(2), 9-40.
- 이 철 (1994). 정신종양학의 역사와 개관. *정신신체의학*, 2(1), 3-9.
- 전요섭 (2017). 범불안장애 극복을 위한 경건 묵상. *복음과 상담*, 25(2), 211-239.
- 조성진 (2007). 암 환자와 가족에 대한 정신의학적, 심리사회적 개입. *신경정신의학*, 430-446.
- 최이화 (2015). 노화 불안에 대한 성경적 상담의 적용. *복음과 상담*, 23(2), 363-389.
- 함봉진 외 (2007). 정신종양학의 역사와 현황. *신경정신의학*, 46(5), 413-420.
- 국민일보 2018. 9. 27일자.
- Anderson, R. A. (2003). The reviews this month are an attempt to connect the dots between PNIE and other holistic areas of interest including behavior, exercise and nutrition. *Townsend Letter for Doctors and Patients*, 245, 113-115.
- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560.
- Brown, N. W. (2011). *Psychoeducational group: Process and practice*. New York: Routledge.
- Butin, H. (2015). Psycho-oncology: Searching for practical wisdom? *Palliative and Supportive Care*, 13(5), 1495-1500.
- Chaturvedi, S. K., & Venkateswaran, C. (2008). New research in psycho-oncology. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 206-210.
- Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Keller, M., Waadt, S., Henrich,

- G., & Herschbach, P. (2003). Fear of progression in patients with cancer, diabetes mellitus and chronic arthritis. *Die Rehabilitation*, 42(3), 155–163.
- Dayringer, R. (2012). The image of god in pastoral counseling. *Journal of Religion and Health*, 51(1), 49–56.
- Dolan, B. (2007). Soul searching: A brief history of the mind/body debate in the neuro- sciences. *Neurosurgical Focus*, 23(1), 1–7.
- Ekşi, H., & Kardaş, S. (2017). Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(1), 73–88.
- Faulkner, A., & Maguire, P. (1994). *Talking to cancer patients and their relatives*. New York: Oxford University.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University.
- Frankl, V. E. (1983). 정신세계의 병리와 해부. (이현주 역. *The doctor and the soul: from psychotherapy to logotherapy*). 서울: 양영각. (원전 1965 출판).
- Goerling, Ute., & Mehnert, A. (Eds.).(2014). *Psycho-oncology*. New York: springer.
- Gower, P. L. (Ed.). (2004). *Psychology of fear*. New York: Nova Science Publishers.
- Grassi, L., & Riba, M. (2012). *Clinical Psycho-Oncology*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Holland, J. C. (1992). Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-oncology*, 1(1), 1–13.
- James, R., & Gilliland, B. (2012). *Crisis intervention strategies*. New York: Brooks/Cole.
- Kerrihard, T., Breitbart, W., Dent, R., & Strout, D. (1999). Anxiety in patients with cancer and human immunodeficiency virus. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 4(2), 114–132.
- Kreitler, S. (2004). The Dynamics of Fear & Anxiety. in Paul L. Gower. Ed. *Psychology of Fear*. New York: Nova Science Publishers.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Simon and Schuster.
- LaMothe, R. (2014). Pastoral counseling in the 21st century: The centrality of

- community. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 68(2), 1–17.
- Lee, H. J., Lee, K. M., Jung, D., Shim, E. J., Hahm, B. J., & Kim, J. H. (2017). Psycho-oncology in Korea: Past, present and future. *BioPsycho- Social Medicine*, 119(12), 1-5. DOI: 10.1186/s13030-017-0097-5
- McFarland, D. C., Blackler, L., & Holland, J. (2017). New challenges to psycho-oncology research: Precision medicine oncology and targeted therapies. *Psycho-Oncology*, 26(2), 144–146.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs* 32, 57–71.
- Meluch, A. L. (2018). Spiritual support experienced at a cancer wellness center. *Southern Communication Journal*, 83(3), 137–148.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12(2), 160–174.
- Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs* 32(1), 32–39.
- Roddy, G. D. (2008). Pastoral counseling. *Integrative Cancer Therapies*, 7(2), 110.
- Salander, P. (2006). Who needs the concept of spirituality?. *Psycho-oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(7), 647–649.
- Salander, P. (2015). Whether ‘spirituality’ can be a meaningful concept is still open to question. *Palliative & Supportive Care*, 13(1), 101–102.
- Schnitker, S. A., Houlberg, B., Dyrness, W., & Redmond, N. (2017). The virtue of patience, spirituality, and suffering: Integrating lessons from positive psychology, psychology of religion, and Christian theology. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(3), 264–275.
- Sheppard, P. I. (2016). Understanding pastoral counseling. *Journal of Pastoral Theology*, 26(1), 61–65.

- Singer, S., Das-Munshi, J., & Brähler, E. (2009). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Annals of Oncology*, 21(5), 925–930.
- Singer, S. (2014). Psychosocial impact of cancer. in Ute Goerling, *Psycho-oncology*. New York: Springer.
- Stansfield, R., Mowen, T. J., & O'Connor, T. (2018). Religious and spiritual support, reentry and risk. *Journal Justice Quarterly*, 35(2), 254–279.
- Tara, F. (2014). Sociomateriality in medical practice and learning: Attuning to what matters. *Medical Education*, 48(1), 44–52.
- Thomas, G. L. (2015). 일상 영성. (윤종석 역, *The Glorious Pursuit: Embracing the Virtues of Christ*). 서울: CUP. (원전 1998 출판)
- Vries, M., & Stiefel, F. (2014). *Psycho-oncological interventions and psychotherapy in the oncology setting*. In *Psycho-Oncology* (pp. 121-135). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Watts, F. N. (2016). *Psychology, religion and spirituality: Concepts and applications*. London: Cambridge University Press.
- Wheeler, R. (2018). Psychology, Religion, and Spirituality: Concepts and Applications by Fraser Watts. *Spiritus. A Journal of Christian Spirituality*, 18(1), 112–113.
- Wein, S. (2014). Spirituality: *The psyche or soul?*. *Palliative & Supportive Care*, 12(2), 91–94.
- Wittenberg, E., Betty R., Ferrell, J., Goldsmith, T. S., Sandra L. Ragan, M. G., & George F. H. (2016). Eds. *Textbook of palliative care communication*. New York: Oxford University Press.
- Wright, H. N. (1991). 위기상담학. (전요섭, 황동현 역. *Crisis counseling*). (원전 1991 출판).
- http://kpos-society.org/2_1.php(2018.11.23.)
- http://www.worldcat.org/search?q=Psycho-Oncology&fq=&dblist=638&start=191&qt=page_number_link(2018.11.12.)

【 Abstract 】

Spiritual Support of Christian Counseling Approach to Psycho-oncology

Jeon, Joseph

SungKyul University

This is to clarify the spiritual support of Christian counseling approach to psycho-oncology. The research that studies and practices psychological support for cancer patients is also called 'psycho-oncology'. Psycho-oncology is a new discipline, a rapidly expanding and widespread clinical practice field. Christian counseling should focus on psycho-oncology because spiritual support by a medical doctor is very flimsy.

Spiritual support is intended to help patients who have cancer. It reduces anxiety/thanatophobia, improves their ability to overcome suffer from discomfort, reduces their loneliness, increases their willingness to cope with a cancer, and helps their psychological, emotional and social adjustment with family and others. Most of cancer patients have a psychological impact. Patients with cancer are asked the questions of theodicy. In addition, cancer patients think about God, spirituality, faith, heaven, transgression, punishment, and curse. Therefore, sufficient repentance of patients is the basis of spiritual support. The conviction of forgiveness after repentance is a necessary process of spiritual support. It is necessary to be able to accept cancer positively through spiritual reframing. Above all, it is important to have a firm grasp of the hope of the kingdom of God. This study highlights Christian counseling in psycho-oncology and emphasizes the need and importance of spiritual support for cancer patients.

Key words: psycho-oncology, Christian counseling, spiritual support, spirituality, psychology