

청소년자살 예방프로그램 및 개입방안 개발

책임 연구자: 지 승 희

공동 연구자: 김 명 식

오 승 근

김 은 영

이 상 석

청소년상담연구 · 141
청소년자살 예방프로그램 및 개입방안 개발

인 쇄 : 2008년 12월
발 행 : 2008년 12월

저 자 : 한국청소년상담원
발 행 인 : 차 정 섭
발 행 처 : 한국청소년상담원
(100-882) 서울시 중구 신당6동 292-61
T. (02)2250-3092 / F. (02)2250-3008
<http://www.kyci.or.kr>

인 쇄 처 : (사)한국장애인e-Work협회

비매품

ISBN 978-89-8234-438-1 93330
ISBN 978-89-8234-001-7(세트)

본 간행물은 보건복지가족부의 지원을 받아 제작되었습니다.
본 기관의 사전승인 없이 내용의 일부 혹은 전부를 전제할 수 없습니다.

국립중앙도서관 출판시도서목록(CIP)

청소년자살 예방프로그램 및 개입방안 개발 / 저자: 한국청소년상담원 편.
-- 서울 : 한국청소년상담원, 2008
p. 283 ; cm. -- (청소년상담연구 ; 141)

참고문헌 수록
ISBN 978-89-8234-438-1 93330 : 비매품
ISBN 978-89-8234-001-7(세트)

청소년 문제[靑少年問題]

334.3-KDC4

362.7-DDC21

간행사

올해 하반기에 들어와서 자살 문제는 크게 주목을 받았습니다. 2008년 8월 27일 자살예방관련 제2차 국가 시책이 발표되었고 공교롭게도 뒤이은 연예인들의 잇단 자살은 우리사회에 큰 충격을 안겨주었습니다. 특히 연예인과 같은 유명인의 자살은 자살전염성이 높은 청소년들에게 매우 큰 영향을 미칠 수 있습니다. 청소년의 자살은 어른들과 사회의 관심으로 충분히 막을 수 있는 문제이기에 우리 사회 모두가 관심을 가지고 더욱 적극적으로 대책을 마련해나가는 것이 필요합니다.

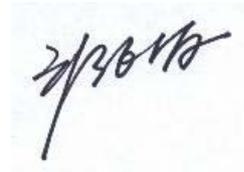
청소년의 자살사망자 수는 장·노년층에 비해 상대적으로 적은 수이기는 하지만, 자살이 청소년 사망의 두 번째로 높은 원인이며 그 수가 감소되지 않는다는 것에 주목할 필요가 있습니다. 청소년 자살의 원인과 대책에 관한 많은 연구들에 의하면, 다양한 심리사회적 특성들이 청소년의 자살에 복합적으로 영향을 미치고 있는 것으로 나타나고 있습니다. 따라서 청소년의 자살생각이나 자살시도, 나아가 자살사망율을 감소시키기 위해서는 복합적이고 포괄적, 체계적 접근이 필요함을 알 수 있습니다. 자살문제가 심각한 외국의 경우, 청소년의 자살예방을 위해 학교와 지역사회를 중심으로 적극적이고도 체계적인 노력을 통해 자살사망률 감소에 노력하고 있음을 알 수 있습니다.

한국청소년상담원은 청소년자살 예방에 대해 막중한 부담과 책임을 느끼고 2007년 청소년자살예방체제구축방안 연구를 통해 청소년자살예방을 위한 포괄적, 체계적 개입시스템 모형 및 대책을 제안하였습니다. 올해에는 그 후속 작업으로 자살예방부터 사후개입까지 지역사회에서 활용할 수 있는 프로그램 개발 과제를 수행하고자 하였습니다. 본 연구는 청소년자살 예방프로그램, 자살위기청소년에 대한 개입방안, 그리고 사후개입 지침까지 마련하는 광범위한 연구가 되었습니다. 내외 문헌과 프로그램 조사, 대규모의 시범운영 시도 등 좋은 프로그램을 만들기 위한 연구진의 땀과 노력이 있었고, 오늘 그 결실인 연구보고서가 발간되었습니다. 올해 개발된 프로그램들은 이후 유관부처와의 협력을 통해 전국적으로 보급될 것입니다. 모쪼록 현장에서 자살문제를 다루어야 하는 청소년 상담관련자들에게 도움이 되기를 바랍니다.

본 연구를 위해 수고를 아끼지 않은 본원의 지승희 박사, 전주대학교 김명식 교수, 명지전문대학 오승근 교수, 그리고 본원의 김은영 선생님, 이상석 선생님께 깊은 감사를 드립니다. 더불어 성실하게 연구업무를 도와준 이아람님, 김희현님과 현장에서 청소년 자살예방프로그램과 상담의 시범운영에 참여해주신 청소년을 사랑하시는 많은 선생님들께도 심심한 감사를 드립니다.

2008년 12월

한국청소년상담원 원장



초 록

2007년 청소년자살예방체제 구축방안 연구를 통해 마련된 청소년자살예방종합대책의 일환으로 2008년도에는 청소년자살 예방프로그램과 상담모형이 개발되었고, 사후개입전략 개발을 위한 기초연구가 실시되었다.

청소년자살 예방프로그램은 문헌연구 및 요구조사를 바탕으로 학급단위의 단기 교육 프로그램형태로 구성되었다. 프로그램의 효과를 알아보기 위해 실험집단과 통제집단을 대상으로 자살위험성과 자살태도, 프로그램 만족도에 관한 사전-사후설문자료가 수집되었다. 시범운영참여자 중고생 777명의 설문자료가 최종 분석되었고, 자살위험성의 하위요인 중 '부정적 자기평가, 자살태도의 하위요인 중 '개인적 권리로서의 자살'에서 집단 간 유의미한 차이가 나타났다. 또한 학급단위로 운영한 실험집단의 프로그램 만족도를 알아본 결과 94.8%가 긍정적으로 응답하였고 84.9%의 학생이 주변친구들에게 본 프로그램의 참여를 추천하겠다고 하였다. 이러한 결과를 바탕으로 최종개발된 청소년자살 예방프로그램은 동영상 및 토론 등을 활용하여 청소년자살에 대한 이해, 자살위험에 처할 때 합리적으로 판단하며 외부의 도움을 구하는 법을 학습하는 심리교육 프로그램이라는 것이 특징이다.

자살위기청소년 상담모형의 개발과정은 기본적으로 청소년자살 예방프로그램과 동일한 절차를 따르되 자살위기청소년 및 상담자 대상 심층면접, 자살위기청소년 상담사례 수집이 추가되었다. 개발된 상담모형의 특징은 자살위험의 긴급성, 위급성을 고려하여 평가와 개입을 동시에 시행하며 체계적으로 자살위험성을 관리한다는 것이다. 또한 자살위기청소년이 호소하는 정서적 고통과 스트레스 상황에 우선적으로 개입하여 개인상담과 심리교육을 구분하여 진행하며, 자살위기청소년 개인과 환경에 대한 포괄적인 개입을 통해 상담이 종결된 후에도 자살문제가 반복되지 않도록 돕는 것이 특징이다. 본 모형의 시범운영을 통해 자살위기로 의뢰된 중고생 6사례가 분석되었고, 그 실제 운영 결과를 바탕으로 수정보완된 자살위기청소년 상담매뉴얼이 개발되었다.

청소년자살 사후개입 방안마련을 위하여 국외의 문헌을 고찰하고 청소년과 상담자를 대상으로 요구분석을 하였다. 최근 들어 청소년 자살문제의 심각성으로 인해 청소년 자

살사망자 주변 생존자들에 대한 사후개입이 시급히 요구되고 있는 실정이다. 그러나 우리나라에서는 아직 자살 사후개입이 익숙하지 않은 개념이고 사후개입과 관련된 연구도 거의 이루어지지 않은 실정이다. 따라서 우선 국외의 사후개입 관련 문헌고찰을 통해 사후개입 프로그램 및 지침들의 공통적 구성요소를 확인하였다. 미국을 포함한 외국의 청소년자살 사후개입은 주로 학교를 기반으로 하며, 청소년 자살사망 이후 신속한 개입을 통해 자살의 전염성을 최소화하면서 자살생존자들을 지지하는 과정으로 구성되어 있었다. 체계적인 청소년자살 예방프로그램의 일부로 사후개입 과정이 중요한 부분으로 인식되고는 있으나, 외국의 사례에서도 사후개입 프로그램들의 효과를 검증한 예는 찾기 어려웠다. 따라서 이러한 사후개입 프로그램이 우리나라 실정에 맞게 구조화되기 위해서는 전문가들로부터 검증을 받은 외국 프로그램과 지침을 근거로 국내 실정에 맞추어 지침을 개발하고 이를 현장에 적용하면서 동시에 피드백을 받아 보완해가는 과정이 시스템화되어야 할 것이다.

KOREA
YOUTH
COUNSELING
INSTITUTE



목 차

I. 서 론 | 1

- 1. 연구의 필요성 및 목적 1
- 2. 연구 과제 3

II. 청소년 자살의 이해 | 5

- 1. 청소년 자살의 특성 5
 - 가. 청소년 자살 행동의 정의 5
 - 나. 청소년 자살의 특성 5
- 2. 청소년 자살의 실태 7

III. 청소년자살 예방프로그램 개발 | 11

- 1. 청소년자살 예방프로그램의 개발 배경 11
 - 가. 프로그램의 필요성 및 목적 11
 - 나. 프로그램 개발 과정 12
 - 다. 국내외 청소년자살 예방프로그램 현황 15
 - 라. 청소년자살 예방 관련 인식 정도 및 요구조사 37
 - 마. 문헌 고찰 및 요구 분석에 따른 시사점 38
- 2. 청소년자살 예방프로그램의 구성 40
 - 가. 프로그램의 목표 40
 - 나. 프로그램의 특징 41
 - 다. 프로그램의 구성 42
- 3. 청소년자살 예방프로그램 시범운영의 개요 34



가. 시범운영 대상	43
나. 운영방법 및 기간	44
4. 청소년자살 예방프로그램 효과성 평가	45
가. 평가의 목적 및 설계	45
나. 조사의 내용	45
다. 측정 도구	47
라. 참여자의 특성	48
마. 프로그램 시범운영 평가	49
바. 프로그램 시범운영 평가결과 요약 및 수정 방향	56

IV. 자살위기청소년 상담모형 개발 ■ 59

1. 자살위기청소년 상담모형 개발 과정	59
가. 문헌 연구 및 전문가 자문	60
나. 요구 분석	60
다. 자살위기청소년 상담모형의 개발	60
라. 자살위기청소년 상담 시범운영	61
마. 자살위기청소년 상담모형의 수정·보완	61
바. 자살위기청소년 상담 매뉴얼 개발	61
2. 문헌 연구	61
가. 청소년 자살에 영향을 주는 요인	61
나. 자살위기청소년의 기존 개입 방안	69
3. 자살위기청소년 상담 요구 분석	83
가. 상담전문가 면접조사	84
나. 상담자 인식 및 요구조사	86
다. 자살위기청소년 면접조사	88



라. 문헌연구 및 요구조사 결과의 시사점	91
4. 자살위기청소년 상담모형 구성	93
가. 초기관리	94
나. 중기관리	100
다. 후기관리	101
5. 자살위기청소년 상담 시범운영	102
가. 시범운영 대상	102
나. 운영방법 및 기간	102
다. 평가 도구	102
라. 시범운영 결과	104
6. 자살위기청소년 상담모형 수정방향 및 제한점	112

V. 청소년자살 사후개입 전략 개발 | 115

1. 청소년자살 사후개입 매뉴얼 개발	115
가. 사후개입 매뉴얼 개발 배경	115
나. 상실에 따른 애도과정에 대한 이해	116
다. 자살의 전염성	124
라. 사후개입의 효과	126
2. 요구조사	129
3. 국외 사후개입 프로그램	131
가. 미국 Maine주 청소년자살 예방, 개입 및 사후개입 지침 ..	131
나. 미국 뉴햄프셔주 Frameworks 청소년자살 예방 프로젝트	136
다. 미국 샌디에고주 자살 예방, 개입 및 사후개입	141
라. 뉴질랜드의 자살 사후개입	144
마. 호주의 자살 사후개입 지침	147



4. 청소년자살 사후개입 매뉴얼의 구성을 위한 시사점	154
5. 청소년자살 사후개입 요약 및 논의	157

VI. 요약 및 논의 | 159

참고문헌	165
------------	-----

ABSTRACT	284
----------------	-----



표 |

표 1. 연령별 3대 사망원인 구성비 및 사망률(2007)	7
표 2. 국제손상외인 대분류에 따른 자살이유	8
표 3. 국제손상외인 세부분류에 따른 연령대별 자살이유	9
표 4. 청소년자살 예방교육 프로그램의 유형별 교육 대상과 내용	15
표 5. 제2세대 자살 예방교육 모델	28
표 6. 중등 도덕·윤리 교과서의 생명존중 교육 내용	31
표 7. 웰다잉 전문과정의 주요내용	33
표 8. 청소년자살 예방프로그램의 비교(청소년용)	34
표 9. 청소년자살 예방프로그램의 비교(자살예방 전문가 교육)	35
표 10. 청소년자살 예방프로그램의 개괄 및 주요 활동 내용	42
표 11. 실험 및 통제 집단의 성별, 소속별 분포	44
표 12. 연구설계	45
표 13. 사전조사 세부 내용	46
표 14. 사후조사 세부 내용	46
표 15. 프로그램에 따른 자살위험성 점수의 공변량 분석결과	49
표 16. 척도별 집단별 하위요인별 평균과 표준편차, 조정평균과 표준오차	50
표 17. 프로그램에 따른 부정적 자기평가 점수의 공변량 분석결과	51
표 18. 프로그램에 따른 자살태도 점수의 공변량 분석결과	51
표 19. 프로그램에 따른 개인의 권리로서 자살점수의 공변량 분석결과	52
표 20. 프로그램에 따른 예방가능한 자살점수의 공변량 분석결과	52
표 21. 시범운영지도자의 프로그램 운영 소감 및 의견 요약	54
표 22. 자살의 위험요인과 보호요인	68
표 23. 자살 행동의 정신역동적 치료효과 연구 요약	71
표 24. 자살위험수준과 대응	77
표 25. 청소년내담자의 자살위험 인식 시 상담전략별 사용정도	87



표 26. 면접조사 대상의 특성	89
표 27. 청소년 면접조사 내용 및 시사점	91
표 28. 자살위기청소년 상담의 흐름도(초안)	96
표 29. 자살위기청소년 상담 내용 요약	106
표 30. 자살위기청소년 상담과정에 대한 소감	110
표 31. 자살위기청소년 상담 진행과정에서의 어려움	111
표 32. 자살위기청소년 상담 진행과정에서의 개선사항	111
표 33. 자살생존자의 압도적 감정들	124
표 34. 생존자들이 찾은 도움과 치료	128
표 35. 생존자의 치유를 방해하는 것	128
표 36. 청소년자살 사후개입 전략의 구성요소별 필요정도	130
표 37. Maine주 청소년자살 예방, 개입 및 사후개입 지침의 내용	133
표 38. 뉴햄프셔주의 Frameworks 청소년자살 예방 프로젝트 사후개입 내용	138
표 39. 샌디에고주의 자살 예방, 개입 및 사후개입의 내용	142
표 40. 뉴질랜드의 자살 사후개입의 내용	145
표 41. 호주의 자살 사후개입 지침의 내용	147
표 42. 자살 사후개입 프로그램들의 내용	153
표 43. 학교기반 사후개입의 대상별 역할	156



그림 I

[그림 1] 청소년자살 예방프로그램 개발 과정	13
[그림 2] 자살위기청소년 상담 모형 개발 과정	59
[그림 3] 상실로 인한 애도과정	117
[그림 4] 효과적인 사후개입전략	130
[그림 5] 사후개입의 과정	156

KOREA
YOUTH
COUNSELING
INSTITUTE

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

청소년 자살의 경우 장·노년층에 비해 상대적으로 적은 자살사망자수를 나타내고 있으나, 청소년 자살은 지난 10년간 사망원인 중 2, 3위를 차지하고 있는 등 청소년 사망의 주요 원인이 '자살'이라는 점에 주목할 필요가 있다. 청소년기의 자살생각이나 시도가 사망으로 바로 이어지는 비율이 낮아도 그 가능성은 높은 편이다(김형수, 2006). 즉 청소년기의 자살생각이 자살시도나 자살행위로 이어지지 않더라도 무의식 중에 잠복되어 성장과정을 통해 언제든지 표출될 수 있다(김현순, 김병석, 2008).

특히 청소년의 자살이 심각한 사회문제인 까닭은 청소년들은 가정과 사회, 국가의 미래요 희망이기 때문이다. 그 한 생명을 잃는 것은 개인, 가족 뿐 아니라 우리 사회 모두에 엄청난 충격과 손실로 다가온다(오승근, 2006). 더구나 청소년은 아직 미성숙하지만 그만큼 잠재력이 큰 발달기에 있으므로 향후 살아가면서 전환점을 맞이할 수도 있다. 또한 정말 죽고자 하는 의지가 없더라도 충동적으로 혹은 도움을 요청하려는 목적으로 자살을 시도하는 경우가 많고(신민섭, 박광배, 오경자, 1991; 최병목, 2002), 실제 사망으로 이어지기도 한다. 따라서 청소년들이 일시적인 자살 충동이나 위기상황을 극복할 수 있도록 돕기 위한 적극적인 예방과 개입이 강력하게 요구된다.

그러면 자살예방은 어떻게 해야 하는가? 전 세계적으로 자살문제가 급증한 이래 자살율이 상대적으로 높았던 서구를 중심으로 자살예방을 위한 많은 노력이 있어왔다. 장기간의 노력을 통해 자살을 감소의 성과를 보이는 나라들은 하나같이 자살 문제의 사전 예방, 자살위험군에 대한 개입 및 치료, 자살생존자 대상 사후개입과 치료를 포함하는 1차 예방에서 3차 예방에 이르기까지 포괄적, 종합적 접근방식의 필요성을 강조한다(하상훈, 2003; 한국자살예방협회, 2007; 한국청소년상담원, 2007).

그 까닭은 자살의 원인이 개인 내적 유전적 성향이나 심리사회적 특징들, 가족이나 학교, 지역사회의 환경적인 특성들을 포함하는 복합적 요인들에 의한 것이므로(김현실, 2005; 박병금, 2007; 오승근, 2006; Botvin et al, 1990), 청소년의 자살예방을 위한 노력

역시 다원화될 필요가 있기 때문이다. 그러나 다각적이고 복합적인 접근방식을 채택한다고 해서 청소년의 자살율이 저절로 감소되는 것은 아니다.

일례로 우리나라의 경우 이미 2005년부터 생애주기별, 환경별, 대상별로 포괄적인 자살예방종합대책이 수립되어 시행되고 있으나 ‘청소년 자살예방’을 효과적으로 도모하기에는 여전히 역부족이다. 생명존중 문화조성을 위한 홍보사업 위주의 예산편성 문제라든가, 일반 청소년의 접근성이 낮은 정신보건센터의 확충 계획, 그리고 저예산과 인프라의 부족은 단기간에 해결될 과제가 아닌 것이다(한국청소년상담원, 2007).

이러한 문제의 해결책을 찾기 위하여 한국청소년상담원에서는 2007년도에 청소년자살예방체제구축방안 연구를 시행하면서 청소년의 자살위험과 관련된 대부분의 국면을 포괄하여 관리할 수 있는 「전체 청소년대상 청소년자살예방대책」, 「자살위험청소년 대상 위기개입 대책」, 「자살시도청소년 대상 긴급구조 대책」, 「자살자 주변 청소년 및 자살시도 청소년 대상 청소년자살 사후개입 대책」 및 청소년자살예방시스템모형을 마련하여 국가청소년위원회에 제출하였다.

이에 국가청소년위원회에서는 청소년자살예방종합대책 5개년 계획을 2007년 9월에 수립하였으며, 2007년 하반기에는 「자살위기청소년 긴급구조 및 위기개입 매뉴얼」을 개발하는 용역연구(육성필 외, 2008)를 수행하여, 보건복지가족부에서 자살시도청소년 대상 긴급구조 대책 사업을 추진하고 있다(<http://www.mw.go.kr/>).

아울러 한국청소년상담원에서도 청소년자살예방 종합대책 5개년 계획의 기초를 마련하기 위한 첫 단계에 합류하여 청소년자살 예방프로그램과 자살위기청소년 상담모형을 개발하고, 청소년자살 사후개입전략에 대해서는 기초연구를 수행하고자 한다.

이를 위해 첫째, 청소년자살 예방프로그램을 개발하기 위하여, 국내외에서 시행되고 있는 프로그램 및 효과 연구들을 검토, 분석함으로써 보다 효과적인 프로그램 구성요소를 추출하고자 한다. 또한 청소년들을 대상으로 기초요구조사를 실시하여 자살예방교육에 대한 청소년들의 실제 요구를 반영할 것이다.

둘째, 우리나라 자살위기청소년을 이해하고 적절한 상담모형을 개발하기 위해 국내외 여러 개입적 접근들을 검토하고 그 결과를 바탕으로 구성요소를 추출하고자 한다. 또한 자살위기청소년들과의 심층적 인터뷰를 실시한 결과를 분석하고, 이들을 상담한 사례를 집중·검토하며, 현재 자살위험청소년을 접하고 있는 상담자들을 대상으로 심층적 인터뷰와 기초요구조사를 수행한 결과를 바탕으로 자살위험청소년 및 상담자들의 실제 요구가 반영된 상담모형을 개발하고자 한다.

셋째, 사후개입 전략 개발을 위한 기초 자료를 수집하고자 한다. 현재 우리나라의 경우 사회적으로 자살 사후중재 프로그램에 대한 인식이나 준비도가 낮아 현재 사후개입 프로그램이 개발된다 해도 바로 현실화하는데 어려움이 산적해있다. 그러나 사후개입전략 관련 문헌연구를 통해 관련 기초 자료를 수집하고, 청소년 및 상담자를 대상으로 기초 요구 조사를 수행한 결과를 바탕으로 청소년자살 사후개입안에 대한 시사점을 얻고자 한다.

2. 연구과제

첫째, 청소년 대상 자살 예방프로그램을 개발한다.

둘째, 자살위험청소년 대상 상담모형을 개발한다.

셋째, 청소년자살 사후개입안을 구성한다.

KOREA
YOUTH
COUNSELING
INSTITUTE

II. 청소년 자살의 이해

1. 청소년 자살의 특성

가. 청소년 자살 행동의 정의

청소년의 자살 행동(suicidal behavior)은 '아동에서 성인으로 변화하는 과정에서 작용하는 생물학적, 심리적, 사회적 그리고 문화적 힘의 상호작용에서 일어나는 어려움의 결과로서, 자살생각, 자살계획(자살의도), 자살시도, 자살사망 4가지 차원에서 구분하고자 한다(홍영수, 2005; Reynolds, 1988).

자살생각(suicidal ideation)은 죽음에 대한 일반적인 생각으로부터 자살을 하는 수단 에 대한 생각까지를 포함한다.

그리고 자살계획(suicidal plan) 혹은 자살의도(intent)는 자살생각을 넘어서는 행동적 차원을 포함하지만 자해적 행동에는 이르지 않은 유서 작성, 소지품 정리, 인터넷 등을 통한 자살관련 정보 수집 등을 포함한다.

또한 자살시도(suicidal attempt)는 고의적이고 실제적인 자해 등을 포함하며, 자살사망(suicidal completion)은 자살 실행으로 죽음에 이르는 실제적 자살을 의미한다. 따라서 자살행동상의 측정에 있어서, 자살사망은 흔히 자살사망자에 대한 심리적 부검(psychological autopsy)이 실시되어야 가능하므로(홍영수, 2005), 본 연구에서 말하는 자살 행동은 자살생각, 자살계획, 자살시도로 제한하고자 한다. 한편, 자살위험성(suicidality) 역시 자살 생각(suicidal thinking)이나 행동(behavior)을 가리키는 말로 이해되고 있으므로 본 연구에서는 자살 행동과 동일한 개념으로 적용하고자 한다(FDA Public Health Advisory, 2007).

나. 청소년 자살의 특성

성인기로 갈수록 자살시도에 따른 치명적 자살률이 점점 증가되지만 실질적으로 자살 시도율이 가장 높은 시기는 청소년기이다(Fremouw, Perczel, and Ellis, 1990). 청소년기

는 신체적, 정신적 발달이 급격이 이루어지는 동시에 성인기를 준비하는데 부모와 사회의 기대를 처음으로 접하는 시기이도 하므로, 내외적 스트레스가 많아지고 정서적 불안정하다고 볼 수 있다.

따라서 이러한 발달기적 독특한 특징이 청소년의 자살위험에 기여하는 바에 대해 정리하자면 다음과 같다.

첫째, 청소년 자살은 충동적으로 일어나는 경우가 많다는 점이다. 이는 청소년들이 보인 자살시도의 대다수가 사전에 계획된 것이 아니라는 연구결과(Brent, 1987; Range, 1993)에 의해 뒷받침될 수 있다. 즉, 청소년들이 보이는 자살시도는 현실도피적인 문제를 해결하는 충동적 방식임을 반영하는 것이라고 할 수 있다.

둘째, 청소년 자살은 장노년층에 비해 우울증과 정신분열증과 같은 정신과적 질환에 의해 자살이 시도되는 경우가 많지 않다는 것이다(Sheiman, 1987). Kashani와 Simonds(1979)의 연구에서 103명의 아동을 조사한 결과 우울증상을 보이는 경우가 18%나 되었으나 임상적 진단에 따른 우울증의 결과는 1.9%인 것으로 나타났다. 이러한 현상은 청소년기 우울증의 특성이 성인의 우울증과 달리 발달단계상 나타나는 가변적 우울증인 경우가 많다는 것으로 설명할 수 있다(우선유, 1999 재인용).

셋째, 청소년의 자살은 정말 죽고자 하는 의지를 나타내는 것이 아니라 자신의 심리적 고통을 극단적인 방법으로 표현하는 경우가 많다는 점이다. 한 연구에 따르면 자살기도자의 수와 자살자의 비율을 약 100 대 1로 추정하기도 한다(육성필, 2002 재인용). 청소년의 자살시도는 삶에 대한 완전한 포기보다는 가정, 사회에 대한 감춰진 호소, 즉 도움을 청하는 울음(cry for help)이라는 것이다(하상훈, 2000 재인용).

넷째, 청소년기 자살은 평상시 유대관계를 깊게 갖고 있었던 대상, 또래와 동반자살을 시도한다는 특징이 있다(남민, 1997). 즉 청소년들은 다른 연령층에 비해 자신의 내적 자살동기보다 외적 요인의 영향을 많이 받는다. 그래서 모방자살이나 동반자살을 감행하는 경우가 성인들보다 더 많다(오승근, 2006).

다섯째, 청소년들은 환타지 소설류나 인터넷게임 등의 영향으로 죽음에 대한 환상을 가진 경우가 많다. 청소년들은 현실세계에서 강한 압력을 받을 때 죽음을 일종의 도피수단으로 보고, 자살을 선택함으로써 문제를 해결하려는 의존성을 지닌다(안황권, 1999 재인용).

2. 청소년 자살의 실태

통계청자료(2008)에 의하면 2007년도 인구 십만명당 24.8명이 자살하여, 전체 사망인원 중 4위를 차지하고 있으며, 5세 이상 인구 자살사망자 수가 12,174명에 달하였다. 또한 성별 자살사망자수를 보면 남성이 십만명당 31.5명으로 사망원인 중 3위, 여성이 18.1명으로 사망원인 중 4위로 나타나 남성의 자살사망율이 여성보다 높게 나타났다. 이러한 결과는 그동안 많은 선행연구에서 밝혀진 결과와 같다고 하겠다(김현실, 2002; 임명원, 2000; 임영식 외, 2004; 전영주 외, 2000; 조현진, 1990; Hallfors, 2004).

표 1에서 보여주듯이 2007년도 청소년 자살은 10대에서 교통사고에 이어 2위의 높은 사망 순위를 차지하고 있는데, 이러한 현상은 외국에서도 마찬가지이다. 세계보건기구(2002)에서 청소년 자살률을 국가별로 보고하고 있는데 2000년 전체 자살률 중 15~24세 청소년 자살이 차지하는 비율이 캐나다의 경우 남자 20.2%, 여자 5.5%, 미국은 남자 17.0%, 여자 3.0%, 일본은 남자 15.5%, 여자 6.9%로 나타났다(Bridge, Goldstein and Brent, 2006).

자살이 일어나는 이유에 대해 경찰청 자료를 분석한 보건복지가족부 연구조사에 의하면, 경찰청의 04~06년 자살사건기록 31,771건의 자살 이유를 분석한 결과 육체적 질병(25.5%), 정신과적 문제(14.9%), 가정문제(9.5%) 순으로 나타났다(표 2). 그런데 연령대별로 자살 이유를 살펴본 결과 10대는 학교문제(11.7%), 부모와의 갈등(7.0%), 우울증(6.0%) 순으로 나타나, 육체적·정신과적 질병보다는 가족 및 또래관계 혹은 학업문제가 자살의 주요 이유임을 보여주고 있다(표 3).

표 1. 연령별 3대 사망원인 구성비 및 사망률(2007)

(단위 : %, 십만명당)

연령대	1위			2위			3위		
	사 망 원 인	구성비	사망률	사 망 원 인	구성비	사망률	사 망 원 인	구성비	사망률
1-9세	운수사고	19.1	3.7	악성신생물(암)	18.7	3.6	선천기형, 변형 및 염색체이상	6.9	1.3
10-19세	운수사고	23.9	5.4	고의적 자해(자살)	20.2	4.6	악성신생물(암)	16.0	3.6
20-29세	고의적 자해(자살)	38.6	21.0	운수사고	19.0	10.4	악성신생물(암)	9.2	5.0

표 1. 계속

연령대	1위			2위			3위		
	사 망 원 인	구성비	사망률	사 망 원 인	구성비	사망률	사 망 원 인	구성비	사망률
30-39세	고의적자해 (자살)	25.8	22.4	악성신생물 (암)	21.5	18.7	운수사고	10.7	9.3
40-49세	악성신생물 (암)	29.5	64.0	고의적자해 (자살)	12.1	26.3	간질환	10.2	22.2
50-59세	악성신생물 (암)	39.2	179.8	뇌혈관질환	8.0	36.8	간질환	7.6	35.0
60-69세	악성신생물 (암)	41.4	461.7	뇌혈관질환	11.6	129.3	심장질환	8.1	90.0
70-79세	악성신생물 (암)	32.0	981.5	뇌혈관질환	15.7	482.5	심장질환	9.5	291.7
80세이상	악성신생물 (암)	14.2	1483.3	뇌혈관질환	13.5	1405.5	심장질환	10.4	1088.2

통계청(2008) <http://www.nso.go.kr>자료 참조.

표 2. 국제손상외인 대분류에 따른 자살 이유

(단위 : 명)

분 류	남	여	불명	계
가 정 문 제	1,983 (9.2%)	1,022 (10.1%)	10 (4.7%)	3,015 (9.5%)
남 녀 문 제	731 (3.4%)	469 (4.6%)	3 (1.4%)	1,203 (3.8%)
육 체 적 질 병	5,210 (24.3%)	2,827 (28.0%)	16 (7.6%)	8,053 (25.3%)
정 신 (과) 적	2,510 (11.7%)	2,209 (21.9%)	18 (8.5%)	4,739 (14.9%)
경 제 생 활	2,248 (10.5%)	572 (5.7%)	11 (5.2%)	2,831 (8.9%)
직 업 / 업 무	1,073 (5.0%)	122 (1.2%)	2 (0.9%)	1,197 (3.8%)
사 별 문 제	151 (0.7%)	99 (1.0%)	-	250 (0.8%)
학 대 / 폭 력	3 (0.0%)	4 (0.0%)	-	7 (0.0%)
기 타	4,986 (23.2%)	1,782 (17.6%)	136 (64.5%)	6,904 (21.7%)
미 상	2,557 (11.9%)	1,002 (9.9%)	15 (7.1%)	3,574 (11.2%)
계	21,452 (100%)	10,108 (100%)	211 (100%)	31,771 (100%)

보건복지가족부(2008)<http://www.mw.go.kr>/통계자료 참조.

표 3. 국제손상외인 세부 분류에 따른 연령대별 자살 이유

(단위 : %)

순위	10대	20대	30대	40대	50대	60대
1	학교문제 (11.7)	우울증 (10.9)	우울증 (11.2)	육체적 질병 (10.9)	육체적 질병 (18.8)	육체적 질병 (34.4)
2	부모와의 갈등 (7.0)	이성교제 (4.2)	부채 (7.5)	우울증 (8.9)	우울증 (8.9)	우울증 (9.1)
3	우울증 (6.0)	배우자와의 갈등 (3.6)	배우자와의 갈등 (7.3)	배우자와의 갈등 (8.7)	부채 (7.0)	배우자와의 갈등 (5.0)

보건복지가족부(2008)<http://www.mw.go.kr> 통계자료 참조

KOREA
YOUTH
COUNSELING
INSTITUTE

Ⅲ. 청소년자살 예방프로그램 개발

1. 청소년자살 예방프로그램의 개발 배경

가. 프로그램의 필요성 및 목적

2007년도 청소년 십대 사망 관련 통계자료를 보면, 여자 청소년은 자살이 암, 운수사고를 제치고 사망원인 중 1위를 차지하고 있고, 그밖에도 청소년 자살의 심각성을 보여주는 조사들이 연이어 제시되고 있다(전국교직원노동조합, 2007, 청소년건강행태 온라인조사통계, 2006, 통계청, 2008; 한국청소년상담원, 2007). 더욱 심각한 사실은 자살생각을 해보았다는 청소년이 조사 대상자의 58.8%를 차지한다는 연구 보고도 제시되고 있어(한국청소년상담원, 2007), 청소년 자살은 일부 청소년의 문제가 아닌 많은 청소년들이 경험하였고, 앞으로 겪게 될 문제 행동이라고 할 수 있다.

청소년 자살은 개인적 차원의 문제라기보다는 사회적이고, 각종 상황적인 스트레스가 청소년들에게 크게 작용하고 있다는 주장도 설득력 있게 제시되고 있다(유수현, 2003). 이는 청소년 자살이 사회적인 환경과 밀접한 관련이 있다는 것을 뒷받침한다. 이와 관련하여 청소년들은 자살에 대해 심각하게 생각하지 않으며, 자살을 일종의 권리로서 주장하고 있다는 점은 향후 청소년 자살 문제가 더 큰 사회문제가 될 것이라는 추측을 가능하게 한다(오승근, 2006).

청소년 자살은 성인에 비해서 많은 부분 충동적인 상태에서 진행된다. 그래서 치밀한 계획 하에 실행하는 성인의 자살률보다 청소년 자살은 훨씬 낮은 비율을 보이기도 한다. 다시 말하면, 이것은 청소년 자살이 사전 예방과 교육을 통해 충분히 예방가능하다는 것을 시사한다.

청소년기는 인지적인 판단능력이 미숙하여 자신이 해결하기 어렵다고 판단되는 상황에서는 인지적인 협착이 일어나고, 이성적인 판단을 하지 못하는 경향이 크다. 그러므로 이러한 상황에서 사실적이고, 합리적 판단을 할 수 있도록 대처 능력을 향상시켜주고,

외부 도움을 받을 수 있는 방법을 평소에 알게 하는 것이 필요하다. 이를 통해서 청소년들이 자살에 대한 올바른 이해와 정보를 가질 수 있을 것이다.

지금까지 청소년자살 예방프로그램은 일회성 교육 행사로 치러지는 경우가 많았다. 전교생이나 한 학년 전체를 대상으로 특강을 실시한다거나 방송 강의를 진행하는 수준에 그쳤다. 따라서 청소년들에게 자살문제에 대한 생각의 전환이나 대처능력을 향상시켜주기에는 대단히 미흡한 실정이었다. 내용적인 측면에서도 생명존중 강조 위주의 프로그램으로 진행되는 경향이 컸다(삼성생명공익재단 사회정신건강연구소, 2006). 몇몇 개발된 청소년자살 예방프로그램조차도 현장에서 적용하기에는 프로그램 보급 비용, 지도인력 투입 등의 장애 요인이 있었다.

한편 청소년자살 예방프로그램 개발 과정에서 시행된 현장 요구조사 결과에서 가장 필요하다고 응답한 교육 형태가 집단 활동 형태의 단기적인 프로그램이었다. 이렇게 단기적인 집단 활동을 현장에서 요청하는 근본 이유는 현실적인 측면 때문이라고 사료된다. 왜냐하면 아무리 좋은 프로그램이라도 현장에서 보급가능성이라는 현실을 무시하면 생명력을 갖지 못하기 때문이다.

이러한 연유로 이번 청소년자살 예방을 위한 교육프로그램은 그동안 현장에서 제기된 불만 사항을 해소하고 실제 적용 가능성을 높일 수 있도록 프로그램을 구성하였다. 그래서 이 프로그램을 통해 청소년들이 자살 문제에 대해서 인식과 사고의 폭을 넓히고, 올바르게 판단할 수 있도록 능력을 키워줌으로써 자살예방에 도움을 주고자 하였다.

나. 프로그램 개발 과정

일반적으로 프로그램이란 ‘특정 목표를 달성하기 위해 체계적으로 조직화된 활동’을 의미한다(Rpyse, Thyer, Padgett & Logan, 2001). 좋은 프로그램을 개발하기 위해서는 목적에 합당한 계획을 수립하고, 그 목적을 달성하기 위해 필요한 활동을 구체적이고 체계적으로 조직하고 편성하는 것이 중요하다(이숙영 등, 2001). 본 연구에서는 김창대(2003)의 프로그램 개발 및 평가모형을 바탕으로, 프로그램 개발의 범위를 프로그램을 계획하고, 구성하며, 시범운영을 통해 실행 후 평가하여 프로그램을 수정·보완하는 등을 포함하여 규정하고자 한다. 프로그램의 구체적인 개발 과정은 아래의 순서와 같고, 그 흐름도가 그림 1에 제시되어 있다.

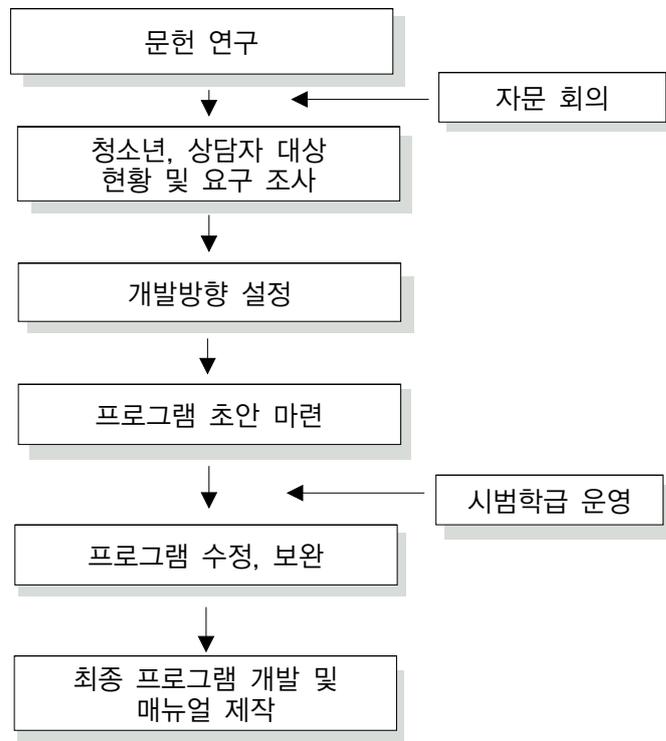


그림 1. 청소년자살 예방프로그램 개발 과정

3) 청소년자살 예방 관련 인식 및 요구조사

국내외 청소년 자살관련 행동에 관한 문헌 연구를 통해 연구의 목적에 부합되는 문항을 추출하여 부분적으로 변형한 것과 연구진이 직접 작성한 문항들로 구성하였고, 응답률을 높이기 위해 대상자가 신속하고 간편하게 대답할 수 있도록 개발하였다.

4) 프로그램 초안 개발

문헌연구, 전문가의 자문, 요구조사 결과를 바탕으로 자살이라는 주제를 직접적으로 다루면서 2시간 분량의 심리교육프로그램으로 구성하였다. 이에 대한 지도자 매뉴얼과 학생용 학습자료를 개발하고 보조자료로서 애니메이션 동영상상을 개발하였다.

5) 시범 운영

전국 청소년(상담)지원센터 및 청소년관련 기관의 상담자, 중고교 전문상담교사를 대상으로 시범운영지도자를 선정하여, 2008년 9월 17일 시범운영지도자교육을 실시하였다. 본격적인 시범운영은 9월 22일 이후 시작되어 10월 17일까지 이루어졌다. 지도자 중 교사들은 재직학교의 교장과 협의하여 재량시간 등을 활용하여 프로그램을 시행하고, 청소년상담지원센터 및 청소년관련기관에서는 관할지역 내 학교와 협의하여 프로그램을 운영하였다.

서울, 경기, 충남, 전남북 지역의 중고 13개교 22개 학급 약 992명을 대상으로 프로그램이 실시되었다. 자살예방프로그램을 실시하기 약 1~2주 전에 사전검사가 시행되었고 사후검사는 프로그램 운영 직후에 실시되었다. 비교집단도 약 10학급 316명이 표집되어 동일한 기간에 사전, 사후검사가 실시되었다.

6) 프로그램의 수정 보완

현장 시범학급 및 비교학급의 사전, 사후검사 결과 프로그램 지도자의 피드백의 내용을 검토하여 초안프로그램에 대하여 수정·보완하였다.

7) 프로그램 매뉴얼 최종 개발

프로그램의 수정이 완료된 후 지도자용 매뉴얼과 학생용 학습자료를 별도의 매뉴얼로 최종적으로 개발하였다.

다. 국내외 청소년자살 예방프로그램 현황

1) 국외 청소년자살예방 프로그램

자살의 경우 그 원인이 매우 복잡한 체계를 가지고 있으며 예방을 위해서는 개인은 물론 사회적인 접근 방식이 요구된다. 따라서 사회적으로 자살예방을 위한 체계적이고 단계적인 사회적 노력이 필요하다. 미국, 영국, 호주를 비롯한 외국의 경우 자살 예방을 위해 이미 오래 전부터 자살 예방전략을 수립하여 꾸준한 노력을 기울여왔고, 특히 미국은 1992년 국가 차원의 체계적인 전략을 수립하여 자살예방을 위해 다각적인 노력을 기울여왔다. 청소년의 자살예방에 있어서도 다양한 접근 방식을 통해 프로그램을 개발하여 실제 현장에서 운영하였다.

여기에서는 미국을 중심으로 미국의 질병통제센터(CDC)에서 제시한 자살 예방교육 프로그램 8가지 유형에 기초하여 구체적인 자살 예방프로그램 사례를 소개하고자 한다. 주요 교육 대상 및 내용은 다음의 표 4와 같다.

표 4. 청소년자살 예방1)교육 프로그램의 유형별 교육 대상과 내용

프로그램	대상	교육 내용 및 주요 활동
학교 지킴이 훈련 (School gatekeeper training)	학교 교사, 상담교사 등	위험 학생 파악하여 전문기관에 의뢰하는 절차를 중심으로 소개
지역사회 지킴이훈련 (Community gatekeeper training)	경찰, 종교인, 상인, 지역사회 교육기관 및 상담기관 직원, 사회복지사, 의사, 간호사	지역사회 주민들과 전문가들에게 자살위험 청소년을 발견하는 방법과 전문기관에 의뢰하는 과정을 소개
일반적 자살교육 (general suicide education)	학생 일반, 청소년	자살 경고 신호와 도움을 받을 수 있는 정보, 이용 가능한 지역사회 자원, 도움 찾기와 문제해결기술, 스트레스 관리 기술, 의사소통, 사회적 대처

1) 외국의 자살예방 프로그램은 미국의 질병통제센터(CDC)에서 제시한 1차 자살 예방 유형 구분에 의거하여 프로그램별로 최근 교육내용과 오승근(2006)의 자료를 참조하여 작성하였음.

표 4. 계속

프로그램	대상	교육 내용 및 주요 활동
선별 프로그램 (screening programs)	전체 학생 대상으로 자살 고위험 집단 확인	고위험집단 선별 도구를 활용하여 잠재적인 자살행동에 대한 조기 경고신호 발견, 도움을 제공함. 높은 위험을 기록한 학생을 학교나 외부 전문가에게 의뢰
또래 지지 프로그램 (peer support program)	상담 자질이 있는 학생이나 친구를 돕는 일에 관심이 있는 청소년	학교나 주변 친구들 중 자살 위험이 있는 청소년들과 친밀한 관계를 유지하는 방법, 위기에 처한 친구를 도와주는 방법
위기센터와 긴급전화 (crisis centers and hot-lines)	청소년 일반 및 사회 전체	자살 생각 청소년들이 쉽게 접근가능한 상담 전화 설치, 언제든지 상담을 받게 함. 신속하게 익명으로 도움을 받을 수 있음. 자살방지센터는 긴급전화를 포함한 다양한 프로그램 제공, 정신보건전문가 배치
자살수단 통제 (means restriction)	사회 전체	주변에 이용가능한 자살수단 통제, 정책적으로 약물이나 독극물의 구입 통제, 교량이나 고층건물에 대한 안전장치 마련
사후예방과 집단예방 (postvention and cluster prevention)	자살에 실패한 생존자나 자살 후 남아 있는 생존 가족 및 친구	유가족들은 자살 위험이 높은 집단이기 때문에 그들의 상실감과 정신적 공황문제를 도와줌. 자살 사건 발생 후 모방 자살이 발생하지 않도록 학교와 지역사회가 공동 대처함

가) 학교지킴이 훈련(School Gatekeeper Training)

(1) 목적

학교지킴이 훈련 프로그램은 자살 위험이 높은 학생을 다룰 수 있는 능력을 키워주려는 목적으로 실시되는 것이다. 즉, 학교 지도자 교사 또는 상담 선생님들에게 정서적 또는 다른 문제를 지닌 학생들을 확인하는 방법을 알려줌으로써 해당 학생을 전문기관이나 자원 인사에게 의뢰하도록 조력하는 것을 주 목적으로 한다. 더불어 자살 위험이 높은 학생들에게 대인 관계를 향상시켜주고, 새로운 일터나 진로에 적응하도록 돕는 등의 활동을 통해 학교 스트레스를 줄이는 것을 목적으로 한다.

(2) 중점적인 달성 목표

- 얼마나 많은 학생들이 위험한 상태에 놓여 있는지 확인되는가?

- 위험 상태를 확인하는 작업이 얼마나 정확한가?
- 얼마나 많은 학생들이 개입 또는 치료 프로그램에 의뢰되는가?
- 외부 자원에 의뢰하여 학생의 자살 생각과 자살행동이 얼마나 줄어들었는가?

(3) 프로그램 사례 :

○ 메인 주 청소년자살 예방프로그램(MYSP: Maine Youth Suicide Prevention)

미국 메인 주에서 실시하는 청소년 자살예방을 위한 학교 지킴이 프로그램을 소개하면 다음과 같다

(<http://maine.gov/suicide/professionals/program/gatekeeper.htm>).

- 개요: 메인 주에서는 1998년 이래로 주정부와 메인 주 질병통제센터를 중심으로 청소년 자살 예방을 위한 기초적인 교육 내용을 통해 지킴이 양성 프로그램을 실시한다.

- 목표:

- 자살에 대한 정보 제공
- 기초적인 자살예방 개인 훈련교육
- 자살 행동에 효과적으로 반응할 수 있는 능력 향상
- 도움이 되는 자원 확인

- 참가자: 자살 행동을 인식하고 반응하는 방법을 배워서 자살예방을 위한 지킴이가 되는 것을 배우고자 하는 성인(학교나 지역사회)

- 훈련 기간: 1일(총 6시간 30분간 - 오전 3시간 30분/ 오후 3시간)

- 주요 내용:

- 자살의 본질
- 자살의 신화, 사실, 태도
- 위험 요인, 경고 신호
- 자살 행동에 대한 반응
- 자살 개입 기술의 연습
- 부모와 지킴이와의 협력
- 자살 사건 후의 영향

- 자살 유가족
- 자기 돌봄의 중요성

(4) 프로그램 효과

지킴이 훈련 프로그램이 참가자에게 효과적으로 잘 전달되었다고 일반적으로 평가된다. 훈련 프로그램에 참가한 학교나 지역사회 인사들이 자살 관련 경고 신호와 관련 지식을 잘 알게 되었고, 자살 위험이 높은 학생을 분별하여 전문가에게 의뢰할 수 있다는 의지를 표시한다. 그러나 간접적인 자살예방 방법이므로 그 효과가 분명하지 않다.

나) 지역사회 지킴이 훈련(Community Gatekeeper Training)

(1) 목적

지역사회 지킴이 훈련은 지역사회 구성원 예컨대, 코치, 성직자, 경찰관 등 자살 위험에 처해있는 청소년들이 누구인지 확인시켜 주고, 자살 위험이 높은 청소년들에게 적절한 도움처를 의뢰해 주도록 훈련시켜 주는 것을 말한다. 자살 경고신호에 대한 지식과 지역사회에 의뢰할 수 있는 기관을 알고, 의뢰하는 일을 할 수 있도록 훈련시킨다. 몇몇 프로그램은 지역사회 주민들의 스트레스 원을 줄여주는 행동을 훈련시키는 것을 목적으로 한다.

(2) 중점적인 달성 목표

- 지킴이들이 자살 위험이 높은 청소년을 얼마나 확인할 수 있는가?
- 자살위험이 높다고 의뢰한 사례가 실제로 자살위험이 높은 청소년인가?
- 자살위험 프로그램을 받은 후 일정 기간 동안 그 내용을 숙지할 수 있는가?

(3) 프로그램 사례:

○ Living Works Education(<http://www.livingworks.net/>)

- 알버타주, 캘거리에서 시작된 지역사회 인사들을 위한 자살예방 프로그램

- 개요: Living Works는 1983년 이래로 지역사회 수준에서 자살 안전 지킴이가 되도록 도움을 준다. 현재 이 프로그램은 캐나다, 미국, 뉴질랜드, 영국 등 세계적으로 자살 예방 전략을 제공하고 있으며, 몇 가지 유형의 자살 예방프로그램을 활발하게 보급한다.
- 목표:
 - 자살 생각을 가진 사람들을 확인하기
 - 자신의 믿음과 태도가 자살 개입에 영향을 받을 수 있는 방식을 이해하기
 - 자살 생각과 삶의 이유에 대해 공유된 이해를 구하기
 - 현 위기를 검토하고 자살 행동으로부터 안전을 확보하기 위한 계획을 개발하기
- 참가자: 자살 생각을 가진 사람들을 돕는 방법을 알고자 하는 전문가, 자원봉사자, 비형식적 도움자(지역사회 지킴이, 경찰, 교사 등)
- 훈련 기간: 2일(ASIST 프로그램 기준이며, 훈련자 양성자 과정 T4T는 5일)
- 주요 내용:
 - 일반적인 자살에 대한 태도와 지식
 - 개입 기술 모델과 실천
 - 유족들에 대한 관심과 지원
 - 자살 위험 환자를 위한 지속적인 치료

(4) 프로그램 효과

자살 위험에 처해 있는 사람들을 확인하고, 의뢰하는 정도를 파악한 결과 훈련에 참여한 사람들이 6개월 후에도 그 학습 결과를 잘 유지하고 있었다. 그러나 지역사회 지킴이가 자살 이전에 50% 정도에게 도움을 주지 못했다.

다) 일반적 자살교육(General Suicide Education)

(1) 목적

일반적인 자살교육은 전형적인 학교-형태의 교육 프로그램을 의미한다. 즉, 이 프로그

램은 청소년들에게 직접 자살에 대한 교육을 실시하는 것을 의미한다. 이를 통해 자살에 대한 올바른 정보를 제공하고, 자살 생각이나 느낌을 나누는 등의 대처 기술을 개발하도록 유도하는 것을 목적으로 한다.

(2) 중점적인 달성 목표

- 자살에 대한 오해를 없애고 올바른 지식을 알려주었는가?
- 자살에 대한 경고 신호를 알려주고 주변 친구에게 도움을 줄 수 있는가?
- 학생들에게 정신 건강 자원에 대한 정보를 제공하였는가?
- 학생들의 대인관계나 사회성 기술이 향상되었는가?

(3) 프로그램 사례:

○ CAST(Coping and Support Training)
(<http://www.reconnectingyouth.com/>)

- 개요: CAST 프로그램은 워싱턴대학교 간호학부에서 NIH로부터 기금을 받아서 개발하였다. 이 프로그램은 다각적인 위험을 갖고 있지만 자살과 우울에 대한 보호요인이 거의 없는 9-12학년의 젊은이들을 대상으로 한 학교 중심의 선택적인 예방 프로그램이다.

- 목표:

- 자살 위험과 정서적인 슬픔을 감소시키기
- 약물 사용 감소하기
- 학교 문제를 감소시키기

이러한 목표를 달성하기 위해 자아존중감의 구축, 의사결정, 모니터링, 목표 설정, 개인 통제 등의 4가지 주요 기술 영역을 설정함

- 참가자: 고등학교 중퇴자와 자살 위험 행동이 있는 것으로 알려진 고등학생(14-18세). 예컨대, 자살 위험군으로 선별되었거나 평균적으로 자살 위험이 높은 집단으로 확인된 청소년

- 훈련 기간: 총 12시간(6회, 주 2회)

- 주요 내용:

- 집단 지지와 자아존중감
- 목표 설정과 모니터링
- 자아존중감 구축, 우울감 깨기
- 의사 결정
- 분노 관리
- 약물 사용 통제

(4) 프로그램 효과

학교 중심 자살 예방프로그램은 지식 측면에서 단기간에 효과가 있었고, 자살위험 행동과 우울, 약물 사용 등이 줄어들었다. 또한 상대적으로 문제 해결과 개인 통제, 가족 지원 등은 향상됨. 그러나 참가자의 태도에서 변화가 거의 없는 것으로 나타나며, 참가 청소년의 반응에 주의를 기울여야 한다.

라) 선별 프로그램(screening programs)

(1) 목적

선별 프로그램을 실시하는 목적은 자살위험이 높은 집단을 확인하는 것이다. 선별도구인 질문지를 사용하여 자살 위험이 높은 집단을 구분해서 별도 예방 교육이나 훈련을 통해 자살 위험을 낮추거나 외부 전문가에게 의뢰하여 치료받게 하려는 목적이 있다.

(2) 중점적인 달성 목표

- 어느 정도의 비율이 자살 위험군으로 선별되었는가?
- 선별된 인원 중에서 어느 정도나 상담, 치료 등이 필요하다고 결정되었는가?
- 선별된 인원이 어느 정도나 종료 시점까지 프로그램을 끝냈는가?

(3) 프로그램 사례:

○ Columbia University Teenscreen Program
(<http://www.teenscreen.org/>)

- 개요: 콜롬비아대학 십대 선별 프로그램은 청소년들을 선별하는 국가적인 정신 건

강 프로그램으로 자살, 우울 등 위기에 처해 있는 청소년들에게 효과적인 것으로 나타난다.

- 목표: 자살 위험이 높은 청소년들을 선별하기
부모 동의나 참석 허락을 받고 관리하기
- 참가자: 자살위험이 높다고 판단되는 중, 고등학생
- 주요 내용(선별 과정):
 - 부모 동의(중학교 또는 고등학교 청소년): 선별 과정을 통해 위험이 있음을 확인하고 먼저 부모의 동의를 받음
 - 참가자 허락: 선별은 전적으로 자발적. 어떤 문제에도 답변을 거부할 수 있음
 - 선별 질문지: 참가학생에게 간단한 과학적 테스트를 하거나 선별 질문지 제시
 - 인터뷰 선별 질문지에 긍정적으로 답한 참가자들을 현장에서 정신건강 전문가와 인터뷰를 하게 하여 추가적 평가가 필요한지를 결정함
 - 부모 확인과 사례 관리 - 선별에 참가했던 직원이 평가를 완료한 부모와 접촉함. 부모와 자격 있는 지원자에게 선별 결과를 알림

(4) 프로그램 효과

아무리 좋은 선별 프로그램을 적용한다고 하더라도 프로그램 담당자들이 높은 감수성을 갖고 있어야 한다. 자살 예측에서 가장 좋은 선별은 이전 자살 시도 경험이며, 반사회적 행동, 약물 남용, 가족의 자살 이력 등이다. 적절한 선별 시기와 자살 위험이 있는 대상을 선정해서 의뢰하는 것이 효과를 발생하는데 결정적인 요소이다.

마) 또래 지지 프로그램(Peer Support Programs)

(1) 목적

자살 위험에 처해 있는 사람들이 또래나 동료로부터 지원을 받고, 대인 관계와 대처 기술을 개발할 수 있는 환경을 제공받는 것을 목적으로 한다. 더불어 사회적 지지 네트워크를 향상시키고, 조직과 직무 수행 능력을 향상시켜 줌으로써 자살률을 감

소시키고자 한다.

(2) 중점적인 달성 목표

- 학교 활동에서 변화가 있었는가?
- 대인 관계 또는 심리적인 정서에서의 변화가 있었는가?
- 약물이나 알코올 사용에서 변화가 있었는가?

(3) 프로그램 사례:

○ Link-Up Program(<http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/Chapter%206.PDF>)

- 개요: 미네소타 주 세인트 폴 지역에서 실시된 또래 지원 프로그램으로 또래의 우정을 통해 자살 위기에 처한 청소년들을 도움을 줌으로써 자살을 예방하고자 한다.
- 목표: 또래 중심 지원 집단 형성
자살위기 상황에서 대처기술 향상
자살 위험자에게 자존감을 향상시켜 줌
- 참가자: 중, 고등학교 학생
- 훈련 기간: 총 5회기
- 주요 교육 내용:
 - 경청, 돌봄, 우정 제공으로 서로를 지원하는 방법
 - 건강한 자기-개념 개발
 - 긍정적인 또래 지지를 통해 자존감 향상
 - 대처 기술 개발, 또래 가족과 효과적으로 의사소통 하는 방법
 - 또래, 가족, 교사, 다른 사람들로 지원을 필요로 하고 도움을 요청하는 방법

(4) 프로그램 효과

또래지지 프로그램이 자살 예방 효과가 있는지 체계적인 평가가 되지는 않았지만

Link-Up 프로그램 등을 통해서 유추해 보면, 프로그램 결과 학교 성적, 출석률, 자존감 등에서 향상이 이루어졌다.

바) 위기 센터와 긴급 전화(Crisis Center and Hotlines)

(1) 목적

자살 사건은 긴급성이 요구된다. 특히, 위기센터와 긴급전화는 위기 상황을 지나칠 때까지 내담자가 자해 행동을 하지 않도록 막아내는 일을 주요 목적으로 한다. 위기센터와 긴급전화는 즉각적으로 이용가능한 지원책을 제공하고, 전화 내담자가 안전하다고 느끼는 상황에서 말할 수 있는 기회를 제공한다. 이를 통해 궁극적으로 자살예방의 역할을 수행한다.

(2) 중점적인 달성 목표

- 위기센터를 이용하는 사람들이 자살 위험이 높은가?
- 위기센터와 긴급전화를 이용하는 사람들이 이용하지 않는 유사 집단에 비해 자살률이 낮은가?
- 위기에 처한 청소년들이 긴급전화를 사용하게 하는 것은 무엇인가?
- 만약 위기센터와 긴급전화를 이용하지 못하면 자살 위험자들이 자살할 것인가?

(3) 프로그램 사례:

○ Suicide Prevention and Crisis Call Center
(www.cdc.gov/ncipc/dvp/Chapter%207.PDF)

- 개요: 네바다 주는 미국에서 자살이 가장 많이 발생하는 지역으로 자살 예방과 24시간 위기 긴급 센터를 운영함으로써 청소년자살은 물론 자살생존자, 학대아동 등을 대상으로 예방프로그램과 면대면 위기개입 프로그램 등을 제공한다. 또한 학교 교직원, 학생, 부모에게 십대 자살과 예방에 관한 교육을 제공한다.
- 목표: 긴급 전화를 통한 자살 예방

- 참가자: 청소년, 학교 교직원, 부모 등
- 훈련 기간: 수시
- 주요 교육 내용:
 - 긴급 전화를 통해 자살 행동 유보 및 자살예방 유도

(4) 프로그램 효과

자살예방 긴급센터가 효과적이라는 증거 자체는 드물거나 일관된 결과를 제시하지 않는다. 다만 자살예방 프로그램과 24시간 전화상담 기관을 운영하는 지역에서 자살률이 감소한 것을 통해 자살예방 효과가 있음을 보고하였다.

사) 자살수단 통제(Means Restriction)

(1) 목적

자살 수단을 통제하는 것은 자살을 시도할 위험이 있는 도구 즉, 총기, 약물, 고층 장소 등을 통제함으로써 자살을 예방하려는 전략이다. 자살자들은 자살 직전까지도 양가감정을 지니고 있다. 따라서 자살 수단을 제한함으로써 자살 시도를 늦추거나 자살하려는 결심을 돌이킬 수 있다. 특히, 미국의 경우에는 총기에 의한 자살이 많기 때문에 총기 사용이나 접근을 규제하려고 노력한다.

(2) 중점적인 달성 목표

- 자살 수단에 접근하는 것을 막기 위해서 어떤 행동을 취했는가?
- 자살 수단에 접근하는 것은 어떤 결과를 낳는가?
- 자살 수단을 통제하는 것은 자살 시도, 자살, 심각한 부상률에 어떠한 영향을 미치는가?

(3) 프로그램 사례:

- 자살수단통제(<http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/Chapter%208.PDF>)

연구 사례 1)

시애틀 킹카운티, 워싱턴에서 자살률과 밴쿠버, 브리티시 콜롬비아 등의 대도시 지역과 자살률을 비교해 보았다. 다른 수단으로부터 자살률은 양 지역에서 유사하였다. 그러나 15-24세 중 권총에 의한 자살률은 시애틀 지역이 약 10배 이상 많았다. 밴쿠버와 시애틀 모두 총기에 대한 접근을 제한하지 않았다. 그 결과 두 지역 모두에서 총기에 의한 자살률이 비슷하였다.

연구 사례 2)

브렌트 외(1998)는 자살을 시도한 청소년과 심각하게 자살을 고려했거나 시도했던 자살 환자를 비교했다. 두 그룹 모두 정서적 장애율과 가족적인 정서적 장애율, 반사회적 성향, 자살이 매우 높았다. 하지만 집에서 총기의 이용가능성이 자살을 시도한 사람들 중에 의미 있는 수치만큼 더 많았다. 이것은 가정에서 총기에 접근을 제한하는 것은 자살에 중요한 결정요인이 된다는 것을 보여준다. 특히, 청소년들에게 총기 접근은 결정적으로 중요한 위험 요인이다.

(4) 프로그램 효과

위의 연구 사례처럼 자살 도구의 제한을 통해 그 수단에 의한 자살이 줄었다는 보고가 많이 나타난다. 즉, 자살 수단을 제한함으로써 자살 예방의 효과가 있다는 의미이다. 예컨대, 워싱턴 D. C 지역에서 총기에 대한 제한적인 면허가 필요하다는 법이 1976년에 통과되었다. 그 결과 이 법이 통과된 뒤 자살률과 유사 자살 모두가 급격하게 감소하였다. 한 가지 유의할 사항은 그 수단에 의한 자살률은 줄어든다는 것은 분명하지만 한 가지 자살 수단을 제한함으로써 자살률 전체가 감소하는지는 명확하지 않다. 다른 방법으로 자살을 시도할 우려가 높기 때문이다.

아) 청소년자살 사후예방과 집단 예방(Postvention and Cluster Prevention)

(1) 목적

청소년 자살 사건 이후에 보다 중요한 것은 집단적인 연쇄 자살 사건이 발생하지

않도록 또 다른 자원이나 인력을 투입하는 것이다. 연쇄 자살은 시공간적으로 근접한 경우에 발생하는 일련의 자살을 말하는데 특히, 청소년에게 두드러지는 특징이다. 가족이나 친구 등 주변에서 절친한 사람이 자살하게 되면 그 사람이 자살할 확률이 높아진다. 따라서 학교나 지역사회에서 자살 확산을 막고자 사후예방과 집단예방 프로그램을 하게 된다.

(2) 중점적인 달성 목표

- 사후예방을 위해 접촉하는 것이 궁극적으로 자살예방에 효과적이었는가?
- 전문가에 의한 선별 또는 인터뷰로 자살 위험이 높은 집단이 확인되었는가?

(3) 프로그램 사례:

○ 자살 집단의 생존자(Survivors of Suicide Group)

(<http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/Chapter%209.PDF>)

- 개요: 자살 생존자(SOS) 집단 모임은 가족 구성원이나 죽은 사람의 친한 사람들이 매월 모임을 갖는다.
- 참가자: 자살로 죽은 사람이 가족 중에 있거나 유의미한 사람
- 주요 교육 내용:
 - 참석자 간에 자조와 상호 지원
 - 정서적인 문제 교육
 - 가까운 사람의 자살에서 생존하는 전략

(4) 프로그램 효과

참여 집단의 성향이 다양하고 참여율도 다르다. 자조 집단이 잘 형성되어 운영된다면 서로에게 도움이 될 수 있지만 모임이 계속적으로 유지되기는 힘든 실정이다.

위의 8가지 유형의 자살 예방교육 프로그램들을 제 1세대 자살예방모델이라고 부른다. 이러한 프로그램들을 개별적으로 실시하게 될 때, 전문가들은 그 예방효과가 충분하

지 않다고 지적하며, 2세대 자살 예방교육 프로그램 모델을 제시하고 있다. 다음의 표 5에서 보는 바와 같이, 2세대 자살 예방교육 프로그램 모델은 자살 예방을 위해 1차 예방, 2차 예방(개입), 3차 예방(치료) 프로그램으로 나누고 개인, 사회, 관계자들이 모두 자살예방에 참여하는 종합적인 접근 방식을 일컫는다. 이 경우에 자살 예방 효과가 더 클 것으로 기대할 수 있다.

표 5. 제2세대 자살 예방교육 모델²⁾

예방	개인적 소인	사회적 환경	자살예방관계자
1차	<ul style="list-style-type: none"> •우울증 관리 기술 훈련 •분노, 공격성 관리 훈련 •고독 예방 •대인관계 문제해결 훈련 •유능감 향상 기술 •비판적 관점 갖기 기술 •도움 찾기 행동 기술 	<ul style="list-style-type: none"> •학교 낙오자 예방 및 학교 향상 프로그램 •부모의 정신병리에 대한 조기 탐지와 의뢰 •대리인의 역할 모델 •자살보도에 대한 미디어의 보도지침 	<ul style="list-style-type: none"> •부모 총기 안전 훈련 •소아과 의사 총기 교육 •모든 건강을 돌보는 관계자의 자살 •인지교육 •장기적 연방총기 예방 교육
2차	<ul style="list-style-type: none"> •고위험 자살 집단 선별 프로그램 •자원봉사 훈련 프로그램 •자살시도 청소년에 대한 외래 환자 치료 	<ul style="list-style-type: none"> •지킴이 의뢰 훈련 •또래상담 훈련/긴급전화 •부모의 정신병리 사례 찾기 •정신건강 돌보기 훈련 	<ul style="list-style-type: none"> •약물질 구토제 사용 •환경적 안정성 확보 •총기에 접근가능성 제한
3차	<ul style="list-style-type: none"> •정신의학적 치료 •물질남용 치료 	<ul style="list-style-type: none"> •지역사회 정신건강 치료 •재판중인 고위험 •청소년의 치료 프로그램 •적극적인 사례관리와 접촉 •추수지도 	<ul style="list-style-type: none"> •SSRI치료(우울증 치료법) •우울증의 정신치료 •정신병의 정신치료

이와 같이 자살예방을 교육적 방법으로만 접근하는 것이 아니라 개입, 치료, 의뢰 등을 포함하는 종합적 차원에서 풀어나가는 체계는 현재 자살예방계획을 수립하여 진행하고 있는 나라들 대부분에서 선택하고 있다(한국청소년상담원, 2007).

예를 들어, 뉴질랜드는 1996년에는 OECD국가들 중 높은 청소년의 자살률을 보이는

2) 출처: 하상훈(2003). 청소년자살 예방프로그램. 한국생명의 전화(2003). 청소년 자살, 어떻게 예방할 것인가?: 제 1회 청소년자살 예방세미나 자료집, p. 89.

나라였다(한국청소년상담원, 2007 재인용). 1998년 New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy(Ministry of Youth Affairs, Ministry of Health, Ministry of Maori Development)를 처음으로 수립하고, 2006년에는 전 연령을 대상으로 자살예방 활동을 확대하기 위한 New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016(Ministry of Health)을 활발하게 시행하고 있다. 그중 청소년자살 예방전략만을 간략히 소개하자면, 청소년 복지 증진 활동, 초기개입과 도움활동, 위기지원과 치료활동, 자살 후의 지원활동, 정보와 연구 활동으로 크게 나누어볼 수 있다. 특히 학교 내 청소년자살문제를 다루기 위한 예방, 인식, 관리지침이 출간되어(1998), 청소년의 자살예방을 위해 건강교육 실시와 건강한 환경을 유지하는 것, 학교 내 자살에 따른 결과들을 관리하기 위한 사전 준비를 개발하는 것, 상담자에 의한 개입과 평가를 실시하는 것, 자살위험이 있는 청소년들을 관리하는 것 등에 관한 상세한 지침을 마련하고 있다. 특이할 만한 사항은 전체 인구를 대상으로 하는 정책과 마오리족의 특수성에 초점을 둔 전략을 구분하는 등 뉴질랜드만의 독특한 환경적 특성을 고려하여 자살예방정책을 펼치고 있다.

한편 홍콩은 15~24세 연령대의 자살 사망률이 1997년 이래로 70% 이상 증가하면서 세계평균보다 28%를 초과하는 자살사망률을 보였던 지역으로 서구사회와는 다른 배경을 지니고 있다는 점에서 관심을 두고 살펴볼 필요가 있는데(한국청소년상담원, 2007 재인용), 현재 홍콩에서는 자살예방을 위한 전문단체들의 적극적인 활동이 보고되고 있고, 학교장면에서 청소년의 자살 문제를 다루기 위한 지침이 마련되어 쓰이고 있다(Hong Kong Education & Manpower Bureau, 2006). 그 주된 내용으로 청소년자살과 학교장면에서의 위기사건을 다루기 위해 모든 학교 내 위기관리팀(crisis management team)을 구성하여 상황을 평가, 위기관리계획을 세우고, 적절한 방법을 취하며, 자살의 경우 학교심리학자로부터 전문적 도움을 받도록 되어 있고, 위기가 끝나면 위기관리 계획의 효율성을 평가하고 재발을 막기 위한 예방조치를 취하는 일련의 과정에 관한 지침이 제시된다.

또한 가까운 일본에서도 자살예방에 대한 관심을 국가차원에서 2006년부터 본격화하기 시작하여 2006년 6월 21일, 자살대책기본법을 제정하여 공표하였다. 이 법은 총 6가지의 기본적 이념을 바탕으로 2016년까지 자살률 20% 이상 감소를 목표로 하며, 전 연령을 총 3세대 즉, 청소년(30세 미만), 중고령층(30세~64세), 고령자(65세 이상)로 구분하였고 각 세대별 자살 특징과 대응할 자살대책의 방향을 수립하고 있다.

특히 청소년을 중심으로 하는 자살예방 활동의 예를 들자면 문부과학성이 학교의 체

힘활동을 활용하여 생명의 소중함을 교육하고, 학교카운슬링이나 학부모 상담원의 배치를 통해 상담체제를 구축하고, 아동의 자살 특징이나 경향 등을 분석하면서 자살예방 대처에 관한 조사연구를 추진하고 있다. 이는 2007년 3월 아동, 학생의 자살예방을 위한 대처관련 토론회에서 보고된 아동자살예방을 위한 대처방안에 보다 자세하게 언급되어 있다. 교사, 부모, 아동 대상 자살예방 교육내용이 제시되어 있으며, 자살예방 관련 학교현장의 상담체제를 충실하게 갖추기 위한 학교 및 교직원의 역할, 따돌림 대책과의 연계, 학교와 의료의 연계, 자살사망 발생 후의 대응원칙을 구체적인 사례를 들어가며 설명하고 있다.

2) 국내의 청소년자살예방 프로그램

우리나라는 2005년 9월에 자살예방 5개년종합대책이 수립되었다. 이 대책에는 생명존중문화의 조성 등과 같은 환경적 접근과 자살위험자 조기발견 및 치료 등과 같은 대상자적 접근을 포괄하는 추진체계를 구축하는 것, 아동·청소년 등 생애주기별 사업추진체계를 구축하는 것, 공공부문과 민간부문의 역할분담과 협력체계 구축을 통해 사업을 추진하는 것 등이 포함하고 있으나, 아직 예산 부족, 관여 전문 인력 부족 등으로 인해 그 체계가 활성화되지는 못하고 있다.

비록 산발적이고 비체계적이지만 민간기관 및 지역 자살예방센터를 중심으로 자살예방활동이 그 이전부터 이루어져 왔다. 그중에서 청소년 대상 자살 예방프로그램을 살펴보자면, 자살예방교육은 크게 3가지 접근 방법으로 진행되어왔다. 첫째는 생명존중과 관련된 전반적인 내용을 다루는 방법이 있고, 둘째는 죽음 준비 교육을 통해 생명존중과 자살예방을 목표로 하는 방식이며, 셋째는 생명 존중의식의 변화를 유도하는 동시에 자살과 관련된 내용을 중심으로 다루는 접근 방식이다. 이상의 3가지 접근방식에 따른 특징과 교육 내용을 살펴보면 다음과 같다.

가) 생명존중 전반에 대한 총론적인 성격의 접근 방식

총론적 성격의 생명존중교육 형태는 주로 초,중등 학교교육 과정 속에 일부 내용이 포함되어 초·중·고 학생들에게 교육되고 있다. 자살 예방교육 프로그램이라고 하기에 생명의 소중함이나 필요성 등의 포괄적인 내용을 다루고 있다. 특히, 생명을 동식물

과 자연을 포함한 폭넓은 의미로 보기 때문에 종교적인 측면에서 생명존중 사상을 다루고 있다.

주로 다루어지는 내용은 표 6에서 보는 바와 같이, 생명 경시 풍조, 낙태, 안락사, 장기이식, 사형제도, 자살, 인간복제, 환경문제의 심각성 등이다. 주로 고 2~3학년에 이르러서야 생명과 관련된 다양한 주제를 다루게 편성되어 있다. 그 중에서 자살도 고 2~3학년 때 교과서 내용에서 다루어지는데 사회적 생명 위기 상황 중에서 한 가지로 다루어질 뿐이다.

표 6. 중등 도덕·윤리 교과서의 생명존중 교육 내용³⁾

영역	학년					
	내용	중1	중2	중3	고1	고2-3
생명의 개념	생명의 정의					○
	생명 경시 풍조		○			○
생명 위기 현상	낙태		○			○
	안락사					○
	장기이식					○
	사형제도					
	자살					○
	인간복제					
	환경문제의 심각성		○	○	○	○
생명 존중 사상	동물보호	○	○	○		
	자연보호	○		○		○
	인간존중	○	○	○		○
	홍익인간 정신					○
	생명존중 정신		○			○
	전통 윤리		○		○	○
	시민 윤리		○			
	생명 경외 사상	○				○
	불교의 자비사상	○	○	○	○	○
	도교의 무위자연		○	○	○	○
	기독교의 인간애		○			○

3) 출처: 장정훈(2002). 중등교육 과정에서의 생명존중교육에 관한 연구: 도덕·윤리 교과를 중심으로. 성신여대 교육대학원 석사학위논문.

이는 교육 내용으로서 청소년 자살 문제를 다루게 되면 자살 생각이나 충동을 가지고 있는 청소년들에게 자칫 자살 행동을 불러일으킬 수 있고, 해로움을 줄 수 있다는 우려 내지 편견이 작용한 탓이다. 특히 그 밑바탕에는 자살 문제를 숨기거나 금기시하는 태도가 잠재되어 있어 자살 문제를 교육내용으로 구체화하기가 어려웠을 것으로 판단된다.

프로그램 진행 방법도 교사 주도 형태의 이론 강의가 주를 이룬다. 학급 단위로 진행되기도 하지만 학년 또는 학교 단위 집합교육이나 방송강의로 진행되기 때문에 그 효과는 미미하다고 할 수 있다. 단지 자살 예방프로그램을 형식적으로 실시하는 정도에 그친다.

나) 죽음(준비)교육 형태로서의 접근방식

이 접근 방식의 대표적인 교육이 죽음교육, 호스피스 교육과정이다. 죽음(준비)교육의 목적은 생명의 탄생을 축하하듯이 죽음도 명예롭게 맞이할 수 있는 권리를 갖게 하는 취지이다. 죽음준비교육을 학교교육이나 평생교육 형태로 실시해 자살에 대한 의식의 변화가 이루어지도록 유도하면 결국은 자살로 인한 사망률이 떨어질 것이라고 주장한다.

죽음(준비)교육은 죽음과 관련된 내용들을 다룬다. 예컨대, 죽음의 방식, 죽음 이후, 삶과 죽음의 무지 등이다. 건강한 죽음 문화가 형성되면 자살을 예방할 수 있다고 하는데 실제로 그렇게 될 수 있는지, 죽음과 자살을 동일선상에서 볼 수 있는 것인지는 심층 연구가 필요하다. 왜냐하면 자살은 죽음의 한 형태이기는 하지만 죽음이 곧 자살은 아니며, 자살은 일반적인 죽음과는 다르기 때문에 죽음준비교육이 자살예방 효과를 발휘할 수 있을지는 앞으로 풀어야 할 과제이다.

대표적인 죽음준비교육 사례로서 제시할 수 있는 것은 한림대 생사학연구소에서 운영하는 교육전문가를 위한 웰다잉(자살예방)전문가 사이버과정이다. 사이버과정은 1년 2학기 과정으로 운영되고 있다. 이 과정은 죽음 즉, 생사학을 통해서 자살을 막는 간접

적인 교육방식을 제시한다. 주목적은 죽음에 대한 바른 이해를 통해서 자살을 예방한다는 것이다. 그래서 각종 사회적인 죽음과 그 현상을 이해할 수 있도록 교육과정이 구성되어 있다. 이 교육 과정은 다음과 같다.

표 7. 웰다잉전문가 사이버과정의 주요 내용

학기	주요 교육내용 ⁴⁾	
	강의 주제	강의 내용
1학기	성숙한 죽음문화	죽음문화 없는 사회, 소극적 안락사, 웰다잉 교육, 호스피스 등
	사회병리현상(자살)	사회병리현상, 각종 폭력과 자살 현상
	자살하면 안되는 이유	자살하면 안되는 6가지 이유, 죽음의 방식 등
	죽음, 끝이 아니다	죽음 끝이 아닌 5가지 이유, 임사체험 등
2학기	죽음 체험과 명상	죽음체험 6단계, 죽음준비
	우리는 어떻게 죽는가	죽음의 유형
	우리사회 낙태 문제	낙태해서는 안되는 4가지 이유
	죽음을 알면 자살하지 않는다	자살에 대한 오해 5가지
	죽음체험과 웰다잉을 위한 명상	죽음 체험의 6단계 과정
	죽음 치유	자살과 죽음의식 변화
	죽음 준비	죽음준비 8가지 원칙

- 제 목: 웰다잉(자살예방)전문과정 사이버강좌 안내
- 수강대상: 사회복지사, 심리상담가, 종교인, 의료인, 교사, 군관계자 등
- 수강인원: 선착순 60명
- 교육기간: 1년 2학기 과정(학기별 14회)

다) 자살예방교육 형태로서의 접근방식

- 일반적인 청소년자살 예방프로그램

청소년들에게 직접적인 자살예방 프로그램을 실시하는 형태는 주로 평생교육 차원에

4) 출처: 한림대학교 생사학연구소. (<http://www.huspc.or.kr/>)

서 운영되는 교육프로그램을 말한다. 주로 외부의 생명존중, 자살예방과 관련된 기관들에서 교육프로그램을 운영하고 있다. 현재 체계적으로 청소년들에게 자살예방 프로그램을 운영하는 대표적인 교육 기관은 다음의 3개 기관이다. 첫째, 한국자살예방협회, 둘째, 한국생명의전화 & 삼성생명공익재단 사회정신건강연구소, 셋째, 수원시자살예방센터이다. 이 기관들 이외에도 정신보건센터나 상담실 등에서도 부분적으로 자살예방교육을 실시하는 경우가 있는데 아직 자체적인 프로그램 진행에 불과하고 위의 3개 전문교육기관처럼 대내외 개방된, 조직적인 형태의 교육 프로그램을 제공하지는 않는다. 다음의 표 8은 청소년에게 직접적인 형태로 자살예방 프로그램을 실시하는 것을 비교한 것이다.

표 8. 청소년자살 예방프로그램의 비교(청소년용)

기관명 구분	한국자살예방협회	한국생명의전화 & 사회정신건강연구소	수원시자살예방센터
대상	청소년	중학생	중고 청소년
시간	4회기	8회기	1단계, 2단계(6회기)
프로그램명	생명사랑나눔미 프로그램	“내 생명 소중하게 가꾸기”	청소년자살예방교육
교육내용	<ul style="list-style-type: none"> -1회기 : 생명에 대해 존중하는 마음 갖기(내가 사는 이유 알기, 나와 남의 생명 존중하기, 생명을 존중하는 방법) -2회기 : 생명존중에 반하는 행동 이해(생명을 존중하지 않은 결과는 어떠한가, 자살에 대한 진실 혹은 거짓 등) -3회기 : 대처방안을 배워봅시다(문제나 갈등상황에서의 관점 차이 이해, 나도 좋고 너도 좋은 해결방법(Win-Win)) -4회기 : 위기상황에서 대처해봅시다(위기상황에서 스스로 대처하는 방법 배우기, 실제 적용하기, 자살위기에 있는 친구를 돕는 방법 배우기) 	<ul style="list-style-type: none"> -세상과의 특별한 만남 -사랑으로 자라다 -우리는 소중한 -건강한 마음 만들기 -그건 아니야 (자살 태도) -생명지킴이 (자살 신호) -도움찾기 -생명존중 서약 	<ul style="list-style-type: none"> 친구사이(1단계) -스트레스 탈출기 -빙고 게임 -친구돕기 등의 학년별 집단 활동 프로그램 위주 Pain club(2단계) -나는 어떤 사람일까? -솔직한 이야기 속으로 -그들도 우리처럼(영화) -나의 미래를 찾아서 -세상에서 가장 맛있는 케이크 (자원봉사 활동) -프로그램 평가 산행 Peer Supporter(3단계) -다양한 의사소통 훈련 -체험활동 중심 (건강한 자기이미지)
교육방법	강의, 집단 활동	시청각, 집단활동	시청각, 활동
평가	-회기는 길지 않으나, 이론 위주의 반구조화된 프로그램으로 인식개선과 활동에는 미흡한 측면이 있음	-생명존중과 자살을 동시에 다루고 있음. 인식개선과 집단활동에 용이하나 회기가 길어서 현장 활용에 어려움 있음	-2단계에 걸친 다양한 활동 프로그램 진행과 재미 추구. 직접적인 자살예방 프로그램과는 다소 차이가 있음

이상의 청소년자살 예방프로그램을 살펴본 결과 현장의 요구와 내용적인 측면에서 미흡함이 발견된다. 예컨대, 현장에서는 학교 단위에서 많은 시간을 할애하여 자살예방 프로그램을 진행하기에는 어려움이 많다. 따라서 학교 단위로 자살예방교육이 진행되는

경우 전교생이나 학년단위로 생명의 소중함이나 생명의 가치에 대해 강의하거나 관련 동영상을 보여주는 정도에 그치고 있는 경우가 더 많다.

또한 내용적인 측면에서도 자살예방과 거리가 있는 프로그램이 많이 포함되어 있다. 물론 자살예방이라는 심각한 주제를 다룰 때 주의를 가져야 하는 것은 좋지만 다른 활동이나 우회적인 내용으로 접근하다보면 본래 자살예방을 위한 인식과 태도 변화에 효과를 가져오기 어려울 수 있다.

- 간접적인 청소년자살 예방프로그램(자살예방 전문가 교육)

간접적인 청소년자살 예방프로그램은 여러 가지 형태가 있으나 자살예방을 위한 지킴이 교육 즉, 자살예방전문가 교육과정을 실시하는 프로그램을 살펴보면 다음과 같다. 대표적인 전문가 양성 프로그램으로 한국생명의전화에서 실시하는 AIR프로그램과 수원시 자살예방상담학교, QPR Korea에서 운영하는 청소년자살예방전문가 교육(기본, 전문)과정이다. 프로그램별로 주요 구분 사항은 다음의 표 9와 같다.

표 9. 청소년자살예방 프로그램의 비교(자살예방전문가교육)

기관명 구분	한국생명의전화	수원시자살예방센터	QPR KOREA
프로그램명	AIR(Awareness, Intervention, Referral)	청소년자살예방상담학교	청소년자살예방전문가교육
대상	자살예방에 관심 있는 상담원 또는 일반	자살예방에 관심 있는 학교 교사	자살위기 평가 및 교육을 받고자 하는 자(상담자, 위기 관리자, 정신건강 관련자)
시간	10회기	1회 4시간	1회 3시간(기본)/8시간(전문)
교육 내용	1회: 자살현상의 이해와 원인 2회: 멘탈히트니스와 자살예방 3회: 자살의 위험요인 평가방법 4회: 스트레스 관리와 자살예방	-청소년자살 사회적 고찰 -위기상담기법 -지역사회 네트워킹 -청소년자살성향 분석	-자살예방 기본교육 (QPR Gatekeeper Training) · 자살의 역할, 위험신호, 돕는 방법, 도움받기 및 인도, 자살위기 평가 등

표 9. 계속

기관명 구분	한국생명의전화	수원시자살예방센터	QPR KOREA
교육 내용	6-7회: 자살 사후예방 방법 8회: 전화상담과 자살예방 9회: 사이버 상담과 자살예방 10회: 자살상담 역할실습	-청소년자살예방 프로그램 (외국 대 한국)	-자살예방 기본교육 (QPR Gatekeeper Training) · 자살의 역학, 위험신호, 돕는 방법, 도움받기 및 인도, 자살위기 평가 등 -자살예방 전문교육 (QPR Suicide Priage Training) · 자살의 역학, 정신병리와 자살(진단척도), 자살위기 평가, 자살심리 치료기법, 평가 등
교육 방법	강의, 시청각, 집단 활동	강의 중심	강의, 평가, 역할극, 동영상
평가	- 강의 위주 교육 내용으로 실제 상담 및 지킴이 훈련이 부족함	- 1회 단기 프로그램으로 교육 효과 미흡	-교육 후 병원종사자의 자살이해 및 도움주기행동의 변화 보고(와이만 등, 2008) -Gatekeeper 교육 후 청소년자살행동의 감소 효과 등이 보고되고 있음(미국 질병통제센터, 2002)

간접적인 자살예방 교육은 학교 교사나 상담자 등 청소년 자살예방에 관심 있는 대상자를 중심으로 자살 현상의 이해, 자살 경고신호, 위험 평가, 의뢰 등의 방법을 교육시키는 것이다. 외국에서는 QPR자살예방교육 등 교육효과를 알아보는 연구가 보고되고 있지만 간접적인 자살예방은 직접적으로 청소년들에게 교육하는 방식이 아니기 때문에 그 예방 효과를 직접 알아내기는 쉽지 않다.

단지 청소년을 평소 접하게 되는 교사, 지도자들을 잘 교육시킴으로써 자살위기청소년들을 발견하고 전문 상담기관이나 치료 기관에 의뢰할 수 있다. 청소년자살예방 지킴이를 양성한다는 주목적이 있으나 현재까지는 실제 훈련 내용이나 훈련 기간 등에서 그 효과를 발견하기에는 부족함이 많다.

라. 청소년자살 예방 관련 인식 정도 및 요구 조사

1) 청소년의 자살예방 프로그램에 관한 인식 및 요구 조사결과 요약

본 조사는 효과적인 청소년 자살예방프로그램의 구성요소들이 무엇인지를 파악하기 위하여 실질적 수요자인 청소년들과 자살예방교육을 지도할 상담자들을 대상으로 자살 예방 관련 인식 정도 및 요구를 알아보기 위해 실시되었다.

조사 대상으로 일반 중고교 및 비인가 대안학교에 재학 중인 청소년 380명과 전국 청소년(상담)지원센터의 상담자 93명이 표집되었고, 최종 조사대상자의 분포는 청소년의 경우 남자가 172명(46.2%), 여자가 200명(53.8%)이었으며, 상담자의 경우 남자가 15명(16.1%) 여자가 78명(83.9%)이었다. 조사 대상자의 인구통계학적 분포 및 자세한 조사 결과는 [부록 2]에 제시되었다.

조사결과를 요약하여 보면 다음과 같다.

첫째, 청소년 및 청소년상담자의 자살 태도를 알아본 결과, 공통적으로 ‘자살은 예방될 수 있다’에 대해 각각 찬성이 78.2%, 96.7%로 자살의 예방가능성에 대해 상당한 의견일치를 보이고 있다. 또한 청소년상담자들은 자살을 금기시하는데 반대하며(반대 91.3%), 자살이 결코 해결책이 될 수 없다는데 확고한 입장을 취하고 있다. 반면, 청소년들의 경우 자살의 권리인정 여부 혹은 자살의 금기 여부(찬성 25.1%-반대 38.0%), 자살의 정당성(미결정 40.2%)에 대해 자기 확신이 없거나 아직 최종적 의견을 결정하지 못한 것으로 나타났다. 따라서 청소년들은 자살이 예방될 수 있다는 믿음에 비해 아직 자살관이 불명확하므로, 올바른 자살태도를 확립할 수 있도록 교육적 지도가 필요하다고 생각된다.

둘째, 청소년 및 상담자의 자살예방교육프로그램에 관한 요구를 파악하기 위해, 자살 예방교육 수강경험, 자살예방내용에 대한 인식수준, 자살예방교육의 필요정도, 가장 적절한 교육시간, 청소년자살예방교육프로그램의 구성요소별 필요정도, 자살예방교육 참여의향에 대해 조사하였다.

청소년의 95.8%, 상담자의 58.7%가 자살예방교육을 수강한 경험이 없는 것으로 나타났다

고, 청소년의 13.3%, 상담자의 28.3%가 청소년자살예방관련 내용을 알고 있다고 응답하였고, 청소년의 69%, 상담자의 92.4%가 청소년자살예방교육프로그램이 필요하다고 하였다. 즉 청소년의 경우 자살예방교육 대부분 수강경험이 없지만 어느 정도 자살예방교육의 필요성을 인식하고 있고, 상담자의 경우 반수 이상이 수강경험이 있었는데 자살예방교육프로그램의 필요성을 절실하게 느끼고 있음을 알 수 있다.

또한 자살예방교육시간으로는 청소년은 2~3회기(57.3%)를, 상담자는 6회기 이상(34.8%)이 가장 적절하다고 하였다. 이러한 결과에 비추어 볼 때 청소년이 단기적 자살예방교육(2~3회기, 1회기 45분 기준)을 선호하고 있음을 알 수 있다. 물론 청소년들 대부분이 자살예방교육을 수강해본 경험이 없으므로 이러한 결과를 신중하게 검토해야겠지만 정규교과시간이 아닌 교육에 사용되는 통념적 시간 개념을 고려할 필요가 있다고 하겠다.

청소년자살 예방프로그램의 구성요소별 필요정도를 살펴본 결과 청소년과 상담자 모두 ‘자살위험을 극복하는 방법’, ‘자살 생각시 도움을 요청하는 방법’을 매우 필요하다고 하였다. 덧붙여 청소년상담자의 경우에는 ‘자살위험 징후 인식방법’에 대해서도 매우 필요하다고 보고하였다. 청소년과 상담자 모두 각자의 입장에서 자살 위험과 관련된 실질적인 대처법을 자살예방교육에서 다루어주기를 바라고 있음을 알 수 있다. 여자청소년의 경우 64.4%, 상담자의 94.6%가 자살예방교육에 참가할 의향이 있다고 응답하여 여자청소년 및 상담자가 자살예방교육의 참여 동기가 높은 것으로 나타났다.

마. 문헌 고찰 및 요구 분석에 따른 시사점

문헌고찰과 요구 분석 결과를 토대로 청소년자살예방프로그램에 관한 시사점을 정리하자면 다음과 같다.

첫째, 자살 문제를 직접 다루는 것이 필요하다. 이제까지의 프로그램은 내용적인 측면에서도 ‘생명존중’이라는 주제를 중심에 두고 자살 예방을 우회적으로 다루는 방식으로 진행되는 경향이 컸다(삼성생명공익재단 사회정신건강연구소, 2006). 그렇지만 요구

조사에서도 드러나듯이 상담자들은 자살예방교육의 필요성을 절실히 느끼고 있고, 청소년은 특히 여학생들의 요구가 큰 것으로 나타났다. 제한된 시간에 자살예방에 관한 주제를 충분히 다루기 위해서는 직접적으로 자살 주제를 다루는 것이 필요하다.

둘째, 청소년들은 자살이 예방될 수 있다는 믿음은 있지만 자살 문제에 대해 확실하게 자기 의견을 결정하지 못한 것으로 나타났다. 이에 올바른 자살 태도를 확립하는데 기여할 수 있도록 자살 예방프로그램에서는 자살에 관한 지식을 탐색하고 정리하는 활동을 포함한다.

셋째, 청소년기는 인지적인 판단능력이 미숙하여 자신이 해결하기 어렵다고 판단되는 상황에서는 인지적인 협착이 일어나고, 이성적인 판단을 하지 못하는 경향이 크다. 그러므로 이러한 상황에서 사실적이고, 합리적 판단을 할 수 있는 대처 능력을 향상시키는 내용을 포함한다. 그래서 청소년들이 자살 문제에 대해서만은 인식과 사고의 폭을 넓히고, 올바르게 판단할 수 있는 능력을 키울 수 있도록 유도함으로써 궁극적으로 자살예방에 도움을 주고자 한다.

넷째, 요구조사에서 청소년과 상담자 모두 공통적으로 ‘자살위험을 극복하는 방법’, ‘자살 생각시 도움을 요청하는 방법’이 매우 필요하다고 하였다. 따라서 평소 어려움을 느낄 때 외부에 쉽게 도움을 요청할 수 있고, 자기 자신을 긍정적으로 바라볼 수 있는 방법을 습득함으로써 자살위험을 극복할 수 있도록 이와 관련된 내용을 포함하고자 한다.

다섯째, 현장의 요구 및 프로그램의 실효성을 고려하여 학급 단위의 단기 프로그램으로 구성한다. 지금까지의 청소년자살 예방프로그램은 일회성 교육 행사로 전교생 대상 특강이나 방송 강의를 진행하는 수준에 그치는 경우가 많았다. 따라서 청소년들에게 자살문제에 대한 생각의 전환이나 대처능력을 향상시켜주기에는 어려움이 많았다. 내용적인 측면에서도 생명존중 강조 위주의 프로그램으로 진행되는 경향이 컸다(삼성생명공익재단 사회정신건강연구소, 2006). 몇몇 개발된 프로그램조차도 현장에서 적용하기에는 프로그램 보급 비용, 지도인력 투입 등의 장애 요인이 있었다.

한편 청소년들이 요구조사에서 가장 필요하다고 응답한 교육 형태가 집단 활동 형태

의 단기적인 프로그램이다. 1~3시간 분량의 단기적 프로그램은 자살예방에 필수적인 학습요소를 모두 담기에는 시간이 부족하고 또한 주어진 학습량을 학생들이 충분히 습득하기 어려울 수 있으며 프로그램의 효과성을 측정하기 쉽지 않은 등의 한계를 안고 있다. 그럼에도 불구하고 이렇게 단기적인 집단 활동을 현장에서 요청하는 근본 이유는 현실적인 측면 때문이라고 사료된다. 왜냐하면 아무리 좋은 프로그램이라도 현장 보급 가능성을 무시하면 생명력을 갖지 못하기 때문이다.

그러므로 단기라는 제한 내에서 청소년 개인의 자살 관련 인식 개선과 자살 유혹에 대한 일상적 대처 방법을 우선적으로 습득하고 이를 바탕으로 추후 다른 사람의 자살 징후, 자살 경고사인을 알아차리고 자살을 예방하도록 도울 수 있도록 준비시키는 방향이 보다 효율적인 교육 과정으로 보여진다.

이러한 연유로 이번 청소년 자살예방을 위한 교육프로그램은 그동안 현장에서 지적해 온 불만 사항을 해소하고 적용 가능성을 높일 수 있는 형태로 구성하는데 중점을 두고자 한다.

2. 청소년자살 예방프로그램의 구성

선행 국내외 청소년자살 예방프로그램을 살펴본 후, 현장에서 청소년과 상담자들의 요구분석 결과를 토대로 다음과 같이 청소년자살 예방프로그램을 구성하였다.

가. 프로그램의 목표

이 청소년자살 예방프로그램을 통해 달성하고자 하는 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 청소년 자살 문제의 심각성을 알고 올바른 자살 태도를 갖는다.

둘째, 청소년들이 힘든 상황에 직면하여 자살 생각이 들 때, 내적 대처 능력을 갖고 합리적인 판단을 할 수 있다.

셋째, 청소년들이 자살 생각이 들 때 주변 사람이나 외부 전문기관을 떠올리고, 도움을 요청할 수 있다.

나. 프로그램의 특징

이 프로그램은 기존 청소년자살 예방 프로그램과는 다음과 같은 점에서 차별화된 특징을 갖는다.

첫째, 자살예방 프로그램을 학급단위로 진행함으로써 프로그램 예방교육의 효과를 높이고자 하였다. 많은 프로그램들이 집합 교육 방식의 강의식 교육으로 진행되고 있다. 그래서 형식적인 자살예방 교육에 그치는 경우가 많으므로 학급에서 토의과정을 통해 자살에 대한 인식과 태도의 변화가 이루어질 수 있는 교육 방식을 취하였다.

둘째, 회기를 단축하여 진행함으로써 현장에서 프로그램의 적용 가능성을 높이도록 하였다. 기존 프로그램은 8회기 또는 4회기 이상으로 구성되어 교육 현장에서 보급 가능성이 낮았다. 이에 한 번에 2회기 형태로 현장 보급을 염두에 두고 프로그램 회기를 단축하였다.

셋째, 청소년들에게 직접적으로 자살 문제를 접근할 수 있도록 내용을 구성했다. 대부분의 프로그램이 자살 문제에 대한 심각성을 우려하여 우회적인 방식으로 내용에 접근하였다. 그러나 자살 프로그램이 청소년에게 부정적인 영향을 끼칠 것이라는 과도한 우려보다는 청소년들이 올바른 정보를 알게 하고, 선택할 능력을 키우는 것이 중요하다고 판단하여 사실적인 자살 문제를 다루도록 하였다.

넷째, 청소년들이 현실적으로 공감하면서 수업에 대한 동기 부여가 높아질 수 있도록 영상자료를 제작하고, 내용 이해도 쉽게 구성하였다. 이론적인 내용이나 현실과 괴리된 내용은 자칫 형식적인 예방 교육에 그칠 우려가 크다. 현실에 터한 프로그램이 생명력이 크다는 것을 적극 고려하였다.

다. 프로그램의 구성

- 제 목 : “높이 날아올라 새롭게(노나새)”
- 대 상 : 남·녀 중고생(중1~고2)
- 소요 시간 : 2교시(총 100분)
- 방 법 : 학급별 집단 활동 프로그램(소그룹 진행), 시청각, 강의, 토의 등

표 10. 청소년자살 예방프로그램(초안)의 개괄 및 주요 활동 내용

단계 (소요시간)	주요 활동 내용	준비사항
도입(15분)	강사 및 프로그램 내용 소개(학습자와의 레포 형성) - 강사 소개 - 프로그램의 목적과 활동 내용 소개 - 영상 자료 ① 시청 - 느낌 나누기	영상물 ① & ppt
문제 제기 (30분)	청소년들의 자살 행동, 유일한 해결책인가? - 청소년 자살 문제에 대한 토론 · 토론 1: ‘대인관계’로 자살을 생각하는 청소년의 사례 · 토론 2: ‘성적과 입시’로 자살을 생각하는 청소년의 사례 - 토론 내용 발표 - 자살 행동에 대한 올바른 태도	ppt
휴식(10분)	마음을 편안하게 해 주는 음악 들려주기	
문제 대처 (30분)	자살 생각, <u>이젠 어렵었다</u> (자살 위기를 극복하는 방법) - 내면 강화 : 합리적, 비합리적 선택 〈사례 연습〉 시험성적 〈사례 적용〉 대인관계 - 외적 지원: 효과적으로 주변에 도움 요청하기 · 가족, 친구, 선생님께 도움 요청하는 방법 · 도움을 받을 수 있는 외부 기관 소개	ppt
문제 종결 (15분)	자살, 예방할 수 있다. - 자살 생각을 물리치는 나의 힘! - 영상 자료 ② 시청 - 정리 활동	영상물 ② & ppt

3. 청소년자살 예방프로그램 시범운영의 개요

가. 시범운영 대상

시범운영에 참여하는 지도자는 한국청소년상담원의 홈페이지 회원 메일로 전송한 ‘청소년자살 예방프로그램 및 상담 시범운영지도자 교육’ 공고를 보고 자발적으로 참여한 전국청소년상담지원센터 및 청소년관련기관 상담자, 전국 중고교의 전문상담교사들을 대상으로 프로그램 워크숍을 통해 지도자 훈련을 하였다. 선정된 지도자는 지역청소년(상담)지원센터의 상담직 8명, 상담자원봉사자 7명, 현직 교사 3명 총 11명으로 구성되었다.

시범운영에 참여하는 청소년들은 서울, 경기, 전남·북, 충남 지역의 중고등학생들로, 중 1~3학년, 고 1~3학년 총 13개교 22학급 992명의 학생들이 참여하였다. 그중 지역청소년지원센터 소속 상담자들은 관할지역 내 중고등학교와 협의하여 시범운영 기간 내 자살예방프로그램 교육 의사가 있는 학교의 특정 학급을 시범운영 학급으로 임의 선정하여 실험집단에 배치하고, 전문상담교사인 경우 소속되어있는 학교의 특정 학급을 임의 선정하여 실험집단에 배치하였다.

통제집단은 프로그램에 참여하지는 않지만 실험집단의 참여자들과 같은 학교 동학년의 학급 중 약 10학급 316명을 임의로 선정하였다. 실험집단과 통제집단은 비행이나 부적응 청소년이 아닌 일반 청소년이라는 시범운영 조건에 따라 구성되었다.

학교 및 지도자의 사정으로 사전 혹은 사후검사를 실시되지 않은 학급, 신원을 밝히지 않거나 무응답이 많았던 학생의 자료는 제외하였다. 그 결과 실험집단 992명 중 607명(61.2%)의 자료가, 통제집단은 316명 중 170명(53.8%)의 자료가 최종 분석에 쓰였다. 실험 및 통제집단의 성별, 소속별 특성은 다음과 같다.

표 11. 실험 및 통제집단의 성별, 소속별 분포

구 분		빈도(명)	유효 백분율(%)	
실험 집단	성별	남자	300	49.8
		여자	303	50.2
		소계	603	100.0
	학년별	중 1	31	5.1
		중 2	399	65.8
		중 3	57	9.4
		고 1	86	14.2
		고 2	31	5.1
		고 3	2	.3
		소계	606	100
통제 집단	성별	남자	71	41.8
		여자	99	58.2
		소계	170	100.0
	학년별	중 1	57	33.7
		중 2	31	18.3
		중 3	30	17.8
		고 1	22	13.0
		고 2	20	11.8
		고 3	9	5.3
		소계	169	100
전 체		777	100	

나. 운영방법 및 기간

본 프로그램은 2008년 9월 22일~10월 17일까지 담당학급 학생들을 대상으로 프로그램을 운영한다. 지도교사의 원활한 프로그램의 진행을 돕기 위해 지도자용 지침서를 시범운영 지도자교육 시 배부하였고, 학생용 워크시트를 제작하여 각 학교로 배송하였다. 또한 전자메일을 활용하여 파워포인트 자료, 동영상 애니메이션 자료를 전송하였다.

각 학교의 여건에 따라 토요 재량수업, 보건수업, 체육 수업시간 등에 실시되었고, 학교 여건에 따라 교실, 시청각실 등에서 이루어졌다. 이와 같이 본 연구는 실험실의 통제된 상황이 아닌 실제 학교에서 이루어진 현장 연구이기 때문에 많은 조건들을 통제하는데 어려움이 많았다.

본래 9월 22일~10월 8일까지 모든 실험집단에서 자살 예방프로그램을 운영하기로 계

획하였으나 다양한 하반기 학교행사 및 중간고사 등으로 인해 예정 시간 내에 진행하지 못하였을 뿐 아니라 10월 17일까지 교육 일정이 늦추어졌다.

사전-사후검사는 자살 예방프로그램을 실시하기 약 1~2주 전에 사전검사가 시행되었고 사후검사는 프로그램 운영한 후 2일 이내로 실시되었다. 통제집단도 동일한 기간에 사전, 사후검사가 실시되었다.

4. 청소년자살 예방프로그램 효과성 평가

가. 평가의 목적 및 설계

개발된 청소년자살 예방프로그램의 효과와 만족도를 파악해 보고자 사전과 사후 조사를 각각 실시하였다.

실험집단과 통제집단을 무선표집하지 않고 현 상태의 학급 또는 학교환경에서 두 집단으로 나누어 사전조사에 의해 집단의 특성을 검사하고 실험집단에는 처치를, 통제 집단은 처치하지 않은 이질 통제집단 전후 조사 설계의 방법을 사용하였다. 연구 설계는 표 12와 같다.

표 12. 연구 설계

연구대상 구분	사전검사	실험처치	사후검사
실험 집단	O ₁	X ₁	O ₂
통제 집단	O ₄		O ₅

O₁, O₄ : 사전검사, O₂, O₅ : 사후검사
X₁ : 실험 처치(청소년자살 예방프로그램)

나. 조사의 내용

사전과 사후조사의 주영역과 세부내용은 다음과 같다.

- 사전조사 : 청소년의 자살태도, 청소년의 자살위험성, 청소년자살 예방교육에 대한 관심 및 필요성 인식 정도

표 13. 사전조사 세부 내용

구분	문항별 세부 내용	문항 번호
인구 통계학적 특성	성별/ 연령/ 학년/ 가족관계/ 학교 성적/ 경제수준/ 종교유무	
자살위험성	청소년의 자살위험성	8
자살태도	청소년의 자살 태도	
청소년자살 예방교육에 대한 관심 및 필요 정도	자살예방교육 수강 경험, 교육받은 곳, 교육받은 내용	1
	자살 문제에 대한 관심 정도	2
	자살예방교육에 대한 필요성 인식 정도	3
	자살예방교육 참여 여부	4
	자살생각 시 도움을 주고 받거나 주고 싶은 정도	5
	자살예방활동 기관/단체 인지도	6
	자살예방활동 상담 기관 연락처	7

- 사후조사 : 실험집단의 자살위험성, 자살태도 및 교육만족도, 청소년자살 예방교육에 대한 관심 및 필요 정도

표 14. 사후조사 세부 내용

구분	문항별 세부 내용	문항 번호
인구 통계학적 특성	성별/ 연령/ 학년/ 가족관계/ 학교성적/ 경제수준/ 종교	
실험집단의 자살위험성, 자살태도, 교육만족도	청소년의 자살위험성	11
	청소년의 자살태도	
	자살예방교육에 대한 전반적인 만족도	1
	프로그램 내용/ 진행강사 수준/ 진행 방법/ 진행 시간	2
	유익했던 내용/ 좋지 않았던 내용/ 개선사항 혹은 건의 사항	주관식
	자살예방교육 추천 여부	6
청소년자살 예방교육에 대한 필요성 인식 및 관심 정도	자살예방교육에 대한 필요성 인식 정도	7
	자신 또는 친구의 자살생각 시, 도움을 받고 싶은 정도 (주변사람들, 전문상담기관)	8
	도움을 받을 수 있는 사람(인원, 대상자)	
	자살예방활동 기관명	9
	자살예방활동 상담기관 연락처	10

다. 측정 도구

본 연구에서는 프로그램 시범운영 과정에서 프로그램의 만족도와 효과에 대한 평가를 실시하였다. 참여 학생들의 변화를 확인하기 위해 자기보고용 척도를 사용하였고, 지도자들에게는 시범운영 일지를 작성하게 하였다. 이에 본 연구에서 사용된 측정도구 및 조사 내용은 다음과 같다.

1) 자살위험성 척도

자살위험성예측 척도를 사용하여 적대감 및 절망감, 부정적 자기평가에 대해 살펴본 있는데, 자살위험성예측 척도는 Cull & Gill(1988)이 자살가능성을 효과적으로 예측할 수 있도록 개발한 Suicide Probability Scale을 고효진, 김대진, 이홍표(2000)가 우리나라의 청소년들에게 적용할 수 있는 청소년 자살위험성 예측 척도로 개발한 것을 사용하였다. 본 척도는 부정적 자기평가(10문항), 적대감(5문항), 절망감(11문항), 자살사고(5문항) 4가지의 하위척도로 구성된 총 31문항이며 총점수가 높을수록 자살위험성이 높다고 이해된다. 타당화 연구(고요진, 김대진, 이홍표, 2000)에서 만족할만한 신뢰도와 타당도를 보였으며 특히 우울과 관계없이 청소년의 정신병리 및 자살가능성을 탐지하는 척도인 것으로 나타났다.

2) 자살태도 척도

자살태도 척도(Suicide Opinion Questionnaire)는 Domino et al.(1982)이 처음 사용한 척도이다. 이를 수정해서 사용한 Salender Renberg(2003)의 척도를 변안한 오승근(2006)의 척도를 사용하였다. 이 척도는 3점 리커어트 척도(1. 찬성, 0. 결정못함, -1. 반대) 총 25개 문항으로 구성되어 있다. 이 척도는 허용가능한 자살(6문항), 금기로서의 자살(8문항), 일반적 행동으로서 자살(3문항), 예측불가능한 자살(3문항), 개인의 권리로서 자살(3문항), 예방가능한 자살(2문항) 총 6개의 하위요인을 이룬다.

3) 자살예방프로그램 종합평가

이 프로그램의 효과를 측정하기 위해 프로그램에서 목표로 삼은 자살 예방프로그램에 대한 관심 및 필요 정도를 사전, 사후 설문조사 내용에 포함하였다. 구체적인 질문 문항으로는 자살

예방교육에 대한 필요성 인식 정도, 자살예방교육 참여 여부, 자살생각 시 도움을 받고 싶은 정도(주변사람, 전문상담 기관), 도움을 받을 수 있는 사람(인원, 대상자), 자살예방활동 기관명, 자살예방활동 상담기관 연락처 등이다.

다음은 사후조사 내용으로 프로그램의 만족도를 조사하였다. 만족도 문항에는 프로그램 내용, 진행강사 수준, 진행 방법, 진행 시간, 유익했던 내용, 좋지 않았던 내용, 바꾸고 싶거나 건의 사항을 포함하였다.

4) 시범운영 일지

지도자가 프로그램을 시행한 후 운영과정 및 소감, 제언에 대해 기록한 것을 토대로 프로그램의 효과를 살펴보았다.

라. 참여자의 특성

사전 및 사후조사에 참여한 대상의 특성을 살펴보면 다음과 같다. 대상자의 인구통계학적 특성은 전체 남자가 371명(48%), 여자가 402명(52%)으로 중학생이 605명(78.1%), 고등학생이 170(21.9%), 연령은 만 11세~만 18세로 평균 14.4세이다.

이전 자살 예방프로그램 수강경험이 있는지를 질문한 결과, 전체 응답자(777명) 중에서 9.6%(74명)가 '예'에, 66.2%(512명)가 '아니오'에, 24.2%(187명)가 '기억안남'에 응답하였다. 이전에 받은 자살예방교육의 내용에 대해 주관식으로 질문한 결과 '생명의 소중함, 생명의 의미' 등과 관련 생명존중적 교육, '자살하는 이유, 자살 후 가족들의 어려움 등' 자살 문제와 관련된 현황, 사후문제 등 관련 자살예방 교육경험 등이 보고되었다([부록 5] 참조)

자살문제에 대한 평소 관심 정도는 응답자 중 22.6%(176명)가 많았다고 응답하였다. 자살예방교육의 필요성에 대해 질문한 결과 응답자 중 54.6%(424명)가 필요하다고 하였고, 자살예방교육에 대한 참여 의향에 대해서는 응답자 중 50.4%(391명)가 하겠다고 응답하였다.

또한 자신 또는 다른 친구가 힘든 상황에 놓여서 자살을 생각할 때, 자신이 힘들고 괴로울 때 친구나 선생님에게 얼마나 도움을 받고 싶은지 질문한 결과 응답자 중 53%(410명)가 도움을 요청하고 싶다고, 21.8%(169명)은 도움을 받고 싶지 않다고 응답

하였다. 혹은 주변에서 친구가 힘들고 괴로울 때, 친구에게 얼마나 도움을 주고 싶은 지 물어본 결과 응답자 중 85.6%(659명)가 도움을 주고 싶다고 응답하였다.

자살예방활동을 하는 기관이나 단체에 대한 인식정도를 알아본 결과, 전혀 모르는 경우가 응답자 중 98.8%(759명)으로 자살예방활동 기관을 모르는 학생들이 대부분이었다.

마. 프로그램 시범운영 평가

1) 프로그램 효과 측정 결과

우선 프로그램에 따른 학생들의 변화를 확인하기 위해서 실험집단과 통제집단의 자살 위험성, 자살태도의 사전·사후검사 결과를 가지고 평균과 표준편차, 사후검사의 조정평균 및 표준오차를 산출하고(표 16 참조), 사전검사를 공변량으로 하는 반복측정 변량분석을 실시하였다.

2) 프로그램 실시에 따른 자살위험성, 자살태도의 변화

(1) 프로그램 실시에 따른 자살위험성의 변화

프로그램 처치 후 실험집단과 통제집단의 자살위험성 점수 차이가 어떠한지를 알아보기 위하여 공변량분석을 실시하였다. 그 결과는 표 15에 제시되어 있다.

표 15. 프로그램에 따른 자살위험성 점수의 공변량 분석결과

변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	F값
자살위험성 사전점수(공변량)	93664.915	1	93664.915	1226.846 ***
집단	46.687	1	46.687	.612
오차	59091.875	774	76.346	
전체	2677872.000	777		

실험집단과 통제집단 간에 자살위험성 사후점수 차가 없는 것으로 나타났다. 집단 간 자살위험성척도의 하위요인의 점수 차가 어떠한지 알아본 결과, 부정적 자기평가에 대해 실험집단과 통제집단의 사후점수 간 유의한 차이를 보였다($F=6.041, p<.05$). 그 결과는 표 17과 같다.

표 16. 척도별 집단별 하위요인별 사전, 사후검사의 평균과 표준편차, 조정평균과 표준오차

척도	집단	하위요인	사전		사후		사후조정	
			평균	표준편차	평균	표준편차	조정 평균	표준오차
자살 위험성	실험	부정적 자기평가	23.59	5.844	23.41	6.578	23.37	.195
		적대감	7.49	2.540	7.37	2.585	7.36	.079
		절망감	20.18	5.956	19.09	5.888	19.20	.178
		자살사고	7.23	2.877	7.11	2.895	7.09	.083
		전 체	58.18	14.144	56.85	14.030	56.88	.355
	통제	부정적 자기평가	23.14	5.720	24.23	7.162	24.40	.372
		적대감	7.45	2.345	7.36	2.433	7.39	.148
		절망감	20.73	6.274	19.48	5.950	19.11	.333
		자살사고	7.08	2.871	7.04	2.967	7.13	.158
		전 체	58.36	13.966	57.58	14.074	57.47	.670
자살 태도	실험	허용가능한 자살	-.86	2.891	-.55	2.888	-.55	.101
		금기로서의 자살	2.20	3.433	1.41	3.504	1.45	.118
		일반적 행동으로서 자살	-.24	1.609	.10	1.580	.09	.059
		예측불가능한 자살	-.13	1.645	.06	1.634	.07	.061
		개인의 권리로서 자살	-.25	1.835	-.31	1.757	-.325	.061
		예방가능한 자살	1.03	1.087	1.02	1.039	1.02	.040
		전 체	1.75	5.303	1.69	6.128	1.72	.227
	통제	허용가능한 자살	-.90	2.889	-.25	2.816	-.23	.193
		금기로서의 자살	2.44	3.222	1.83	3.139	1.70	.224
		일반적 행동으로서 자살	-.29	1.521	-.11	1.539	-.10	.113
		예측불가능한 자살	.03	1.611	.17	1.459	.13	.116
		개인의 권리로서 자살	-.40	1.881	-.08	1.700	-.04	.115
		예방가능한 자살	1.06	1.061	.87	1.033	.86	.076
		전 체	2.05	4.783	2.52	5.422	2.42	.431

나머지 하위요인인 적대감, 절망감, 자살사고에 대해서는 실험집단과 통제집단 간 사후점수 차가 없는 것으로 나타났다.

표 17. 프로그램에 따른 부정적 자기평가 점수의 공변량 분석결과

변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	F값
부정적 자기평가 사전점수(공변량)	16994.954	1	16994.954	765.046 ***
집단	134.192	1	134.192	6.041 *
오차	16527.428	744	22.214	
전체	449222.000	747		

*P<.05, ***P<.001

(2) 프로그램 실시에 따른 자살태도의 변화

프로그램 처치 후 해 실험집단과 통제집단 간 자살태도 점수의 차이가 어떠한 지 알아보기 위하여 공변량분석을 실시하였다. 그 결과는 표 18에 제시되어 있다.

표 18. 프로그램에 따른 자살태도 점수의 공변량 분석결과

변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	F값
자살태도 사전점수(공변량)	3588.505	1	3588.505	114.913 ***
집단	64.359	1	64.359	2.061
오차	24076.696	771	31.228	
전체	30469.000	774		

***P<.001

실험집단과 통제집단 간 자살태도 점수 차가 없는 것으로 나타났다. 자살태도의 하위요인의 집단 간 사후점수 차가 어떠한지 알아본 결과, 개인적 권리로서 자살에 대해 실험집단과 통제집단 간에 점수 차가 유의한 것으로 나타났다($F=4.946, p<.05$).

나머지 하위요인인 허용 가능한 자살, 금기로서의 자살, 일반적 행동으로서 자살, 예측 불가능한 자살 점수에 대해서는 실험집단과 통제집단 간 사후점수 차가 없었고, 자살예방가능성에 대해서는 통제집단에 비해 실험집단의 사후점수가 보다 긍정적인 방향으로 나타났다. 그 결과는 표 19, 표 20과 같다.

표 19. 프로그램에 따른 개인의 권리로서 자살 점수의 공변량 분석결과

변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	F값
개인의 권리로서 자살 사전점수 (공변량)	637,478	1	637,478	288,981 ***
집단	10,910	1	10,910	4,946 *
오차	1667,697	756	2,206	
전체	2364,000	759		

*P<.05, ***P<.001

표 20. 프로그램에 따른 예방가능한 자살 점수의 공변량 분석결과

변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	F값
예방가능한 자살 사전점수(공변량)	83,858	1	83,858	86,566 ***
집단	3,494	1	3,494	3,607 †
오차	743,005	767	.969	
전체	1580,000	770		

†P<.06, ***P<.001

3) 프로그램에 대한 만족도 평가(학생용)

자살예방교육에 대한 전반적 만족이 어떠한지 질문한 결과 실험집단 613명 중 44.7%(274명)가 대체로 만족한다고, 41.9%(257명)가 보통이라고 응답하였다. 본 프로그램에 대하여 주변 친구들에게 자살예방교육에 참여하도록 추천할 것인지에 대해 전체 응답자 612명 중 추천하겠다는 의견이 70.1%(429명), 추천하지 않겠다가 29.9%(183명)로 나타났다. 그러나 전체 실험집단 중 학교사정에 의해 학년단위로 진행한 경우를 제외한 결과 학생들의 프로그램만족도는 53.9%가 대체로 만족, 40.9%가 보통이라 하였고, 참여학생 중 84.5%가 주변 친구들에게 프로그램 참여를 추천하겠다는 의견을 밝혔다.

또한 이번 프로그램의 유익했던 내용, 좋지 않았던 내용, 개선 및 건의사항에 대해서는 주관식으로 응답하게 하여 학생들의 생생한 의견을 듣고자 하였다([부록 5] 참고).

우선 프로그램 중 유익했던 내용이 무엇인지 질문한 결과 ‘동영상’을 지정한 학생들이

가장 많았는데, 주된 의견으로는 전반부의 영상과 다르게 희망찬 후반부의 영상물의 메시지가 유익했다는 내용이었고, ‘청소년들의 자살행동, 유일한 해결책인가?’에 대해서는 제시된 사례에 대한 느낌이나 이에 대한 토론이 유익했다는 의견이 주로 제시되었고, ‘자살생각, 이제 어렵없다’에 대해서는 긍정적, 합리적 생각에 대해 배운 점, 도움을 요청할 기관이 많다는 것을 배웠다는 의견이 제시되었다. ‘자살, 예방할 수 있다’에 대해서는 자신의 장점을 찾는 과정이 유익했다고 보고되었다. 기타 의견으로는 평소에 못해본 교육을 받아봐서 많은 도움이 되었다 등의 의견이 제시되었다.

이번 프로그램 중에서 좋지 않았던 내용은 무엇인지 질문한 결과, ‘동영상 및 도입단계’에 대해서는 동영상 상영이 원활하지 않았다는 점을 꼽았고, ‘청소년들의 자살행동 유일한 해결책인가?’는 사례 수와 내용이 보완되었으면 좋겠다, 사례를 읽고 마음이 안 좋았다는 의견이 제시되었다. ‘자살생각, 이제 어렵없다’에서는 합리적-비합리적 생각을 정리하는 것이 귀찮았다는 의견이 제시되었고, ‘자살, 예방할 수 있다’는 별로 도움이 안 된 것 같다는 의견이 있었다. 기타 의견으로는 내용이 너무 개념위주라는 의견, 쉬는 시간의 부족, 학생들의 소란 등이 있었다.

이번 프로그램에 대한 개선사항 혹은 기타 건의사항에 대해 질문한 결과, ‘동영상’에 대해서는 동영상 상영 시간의 연장, 보다 밝은 음악으로의 변경 등이 제시되었고, ‘청소년들의 자살행동 유일한 해결책인가?’에 대해서는 사례 내용의 변경 등이 제시되었고, ‘자살생각, 이제 어렵없다’는 생각을 적는 것을 바꾸었으면 하는 의견이 있었으며, ‘자살, 예방할 수 있다’는 프로그램 변경이 필요하다는 의견이 있었다.

마지막으로 알고 있는 자살예방활동기관이나 단체명이 무엇인지 기록하게 한 결과, 주로 자살 예방프로그램 자료를 제공한 한국청소년상담원과 청소년자살 예방프로그램을 실시하는 지도자의 소속기관이 보고되었다.

4) 프로그램에 대한 지도자 시범운영 일지 내용 분석

프로그램 효과에 대한 보완자료로서 시범운영 지도자들로 하여금 운영일지를 작성하게 하였다.

운영일지를 통해 프로그램 과정에서 지도자의 운영 소감, 의견 및 제안을 요약 기술한 내용은 표 21과 같다. 우선 도입단계에서 지도자의 실제 경험담이 자살이라는 주제에 대한 거부감을 약화시켰다는 의견이 있었고, 동영상에 대한 운영소감은 ‘학생들이 동영상에 대해 관심과 집중하는 모습을 보였다’, ‘내용이 추상적이어서 반복해서 보여주고

설명했다’는 내용이 주류를 이루었고, ‘실제적인 동영상 자료 추가’가 제안되었다.

둘째, ‘청소년들의 자살행동, 유일한 해결책인가?’에 대한 운영 소감으로는 분임토의방식의 유용성 문제나 학급 단위의 토론의 깊이에 대한 의구심이 제기되었다. 의견으로는 보다 자살 문제에 대한 올바른 개념이 형성되도록 명료화될 필요가 있다는 것, 사례를 좀 더 현실감 있게 구성해달라는 의견, 분임토의방식의 효율성을 높이기 위한 보조리더의 필요성, 학생들의 흥미를 높일 수 있는 게임 형식의 프로그램 구성이 요구된다는 의견들이 제안되었다.

셋째, ‘자살생각, 이젠 어렵없다’에 대해서는 스트레스를 다루는 과정에서 인지치료적 접근이 다소 어렵고 학생들이 지루해한다는 등의 소감이 제시되었고, 프로그램의 내용의 명료화 및 내용 축약이 필요하다는 것, 참여자가 자살문제에 관심이 없을 경우 타인이 자살사인을 보일 때 도움을 주는 방법이 추가되어 참여 동기를 높일 필요가 있다는 의견이 제시되었다.

기타 소감으로는 교육 장소의 불편감이나 산만함, 학교 사정에 따른 프로그램 진행변경으로 인한 어려움을 꼽았고, 기타 의견으로는 파워포인트 자료의 수정 등이 있었고, 교육 후 자살위험을 자각한 학생이 상담을 청한 사례가 있었다.

표 21. 시범운영지도자의 프로그램 운영 소감 및 의견 요약

항목		진술 예문
운영 소감	동영상 및 도입단계	<ul style="list-style-type: none"> - 처음엔 자살이라는 주제에 거부감을 보이는 학생들이 많았지만, 지도자의 실제 경험담(친구의 자살)을 통해 학생들의 참여 동기를 높임 - 동영상 시청 등 다양한 활동위주의 구성이어서 학생들이 흥미롭게 참여함 - 동영상이 전반부, 후반부로 나뉘어 제시되어 학생들의 주의를 흐트러지지 않고 관심 있게 내용에 집중하는 모습을 보임 - 동영상을 보여주며 마무리를 하자 밝은 내용으로 끝나서 좋다며 좋아했음 - 동영상 내용이 추상적이어서, 2번 보여주고 설명을 덧붙임
	<u>청소년들의 자살행동 유일한 해결책인가?</u> -사례토론 -자살행동에 대한 올바른 태도	<ul style="list-style-type: none"> - 자살에 대한 개념 이해는 잘 받아들여진 것으로 보임 - 토의를 하라고 할 때 아이들이 함께 의논하기 보다는 각자 적고 발표하는 경우가 있어 함께 토의 하는 부분에 대해 많이 격려해 주었음. 토의의 경우 아이들 답이 너무 짧아 적는데 오랜 시간이 걸리지 않았고, 토의 내용이라고 하기에는 조금 단순한 부분이 있었다는 생각이 든다(중 1). - 학급에서 분임별로 자리 배치하기가 어려웠지만 분임토의 방식이 교육의 이해를 높일 수 있었음 - 다양한 사례를 짧은 시간 내 다루는 부담이 있었음

표 21. 계속

항목		진술 예문	
운영 소감	자살생각, 이전 어림없다. -내면강화 -도움요청하기	- 스트레스를 다루는 과정에서 인지치료적 접근은 다소 어렵다는 반응 - 학생들 자신의 문제를 인지치료적으로 다루는데 다소 지루함을 보임	
	자살 예방할 수 있다 -자살생각을 물리치는 나의 힘!!	- 소감 나누기 시간이 부족하여 아쉬움	
	장 소	- 도서관에서 진행했는데 주의력이 분산되었고 친한 친구끼리 몰려 앉아 산만하였음 - 대규모시청각실에서 운영하여 소음이 많고 주의가 분산됨	
	진행 과정	- 학교 사정으로 강의 형식과 질의 응답식 형태로 변경, 진행 되어 학생들이 지루해함 - 자살주제에 대해 학생들의 반응은 그렇게 민감하지 않았고 객관적으로 받아들인다는 느낌을 받았음	
의견 및 제언	프 로 그 램	도입 및 동영상 / 진행과정 및 마무리	- 교육 도입에 프로그램 목표를 명확히 인식할 수 있도록 요즘 뉴스(고교생 투신, 연예인 죽음) 등을 전달하면서 시작하는 것이 더욱 집중을 높일 수 있음 - 실질적 내용의 동영상 자료가 추가되길 바람
		청소년들의 자살행동 유일한 해결책인가? - 사례토론 -자살행동에 대한 올바른 태도	- 1교시 때 자살에 대한 올바른 개념이 잡힐 수 있도록 수정 보완되길 바람 - 제시된 사례 대신 실제 유서를 참고하였는데 실감나게 토론하는 분위기가 형성됨. 보다 현실감 있는 상담사례가 요구됨 - 분임토의 방식이 좋긴 하나 집단교육에 대한 한계가 있어 보조 지도자가 필요함 - 학생들의 참여 동기를 높이기 위해 보다 게임형식의 구성이 포함될 필요가 있음
		자살생각, 이전 어림없다. -내면강화 -도움요청하 기	- 본 프로그램은 참여자 자신에게 초점화되어 있어, 참여자가 자살 문제에 관심이 없을 경우 참여 동기가 낮을 수 있음. 따라서 설문조사 결과, 학생들이 다른 사람에게 도움을 주겠다는 의견이 많았으므로 타인이 자살 사인을 보일 때 도움을 주는 방법(상대가 자살생각을 할 때 올바르게 반응해주기, 적절한 대처법 소개해주기 등) 등을 포함할 필요가 있음
		자살, 예방할 수 있다 -자살생각을 극복하는 나의 힘!!	- 비합리적 신념을 합리적 신념이 무엇인지에 대한 구체적 선행교육이 있어야 이해가 쉽겠음 - 2교시 스트레스(자살위기) 대처방법으로 정서조절, 생각 바꾸기, 도움청하기로 구분하고 오늘 주제에 대한 생각 바꾸기, 도움청하기로 명료화할 필요가 있음 - 2교시의 생각 바꾸기와 도움청하기 둘 다 시간이 많이 소요되므로 재구성이 요구됨

표 21. 계속

항목		진술 예문
의견 및 제언	진행 방법	<ul style="list-style-type: none"> - PPT 파일이 잘 호환이 안되고 딱딱하므로 수정 요함. 자료가 더욱 흥미로웠으면 좋겠음 - 학급 교육에 맞게 좀 더 축약되고 명확한 교육 목표가 제시될 필요가 있음
	기타 의견	<ul style="list-style-type: none"> - 2시간 내 뺄 것도 더할 것도 없이 매우 적절한 구성이라고 생각됨 - 교육 받은 학생이 1388로 전화해서 상담한 결과 집단따돌림과 폭력을 호소, 자살을 5번 정도 시도한 것으로 나타나 상담으로 의뢰할 수 있었음 - 1회 교육이라 시간적 여유가 없고, 학생들도 진지하지 않아 프로그램 회기를 늘리고 소그룹 단위의 지속적인 운영이 필요할 것 같다.

바. 프로그램 시범운영 평가결과 요약 및 수정 방향

청소년자살예방프로그램의 처치 효과에 대해 알아본 결과 집단 간 자살위험성과 자살 태도의 사후점수 차가 없었다. 그러나 자살위험성의 하위요인 중 부정적 자기평가, 자살 태도의 하위요인 중 개인적 권리로서의 자살에서 집단 간 사후점수 차가 유의한 것으로 나타났고 자살태도의 하위요인인 자살예방가능성에 대해서 실험집단의 사후점수가 통제 집단에 비해 보다 긍정적인 방향으로 나타났다.

또한 실험집단 학생들의 프로그램 만족도를 알아본 결과 44.7%가 대체로 만족, 41.9%가 보통이라 응답하였고, 참여 학생 중 70.1%가 주변 친구들에게 본 프로그램의 참여를 추천하겠다고 하였다. 그런데 학교사정에 의해 학급단위로 프로그램을 진행하지 못한 경우를 제외한 결과 학생들의 프로그램만족도는 53.9%가 대체로 만족, 40.9%가 보통이라 하였고, 참여 학생 중 84.5%가 주변 친구들에게 프로그램 참여를 추천하겠다는 의견을 밝혔다.

따라서 이번 청소년자살예방 프로그램 개발의 의의를 다음과 같이 찾을 수 있다.

첫째, 김창대(2003)의 프로그램 개발 및 평가모형을 바탕으로 프로그램 개발 절차를 충실히 따르고자 하였다.

둘째, 자살예방프로그램을 학급단위 단기프로그램으로 구성함으로써 현장에서 프로그

램 적용 가능성을 충분히 고려하였다.

셋째, 청소년의 참여 동기를 높이기 위해 영상자료 등의 교구재를 개발하고 활동적인 교육방식을 채택하였다.

넷째, 시범운영 결과 부정적 자기평가, 개인의 선택으로서의 자살, 자살예방 가능성 측면에서 일부 프로그램의 효과를 보여주었다.

또한 본 프로그램은 다음과 같은 제한점을 가지고 있다.

우선 프로그램 효과 측정 도구 선정의 문제를 들 수 있다. 본 프로그램은 올바른 자살 태도 함양, 자살에 대해 평소 예방책으로서 판단력의 증진, 자기위로 및 격려 강화 훈련, 외적 자원의 활용력 증진을 주요 내용으로 담고 있다. 그러나 자살위험성과 자살 태도를 중심으로 프로그램 효과를 측정함으로써 측정변인이 프로그램 내용을 모두 포괄하지 못하고 있다.

둘째, 실험집단, 통제집단 실제 참여자 수에 비해 분석된 자료수가 상당히 축소되었다. 지도자 및 학교사정에 의해 사전, 사후 검사에 대한 구조화가 충분히 이루어지지 않은 것으로 나타났고, 학생들에게 충분히 비밀보장에 대한 신뢰를 형성하는데 어려움이 있었던 나타났다. 그래서 많은 수의 학생이 신원을 밝히지 않아 분석자료에서 탈락 되었으므로, 중요한 정보가 누락되었을 가능성이 엿보인다.

셋째, 시범운영을 하는 과정에서 프로그램 운영단위 및 시간 등이 제대로 준수되지 않았고, 학교의 요구, 지도자의 특성 및 역량, 교육 장소 및 운영시간 등 많은 가외변인이 통제되지 못한 상황에서의 한계는 그대로 프로그램 처치결과에 반영되었으리라 예측된다.

넷째, 시기적 특수성의 문제를 들 수 있다. 본 프로그램에 대한 시범운영 연례인의 잇따른 자살이 있었다. 이로 인해 온갖 대중매체에서 자살문제를 주요사안으로 연일 다루고 있는 상황은 충분히 연구 결과에 상당한 영향을 미쳤으리라 예견되므로, 본 연구 결과를 바라볼 때 이러한 문제를 충분히 고려할 필요가 있다.

이상과 같이 청소년자살예방프로그램 시범운영 과정에서 드러난 문제점과 개선 요청 사항을 반영하여 다음과 같이 매뉴얼을 수정 및 보완 작업을 진행하였다.

첫째, 동영상 상영이 어려운 환경을 고려하여, 동영상의 내용을 대신할 수 있는 자료(뉴스, 실태자료) 등을 보완하였다.

둘째, ‘청소년들의 자살행동 유일한 해결책인가?’에서는 보다 다양한 현실감 있는 사례

들을 수록하여 지도자로 하여금 교육대상자의 특성을 고려하여 선택하여 제시할 수 있도록 하였다. 또한 올바른 자살태도를 확립할 수 있도록 자살 태도 관련 프로그램을 포함하되 게임형식을 통해 학생들의 참여 동기를 높이고자 하였다. 참여 청소년의 자살위험에 대한 자기탐색을 돕기 위하여 자살 징후, 자살 경고사인에 관한 내용을 포함하고자 하였다.

셋째, ‘자살생각, 이젠 어렵없’는 ‘자살위기대처방법’으로 명칭을 바꾸고 합리적, 비합리적 생각을 다루되 학생들에게 다가가기 쉬운 명칭으로 바꾸고 card writing 기법 등 게임형식을 도입하여 보다 흥미롭게 진행하고자 하였다. 또한 도움 요청하기는 역할극을 통하여 직접 간략하게 연습해보는 방법을 선택하였다.

넷째, ‘자살생각을 물리치는 나의 힘!’은 매우 중요한 요소이므로 이를 포함하되 막연하게 자신의 장점을 찾는 방식이 아니라 자살위험을 느낄 때 자신을 적극적으로 위로하고 격려하며, 자신뿐 아니라 주변 친구들의 도움을 통해 자신의 잠재력을 찾아보는 형식으로 구성하고자 하였다.

다섯째, 파워포인트 자료를 보다 매력적으로 구성하여 학생들의 참여 동기를 높이고자 하였다.

여섯째, 단시간에 본 프로그램이 목표로 하는 내용을 잘 전달될 수 있도록 지도자 지침서의 내용을 보다 상세화하고, 지도자로 하여금 숙달된 상태에서 프로그램이 진행될 수 있도록 지도자교육과정을 짜임새 있게 구성하고 충분한 시간을 두고 운영하고자 한다.

IV. 자살위기청소년 상담모형 개발

1. 자살위기청소년 상담모형 개발 과정

자살위기청소년 상담모형은 문헌연구, 요구분석(상담전문가 면접, 자살고위험 청소년 면접, 상담자 대상 자살위험청소년상담에 대한 인식정도 및 요구조사), 상담모형 개발, 사례 적용, 평가 및 보완, 자살위기청소년 상담모형 수정 및 매뉴얼 제작 순으로 진행되었다. 개발 과정은 아래의 순서와 같고, 그 흐름도가 그림 2에 제시되어 있다.

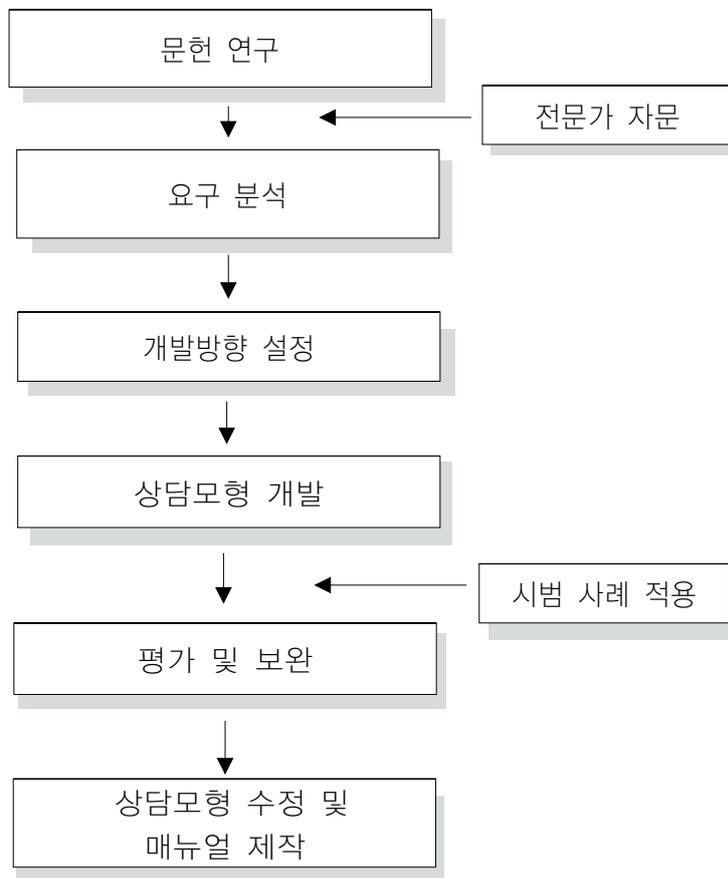


그림 2. 자살위기청소년 상담모형 개발 과정

가. 문헌연구 및 전문가 자문

우선 자살위기청소년 상담모형을 구성하기 위한 효과적 요소들을 확인하고자 문헌연구를 실시하였다. 청소년 자살에 영향을 주는 요인, 자살 관련 개입방안을 고찰하여 효과적인 자살위기청소년 상담을 위한 근거를 확인하였다.

또한 자살위기청소년 인지상담 및 변증법적 상담 관련 국내외 현장 경험을 쌓은 전문가들로부터 자문을 받아 국내외 자살 관련 상담 동향을 파악하고, 상담모형 개발을 위한 아이디어를 수집하였다.

나. 요구 분석

자살위기청소년 상담모형에 대한 상담자 요구를 파악하기 위해 면접 및 요구조사가 시행되었다. 첫째, 청소년상담지원센터 중에서 2007년도 11월, 본원으로 자살위기청소년 상담사례 실적을 가장 많이 제출한 A청소년상담지원센터를 2008년 2월에 방문하여 자살위기청소년상담 경험자를 대상으로 집단 면접을 실시하였다. 자살위험청소년의 특징, 상담 효율성과 관련된 요인들을 파악하고 추후 상담자 대상 자살위기청소년 인식 현황 및 요구를 조사하기 위한 문항 구성의 기초자료를 삼았다.

둘째, B청소년지원센터에서 2007년 11월, 관할지역 중학교 학생들을 대상으로 자살생각척도, MMPI 등을 실시하여 스크리닝된 자살고위험청소년을 대상으로 2008년 4월 자살생각 및 시도 현황, 위험요인, 보호요인 등에 관한 면접조사를 실시하였고, 축어록을 작성하였다. 내용분석을 통해 상담자 대상 자살위기청소년 인식 현황 및 요구조사 문항을 도출하였다. 또한 이 내용은 자살위기청소년 상담모형 구성을 뒷받침하기 위한 질적 자료로 활용되었다.

셋째, 전국 청소년(상담)지원센터의 상담자들을 대상으로 2008년 5월 자살위기청소년에 대한 상담 및 개입전략에 관한 인식 및 요구도를 조사하였다.

다. 자살위기청소년 상담모형의 개발

문헌연구, 사전요구조사 결과 분석, 면접조사 및 수집한 사례 내용분석을 바탕으로 본 연구의 기본적인 취지 및 목적에 부합되는 자살위험청소년 상담모형의 초안을 개발한 후 국외에서 자살위기상담 수련 및 경험이 있는 본원 내 전문가의 감수를 받았다.

라. 자살위기청소년 상담 시범운영

자살위기청소년 상담 시범운영을 위해 우선 지역 청소년상담지원센터, 청소년관련기관 및 전문상담교사 중에서 시범운영자를 선정하고 교육을 실시하였다. 자살위기청소년 상담 시범운영자 교육이 2008년 9월 17일에 있었으며 본 교육에 참여한 상담자 및 전문상담교사 중에서 9월 18일~10월 7일 사이에 소속기관에서 자살위기청소년 상담사례를 우선적으로 배정받은 사람이 시범운영에 참여하였다.

자살위기청소년 상담 시범운영은 총 6사례가 진행되었다. 시범운영 시 자살위기청소년에 대하여 자살위험 기초평가(우울, 스트레스, 충동성)가 이루어졌고, 자살위험관리양식이 사용되었다.

마. 자살위기청소년 상담모형의 수정·보완

자살위기청소년 상담모형은 초기관리부터 종결(후기관리 제외)까지 약 6개월간의 기간이 필요하다. 따라서 시범운영은 자살위험의 초기평가 및 관리부터 중기관리의 도입까지 진행한 결과를 바탕으로 평가되었다. 구체적으로 중기까지 진행된 자살위기청소년 사례의 기초평가 자료, 자살위험관리양식, 시범운영자의 운영일지 등의 자료를 검토하고, 시범운영자의 중간 평가회의에서 나온 내용을 토대로 상담모형의 수정 및 보완 작업을 하였다.

바. 자살위기청소년 상담 매뉴얼 개발

수정 보완된 상담모형 내용을 바탕으로 자살위기청소년 상담 매뉴얼을 개발하였다. 완성된 매뉴얼은 2009년에 우선적으로 전국 청소년(상담)지원센터의 상담자를 대상으로 청소년 자살예방 전문가 교육과정을 통해 보급될 예정이다.

2. 문헌연구

가. 청소년 자살에 영향을 주는 요인

청소년 자살에 관한 선행연구들은 자살 위험을 높이거나 자살 위험을 낮추는 청소년의 심리, 사회, 환경적 특성을 규명함으로써 청소년의 자살행동을 이해하고, 자살위기에

농인 청소년을 돕는데 유용한 정보를 제공한다. 이에 청소년 자살 행동에 영향을 미치는 요인을 크게 위험요인과 보호요인으로 구분하였고 개인, 환경적 측면에서 선행연구 결과를 살펴보았다.

1) 위험요인

위험요인이란 개인을 둘러싸고 있는 내·외적 환경이나 개인의 특성 중 발달상에 부적절한 영향을 미치는 요인을 말한다(심미영, 김교현, 2005). 자살 행동에 영향을 미치는 위험요인 중 개인 요인으로는 우울, 충동성, 무망감 등과 같은 개인 특성적(trait) 변인과 과거 자살시도 경험, 약물사용 경험 등과 같은 개인적 경험에 관한 변인들이 포함된다.

우울은 자살과 관련된 대표적인 개인 요인으로 자살시도자(Brent, Perper, Goldstein et al, 1988; Lonqvist et al, 1995)와 비치명적 자살시도자(Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham & Harrington, 1996; Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1994) 모두에서 빈번하게 보고된다. Shaffer 등(1996)은 우울 등 기분장애가 있는 청소년의 자살율이 기분장애가 없는 청소년보다 10배 이상 높다는 것을 발견하였다. 그렇지만 청소년의 우울과 자살의 관련성은 무망감 등의 중재요인(Abela & Payne, 2003; Hankin et al., 2001; Metalsky & Joiner, 1997)을 충분히 고려하여 이해할 필요가 있다.

무망감은 성인의 자살행동과 연관이 있는 것으로 보고되고 있지만, 청소년에게서는 일관된 결과를 보이지 않는다(Yang & Clum, 1996). 어떤 연구에서는 우울이 무망감 보다 더 예측력이 있었고(Boergers, Spirito, & Donaldson, 1998; Marciano & Kazdin, 1994; Rotheram-Borus & Trautman, 1988), 다른 연구에서는 무망감이 보다 중요한 요인이었다(Nock & Kazdin, 2002). 그러나 자살시도 청소년들은 그렇지 않은 집단에 비해 무망감이 크고, 무망감이 클수록 우울증 청소년의 자살시도 위험이 높았으며(Dori & Overholser, 1999), 자살시도를 반복할 위험이 더 큰 것으로 보고되고 있다(Esposito, Spirito, Boergers, & Donaldson, 2003; Goldston et al., 2001, Wagner & Zimmerman, 2006 재인용).

자살위기 청소년은 우울증의 인지와 유사한 자기, 세상 및 미래에 대한 부정적인 관점을 보이는 경향이 있다. 자살 행동은 부정적인 자기를 파괴하고 공격하겠다는 소망, 무거운 짐을 벗어버리는 방법, 다른 사람의 동정을 구하는 간접적인 행동이며 고통스러운 자각으로부터 도피하고 싶은 소망을 나타낸다. Baumeister(1992)는 이러한 자살상태를 인지적 해체(cognitive deconstruction), 즉 감정을 견디기가 너무 고통스러운 자각을

피하는 것이라고 설명한다. 자기파괴적인 상태일 때 자살자들은 미래와 자기 행동의 부정적인 결과로부터 분리되고 자각으로부터의 회피로 위험한 행동을 취할 수 있다. 고통스러운 기억은 구체화되어 자기를 보호하게 된다. 하지만 이렇게 함으로써 과거, 현재, 미래의 의미있는 자기 이야기를 구성하기가 더 힘들어지고 이러한 의미부족은 더 자기 파괴적인 행동으로 이끌어간다(Wagner & Zimmerman, 2006 재인용). Reinecke와 DuBois(2001)는 정신과 입원 청소년의 부적응적, 우울관련 인지도식은 스트레스 사건과 사회적 지지를 통제할 후에도 높은 자살생각과 관련이 있다고 보고하였다(Wagner & Zimmerman, 2006 재인용).

충동성은 청소년 자살시도자에게서 자주 인용되는 특징이다(Askenazy et al., 2003; Brown, Overholser, Spirito, & Fritiz, 1991). 충동성은 청소년으로 하여금 사회적 과정에서 바람직하게 대처하지 못하게 함으로서 자살 위험에 정적으로 영향을 미치는데, 적개심이나 공격성을 포함한 좌절, 분노와 반응하는 경향이 있다(Beautrais, Joyce, & Mulder, 1999). 실제로 자살을 시도한 많은 아동과 청소년들이 우울과 독립적으로 충동적 공격성을 보이는 것으로 나타났다(Apter, Bleich, Plutchik, Mendelsohn, & Tyano, 1988). 청소년 자살시도자들은 일반 고등학생(Kashden, Fremouw, Callahan, & Centor, 1993)이나 질환이 있는 청소년들에 비해(Slap, Vorters, Chaudhuri, & Centor, 1989) 더 충동적이었다. 자살시도자가 모두 충동통제가 안되는 것은 아니지만, 충동적인 시도자는 충동적이지 않은 시도자보다 무망감과 우울은 적지만(Brown et al., 1991), 재시도할 가능성이 높다(Spirito et al., 1989)는 결과들을 통해 자살시도자의 다양한 집단을 이해하는데 도움이 된다(Wagner & Zimmerman, 2006 재인용).

자살행동은 대처 실패, 즉 심한 스트레스에 대한 부적응적 반응으로 간주된다. 비정신과적 통제집단에 비해 자살 청소년은 문제를 정확하게 이해하지 못하고, 딜레마에 대해 더 감정적으로 반응하고, 회피적으로 문제해결과정을 시작하며, 문제해결능력에 대한 확신이 부족하였다(Clum & Febbraro, 1994; Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James, & Fagg, 1999). 또한 Piquet와 Wagner(2003)에 의하면, 자살시도자들은 생활 스트레스에 대해 회피적인 대처와 자동적 대처반응(부정적인 감정과 파괴적인 행동을 드러내는 충동적, 공격적 행동)을 많이 사용하는 것으로 나타났다(Wagner & Zimmerman, 2006 재인용).

정서조절은 고조된 정서에 대처하는 과정이다(Kopp, 1989). 어떤 상황에서는 정서조절패턴이 기능을 손상시켜 자살행동 등의 다양한 정신병리를 야기하기도 한다(Zlotnick,

Donaldson, Spirito, & Pearlstein, 1997; P.M.Cole, Michel, & Pearlstein, 1994). 자살 청소년은 불안, 불쾌감, 분노 등의 강렬한 부정적 감정을 경험하며(Shaffer, Garland, Could, Fisher, & Trautman, 1988), 자살시도 반복 청소년은 한 번 시도자보다 더 많은 분노와 불쾌감을 보고하였다(Gispert et al., 1987; Kotila & Lonqvist, 1987; Stein, Apter, Ratzoni, Har-Even, & Avidan, 1998). 자살시도 청소년들은 부정적인 정서, 특히 분노와 슬픔 조절에 문제가 있었고(Khan, 1987), 자살행동은 일시적으로 부정적인 감정을 감소시키기 때문에 자살행동이 고통을 피하는 자해행동패턴으로 나타나기도 한다(Wagner & Zimmerman, 2006 재인용).

과거 자살시도 경험은 자살 관련 행동에 대한 예측력이 매우 높은 단일요인으로서(Diekstra, 1989 등), 자살 시도에 관한 WHO와 EURO 통합연구에 따르면, 자살 시도자의 54% 가량이 과거 자살 시도 경험이 있으며, 최소 두 번 이상 시도한 사람은 약 30%에 해당하였으며, 30%가 일년 이내 다시 자살을 시도하는 것으로 밝혀졌다(Arensman et al., 1999; Kerkhof et al., 1998).

음주·등 약물 문제와 자살 행동과의 연관성은 청소년들을 대상으로 한 연구에서도 유사하게 보고된다(Kashani et al, 1998; Tarter et al., 2004). 약물을 사용하게 되면 감정조절이 어려워져 부정적 감정을 극복해낼 능력이 감소되며 이성적 판단이 결여된다(김성이, 2002; McCabe et al, 2006). Gould 등(1998)은 자살을 생각하고 있는 청소년의 경우 음주는 자살시도를 감행하는데 중요한 역할을 한다고 지적하였다.

둘째, 환경요인으로는 가족, 학교, 또래, 사회환경적 측면에서 살펴볼 수 있다.

가족의 경우 가족의 구조적 변화가 청소년에게 스트레스로 작용하며 그렇지 않은 청소년보다 자살할 가능성이 높은 것으로 나타났다(한기석, 정영조, 1992; 홍나미, 1998; Range, 1993). 또한 가족 간의 역기능적 의사소통, 부모와의 갈등, 소외감이 청소년에게 자살 생각의 위험성을 높이는 것으로 보고되었다(우선유, 1999; 하상훈, 2003; 하연희, 2001; Lester, 1987; Marcenko et al., 1999; Range, 1993). Wright(1985)는 자살시도를 심각하게 고려했던 청소년이 그렇지 않은 학생보다 부모의 지지가 낮았고, 부부갈등과 부모-자녀간의 갈등을 경험하였다고 하였다. 또한 부모의 신체적 학대 및 성적 학대와 자살 관련 행동과의 밀접한 관련성이 일관되게 보고되고 있다(박경, 2005; Esposito & Clum, 2002; Gibb, 2001; Wangman Borowsky et al., 1999).

특히 가족구성원의 상실은 청소년의 자살 위험성과 밀접한 관계가 있으며 가족구성원이 자살한 경우 그렇지 않은 청소년보다 자살 시도 또는 자살의 위험성이 높다고 한다

(Bridge et al., 1997). 이러한 가족의 심리사회 환경적 특성 외에도 사회경제적 요인 즉, 낮은 경제수준에 따른 스트레스나 걱정이 청소년의 자살생각과 관련성이 있는 것으로 지속적으로 보고되고 있다(Roberts et al., 1997).

한편, 학교 및 또래 환경요인으로는 Kandel, Raveis & Davies(1991)은 그들의 연구에서 부족한 동료와의 상호관계는 빈약한 부모와의 관계와 함께 우울을 유발하며 자살생각을 일으킨다고 하였다. Hawton 등(1982)도 동료와의 어려움은 청소년들 사이에 자살시도와 유의한 관련이 있다고 하였고, Negron 등(1997) 역시 일치된 결과를 보고하였다.

학교생활의 적응에 중요한 영향을 미치는 요인 중 하나가 교사와의 관계라 할 수 있는데, 교사와의 지지적인 관계를 경험한 청소년은 자살행동의 위험이 낮은 반면(김성이 외, 2004; Perkins & Hartless, 2002), 교사와의 갈등은 자살시도의 주요 위험요소로 제시되었다(Randy, 1996). Kandel 등(1991)은 자살생각을 하는 청소년들이 중요한 사회적 제도인 가족과 학교와의 애착과 헌신이 부족한 것으로 보고하였는데, 이러한 결과는 친구관계 외 학교의 주요요소인 교사와의 관계도 자살생각에 중요한 영향을 미칠 수 있다는 것을 시사한다. 특히 친구의 죽음은 자살 생각 등 자살 관련 행동을 경험할 가능성을 높인다는 연구결과들이 많이 있다(Buddeberg et al., 1996 등). 이는 자살의 전염성과도 관련있는 것이며, 특히 청소년 시기에서 또래의 영향의 중요성을 보여준다고 하겠다. 또한 학교생활과 학업으로 인한 스트레스도 청소년들의 자살사고와 행동에 주요한 영향을 준다(김기환, 전명희, 1999).

마지막으로 사회환경 측면에서 위험요인으로 유해환경 및 대중매체를 지적할 수 있다. 많은 연구들에서 방송에서의 자살보도가 청소년 자살에 부정적인 영향을 미친다는 결과(윤우상 외, 1992, 재인용; Hawton et al., 1999)가 보고되고 있다.

기타 위험요인으로는 법적 문제(벌금, 경찰과의 갈등), 신체적·성적 학대받은 경험, 시험 중 부정행위 의심받음, 10대 임신, 취업실패, 가출 후 돈이 떨어짐 등이 있다(김기환, 전명희, 1999).

2) 보호요인

보호요인이란 개인의 발달에 부적 영향을 미치는 요인을 감소시켜주고 완화시키며 개인의 위험요인을 극복할 수 있도록 도와주는 요인을 의미한다(심미영, 김교현, 2005).

개인 측면에서 보호요인으로 전반적 자기 효능감(Holden, Mendonca & Serin, 1989)과 대처기술(Evans, Howton & Rodham, 2005) 등을 들 수 있다. Cole(1989)는 문제해

결 기술 훈련과 자기효능감 증진 프로그램이 청소년의 자살예방 노력 중 가장 효과적이라고 지적하였다. 전반적 자기효능감은 다양한 스트레스 상황에 놓여있을 때 자신의 대처자원에 대한 믿음이 높다는 것을 말하며 이는 역경에 처했을 때 절망과 자살생각을 감소시킬 것으로 예측되고 있다(심미영, 김교현, 2005). 대처기술은 스트레스 상황에서 사용하게 되는 행동이나 인지양식 전반을 의미하는 것이다(Evans et al., 2005). Evans 등(2005)의 연구에 의하면 자살사고나 자해행동을 경험하는 청소년의 경우 그렇지 않은 청소년에 비해 약물사용이나 분노 등의 정서중심주의 대처기술을 보고하였다. 반면 자살행동을 경험하지 않는 청소년들은 다른 사람에게 문제에 대하여 이야기를 하거나 문제를 정리해보거나 하는 등의 문제 중심 대처기술을 보고하였다.

또 다른 보호요인으로 자존감을 지적할 수 있다. 자존감은 개인적 특성에 대해 자신이 부여하는 가치로, 자신의 긍정적 혹은 부정적 평가와 관련되며 자기를 존중하고 자신을 가치있는 사람으로 생각하는 것을 의미한다. 이러한 자존감은 청소년의 심리적 적응에 영향을 주는 중요한 요인으로 높은 자존감을 가진 청소년은 스트레스에 대해 적절하게 대처하며 문제해결을 위해 긍정적인 대처방법을 사용하는 것으로 나타났다. 반면, 낮은 자존감을 가진 청소년은 스스로를 가치없다고 느끼기 때문에 문제 상황에 역기능적으로 대처하게 되고 이는 자기학대와 무가치감으로 이어져 자살행동을 유발할 수 있는 것으로 나타났다(우선유, 1999; 이경진, 2003; Dukes & Lorch, 1989; Marcenko, Fishman, & Friedman, 1999). 또한 자존감이 자살의 위험요인인 우울을 통제할 경우 자살과의 관련성이 줄어든다는 연구(Fergusson & Lynskey, 1995)에 근거해 위험요인이 없거나 낮은 상태에서 기능하지 않는 보호요인으로 설명할 수 있을 것이다.

둘째, 가족 측면에서의 보호요인으로 부모의 지지를 들 수 있다. 가족의 지지는 청소년의 자살 행동에 영향을 미치는 것으로 꾸준히 보고되고 있는데(Groholt et al., 2005; Spann et al., 2006; Toumbourou & Gregg, 2002). 어머니-자녀관계, 아버지-자녀관계는 자살시도와 밀접한 관계가 있는 것으로 연구되고 있으며(Taylor & Stansfield, 1984), 부모와의 긍정적 관계는 자살행동의 보호요인이 될 뿐 아니라 도움을 요청하는 능력과 관계가 있는 것으로 나타난다(김성이 외, 2004; Connor & Ruter, 2006; Kandel et al., 1991; Ponnet et al., 2005; Williams et al., 1997).

셋째, 학교와 관련된 보호요인으로 교사의 지지와 친구의 지지를 살펴볼 수 있다. 가족, 친구, 교사의 지지는 학교생활 적응에 중요한 영향을 미치는 요인으로 교사로부터 충분한 지지를 받은 청소년은 학교 적응력이 뛰어난 것으로 나타났다(박현선, 1998). 다

시 말하자면, 교사의 지지가 스트레스에 대해 완충역할을 함으로써 청소년 자살을 낮추는 중요한 요인으로 지적되고 있다.

사회환경 측면에서 보호요인으로 지역사회에 대한 결속력과 지각된 사회적 자원, 자살예방 및 자살수단 제한 정책 등이 포함될 수 있다. Dureikem(1974)은 자살연구를 통해 사회적 연대의식이 높은 구성원일수록 자살률이 낮고 개인주의적 성향이 높고 연대의식이 낮은 구성원일수록 자살률이 높다고 설명하였다. 개인 간 응집력이 강하고 상호 유대관계가 형성된 사회는 정서적으로 안정감을 주고 치료적 효과를 유발하기 때문에 청소년이 지역사회에 느끼는 결속력 정도가 청소년 자살에 영향을 미칠 수 있을 것이다(송영미, 2000). 특히 저소득층 자살시도자를 대상으로 연구한 Kaslow 등(2005)은 사회적 지지가 자살행동의 보호요인으로 작용한다고 보고하면서, 저소득층을 위한 자살예방 개입에서 사회적 지지가 주요초점이 되어야 한다고 강조하였다. 또 다른 보호요인으로 지각된 사회적 자원은 공식적, 비공식적 자원을 포함하여 청소년들이 이들 자원으로부터 도움을 받을 수 있다고 인식하는 것을 의미하는데 Husaini(1982)는 청소년에게 실제 제공받는 지지보다 도움을 받을 수 있다는 지각된 지지가 더욱 중요하다고 강조한다.

또한 청소년의 자살을 용이하게 할 수 있는 치명적인 무기(총, 칼 등)나 유해화학물질의 접근에 대한 엄격한 제한, 그리고 높은 건축물의 옥상과 같은 장소에 대한 접근 제한 등은 청소년 자살을 예방할 수 있는 보호요인이 되며, 생명의 존엄성가치에 대한 사회의 전반적인 분위기 조성을 통해 자살에 대한 경각심을 일깨우고, 청소년 대상의 자살예방교육 강화 및 정신건강교육은 청소년의 자살을 예방할 수 있는 보호요인으로 작용할 것이다(김성이 등, 2004).

청소년 자살의 위험요인과 보호요인에 관한 경험적 연구결과들을 바탕으로 본 연구의 자살위기청소년 상담모형에는 청소년 내담자의 개인, 가족, 또래/학교 및 지역사회 영역 별로 내담자의 자살위험성을 촉발, 유지, 강화시키는 위험요인과 이러한 문제를 약화시키는 데 도움이 되는 보호요인을 파악하는 절차를 포함하였다. 이러한 절차는 내담자 상태에 대한 총괄적 평가와 함께 상담성과를 확인하는 준거로도 유용할 것이기 때문이다.

청소년 자살의 위험요인과 보호요인에 관하여 김성이, 조학래, 노충래(2004)가 정리한 내용을 소개하면 다음과 같다(표 22 참조).

표 22. 청소년자살의 위험요인과 보호요인⁵⁾

구분	위험요인	보호요인
개인 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 자아에 대한 비난과 부정적인 평가 • 개인의 비현실적인 높은 기대 • 우울증 • 알코올과 약물남용 • 낮은 성취 • 정서적 사회적인 고립 • 친밀한 관계의 상실 및 대화 단절 • 무력감 • 미래에 대한 희망이 없음 • 이성 혹은 양육자와의 문제 • 자아위축적인 성격 • 이전의 자살시도 경력 • 자기도피적인 사고 • 충동성 • 반복적 생활스트레스 및 대처기제 부족 • 낮은 자아존중감 • 가족과 학교에 대한 애착과 헌신 부족 	<ul style="list-style-type: none"> • 원만한 대인관계 • 문제해결기술 • 효과적인 스트레스 대처기술 • 도움 요청 기술 • 긍정적인 자아존중감
가족 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 가족성원 가운데 이전의 자살시도 경험 • 가족의 응집성 결여 • 부부간 또는 부모와 자녀 간의 잦은 갈등 및 가족관계의 불만족 • 가정폭력 • 경제적 빈곤과 부모의 실직 • 부모로부터의 정서적 박탈, 의사소통 결여 • 가족의 질병 • 가족구성원의 자율적기능을 지지하지 않음 	<ul style="list-style-type: none"> • 가족과 지역사회의 지원과 지지 • 가정폭력, 빈곤 등의 문제에 적극 개입 • 높은 가족 응집력 • 가족간의 원만한 의사소통 • 부모-자녀관계가 지지적이고 친밀함 • 경제적 안정
또래/ 학교 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 학교 부적응 • 시험성적 부진 • 친구(이성, 동성)문제 • 학업, 학교 문제 • 학교에 대한 공포, 등교거부 • 빈약한 친구관계 • 학교폭력, 집단따돌림 	<ul style="list-style-type: none"> • 또래 및 교사와의 원만한 관계 및 지지망 • 학교에서의 예방교육과 정신건강 서비스 제공 • 멘토가 있음 • 사회지지망 구축
사회 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 인터넷 사이트나 매스미디어를 통한 왜곡된 죽음의 이미지나 정보 • 자살을 미화하는 문화적 및 종교적 신념 • 충기와 같은 치명적 수단의 접근 용이성 • 정신건강 치료에 대한 장애 • 낮은 사회적 지지도 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강 치료기관의 접근성 용이 • 청소년 우울 및 자살에 대한 예방 교육 • 개인의 생명과 가치를 존중하는 사회풍토 • 자살위기센터의 설치운영 • 충기 및 유해화학물질(독극물)에 대한 엄격한 관리

5) 출처 : 김성이·조학래·노총래(2004), 청소년복지학, 집문당, p. 349. (김기환·전명희(2000): 윤성림·윤진(1993): 한상철(1999): Joun et al.(1995): Rice(1998)를 참고로 작성된 내용임.)

나. 자살위기청소년의 기존 개입 방안

청소년자살에 대한 기존의 개입방안을 알아보기 위해 문헌을 고찰하였다. 자살에 대한 개념과 개입방법에 대해 정신역동적 접근, 인지행동적 접근, 지역사회적 접근 등을 살펴보았다.

1) 정신역동적 접근

정신역동적 접근에서의 자살은 심리성적 발달과 관계가 있다. 불안을 유발한 무의식적 갈등은 대개 특정 발달단계의 과제와 관련된다. 따라서 정신역동치료에서 자살치료는 아동기의 정서적 결핍을 다룸으로써 왜곡된 대상관계를 교정하는 것이다(이홍식 외, 2007).

Freud가 자살을 자기에게 향한 분노로 개념화한 이후, 전통적인 정신역동적 치료는 발달의 중요성(Erikson, 1968), 성격발달 및 타인과 관계 맺는 능력에 미치는 가족관계의 영향(Fairbairn, 1952; Guntrip, 1968), 자기 발달(Kohut & Wolf, 1978), 임상관계의 치유역할(Kohut, 1977) 등을 강조하며 발전해왔다(Berman, Jobes, & Silvermna, 2006). 대상관계적인 조망에서는 회복과정을 라포 형성, 전이 발달과 분석, 재성장과 성숙의 3단계로 이해한다(Guntrip, 1968). 공감 지향의 자기심리학에서는 치료적인 재양육을 통해 파편화된 자기가 응집되고 전체로 받아들여지도록 돕는다. Jobes(1995)에 의하면, 이러한 정신역동적 접근은 청소년 자살의 위기관리 보다는 청소년 자살행동의 기저 원인을 다루고 해결하는데 더 유용하다. 자살환자 관리를 통해 환자가 자살충동을 행동화하지 못하도록 막을 수는 있지만, 미래의 어느 때가 자살행동에 의존하고자 하는 환자 자신의 취약성은 감소되지 않는다. 따라서 환자를 자살로 이끄는 내적요인과 외적 스트레스를 다루는 정신역동적 접근은 자살환자의 죽고자 하는 근본적인 바람을 변화시키기 위하여 사용된다(Gabbard, 2005, 이홍식 외, 2007 재인용)

Jacobs(1999)는 정신역동적 접근의 개념을 다음과 같이 정리하고 있다.

자살은 대상 상실과 밀접한 관계가 있다; 자살의 주요 원인은 견딜 수 없는 고통이다; 자신과 타인의 잘못된 동일시로 인한 혼동이 자살에 공통적으로 내재되어 있다; 자살에 취약한 청소년은 사춘기의 변화로 인해 자신의 신체적인 경험에서 멀어지게 되는데, 이러한 경험을 종종 소외와 박해로 경험한다; 새로운 삶과 부활에 대한 환상이 자살에서는 거의 일반적으로 나타난다; 내적인 초기관계의 파생물을 둘러싸고 있는 조직화

되었지만 다듬어지지 않은 공격적인 충동은 정신적인 통합의 발달과 감정을 조절할 수 있는 능력을 압도하고 방해한다; 자살에 취약한 사람은 자기 자신을 잘 조절할 수 없으며, 이 때문에 다른 사람들과는 구별되게 자신을 함께 통합하는 자기대상의 영향을 받는다; 타인과 결합하기 위해 타인에게 과도하게 의존하는 것은 자살에 취약한 사람이 상실을 접할 때 고통을 호소하게 하고, 양가적인 자살시도에 관련되게 하며, 자신이 희생양으로서 위협하다는 것을 설명하게 한다(이홍식 외, 2007).

Maltsberger와 Weinberg(2005)에 의하면, 정신역동적 치료는 인지 및 신경생물학 분야의 연구들을 통해 조망이 확대되어 왔다. 자살행동은 촉발사건, 환자가 조절할 수 없는 고통스러운 정서 고양, 무력감, 2차 정서로서의 무망감 발달, 회피수단으로 자살에 대한 환상 증가, 자아 퇴행(자기과괴) 등의 점진적인 과정을 거치는 것으로 이해된다. 자살환자는 고통, 무력감과 무망감을 겪다가 탈출 수단을 생각하게 되고 자아는 퇴행한다. 점점 기능이 떨어지고 현실검증이 안되며 자기대상을 구별하지 못하고 결국 자기가 붕괴되기 시작한다. 이 과정에서의 치료는 환자의 신체적인 복지를 지키는 것부터 시작된다. 우선 정서적 고통을 감소시켜야 하는데 대개는 우울증보다 불안증상이 크다. 입원이 필요할 수도 있다. 환자가 진정되면 면접 빈도를 늘리고, 치료자가 적극적으로 관여하여 환자의 경험을 정서적으로 타당화해주고 자신에게 생긴 일을 이해하도록 설명해주며 치료동맹을 형성한다. 환자는 치료자의 설명을 통해 선행사건과 그것의 심리학적 의미를 관련지어 자신의 상태를 이해하게 된다.

Maltsberger와 Weinberg(2005)는 정신역동적 접근이 자살환자의 치료에 효과적이지 않다고 살펴보았다. 대부분의 연구에서 정신역동적 접근이 자살환자의 치료에 효과적인 것으로 나타났다.

표 23. 자살행동의 정신역동적 치료 효과 연구 요약 (Maltzberger & Weinberg, 2005)

연구	치료	기간	결과	정신역동적 치료의 특징
Lieberman & Eckman (1981)	역동지향(n=12) vs. 행동치료(BT) (n=12)	10일	두 집단 모두 자살시도 수 감소; BT가 자살생각, 자살계획, 자살생각의 긴급성에 더 효과적	집중적 다중양식 통찰지향적 치료
Stevenson & Meares (1992)	Kohut (n=30)	1년	자해빈도 감소; 1년 후 치료효과 유지	환자의 경험 공감, 타당화, 이해 및 정교화 강조; 친밀한, 수용적인 "enabling" 관계
Sabo et al., (1995)	구체화되지 않은 정신역동적 접근 (n=37)	5년	자살시도 감소; 자살생각 지속	적극적, 직면적
Bateman & Fonagy (1999, 2001)	Mentalization Based Treatment (n=22) vs. 일반치료 (n=19)	1.5년	MBT 자살시도 빈도와 자살시도 환자 수 감소(매 3개월에서 36개월까지); MBT가 일반치료보다 효과적	적극적, 잘 통합된, 다중양식; 환자의 경험에 초점을 맞춘, 융통적 접근; 명료화와 타당화, 해석 최소화, 특히 전이 해석 최소
Guthrie et al., (2001)	정신역동적 대인관계 치료(n=58) vs. 일반치료 (n=61)	4주	6개월 추수시 자살시도 반복 거의 없음.	치료자 적극적; 치료동맹 강조, "지금 여기" 작업, 정서경험에 집중, 감정에 머물기
Clarkin et al., (2001)	전이중심치료(TFP) (n=17)	1년	자살시도 환자수 감소	TFP: 적극적, 혼습 접근; 환자의 경험에 집중; 특히 전이의 체계적 명료화, 직면, 해석 강조.
Kemberg et al., (2004)	TFP(n=30) vs DBT(n=30) vs 지지치료(n=30)	1년	세 집단 모두 자살시도 감소; TFP=DBT > 지지	지지치료: 동맹 구축, 적응적 방어 강화, 전이 분석 최소

전통적인 정신역동의 치료효과는 주로 통찰과 전이의 해석과 명료화를 통해 나타났지만, 최근에는 정신역동적 접근에서 무시되었던 측면들도 관심을 받기 시작했다. 프로이트 정신역동 기법인 공감적, 교육적, 적극적, 정서지향적, 지지적, 주관적 경험 mentalizing, 명료화, 자기파괴적 행동 직면, 해석, 현실의 관계 강조, 타당화, 정화 중에 어떤 것들이 좀 더 치유적이었는지 구분할만한 증거는 없지만(Milbrath et al., 1999; Wallerstein, 1994), Blatt과 Shahr(2004)는 통찰과 관계 요인이 심각하게 혼란된 환자의 개선을 유지시켰다고 보았다.

애착(attachment)은 사회적 지지와 관계있는 정신역동적 개념이다. 애착은 일상을 통해 아동과 보호자 사이에 확립된 지속적인 정서적 유대로서 인간 조건의 전반적 요소에 깊이 영향을 미친다(Bowlby, 1979). 애착 유대는 유아기, 아동기를 통해 발달하면서 건강한 성장을 촉진할 뿐 아니라 전 생애에 걸쳐 중요한 역할을 한다. 애착은 청소년기가 되면 사회적 지지, 친밀감, 사회적 영향, 파트너십의 자원으로서 그 중요성이 점점 커지는 친구관계로 전환된다. 청소년은 대인관계를 경험하면서 추후 관계 신념 및 관계 기대의 토대를 이루는 사회 관계망을 발달시킨다. 가깝고 지지적인 부모와 친구관계는 청소년기 자살행동에 보호요인으로 작용하며(Rubenstein et al., 1989), 부모에 대한 적은 애착과 정서적인 부모의 부재(de Jong, 1992), 또래 거부, 소원한 친구관계(Prinstein et al., 2000), 낮은 또래의 수용(Allen et al., 1998)은 청소년기 자살행동과 관계가 있는 것으로 나타났다. Bostik과 Everall(2007)은 청소년들이 자살위험을 극복하는 과정에 애착대상과의 관계, 애착경험을 통한 자기지각의 변화가 중요한 역할을 한다는 것을 보여주었다.

요약하면 정신역동적 접근의 개념들은 청소년 자살위험의 원인을 파악하는데 도움이 될 뿐만 아니라, 파괴적인 내재화 교정, 자기파괴적 힘 극복, 정서적 자율성 수립, 해로운 의존에서 벗어나게 하고 자존감을 구축하는 데 도움을 줄 수 있다(Seinfeld, 1991). 특히 지지적이고 수용적인 애착관계 경험은 자살예방과 치료에 중요한 요인임을 알 수 있다.

2) 인지행동치료

인지행동치료(CBT; Cognitive Behavioral Therapy)는 원래 우울증 치료를 위해 개발되고 그 유용성이 입증된 접근으로 청소년의 자살행동치료에도 많은 도움이 되는 것으로 알려져 있다(Alford & Beck, 1997). Rudd(2004)에 의하면 자살에 대한 인지행동적 모델은 인지적 수준, 정서적 수준, 행동적(동기적)수준, 생리적 수준으로 나뉜다. 인지적 수준을 주로 구성하는 것은 자살행동의 기저를 이루는 핵심신념으로서 사랑받지 못함(Unlovability; 나는 사랑받을 자격이 없다. 무가치하다), 무기력(Helplessness; 나는 어떤 일도 할 수 없다. 나는 문제해결을 할 수 없다), 고통감에 대한 저하된 내인성(Poor Distress Tolerance; 더 이상 나는 견딜 수 없다), 지각된 부담감(Perceived Burdensomeness; 내가 죽는다면 주위 사람들이 더 좋아질 것이다) 등이 있다. 정서적 수준은 불쾌한 기분으로서 슬픔, 분노, 불안, 죄책감, 우울, 상처, 의심, 두려움, 긴장감, 외로움, 당황함, 수치감 등

으로 구성된다. 행동적 수준은 자살시도로서 준비행동, 계획, 연습행동, 시도 등으로 구성된다. 생리적 수준은 각성으로서 자율신경계의 각성, 운동, 감각체계의 활성화 등으로 구성된다.

또한 자살에 대한 인지행동모델에 의하면 우울증, 정신분열병, 경계선 성격장애 등 정신질환, 과거의 자살경험, 생애초기의 외상(신체적·정서적·성적 학대), 자살행동의 가족력 등의 취약성 요인이 작용한다. 이런 취약성 요인을 촉발하는 촉진자(trigger)는 자살전의 외적인 사건, 상황, 그리고 주변 환경이다. 생활상의 스트레스가 자살 취약성을 가진 내담자에게 영향을 줄 때 촉진자로 작용하며, 이어 자살관련 사고가 활성화되며, 분노, 죄책감, 우울 등의 정서적 변화가 생기며, 심장박동이 증가하는 등의 생리적 변화가 나타나게 되고, 자살시도를 하게 된다(Rudd, 2004, 2006).

Wenzel과 Beck(2008)에 의하면 자살환자들을 위한 인지치료는 환자의 자살관련 사고와 도식(schema)을 변화시키고, 자살위기와 관련된 인지과정에 변화를 주며, 최근의 자살위기에 중요한 역할을 한 취약성 요인을 변화시키는 기술을 제공하는 능동적이고 개입의 초점이 정확한 심리사회적 개입이다. 자살환자에 대한 인지치료 과정은 다음 세 단계로 이루어진다. 초기단계에서는 (a) 인지치료의 구조와 절차 배우기, (b) 치료에 참여하기, (c) 자살위기 평가, (d) 안전계획 세우기, (e) 자살위기 이전의 사건들을 이야기하기, (f) 희망감 주기가 주요 과제이고, 중간단계에서는 자살생각을 다루고 미래의 자살행동을 감소시키는 인지, 행동 전략을 개발하도록 도우며, 후기단계에서는 재발에 대한 교육(상상적 노출 등)을 통해 종결을 준비한다. 개입과정에서 다루어지는 내용은 살아야 하는 이유 찾기, 문제해결 기술 배우기, 충동성 감소, 사회적 지원 개선 등이다. 인지치료는 내담자로 하여금 위기시의 경고사인을 인지하고 이러한 자살위기에 대한 인지를 다루는 인지행동 대처전략을 활용하게 함으로써 미래의 자살행동을 감소시키고자 한다. 치료자는 자살위험에 대한 환자의 취약성을 증가시키는 소인, 자살위험을 유발하는 자살도식, 자살행동 동안 일어나는 인지과정에 개입하게 된다. Brown 등(2005)은 이러한 인지치료가 일반치료에 비해 자살시도자의 재시도율을 거의 반으로 낮추는 등 효과적이었음을 보고하고 있다(Wenzel & Beck, 2008).

Rudd 등(2001)은 최초의 자살에 대한 치료매뉴얼 중의 하나인 "Treating Suicidal Behavior: An Effective Time-Limited Approach"에서 자살에 대한 CBT의 초기모델을 포괄적이면서 구체적으로 제시하였다. Rudd 등은 이 모델에 근거한 임상적 평가시스템을 구축하고, 기술훈련과 지속적인 적응양식 발달을 통해 자살행동을 제거하는 위기개입과 증상관리로 이어지는 임상적 접근을 제시하였다.

Trautman(1989)은 자살위기청소년에게는 적극적, 주장적, 설명적, 반응적인 개입이 효과적이라고 제안했다. 이런 특징은 단기, 문제해결적 치료의 공통요소로서 자살위기청소년들에게는 구조화된 심리치료, 특히 새로운 대처기술과 기법을 가르치는 구조화된 방식이 효과적인 것으로 보인다(Berman et al., 2006). Berman 등(2006)은 치료 구조화, 미래 조망, 자해로부터 보호하기, 동요 감소, 대처카드나 이메일 등을 통한 접근성 높이기, 치료계약, 치명적인 수단 접근 제한, 외로움 치료나 사회기술훈련 등을 통한 고립감 감소, 분노(공격성, 충동성) 조절 등이 자살환자 치료에서 핵심적으로 다루어져야 한다고 제안하였다.

Beck 등은 기분장애와 우울의 인지모델, 무망감과 자살행동의 관계 문헌들을 참조하여 자살시도 청소년용 인지치료를 개발하였다(Henriques et al., 2003). 치료는 (1) 무망감 및 자살행동을 다루는 구체적인 방법 개발, (2) 치료에 대한 환자의 참여동기 높이기, (3) 다른 건강서비스의 적절한 이용 증가, (4) 사회적 지지 활용 증가에 초점을 두며 총 10회기로 구성된다. 치료자는 협력적 파트너로서 적극적이고 직접적으로 자살 행동과 관련된 개인의 지각, 해석, 설명을 탐색한다. 치료회기는 문제 설정, 증상(기분, 자살생각 및 행동) 체크, 약물남용 체크, 다른 치료 준수 체크, 자살시도와 관련된 신념을 다루며 회기 간 연결, 요약, 피드백, 과제로 구성된다.

인지행동치료 중 인지치료부분은 주로 자살사고를 다루지만, 다양한 행동주의기법들은 자살자들의 위험한 행동을 감소시키고 사회적으로 용납될 수 있는 의사소통과 대처를 가능하게 한다. 이런 점에서 자살시도 경험이 있거나 자살위험이 높은 청소년들을 위한 인지행동치료의 구성과 실시는 긍정적 성과를 낼 것으로 기대할 수 있다(Wenzel, Brown, & Beck, 2008).

3) 협력적 자살위험 평가 및 관리(CAMS)

협력적 자살위험 평가 및 관리(Collaborative Assessment and Management of Suicidality, 이하 CAMS)는 자살위험이 있는 외래환자들에 대한 평가와 치료계획을 세우고 관리하는 전반적인 절차이며 구조화된 틀(structured framework)이다(Jobes, 2006; Bryan, 2007). CAMS는 (1) 초기 평가와 치료 계획, (2) 추적, (3) 성과의 세 단계로 구분되는데, 이 모든 단계에서 사용되는 핵심도구가 자살상태양식(Suicide Status Form)이다. 자살상태양식은 치료자와 환자를 이끌어주는 지침이며 과정마다의 기록을 남겨주는 유용한 도구이다.

자살행동을 일차적인 다른 정신질환(예를 들어 우울)의 하나의 증상(symptom)으로 간주하고 정신질환의 치료를 통해 자살행동의 감소를 가정하는 전통적인 접근과 달리 CAMS 접근에서는 정신과적 진단과는 독립적으로 자살위험에만 초점을 두어 평가하고 관리한다. 자살위험이 높은 사람들은 죽고 싶은 것이 아니라 심리적 고통을 끝내고 싶은 것이고, 고통을 다루는 어쩔 수 없는 대안으로 자살을 생각하고 있으며, 심리적 문제, 사회적 문제, 고통을 다루는 방법이 부족한 것이 특징이다(Jobes, 2006).

치료자는 환자의 눈을 통해서 세상과 자살에 대한 유혹을 보며 협력적 평가를 통해 환자가 자살 위험에 직접적으로 대처하고 삶을 보다 적응적인 방식으로 재구조화하도록 돕는다. CAMS는 융통성이 있고, 치료작업을 촉진하며 이론이나 기법에 관계없이 활용될 수 있다. 자살위험을 평가하고 이해하고 개입하기 위해 행동적, 인지적, 정신역동적, 인본주의적, 실존주의적, 대인관계 접근 등 무엇이나 활용한다. 모든 자살행동은 지나치게 극단적이지만 실은 문제를 해결하고 대처하려는 노력인 것으로 간주된다. 따라서 치료자는 환자의 자살위험에 대해 공감적, 사실적, 비판단적인 태도로 접근하게 된다. CAMS를 활용함으로써 자살위험의 조기발견, 철저한 평가, 자살에 초점을 맞춘 구체적인 치료계획 수립, 임상적 관리, 자살위험이 해결될 때까지의 치료 기록이 가능하다. 구체적인 단계는 다음과 같다. (1) 자살위험의 조기발견, (2) 자살상태양식을 이용한 협력적 평가, (3) 협력적 치료 계획, (4) 자살상태 관리양식(Suicide Tracking Form)을 이용하여 “자살상태” 관리, (5) 자살상태 해결.

CAMS의 핵심도구인 자살상태양식의 구체적인 내용은 다음과 같다. 초기 평가에 사용되는 Suicide Status Form-III는 A. 환자용(고통, 스트레스, 동요(agitation), 무망감, 자기혐오(self-hate), 전반적인 자살위험 평가 등 6개 지표, 살고 싶은 이유와 죽고 싶은 이유, 살고 싶은 이유 한 가지 등) B. 치료자용(자살계획, 자살준비, 자살리허설, 자살시도, 자살생각, 위험요인, 위험의 긴급성) C. 치료자용 치료계획, D. 치료자의 회기 후 평가(정신상태, 진단, 임상적 기록들)로 구성되어 있다. 자살위험을 지속적으로 모니터링하고 관리하는 데 사용되는 SSF-III Suicide Tracking Form은 A. 환자용 6개 평가 지표와 B. 치료자용 위험요인과 치료계획 수정, C. 치료자의 회기 후 평가로 구성되어 있다. 자살위험 관리에 대한 성과를 평가하는 단계에서는 SSF-III Suicide Tracking Outcome Form이 사용된다. CAMS에서는 자살상태양식을 가지고 치료자와 내담자가 함께 평가하는 과정에서 치료동맹이 구축되고, 평가과정에서 알게 된 것을 바로 치료계획에 활용하게 된다.

자살상태양식은 자살위험수준을 구분해주지는 않는다. 상담자가 다룰 수 있는 수준인지, 즉각적인 입원조치나 의뢰를 해야 하는 경우인지 객관적으로 판단하기 위해서는 평가척도가 필요하다. 그러나 Bryan과 Rudd(2005)는 다음과 같은 이유로 자살행동 측정도구들을 임상현장에서 사용하는 데 제한이 있다고 본다. 첫째, 자기보고식 척도는 긍정왜곡율이 높아 이것만 가지고는 자살위험이 있는 개인을 구분하는 데 충분치 않다. 둘째, 측정도구는 고정적인 변인을 사용하기 때문에 급성적인 악화(exacerbation) 수준은 과소평가할 수 있다. 셋째, 대부분의 자살척도의 예언타당도를 확인할 수 없다. 넷째, 자살평가척도가 개발되고 활용되는 현상이 특수하기 때문에 일반화에 제한이 있다. 대개의 연구는 연구목적으로 짧은 스크리닝 척도를 사용하는 반면 치료 현장에서는 표준화된 자살평가척도를 사용한다. 마지막으로 대개의 도구가 백인 청소년과 청년 집단을 대상으로 개발되었으므로 노인과 소수집단에 사용하는데 신중해야 한다. 이러한 위험평가척도의 한계점 때문에 환자 평가를 척도에만 의존할 수 없고, 임상 및 경험적 방법과 임상가의 전문성이 통합되는 것이 바람직하다. 따라서 면대면 임상면접이 포괄적인 자살평가의 핵심이 되며 척도는 정보를 보완하거나 명료화하는데 사용된다는 것이 이들의 주장이다. 표 24는 자살행동 특징에 따라 Mild에서 Extreme까지 수준을 구분해놓은 것이다.

성인을 대상으로 한 CAMS 연구에서는 외래환자의 자살생각과 건강의료 사용의 감소 효과가 보고되고 있다(Drozd, Jobes, & Luoma, 2000; Jobes et al., 2003). CAMS를 적용한 자살위험 환자 25명과 일반치료를 받은 자살위험환자 30명을 비교한 연구에서 자살생각 해결에 걸리는 시간이 CAMS 집단은 평균 7.35회기, 일반치료 집단은 평균 11.4회기로 CAMS 집단이 유의미하게 짧은 것으로 나타났다. 대부분의 CAMS 환자는 10회기에서 12회기 사이에 자살생각이 사라진 반면, 일반치료 환자는 20회기 이상이 걸렸다(Jobes et al., 2005).

Bryan(2007)은 자살상태양식을 활용한 자살환자 치료과정을 보고하면서 자살환자 치료에서 중요한 점을 다음과 같이 꼽고 있다. 첫째, 평가척도를 치료과정의 한 요소로 활용한다. 환자의 치료 진전사항을 볼 수 있고, 정기적으로 위기수준의 변화를 모니터링할 수 있으며, 변화하는 증상에 초점을 맞출 수 있는 단서를 제공해주기 때문이다. 둘째, 환자와 함께 하는 협력적인 치료가 중요하다. 셋째, 과학적 증거가 있는 치료개입을 활용한다. 넷째, 치료실 밖의 자원(예: 가족 등)을 활용한다. 다섯째, 가장 중요한 것은 치료관계이다.

표 24. 자살위험 수준과 대응(Bryan & Rudd, 2005)

위험 수준	내용	대응
위험 없음	<ul style="list-style-type: none"> 자살생각 확인되지 않음 	<ul style="list-style-type: none"> 특별한 치료 변화 없음
Mild	<ul style="list-style-type: none"> 자살생각 빈도, 강도, 지속 약간 있음 계획 없음, 의도 없음 가벼운 불안(dysphoria)/증상 자기통제 됨 위험요인 없음, 보호요인 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 자살생각의 표현을 평가하여 위험 수준의 변화 모니터링
Moderate	<ul style="list-style-type: none"> 잦은 자살생각, 강도와 지속 약간 있음 약간의 구체적인 계획 의도 없음 자기통제 됨 약간의 불안/ 증상 약간의 위험요인 있음, 보호요인 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 입원이 필요한지 정기 평가 외래 치료 빈도나 지속 증가 가족의 적극 관여 치료계획 목표 지속적 재평가 24시간 응급 또는 위기 서비스 자살위험 수시 재평가, 위험 감소 또는 증가시키는 특정 변화 주의 증상 악화나 지속시 약물치료 고려 전화로 모니터링 상태에 대해 가족에게 자주 정보 수집 상태에 따라 전문가 자문
Severe	<ul style="list-style-type: none"> 잦은, 강렬한, 지속적인 자살생각 구체적 계획 주관적인 의도는 없으나 의도에 대한 객관적인 표식 있음 (치명적 방법 선택, 가능한 방법, 약간의 제한적인 준비행동 등) 자기통제력 손상의 증거 심각한 불안/증상 여러 개의 위험요인 있음, 보호요인 거의 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 즉각적인 입원 평가(자발적이든 비자발적이든, 상황에 따라)
Extreme	<ul style="list-style-type: none"> 잦은, 강렬한, 지속적인 자살생각 구체적 계획, 분명한 주관적 그리고 객관적인 의도, 자기통제 손상 심각한 불안/증상 많은 위험요인, 보호요인 없음 	

요약하면 CAMS는 치료동맹을 통해 환자에게 자살은 어떤 의미인지를 평가하고 이해하며 이렇게 공유된 지식으로 위기관리 방법을 결정하는 틀을 제공해준다. 자살환자 치료의 어려움, 의료과오의 책임, 입원 감소 등을 고려할 때 CAMS는 자살위험이 있는 외래환자에게 효과적으로 개입할 수 있는 새로운 가능성을 제공한다(Jobes & Drozd, 2004). 주로 대학생과 성인을 대상으로 시행되고 있어 청소년에게 적용한 연구는 찾기 어려웠지만, 자살문제에 초점을 맞춰 집중적으로 평가하고 관리한다는 점, 체계적으로 관리하는 도구가 있다는 점, 급성적인 자살문제에 특히 효과적이라는 점에서 청소년자살 상담에도 효과가 있을 것으로 기대할 수 있다.

4) 변증법적 행동치료

변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy, 이하 DBT; Linehan, 1993a, 1993b)는 복잡하고 다루기 힘든 정신적 장애를 위한 통합적 인지행동치료이다. Linehan(1991)은 본래 만성적 자살 환자를 치료하기 위해 이 치료방법을 개발하였고, 이후 경계선 성격장애를 지닌 사람을 위한 치료법으로 발전해왔으며, 약물 의존 및 섭식장애, 기분장애를 포함하여 널리 적용되고 있다. 변증법적 행동치료는 인지행동적 문제해결과 많은 공통점을 갖고 있다. 이 접근은 총 5가지 기능을 수행하는데 (1) 행동 능력의 증진, (2) 변화 동기의 진작, (3) 새롭게 습득한 능력의 일반화, (4) 내담자와 치료자의 지원에 필수적 치료환경의 구조화, (5) 치료자의 능력과 동기의 증진을 포함한다. 이러한 기능들은 개인 심리치료, 지지집단, 기술훈련, 전화상담, 치료자 자문팀을 포함하는 서비스 전달모델 안에서 작용한다. 이 접근법의 기본적인 변증법은 내담자들의 변화를 추구하면서도 동시에 내담자를 인정하고 수용하는데 있다.

변화전략은 부적응 행동의 행동분석과 문제해결기법인데, 기술훈련, 보상과 처벌을 통한 관계 관리, 인지 수정, 노출 전략을 포함하며, 내담자의 심리적 고통에 대처하기 위해 특별히 고안된 기술(mindfulness훈련 등)을 포함하고 있다.

초기단계에서 주된 목적은 내담자를 안정시키고 삶을 위협하는 자살행동을 줄이는 것이다. 첫째, 자살행동(자살시도, 자살생각, 자살계획) 위험 저하시키기, 둘째, 치료를 방해하는 행동이나 반응(상담에 늦거나 오지 않는 것, 비상식적인 시간에 전화하기, 전화 받지 않기 등) 줄이기, 셋째, 삶의 질을 저해하는 행동(우울, 약물의존, 노숙, 만성 실업 등) 줄이기, 넷째, 외상후 스트레스 반응 감소시키기, 다섯째, 자아존중감 증진, 여섯째, 집단에서 배운 행동 기술 습득(감정조절 기술, 대인관계 효율성 기술, 고통감내 기술,

주의집중 기술, 자기관리 기술), 일곱째, 환자가 세운 부가적 목표이다. 이후 단계의 치료 목적은 외상적이고 고통스러운 정서적 경험을 비외상적인 정서적 경험으로 대체하고 일상에서 지속적 장애와 문제를 줄이며 불안진감을 해결하고 평범한 행복을 경험하는데 있다.

정신병리 및 심리치료에 대한 DBT의 효과연구들은 DBT가 자살시도를 비롯한 자살관련 행동의 감소, 입원환자의 입원 기간 감소, 분노 감소에 효과적이고, 사회적 적응력 향상, 치료 탈락율의 감소에도 효과적인 것으로 검증되고 있다(Linehan et al, 1991; Linehan et al., 1998; Koons et al., 1998).

Linehan(1991)은 초기 연구에서 1년 동안 DBT 치료를 받은 BPD 환자들이 일반적인 치료를 받은 환자들에 비해 자살근접행동의 빈도와 위험이 유의미하게 감소하고, 정신과 입원일수도 더 적었다고 보고하였다. 비록 환자의 우울, 절망감, 자살사고, 삶의 동기 등을 향상시키는 데 있어 차별화된 효과를 보여주지는 못하였지만, DBT는 비용-효율면에서 일반치료에 비해 더 뛰어난 것으로 나타났다. 1년 후의 추수면접에서도 DBT 집단은 자살근접행동과 분노감이 유의미하게 낮고 사회적 적응은 더 좋은 것으로 나타났다(Mara, 2005).

Evans 등(1999)은 DBT에 근거한 단기치료도 효과적일 수 있음을 확인하였다. 자살행동 환자들을 대상으로 Linehan의 강도 높은 DBT 치료를 완전히 시행하는 대신 6개의 DBT 소책자 및 자조매뉴얼을 가지고 6개월간의 단기치료를 시도한 결과, DBT 집단이 일반치료집단에 비해 자살행동 비율이 낮았고 우울증상도 호전되었으며 평균 치료비용도 적은 것으로 나타났다. 연구자들은 Linehan의 강도 높은 매뉴얼대로 진행되지 않더라도 DBT에 근거한 치료는 전형적인 임상상황에서 자살근접행동을 감소시키는데 효과적일 수 있다고 결론지었다.

DBT의 여러 요소들 중에서도 특히 수용과 변화 사이에 균형을 맞추고자 하는 변증법적 기법이 단순한 변화기법이나 수용기법에 비하여 자살행동을 감소시키는 데 있어서 더 효과적이고, 치료자가 환자의 문제를 비하하는 방식으로 개념화하지 않을 때(자살행동을 상대방을 조종하려는 것이나 병리적인 것으로 보기보다 환경에 영향을 미치려는 시도로 보는 것) 환자는 더 적은 자살행동을 보이는 것으로 나타났다(Shearin & Linehan, 1992).

자살위기 청소년을 대상으로 한 DBT에서는 청소년을 위한 가족 환경 개선, 청소년의 적응적 행동 강화, 모델링을 위해 기술훈련에 친척들을 참여시키고 있는 것이 특징적이

다(Miller, Rathus Linehan, Wetzler & Leigh, 1997). Miller 등(1996)은 자살시도 경험이 있는 청소년 111명을 증상의 심각성에 따라 DBT와 일반치료집단에 배정하여 결과를 비교하였다. 청소년에게 맞게 기간이 1년에서 12주로 단축되고, 유인물이 수정되었으며 기술 모듈의 수는 줄었다. 개인심리치료에 가족치료가 추가되었고, 마음모음 기술은 12주 심리교육 프로그램 중 3회기만 교육되었다. 결과 DBT 집단은 일반치료 집단보다 치료를 종결한 사람이 유의미하게 많았고(62% 대 40%), 정신과 입원율도 유의미하게 낮았다(0% 대 13%). DBT 집단은 치료 전후 비교에서 자살사고 감소, 증상 및 불편감의 전반적 심각도의 감소, SCL-90-R에서 불안, 우울, 대인관계 민감성 및 강박증상 감소 등의 결과를 보였다. 통계적으로 유의미하지는 않았지만 편집증, 자기혼란감, 충동성, 정서조절 문제, 대인관계 어려움에서도 긍정적인 변화경향성이 관찰되었다. 자살관련 행동에 있어서는 집단 간 차이가 발견되지 않았으나, DBT 집단에 배정된 피험자의 증상이 더 심각했던 점을 감안한다면 집단 간 차이가 나타나지 않은 것이 주목할만하다고 보고하고 있다(Dimeff, Koerner, & Linehan, 2001).

위 연구들에서 DBT는 자살위험이 있는 최소한 1년 간, 개인심리치료, 기술훈련, 회기 간 전화 등 집중적이고 강도 높은 심리치료를 제공하도록 되어있지만, 임상실제에서는 특히 청소년의 경우 치료기간의 단축, 기술모듈의 수나 회기의 유연한 적용 등을 통해서도 유사한 효과를 얻을 수 있음을 알 수 있다.

Salkovskis(2001)는 자살행동을 다루는 심리치료는 첫째, 환자가 공감, 진솔성, 비소유적인 따뜻함, 격려와 이해를 받고 있다는 느낌, 둘째, 특정 환자군의 강하고 지속적인 스트레스 경험과 유지요인에 초점을 맞추며, 셋째, 보편적인 유지요인 중에서 구체적인 개인의 증후에 적용되고, 넷째, 치료를 받지 않거나 일반치료보다 더 효과적인 치료라는 것이 입증되어야 한다고 하였다. 이러한 네 가지 기준을 문제해결, CBT, DBT, 대인관계치료(IPT)에 적용한 결과, 문제해결적 CBT와 DBT는 모든 기준에 부합되는 것으로, 우울증의 인지치료와 대인관계치료는 처음 세 개의 기준에 부합되는 것으로 보고하였다. 또한 네 가지 접근법은 “지금 여기”를 강조하는 점, 부정적인 정서에 관심을 두는 점, 치료계획에 문제해결훈련과 기술훈련이 중요한 요소로 포함되는 점, 환자를 격려하는 공감적, 적극적, 협력적 치료관계에 참여시킴으로써 현 상황을 변화시키는 점에서 공통점을 찾을 수 있었다고 하였다.

5) 다중체계치료

다중체계치료(Multisystemic Therapy)는 1970년대 후반에 개발된 비행 및 중독 문제가 있는 청소년을 대상으로 시행되어온 프로그램으로 가족 및 지역사회를 중심으로 하는 치료개입 프로그램이다(Henggeler et al., 2002). MST는 청소년의 행동문제에 영향을 미치는 다양한 요인을 평가하여 다중체계 내 혹은 체계 간 요인들에 포괄적으로 개입하며, 보호요인을 강조하는 것이 특징이다. MST의 시행결과 청소년의 가출 및 시설에 수용되는 비율이 47%~64%가 감소되었고, 다양한 정신건강 문제가 경감되고 가족기능이 강화되는 등의 긍정적인 효과가 나타났고 비용절감 효과도 유의한 것으로 보고되고 있다(Aos et al., 1999).

다중체계치료는 다음과 같은 9가지 치료원칙을 갖고 있다. 첫째, 다중체계치료의 평가과정은 문제와 환경의 적합성을 파악하려는 목적으로, 청소년의 행동문제에 직·간접적으로 영향을 주는 다양한 요인을 이해하는데 초점을 둔다. 둘째, 변화를 위한 개입은 보호요인을 강조하고 체계의 강점을 이용하는 것을 중요시한다. 즉, 다양한 문제를 지닌 가족을 부정적인 관점에서 볼 때 치료자-가족의 협력이 매우 어려워지므로, 다중체계치료자는 다른 기관의 전문가들과 의사소통할 때 내담자의 보호요인에 초점을 두며 치료자-가족 상호작용을 강화하는데 중점을 둔다. 셋째, 다중체계치료의 개입은 가족성원들의 책임감 있는 행동을 증진시키고, 무책임한 행동을 감소시키는 것을 중시한다. 넷째, 다중체계치료는 초점화되고, 행동 지향적이며, 구체적이며, 잘 정의된 문제를 개입대상으로 한다. 다섯째, 개입은 문제행동을 지속시키는 다중체계 내 혹은 체계 간 요인들을 그 개입대상으로 한다. 여섯째, 개입은 청소년과 양육자의 발달적 욕구에 들어맞아야 한다. 일곱째, 가족성원과 관련된 사람들에게 매일 혹은 매주 일정한 과제를 부여한다. 과제 부여를 통해 긍정적 강화의 기회를 늘리고 치료에 참여한 사람들의 참여 동기를 고양시킨다. 여덟째, 다중체계치료는 관련된 사람들의 다양한 관점에 의해 지속적으로 개입의 효율성이 평가된다. 이 원칙에 따라 개입과 관련된 지속적이고 즉각적인 피드백을 바탕으로 신속하게 문제를 재개념화하고 목표를 재구조화할 수 있게 된다. 아홉째, 다중체계치료 개입은 다체계적 맥락에서 가족성원의 욕구를 다루고 청소년을 보살피는 사람들의 힘을 강화시킴으로써 치료적 일반화와 그 변화가 장기적으로 유지될 수 있게 한다.

다중체계치료는 치료자가 가정을 방문하여 위기청소년과 환경에 개입하는 가정 중심적 서비스 전달모형을 기본으로 한다. 이를 시행하기 위해서는 문제의 심각성과 개입의

성공여부에 따라 3~5개월의 단기간의 개입을 원칙으로 하며, 3~4명의 치료자를 한 팀으로 구성하되 최소한 팀의 한명은 하루 24시간, 일주일에 7일은 연락이 가능하며, 대상 가족과 매일 대면 혹은 전화로 연락하는 것을 원칙으로 하며, 1명의 치료자에게 3~6가족의 낮은 사례수가 배정되어야 한다.

현재 지역의 청소년상담지원센터들에서는 다중체계치료적 접근을 적용한 청소년동반자 프로그램이 운영되고 있으며 그 성과들이 보고되고 있다. 이런 점에서 다중체계치료는 현장의 상담자들에게 익숙한 사례관리 방식으로, 청소년 자살행동에 영향을 미치는 위험요인을 낮추고 보호요인을 강화하는 접근을 통해 청소년자살 상담에 적용할 수 있을 것이다.

6) 입원치료

내담자가 '정신행동 양상으로 보아 치료자와 협력관계를 맺을 수 없거나, 신뢰감 부족, 또는 의논할 수 없는 상태이거나 정서나 행동이 통제되지 않으며, 정신병적 사고를 보이고 현재 알코올이나 마약 중독이거나, 다수의 자살시도 경험 등을 포함한 어려움이 예상될 때' 입원조치가 필요하다(Shaffer & Pfeffer, 2001). 청소년 자살환자의 입원여부는 응급치료의 필요성, 중요하고 변화가 심한 정신질환의 유무, 매우 치명적인 방법을 사용하거나 자살위험 임박 등도 지표가 된다. 입원은 다음과 같은 장점이 있다. 1) 환경의 스트레스에서 벗어나게 해주고, 체계의 역동을 즉각적으로 바꿔준다. 2) 자기파괴 행동 가능성을 최대한 통제할 수 있다. 3) 관찰과 평가를 위한 다양한 출처를 갖는다. 4) 24시간 동안 도울 수 있다. 5) 대인 고립을 감소시키고, 다중적인 치료와 참여유도를 통해 신체활동을 증가시킨다. 6) 퇴원 후 외래환자로 추수회기를 갖는 순차적인 목표가 확보된다.

입원기간 동안은 자살위험을 통제할 수 있지만, 퇴원 후 1주에서 1년까지의 기간 동안 자살위험이 증가하는 것으로 나타나 주의가 필요하다. 미국자살협회(AAS, 2003)는 이 기간 동안 자살위험을 최소화하기 위해 다음과 같은 조치가 필요하다고 제안한다. 1) 치료자는 퇴원을 승인하기 전에 환자의 자살위험성을 재평가해야 한다. 2) 퇴원 결정 시 최소한 다음 사항을 고려한다. ①치료에 대한 반응, ② 외부의 지지, ③ 현재의 정신 상태, ④ 현재의 자살생각 유무, ⑤ 자살수단 접근성, ⑥ 환자의 치료순응, ⑦ 충동성 경험, ⑧ 자살시도 경험. 또한 입원을 촉발시켰던 위기를 검토하여 촉발위기가 감소되거나 해결되었는지, 입원기간 동안 새로운 촉발위기가 있었는지 검토한다. 위험을 촉발했

던 위기는 해결되었더라도 다른 이유로 인한 스트레스가 발생할 수도 있다. 3) 자살생각에 대한 단순한 부인을 자살위험이 없음을 판단하는 증거로 사용하는 것은 불충분하다. 한 연구에서는 입원이나 퇴원 직후 일어난 76건의 자살에 대한 최근 연구에서 환자들의 78%가 최후 평가에서 자살생각을 부인했다고 보고했다(Busch et al., 2003). 4) 'no-suicide'계약을 믿지 말고, 충분한 개입을 한다. 5) 지지가 될 수 있는 가족과 타인의 유용성, 그들의 도움을 주려는 의지와 능력을 평가한다. 6) 가족회기를 정기적으로 갖는다. 7) 환자와 가족, 중요한 타인에게 자살위험성에 대해 설명해준다. ① 자살의 경고사인들, ② 퇴원 후 자살위험 증가, ③ 약물이나 다른 치료의 필요성, ④ 정신과적 증상이 어떻게 판단을 손상시키는 지에 대한 설명, ⑤ 중독성 물질 금지와 어떻게 중독이 위험을 증가시키는지에 대한 설명, ⑥ 자살수단 제거의 필요성, ⑦ 충기와 관련된 특별한 위험들. 8) 환자와 환자의 가족, 중요한 타인들이 담당 의사나 치료자와 연락할 수 있는 방법을 알려준다. 치료자가 업무시간이 아닐 때 연락되지 않을 가능성을 이야기해주고 응급전화번호를 준다. 9) 가족이나 중요한 타인이 외래환자의 자살위기 모니터링을 보조한다면, 자살위기가 발생할 것 같거나 발생했을 때 어떤 행동을 취해야 하는지에 대한 특별한 지시사항을 주어야 한다. 위기상황에서 말로 된 지시는 잘 기억나지 않기 때문에 문서로 작성해서 준다. 10) 법으로 허용되고 환자의 서면동의를 받았으면, 환자의 가족이나 중요한 타인에게 환자의 자살생각, 감정, 행동, 치명적이지 않은 자살시도 경험을 경계시켜야 한다. 11) 퇴원 후 환자의 치료를 담당하는 치료자는 퇴원 기록의 사본을 받아놓는 등 모든 노력을 다해야 한다. 12) 환자는 퇴원 전에 외래치료 약속을 정해야 한다. 13) 정신과 약은 남용가능성을 고려하여 처방되어야 한다. 14) 치료진과 직원들은 자살위기의 평가 및 관리, 보호요인 확인과 증진방법을 훈련받아야 한다(Rudd et al., 2006).

3. 자살위기청소년 상담 요구 분석

자살고위험청소년이나 자살시도를 한 경험이 있는 청소년 대상 상담모형을 만들기 위해서 상담자와 청소년의 요구 및 현황을 파악할 필요가 있었다. 자살고위험청소년의 특징을 파악하기 위해 청소년 대상 심층면접조사를 실시하였다. 상담자에게 필요한 내용이 무엇인지 알아보기 위해 상담전문가 면접조사와 요구조사를 실시하였다.

가. 상담전문가 면접조사

1) 조사대상

실제 현장에서 자살위기청소년을 상담한 경험이 있는 상담자를 대상으로 파일럿 형식의 면접조사를 실시하였다. 면접은 A청소년상담지원센터의 상담자와 청소년동반자 3명을 대상으로 자신이 상담한 자살위험 내담자에 대해 기술하고 질문하는 비구조화된 형식으로 진행되었다. 면접조사 결과는 실제 자살상담 사례수가 많지 않아 결과를 일반화시키는 데는 한계가 있다는 제한점을 가지고 문항구성과 상담모형 개발의 기초자료로 활용하였다.

2) 조사결과

면접내용을 분석한 결과 자살위험 식별과정, 내담자의 자살시도 방법, 자살위험성 평가 방법, 위험요인, 보호요인, 내담자의 대처방식, 상담자 개입방법, 개입 시 어려웠던 점 등으로 분류되었다. 본 조사 결과를 영역별로 요약하면 다음과 같다.

가) 자살위험 인식 및 평가방법

상담자들은 상담과정 중 내담자의 자기보고나 위기스크리닝 척도, 문장완성검사의 결과, 119나 생명의 전화 등을 통한 의뢰, 가족의 보고 등으로 자살위험을 알았다고 하였다. 한 내담자는 진로 문제로 평이하게 상담이 진행되던 중에 술을 마시고 자살하겠다는 전화를 해 상담자를 당황하게 하였다. 상담자가 신속하게 위기개입을 하였으나 이는 내담자가 드러내지 않으면 위험수준을 파악하기 어렵다는 것을 알려주는 한 예이다.

나) 위험요인과 보호요인

상담자가 파악한 내담자의 위험요인들로는 개인적인 특징으로 외로움, 고립감, 성적하락, 학업부담, 학업중단, 음주상태, 우울증 등 정신과적 문제, 성격장애, 대인관계 기술 부족, 환경적인 특징으로 부모의 별거, 가족의 정신과적 문제, 가족의 자살, 부의 폭력, 부모와의 갈등, 자살경고사인에 대한 가족의 무시 등이었다.

자살문제를 다루어야 하는 상담자에게는 자살행동의 병리적 원인 및 개입에 대한 이해, 외로움이나 고립감과 같은 감정을 다루는 법, 음주에 대한 통제, 대인관계기술 훈련

등의 개입과, 가족의 정신과적 문제에 대한 개입, 자살위험성에 대해 가족이 어떻게 개입하여야 하는지에 대한 교육 및 상담 능력이 필요함을 알 수 있다.

다) 자살억제요인

정신과적 문제를 가진 내담자들에게는 약물치료가 효과적이었고, 가족에 대한 염려, 상담자에 대한 애착과 내담자 개인의 강점(매력, 지적 능력, 꿈 등)이 중요한 보호요인으로 지적되었다.

라) 자살시도 후 주변의 반응

청소년이 자살을 시도한 경우에도 전문가에게 의뢰되는 경우는 많지 않은 것으로 나타났다. 한 내담자의 경우는 자살시도 후 가족, 교사, 친구들이 적극적으로 개입하여 도움을 주었다. 몇 개월이 지난 후에도 재발 위험을 염려한 교사에 의해 상담자에게 의뢰되었으나 몇 개월 전의 자살시도를 다루기에는 적절치 않아 상담이 진행되지 않았다. 자살시도를 발견하고 주위 사람들이 도와주는 것은 바람직하지만 전문가에게 연계하는 절차나 시스템이 마련되어 보다 적절한 개입이 이루어져야 할 것으로 보인다.

마) 상담자의 개입

상담자들은 갑작스런 위기전화에 놀라고 당황하면서도 공감적으로 반응, 안정시키고 이후 상담으로까지 연결하였다. 전화로 안정시키면서 가족의 전화번호를 알아내어 개입하도록 조치하기도 하고, 경찰에 신고하여 입원 조치하는 등 위기개입을 하였다. 이후 상담과정에서는 내담자의 문제에 초점을 맞추어 스트레스 해소 방법, 자해행동 조절을 돕고 부모에게 개입하는 등의 상담을 진행하였다. 주로 개인상담에서 스트레스 대처나 감정조절기술을 다루기는 하였지만 자살위험성과 기저의 문제들에 대해 체계적인 개입이 이루어지지 않는 않았다.

바) 개입 시 어려웠던 점

상습적인 자살시도, 부모가 개입을 원치 않거나, 위기전화 중 경찰에 신고했지만 휴대폰 추적이 안되어 적시 대응이 어려움 등의 문제가 있었다. 청소년 자살문제는 개인과 그를 둘러싼 환경, 특히 가족요인이 크게 작용하므로 부모 및 가족에 대한 개입이 중요할 것으로 보인다. 또한 지역사회 자원의 연계망이 적시에 작동될 수 있도록 구축되어

야 할 것이다.

나. 상담자 인식 및 요구조사

1) 조사대상

조사 대상은 남자가 15명(16.1%) 여자가 78명(83.9%), 소속은 시도 청소년지원센터가 26명(28.3%), 시군구 청소년지원센터 44명(47.8%)이다. 연령은 25세부터 57세로 평균 34.6세이며, 평균상담기간은 3.95개월이다([부록 3]).

2) 인식 및 요구 조사 결과

가) 자살위험청소년에 대한 상담자들의 개입 현황

청소년상담자들에게 최근 3년 동안 자살위험청소년에 대한 상담경험이 있는지를 물어 보았을 때 ‘예’에 48.9%, ‘아니오’에 51.1%의 응답율을 보여주었다. 최근 3년간의 상담사례 수는 평균 1.95사례, 상담회기 수는 평균 15.7회(최빈치 1회), 상담기간은 4.15개월(최빈치 3개월)로 나타났다.

자살위험청소년 내담자의 특성을 살펴보면 성에 따라서는 남자는 30.2%, 여자가 69.8%였고, 학력에 따라서는 고등학생은 52.4%, 중학생은 27% 순이었다. 또한 부모의 결혼 상태에 따라서는 양친이 함께 사는 경우가 63.5%, 한분 사망이 11.1% 순으로 나타났다. 경제수준에 따라서는 중 37.7%, 하 27.9% 순이었다. 자살위험수준에 따라서는 중위험군 33.3%, 최고위험군 27.0%, 저위험군이 27.0%, 고위험군 12.7%로 나타났다. 또한 자살위험청소년의 의뢰문제의 유형에 따라서는 정신건강 37.7%, 가족문제 19.7%, 친구관계 18.0%, 진로문제 9.8%, 비행문제 8.2%, 학업문제 6.6%로 나타났다.

자살위험청소년 내담자 대상 개입형태의 경우 중복응답을 하게 한 결과, 개인상담이 76.2%로 가장 많은 응답율을 보였고, 전화상담이 27%, 가족상담이 27% 순으로 응답하였다. 이들 내담자의 상담기간은 평균 3.4개월(최빈치 2개월), 상담회수는 14.5회(최빈치 10회)로 나타났다.

나) 자살위험청소년 위기개입 전략에 대한 요구도

자살위험청소년 위기개입에 대한 청소년상담자들의 요구도를 파악하기 위하여 자살관

런 문제 상담 시 어려움, 자살 위기개입전략 개발의 필요 정도, 청소년내담자 자살위험 인식 시 자주 사용하는 상담전략, 자주 사용하는 청소년의 자살위험성 평가방법, 가장 효과적으로 생각되는 청소년자살 위기개입전략 구성요소에 대해 알아보았다.

우선 자살관련 문제 상담 시 어려움이 얼마나 있는지를 물어보았을 때, 매우 많음 9.1%, 많음 56.8%, 보통 30.7%, 적은 편 3.4%, 전혀 없음 0.0%로 청소년상담자 중 65.9%가 자살관련 문제 상담 시 어려움을 많이 겪는 것으로 보고하였다.

청소년자살위기개입전략 개발의 필요 정도에 대해 물어본 결과, 매우 필요 57.6%, 필요 39.1%, 보통 1.1%, 불필요 2.2%, 매우 불필요 0.0%로 청소년상담자 중 96.7%가 개발할 필요가 있다고 응답하였다.

또한 청소년내담자의 자살위험이 인식될 때 자주 사용하는 상담전략을 얼마나 자주 사용하는지에 대해 질문한 결과, 자살하고 싶어 하는 마음을 충분히 공감한다 92%, 보호자에게 청소년내담자의 자살위험성을 알린다 77.9%, 내담자의 자살위험성 수준을 파악하는 질문을 한다 89.6%, 자살에 관한 내담자의 욕구를 파악하는 질문을 한다 92%, 자살하고 싶어 하는 상황에 대해 구체적으로 탐색한다 88.5%로 해당 상담전략을 사용하는 편이라고 응답하였다. 상담전략별 평균은 4.03~4.43을 보였다.

표 25. 청소년내담자의 자살위험 인식 시 상담전략별 사용 정도

상 담 전 략	매우 자주 사용	약간 사용 함	보통	거의 사용 안함	전혀 사용 안함	평균
자살하고 싶어 하는 마음을 충분히 공감한다	43.7	48.3	8.0	0.0	0.0	4.36
보호자에게 청소년내담자의 자살위험성을 알린다	32.6	45.3	16.3	4.7	1.2	4.03
내담자의 자살위험성 수준을 파악하는 질문을 한다	21.1	38.4	9.3	1.2	0.0	4.40
자살에 관한 내담자의 욕구를 파악하는 질문을 한다	43.7	48.3	6.9	1.1	0.0	4.34
자살하고 싶어 하는 상황에 대해 구체적으로 탐색한다	54.0	34.5	11.5	0.0	0.0	4.43

가장 효과적으로 생각되는 청소년 자살 위기개입전략 구성요소는 무엇인지를 복수응답하게 한 결과, '개인상담'에 70.3%의 가장 높은 응답율을 보였고, 가족상담 45.1%, 사례관리 22%, 교육프로그램 22%, 집단상담 20.9%, 위기개입기관 연계 18.7% 순으로 나타났다.

다. 자살위험청소년 면접조사

1) 조사대상

2007년도 B시에서는 시내 4개 중고 1,500명을 대상으로 MMPI-A를 실시하였고 심리 검사전문기관에 의뢰하여 인지, 행동, 정서면에서 고위험군(상위 15%)에 해당되는 134명을 1차 스크리닝하였다. 이들 134명을 대상으로 Beck의 우울척도(BDI), Beck의 자살생각척도(BSSI), Beck의 무망감척도(BHOP)를 실시하여 자살고위험군을 분류하였다⁶⁾. 2008년 3월 본원에서는 B청소년지원센터의 협조를 얻어, 2007년도에 고위험군으로 선정된 청소년 18명 중 7명을 면접하였고, 그 중 면접이 제대로 이루어지지 않은 1명의 사례를 제외한 6명의 특성(모두 중 3학년, 남 2명, 여 4명)을 분석하였다. 면접은 위험요인(개인, 가족, 학교), 보호요인, 스트레스 대처, 자살행동(자살생각, 자살계획 및 준비, 자살시도), 지지원 등에 대해 반구조화된 질문으로 진행되었다. 조사대상의 자살행동 특징은 표 26과 같다.

2) 청소년 면접조사 내용 및 시사점

가) 자살행동

우울과 자살생각척도의 점수가 높은 학생들이 자살생각은 물론 자살시도 경험을 많이 보고하였다. 남학생에 비해 여학생에게서 우울과 자살생각 호소가 많았고, 옥상이나 교실 창문에서 떨어지려고 하거나 커터칼을 손목에 대는 등의 자살시도 경험을 보고하였다. 남학생들이 여학생에 비해 검사 당시의 스트레스에 대한 반응으로 우울과 자살생각 점수가 높았던 것으로 보인다. 스트레스에 대한 반응인 경우, 자살생각을 하기는 해도 심각하게 방법을 생각하지는 않았고, 자살시도를 하면서도 무서웠다고 보고하고 있다. 3회나 자살시도를 한 여학생의 경우 집, 친구 집, 교실 등으로 시도 장소가 다양했고 마지막으로 시도했을 때는 뒤에 있는 친구가 잡아주었지만 그 밖의 친구들은 알아채지 못

6) Beck 우울척도(BDI) : Cut-off score는 9점(Beck, 1967)이고, 9점 이하는 정상(normal), 10~15점은 경도의 우울(mild depression), 16~23점은 중등도의 우울(moderate depression), 24~63점은 매우 심한 우울(severe depression)에 속함

Beck의 자살생각척도(BSSI) : 고등학생을 기준으로 평균 9(표준편차 7)로 15이하 정상, 16~19(연령집단에 비해 자살생각을 많이 함), 20~23(연령집단에 비해 자살생각을 상당히 많이 함), 24이상(연령집단에 비해 자살생각을 매우 많이 함)임

Beck의 무망감척도(BHOP) : 10점이 자살위험지표임

했다고 하였으며, 자살시도에 대한 아무런 조치도 취해지지 않았던 것으로 나타났다.

표 26. 면접조사 대상의 특징

번호	성별	BDI BHOP BSSI	자살행동
1	남	25 11 24	• 죽고 싶다는 생각은 들어도 ‘눈 질끈 감고 하는 자살’ 을 생각할 만큼은 아니다
2	여	44 10 25	• 자살생각 • 자살방법 (농약, 인터넷으로 방법 검색) • 자살시도 (손목 긋기 시도 중 언니에게 칼 빼앗김)
3	여	33 10 23	• 자살생각 (“다 때려치우고 죽고 싶다”) • 자살방법 (차에 뛰어든다) • 자살시도 3회 (집 15층 옥상까지 올라감, 친구네 빌라 8층까지 올라감, 교실 창문에서 떨어지려고 하는데 친구가 잡음)
4	여	41 15 27	• 자살생각 (밤에 주로 생각, 아무도 없는 곳에 가서 죽고 싶어요, 친구들이나 어머니 저를 기억 못했으면 좋겠어요) • 자살시도 (베란다에서)
5	남	42 12 20	• 자살생각 • 자살시도 (옥상에 올라감. 부모님이 생각나고 무서웠고 후회함)
6	여	29 12 17	• 자살생각 (부모님이 싸울 때, 친구사이 안좋을 때) • 자살방법 (칼로 손목을 보면서 어떻게 하면 안아프게 죽을까 생각)

나) 위험요인

개인적인 면에서는 정서적으로 외로움, 혼자라는 느낌, 소외감, 우울감, 부모에 대한 원망 등이 나타났고, 사고면에서는 비관적이고 부정적인 사고, 행동면에서는 음주, 흡연, 기출이나 잦은 조퇴 경험, 성적 하락 등의 특징이 발견되었다. 이들은 공통적으로 터놓고 이야기할 사람이 없으며, ‘믿을 수 있는 사람, 위로해주는 사람, 의지할 수 있는 사람’을 간절히 바라고 있었다.

환경적인 면에서는 자살행동이 심각한 여학생들에게서 공통적으로 부모의 불화, 별거, 이혼, 폭력, 심지어 부모 중 한 명의 자살까지 보고되었다. 상대적으로 남학생들에게서는 부부의 갈등 보다는 학업성적으로 인한 부모와의 갈등, 학교 선배의 괴롭힘 등이 보고되었다.

다) 보호요인

심각한 자살행동을 보인 여학생들은 각각 '자기에 대해서 성찰함, 미래에 대한 꿈이 있음, 자존심이 강함, 자살하면 지옥에 간다는 신앙' (사례 2), '불우한 이웃을 돕고 살고 싶다는 소망, 껏꿏함' (사례 5), '그림을 그릴 수 있다는 것, 친구들' (사례 6) 이 있어 살 수 있었다고 하였다. 우울증 치료를 받거나 스트레스성 복통에 시달리면서도 자기성찰, 미래에 대한 꿈과 의지, 친구의 지지가 이들을 보호하고 있음을 알 수 있다.

라) 스트레스 대처

스트레스 대처전략은 매우 제한적임을 알 수 있다. 심각한 자살행동을 보인 여학생들은 노래방, 운다, 목욕한다, 인터넷 친구와 어울린다, 그림을 그린다고 하였고, 스트레스성 자살행동을 보인 남학생들은 흡연과 인터넷 게임, 열을 식히기 위해 밖에 나가 바람을 쐬는 등의 반응이 전부였다. 특히 자살을 생각할 정도로 학업성적때문에 부모와 갈등을 겪고 있는 학생의 경우에도 외로움, 소외감은 심하게 느끼지만 그저 열을 식히려 바람 쐬러 나간다 정도의 대처방안을 이야기하고 있어 다양한 전략이 필요함을 시사하였다.

마) 상담에 대한 태도

위기전화나 상담에 대한 태도는 만성적인 우울감과 환경적인 문제를 가지고 있는 여학생의 경우 호의적이었다. 스크리닝을 통해 바로 상담으로 연결한다면 도움을 받을 수 있을 것으로 보였다. 한 여학생은 이전의 상담경험이 부정적이어서 교사나 상담자에 대한 불신이 있어 상담에 대해 부정적이었다. 교사에게 전화했으나 연결되지 않은 경험, 가정 이야기를 다 했지만 달라지지 않았으며 오히려 자기를 불쌍하게 보는 시각 등이 불편하고 싫었다고 하였다.

표 27. 청소년 면접조사 내용 및 시사점

영역	내용	시사점
자살 행동	<ul style="list-style-type: none"> • BDI와 BSSI 점수가 높은 청소년에게서 심각한 자살행동이 보고됨 • 여학생은 가족문제에 의한 만성적인 우울과 자살시도, 남학생은 스트레스성 반응이 특징적 • 자살시도가 반복된 경우에도 심각성에 대해 주위에서 잘 모르고 있음. 자살시도는 반복되면서 조금씩 강도가 심해짐 	<ul style="list-style-type: none"> • 학교나 가정에서 청소년 자살행동의 경고사인 인식 제고 필요함 • 우울뿐만 아니라 충동성에 대한 스크리닝이 필요함 • 스크리닝 후 바로 위험 수준에 따라 적절한 프로그램으로 연결되어야 함 • 스트레스로 인해 위험수준이 높아졌다가 이후 문제가 없다고 주장, 스트레스 관리훈련 등 기술훈련 연결 필요함 • 게이트키퍼 양성 필요 • 특히 자살시도에 대한 개입 필요함(반복 가능성 있음)
위험 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 외로움, 소외감, 혼자라는 느낌, 우울감, 원망 • 비관적이고 부정적인 사고 • 음주, 흡연, 가출, 잦은 조퇴경험, 성적 하락 • 부모와의 갈등 • 부모의 불화, 별거, 이혼 • 가족의 폭력 • 가족의 자살 	<ul style="list-style-type: none"> • 특히 외로움, 고립감을 견디기 힘들어함. 감정조절훈련 필요함 • 심각한 가정사의 영향이 큼. 가족개입 필요함 • 사후개입에 대한 지침 필요함
보호 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 자신에 대한 성찰능력 • 미래에 대한 꿈, 소망 • 재능, 할 수 있는 일 • 자존심이 강함 • 자살하면 안된다는 신앙의 힘 • 친구 	<ul style="list-style-type: none"> • 내적인 힘과 함께 도움을 받을 수 있는 대인관계 기술 훈련 필요함 • 종교가 자살예방에 도움이 됨 • 지지원 넓히기
스트레스 대처	<ul style="list-style-type: none"> • 노래방, 운다, 목욕한다, 인터넷 채팅 • 흡연, 게임, 밖에 나가 바람쐐기 	<ul style="list-style-type: none"> • 스트레스 대처전략 강화 필요함

라. 문헌연구 및 요구조사 결과의 시사점

문헌연구와 요구조사 결과를 바탕으로 자살위기청소년 상담모형 개발의 시사점을 다음과 같이 도출하였다.

첫째, 청소년내담자의 자살위험성을 체계적으로 평가하고 관리하는 틀이 필요하다. 자살위험 인지는 주로 내담자의 직접적인 자기보고에 의존하게 된다. 내담자가 다른 문제

로 상담을 진행하는 중에 자살시도를 하거나 보고하지 않으면 자살의 위험성에 대해 모르고 지나갈 수도 있다. 상담자 실태조사에서 최근 3년 동안 자살문제를 상담하지 않은 상담자가 약 반이 넘고, 사례수도 평균 1.95사례로 나타났다. 현재까지는 청소년상담지원센터에서 자살고위험 내담자가 흔하지는 않은 것으로 보인다. 이런 상황에서 자살위기청소년을 현장에서 만나게 되면 상담자도 당황하기 쉽다. 신속하게 자살위험성을 평가하여 개입할 수 있는 구조화된 틀이나 도구가 있다면 상담자가 체계적이고 안정적으로 개입하는데 도움이 될 것이다.

둘째, 직접적으로 청소년의 자살위험성에 초점을 맞춘 개입모형이 필요하다. 상담신청 시 자살위험에 대한 스크리닝을 하는 것은 물론, 자살위험이 있다고 판단되는 경우 자살위험성 평가와 위기개입, 청소년의 안전성 확보 후 지속적인 상담개입까지 상담자를 위한 자살문제에 대한 체계적이고 구조화된 상담지침이 필요하다. CAMS의 자살상태양식과 같은 도구는 자살위험성을 직접적으로 다루고 자살위험 해결을 확인하는데 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

셋째, 자살위기청소년의 정서조절과 기술훈련이 필요하다. 청소년들은 외로움, 고립감, 우울, 분노 등의 감정을 조절하지 못하고 충동적으로 자살행동을 하는 경우가 많다. 따라서 자살위기에 대한 개입을 통해 안전성을 확보하는 것이 중요하며, 어느 정도 안전성이 확보된 뒤에는 스트레스 상황에서 자살행동을 유발하는 정서를 통제하고 효과적인 대처전략들을 사용할 수 있도록 기술을 훈련할 필요가 있다. 상담자들은 개인상담에서 스트레스 대처나 감정조절 기술을 다루고 있었으나 체계적이지는 않았다. 자살위기청소년 상담모형에는 치료계획 안에 부정적인 정서, 특히 우울과 충동성을 다루는 법, 스트레스 관리, 문제해결 기술 등에 대한 체계적인 교육과 훈련이 필수적으로 포함되어야 할 것으로 보인다.

넷째, 자살위기청소년에 대한 개입은 다중체계적 접근이 필요하다. 현재 대부분의 자살위기 상담은 개인상담, 전화상담, 가족상담으로 이루어지고 있다. 가족은 가장 큰 위험요인이면서 보호요인으로서 특히 가족의 정신과적 문제에 대한 개입, 위험요인이 되는 가족에 대한 개입, 또는 자살에 대한 인식제고를 위한 개입전략이 필요한 것을 알 수 있었다. 또한 전화나 사이버상담을 통한 회기와 회기 사이의 개입, 보호자에 대한 교육과 함께 특히 정신과적 문제를 가진 경우 학교, 병원, 정신보건센터 등과 연계하여 관리할 필요가 있다. 이런 점에서 자살위기청소년에 대해서도 개인, 가족, 지역사회를 포괄하는 다중체계적 접근이 필요할 것으로 보인다.

다섯째, 자살위기청소년 상담자에 대한 보호장치가 필요하다. 자살위기청소년 상담은 상담자에게도 심각한 스트레스의 원인이 된다. 상담자 보호차원에서도 자살위기청소년에 대한 적절한 개입과 효과적인 상담진행을 안내하는 매뉴얼이 필요할 것이다. 또한 자살위기사례에 대해서는 상담센터 내에서 함께 관리하고, 정신건강보건센터, 학교, 복지기관, 보건소, 의료기관, 경찰, 소방서, 종교단체 등의 지역사회 연계망을 활용함으로써 내담자뿐만 아니라 상담자 자신도 보호할 수 있을 것이다.

4. 자살위기청소년 상담모형 구성

문헌연구와 요구조사 결과의 시사점을 바탕으로 다음과 같이 상담모형 구성원리를 도출하였다.

첫째, 자살위험성을 직접적으로 다룬다. 자살위기청소년이 발견되면 우선적으로 자살위험성에 초점을 맞추어 개입한다. 자살위험성의 긴급성, 위급성을 고려하여 평가와 개입을 동시에 시행한다. 자살위험관리양식을 활용하여 체계적으로 자살위험성을 평가·관리한다.

둘째, 자살위기청소년이 호소하는 정서적 고통과 스트레스 상황을 최우선적으로 고려한다. 자살위험을 높이는 심리적 고통, 불안, 외로움, 고립감 등의 부정적 정서와 스트레스에 대한 빈약한 대처방법에 우선적으로 개입한다.

셋째, 개인상담과 심리교육을 구분한다. 정서조절과 스트레스관리, 대인관계기술 습득을 위한 별도의 상담시간(개인 또는 집단)을 마련한다. 기술훈련은 개인상담 안에서 수행될 수 있다. 그러나 좀 더 효과적으로 기술을 습득하도록 돕기 위해 개인상담과 심리교육 시간을 분리하여 운영할 것을 제안한다. 심리교육은 집단상담이나 훈련프로그램으로 운영하거나, 개인상담을 상담과 훈련 두 개의 모듈로 운영할 수 있다.

넷째, 자살위기청소년의 가족을 비롯한 지역사회 자원을 활용하고 연계한다. 자살위험성에 영향을 주는 개인 및 환경에 대한 포괄적인 개입을 통해 위험요인을 낮추고 보호요인을 강화한다. 상담이 종결된 후 자살문제가 반복되지 않도록 돕는다.

본 자살위기청소년 상담모형의 흐름을 개략적으로 기술하면 다음과 같다. 초기관리 과정은 초기평가와 개입으로 이루어진다. 초기평가를 통해 내담자의 현재 자살위험성 수준을 평가하고 내담자의 안전성을 확보하기 위한 전략을 세워 즉각적으로 개입한다.

동시에 내담자의 환경에 대한 초기평가를 통해 주변 자원의 수준을 평가하고 이를 활용하거나 자원화하는 전략을 수립하여 개입한다. 초기개입을 통해 내담자의 안전이 확보되고 자살행동이 감소되면 중기관리로 들어간다.

중기관리는 자살위험 관리와 모듈식 상담이다. 자살위험 관리는 2차 평가를 통해 내담자의 자살위험성을 유지·악화시키는 위험요인과 자살위험성을 감소시키는 보호요인을 파악한다. 내담자의 문제와 위험요인, 보호요인에 대한 평가를 바탕으로 상담목표와 전략을 수립한다. 개인상담, 심리교육, 가족 개입, 지지망 제공 등 내담자에게 적합한 모듈을 구성하여 운영한다. 이와 동시에 어느 시점이건 자살위험성이 발견되는 즉시 이를 관리하는 절차를 밟는다는 것이 특징이다. 자살행동이 없어졌다는 것이 확인되고, 자살행동을 촉발하고 유지하는 위험요인이 감소하고 보호요인이 강화되어 스스로 자신의 안전을 지킬 수 있게 되면 상담을 마무리한다. 종결한 후, 약 6개월간 정기적인 추수활동을 통하여 자살위험성의 재발을 방지한다.

자살위기청소년 상담의 흐름도를 제시하면 표 28과 같다.

가. 초기관리

1) 초기평가

가) 자살위험 기초평가: 우울, 스트레스, 충동성

자살위기청소년을 상담할 때 제일 먼저 할 일은 내담자의 자살위험 수준과 특징을 파악하는 것이다. 자살위험 초기평가를 하는 과정에서 주의할 점은 평가와 동시에 신뢰로운 관계형성에 힘써야 한다는 것이다. 상담자는 내담자의 눈으로 그의 고통을 바라보고 이해하려고 노력할 것이며, 이런 태도가 내담자에게 전달될 수 있도록 충분히 공감하고 지지하는 것이 필요하다.

자살위험 기초평가는 Beck의 우울척도, 충동성 척도, 지각된 생활스트레스척도로 구성되어 있다. 선행연구에 의하면 우울과 스트레스는 자살행동에 영향을 주는 대표적인 위험요인이며, 충동성은 청소년기의 발달적 특성과 관계있는 자살위험 요인임을 알 수 있다. 우울과 충동성은 개인내적 취약성을, 스트레스는 외적 문제 상황을 나타내는 것으로 청소년 자살의 특성적 측면과 스트레스로 인한 반응적 측면을 개략적으로 평가할 수 있다. 3가지 척도를 활용한 기초평가는 짧은 시간 안에 자살위험 수준과 유형을 파악하

는데 유용하다. 내담자의 개인적 취약성과 스트레스 요인 중 현재 더 크게 영향을 주는 것이 무엇인지 파악함으로써 개입의 우선순위를 정할 수 있다.

나) 자살위험 평가

(1) 자살상태 기록양식

자살상태 기록양식은 1) 내담자의 초기 자살위험을 다면적, 협력적으로 평가하고 기록하기 위해, 2) 내담자를 위한 자살치료 계획을 협력적으로 세우고 기록하기 위해, 3) 내담자의 자살위험을 계속 추적하고 관리하며 새로운 치료계획을 첨부하기 위해, 4) 종결시 성과를 확인하고 기록하기 위해 사용된다. 자살상태 기록양식은 내담자용과 상담자용으로 구분되어 있지만, 모든 평가에 상담자와 내담자가 함께 참여하며 내용을 공유한다. 내담자용은 1. 5점 척도의 지표, 2. 자살위험의 자신 대 타인 측면, 3. 살고 싶은 이유와 죽고 싶은 이유, 4. 살고 싶은 정도와 죽고 싶은 정도, 5. 자살하지 않게 하는 한 가지로 구성되어 있고, 상담자용은 자살생각, 자살계획, 자살시도와 위험요소를 기록하고, 개입계획, 내담자의 참여 동기와 자살위험 여부로 구성되어 있다(Jobes, 2006).

표 28. 자살위기청소년 상담 흐름도(초안)

자살위기청소년 상담과정			
초기 관리	초기평가	<ul style="list-style-type: none"> • 의뢰 및 사례 배정 • 자살위험 초기평가 <ul style="list-style-type: none"> - 기초평가 : 우울, 스트레스, 충동성 - 자살상태 기록양식 	2~4회기
	초기개입	<ul style="list-style-type: none"> • 안전성 확보 • 자살 위험에 대한 대처방법 탐색 • 정신과 진단 의뢰 • 자살상태 기록양식 / 자살위험 관리양식 	
		<ul style="list-style-type: none"> • 환경자원 평가 및 개입 <ul style="list-style-type: none"> - 가족, 친구에 대한 초기평가 - 주변환경 자원 활용 및 자원화를 위한 초기 개입 	1~2회기
중기 관리	2차 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 자살위험 지속평가 • 위험요인 및 보호요인 평가 • 목표 및 전략 수립: 모듈화 	1~2회기
	자살위험 관리 및 모듈식 상담	<ul style="list-style-type: none"> • 초점화된 모듈식 상담 <ul style="list-style-type: none"> - 개인상담 : 자기 탐색을 통한 자살위험과 관련된 자신의 감정, 사고, 행동에 대한 심층적 이해 및 변화 (12회기) - 기술 훈련 : 정서조절 및 스트레스관리 관련 프로그램 (5회기) - 가족에 대한 개입 (2~5회기) - 지역사회자원 연계 (2~3회기) 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살위험 관리 <ul style="list-style-type: none"> - 위기관리 중 자살위험성이 높게 나타나면 초기 개입부터 다시 시작 - 자살위험 관리양식에서 3회 연속 위험상태를 보이지 않으면 자살상태 성과관리양식 작성
후기 관리	종결평가 및 종결	<ul style="list-style-type: none"> • 자살위험 평가 : <ul style="list-style-type: none"> - 기초평가, 자살위험 성과관리양식 • 상담성과 평가 : 목표달성 정도, 위험 및 보호요인의 변화 	3~4회기
	추수관리	<ul style="list-style-type: none"> • 정기적 연락 : 이메일, 서신, 문자메시지 등 	6~12개월

(2) 자살위험 관리양식

자살상태 기록양식을 사용한 다음 회기부터는 매 회기를 시작할 때마다 자살위험 관리양식을 가지고 내담자에게 질문하면서 함께 점검해나간다. 이 역시 Jobes의 협력적 자살상태 평가 관리(CAMS) 방식을 따른다. 자살위험 관리양식은 자살상태 기록양식의 내용을 간편화한 질문지로 매 회기마다 짧은 시간을 들여 확인할 수 있도록 내담자와 상담자가 작성할 사항이 간략하게 구성되어 있다.

(3) 자살위험 관리성과양식

연속 3회기 동안 자살위험 관리양식을 함께 작성한 결과 내담자가 자살위험을 극복한 것으로 확인이 된다면 그 다음 회기에는 자살위험 관리성과양식을 작성한다. 우선 6가지 자살관련 정서의 심각도 평가를 기본으로 실시하고, 추가로 상담을 하면서 특히 도움이 되었던 부분과 상담을 받으면서 자살하고 싶은 마음이 들 때 도움이 될 수 있는 방법을 배웠는지를 자세하게 기술하게 한다. 이를 통해 내담자가 주관적으로 느끼는 상담의 성과가 무엇인지를 파악한다.

2) 초기개입

가) 자살위기청소년의 안전성 확보

초기개입에 가장 중요한 부분은 청소년의 안전을 확보하는 것이다. 자살위기청소년을 24시간 상담자의 보호 하에 돌보는 상황이 아니기 때문에, 상담실 밖을 나갔을 때부터 다음 상담시간까지 자살 위험으로부터 내담자를 보호할 수 있도록 안정성을 확보하기 위한 작업을 해야 한다.

첫째, 내담자가 자살수단을 갖고 있는지를 파악하고 이로부터 차단할 수 있는 방법을 찾아야 한다. 내담자가 약을 모으거나, 칼을 수집하고 있다면 현재 몸에 소지하고 있는지 여부를 확인하고 이를 치우는 것이 필요하다. 그런데 칼과 같이 자칫 잘못 다루어서는 상담상황에서 위험한 일이 발생할 수 있는 경우 센터 내 다른 직원이 함께한 자리에서 상담을 진행하면서 다른 사람의 협조를 얻어 칼을 치우도록 하는 게 필요하다. 이때 내담자의 양해를 충분히 구한 상태에서 진행해야 할 것이다.

한편 자살수단이 내담자의 집에 있거나 학교 등 그밖의 장소에 모아두고 있다면 이를 당장 없앨 수 있도록 도와줄 수 있는 사람이 누구인지를 확인하고 상담하는 도중에 내

담자의 동의를 구하여 직접 통화하여 도움을 청하는 것이 바람직하다.

둘째, 안전을 확보하기 위해서는 청소년 내담자 주변에 어떠한 인적 자원이 있는지를 확인해야 한다. 이때, 청소년의 자살위기에 대해 가족들이 알아야 할 의무가 있음을 알리는 것이 필요하다. 그런데 청소년이 자살하려는 이유에 주변의 누군가, 예를 들어 가족이나 친구, 교사 등을 상처입히려는 의도가 포함될 경우 특히 가족이 해당될 경우 가족에게 알리고 싶어하지 않을 수 있다. 그러한 문제가 예상되는 경우에는 청소년과 충분한 관계 형성을 가진 이후에 ‘그 사람(들)이 내담자의 자살위기를 알게 된다면 어떻게 될 것 같은지, 이에 대해 어떻게 생각하는지’를 탐색하는 것이 필요하다(육성필, 이해선 역, 2006a). 그 사람(들)에 대한 청소년의 감정에 충분히 정상화하면서도 내담자가 안전하도록 도움 의무를 밝혀 내담자의 협조를 요청하고 청소년의 가족 혹은 청소년이 믿을 만한 가장 가까운 주변사람과 상담자가 접촉하는 것에 대해 허락을 구해야 할 것이다.

나) 자살위험에 대한 대처방법 탐색

자살위기관리 계획의 중요한 요소는 자살 유혹을 예방하기 위해 평소 사용할 수 있는 대처방법을 탐색하는 것이다. 자살위기를 관리하기 위해서는 적어도 3가지 전화번호를 알려줄 필요가 있다. 우선 상담자의 사무실 전화번호, 상담자와 연결될 수 있는 다른 전화번호를 포함한다. 그리고 지역센터의 청소년위기전화(1388), 지역 병원응급실 전화번호 등이다. 그런데 이러한 연락처가 실제로 사용되기 위해서는 내담자가 직접 접촉을 한 경험이 필요하다. 따라서 되도록 상담회기 중에 3가지 전화의 주요담당자에게 전화를 걸어 내담자와 이야기 나눌 수 있도록 한다(이것은 반드시 1~2회기 내에 시행하지 않더라도 초기개입 단계 안에 실시한다).

또한 자살유혹을 예방하기 위해 평소에 사용할 수 있는 대처방안을 탐색할 필요가 있다. 첫째, 자살 생각은 반복될 수는 있지만 한번 떠오른 순간이 영원하게 지속되지 않는다는 것을 인식하도록 돕는다. 둘째, 평소에 좋아하는 일들이 무엇인지 찾도록 한다. 예를 들어, 친구와 수다를 떨거나 영화를 보는 것, 산책이나 운동 등을 하도록 한다. 셋째, 평소 자신의 느낌을 비교적 솔직하게 말할 수 있는 사람을 한 사람이라도 떠올려보고, 없을 경우 청소년상담전화, 채팅상담 등을 활용하도록 돕는다. 이러한 방안들은 마련되면 대처방법카드(주민등록증 크기)로 작성하여 청소년내담자가 갖고 다닐 수 있도록 한다.

다) 정신과 진단 의뢰

자살위기에 놓인 청소년들의 경우 상당수가 정신병리학적 어려움을 경험하고 있다고 많은 선행연구에서 밝히고 있는 만큼 우리가 접하게 되는 청소년들이 급박한 자살 상태에 놓여있다면 심한 우울증이나, 불면, 심한 분노, 알코올 등 약물남용, 환각을 동반한 정신 분열 등의 급성 정신장애의 하나 혹은 그 이상의 증상을 수반할 수 있다. 청소년이 정신 장애로 인해 자살을 시도할 위험을 보이리라 예측된다면 정신과 입원 의뢰를 하는 것이 가장 안전한 방법일 것이다. 또한 즉각적인 입원조치가 필요한 상태가 아닐지라도 정신병리적 증상을 보이고 있다면 정신과 진단을 의뢰하여 약물치료가 필요한 경우에는 약물치료를 잘 받을 수 있도록 도움 필요가 있다.

라) 내담자 환경자원 평가 및 개입

내담자가 청소년인 만큼 가족이나 주변 어른들의 도움은 매우 필요하며 중요하다. 자살위험은 고립감과 매우 밀접한 관련이 있으며, 특히 가족과의 갈등은 주요한 자살위험 요인으로 꼽히는 요소이다. 따라서 자살위기청소년은 가족과의 관계가 원활하지 못할 가능성이 많다. 심지어 방임되거나 가정폭력을 당하고 있는 상황에 놓여있을 수 있다. 이러한 상황에서 아무리 청소년 내담자의 동의를 구했다고 해도 막상 가족들이 낯선 상담자의 연락에 대해 달가워하지 않고 내담자를 돕는데 적극적으로 도움을 주지 않을 가능성도 있다. 더구나 청소년이 많은 어려움을 안고 있는 상태라면 부모들은 죄책감을 느낄 수 있고, 이러한 부분을 상담자로부터 지적받을까봐 경계하고 방어할 수 있다.

이와 같이 자살위기청소년을 돕기 위해 가족들은 매우 중요한 주변 자원임에도 불구하고 여러 가지 어려움이 예상되므로 청소년의 주변 가족들을 만나서 청소년에게 도움을 주도록 하는 과정은 몇 가지 단계를 거쳐 진행하는 것이 안전할 수 있다. 먼저 가족에게 도움을 구하기에 앞서, 상담을 의뢰받았음을 알리고 상담자를 소개하는 글을 먼저 보낸다. 바로 면담요청을 하거나 찾아가는 것보다 편지(e-mail 포함)나 문자메시지와 같은 간접적인 수단이 긴장감을 줄여줄 것이기 때문이다. 며칠 후 편지를 받았는지 전화로 확인하면서 대화한다. 이때 부모(보호자)와 처음 통화하는 순간 부모를 적극적으로 환영하는 분위기를 조성하여 청소년의 자살위기문제에 대해 부모의 책임을 추궁하기 위해 연락한 것이 아님을 깨닫게 한다. 또한 자녀의 성장과 발전을 위해 부모와 상담자는 함께 노력하는 협력자임을 알린다. 의뢰된 청소년에 대해 문제점보다는 장점이나 잠재성을 먼저 다루면서 청소년의 어려움을 해결하기 위해 부모(보호자)로서 협조해야 할 부

분에 대해 협력해줄 것을 확고히 한다.

나. 중기관리

1) 자살위험 관리

자살위기청소년 상담에서는 지속적인 자살위험 관리가 매우 중요한 부분이다. 초기개입을 통해 자살행동이 감소되었어도 상담 중에 자살행동이 나타나면 다시 처음부터 평가하고 관리하는 과정을 반복한다.

2) 모듈식 상담

만약 청소년의 자살위험성이 악화되었음이 내담자와 주변인으로부터 확인된다면 내담자의 내적 성장에 초점을 두어 상담 목표 및 개입 전략을 재조정하는 것이 필요하다. 물론 간과하지 말아야 할 것은 내담자의 자살위험성을 점검·감소시키는 작업을 반드시 병행해야 한다는 점이다.

가) 위험요인 및 보호요인 평가

상담목표 및 개입전략을 재조정하기 위해서는 내담자에 대한 총괄적 평가가 필요하다. 이를 위해서 내담자 개인, 가족, 또래/학교 및 지역사회 영역(체계)별로 내담자의 자살위험성을 촉발, 유지, 강화시키는 위험요인을 찾아내고, 이러한 문제를 약화시키는데 도움이 되는 보호요인을 파악하는 작업이 이루어져야 한다. 이를 위해 초기 평가에서 이루어진 기본척도, 자살상태 기록양식 및 자살상태 관리양식 결과, 면접 자료의 내용을 분석하고 종합하여 위험요인과 보호요인을 작성하고 그 수준을 5점 척도로 체크한다.

나) 목표 설정 및 개입 전략

내담자의 변화를 돕기 위한 상담은 시급히 감소시켜야 할 위험요인의 우선 순위를 정하고, 가장 활용도가 높은 보호요인을 정하여 이를 근거로 목표를 설정한다. 개인, 가정, 학교 및 또래, 지역사회 영역별로 목표를 설정하고 구체적이고 실현가능한 개입전략을 구체화한다.

상담목표와 이를 달성하기 위한 구체적인 개입전략이 수립되면, 내담자에게 필요한 개입내용을 모듈식으로 구성한다. 모듈식 상담을 실시할 때, 모든 모듈을 동시에 진행하

기는 어려울 수 있다. 따라서 우선순위를 고려하여 진행하게 된다. 모듈식 상담은 일단 자살위기가 지나가고 어느 정도 안정화된 상태에서 자살문제의 기저가 되는 요인들을 파악하고 이에 개입하되, 상담과 기술훈련을 구분하여 진행한다는 점이 특징이다.

다. 후기관리

1) 종결

자살위기청소년 상담의 경우, 1인당 프로그램 제공 기간을 약 16~18회기 4~5개월을 기본으로 하여 평가를 시행하고 종결여부를 결정한다. 단, 서비스 대상인 자살위기청소년의 문제의 심각성 여부에 따라 다시 서비스를 제공받을 수 있도록 조정될 수 있다. 자살위기청소년 상담은 자살위험성이 높은 상태에서 자살위험을 관리하면서 기저의 심리적, 환경적 요인들을 집중적으로 다루었으므로 종결을 위해서는 1) 자살위험성 평가, 2) 상담성과 평가를 한다.

2) 추수관리

자살문제는 소속감, 유대감 등이 매우 중요한 요인이므로 종결과정이나 종결 이후의 관리가 특히 중요하다. 따라서 종결 이후의 추수활동을 계획하고 다른 개입이나 지원이 필요한 경우 적절한 기관에 의뢰하여야 한다. 상담종결과 함께 연계감이 뚝 끊어진 느낌이 들지 않도록 아웃리치 활동을 계획한다. 청소년과 가족에게 편지나 E-mail 혹은 문자메시지를 정기적으로 전송함으로써 지속적인 관심을 전달하는 것이다. 이는 상담 경험이 내담자에게 내재화되어 스트레스 상황에서 활용될 수 있도록 reminder의 역할을 할 수 있다. 6개월 동안은 매월 꾸준히 발송하고 6개월 후에는 격월이나 분기별로 발송하면서 서서히 줄여나갈 수 있다. 종결 후 아웃리치는 상담자 개인이 아니라 접수실이나 사후관리팀에서 일괄적으로 관리한다. 편지나 문자메시지에 대해 답신 여부와 상관없이 꾸준히 정기적으로 접촉한다. 내담자의 신변에 변화가 있어 즉각 개입이 필요한 상황에서는 위기개입을 해주어야 한다.

5. 자살위기청소년 상담 시범운영

가. 시범운영 대상

시범운영에 참여하는 상담자는 청소년자살 예방프로그램 시범운영 지도자와 동일한 절차를 거쳐, '청소년자살 예방프로그램 및 상담 시범운영지도자 교육' 참여자 중에서 자살위기청소년 상담을 의뢰받은 상담자 5명이다.

시범운영 대상은 시범운영 지도자교육을 받은 상담자 및 상담교사가 소속된 기관(청소년상담지원센터, 청소년관련기관)에 자살행동으로 의뢰되거나, 부모가 상담센터에 직접 의뢰하거나, 112 신고를 통해 자살시도 도중에 지역청소년기관에 연결된 사례 등 총 6사례이다. 참여하는 청소년의 연령은 만 13세~만 18세의 남학생 1명, 여학생 5명이다.

나. 운영방법 및 기간

시범운영은 2008년 9월부터 11월 말까지 진행되었다. 개발된 상담모형은 자살위기청소년의 상담동기, 상담자의 여건 등에 따라 초기관리는 일주일에 2~3회기, 중기관리는 일주일에 1번 정도, 추수관리는 매달 1회 정도 6개월을 지속하게 되어 있다. 전반적인 자살위기청소년 상담의 성과를 알아보기 위해서는 약 1년의 과정이 필요하다. 이번 시범운영은 시간적인 제한으로 인하여 짧게는 1개월, 길어야 2개월 정도 진행이 되었고, 따라서 주로 자살위험의 초기평가 및 관리의 적용성에 초점이 맞추어졌다.

시범운영 진행 중에 1회의 중간평가를 하였다. 시범운영 참여 상담자 중 참석이 가능한 4명의 협조를 얻어 자살위기청소년 상담모형이 자살상담에 도움이 된 점과 상담과정에서의 어려움, 보완되어야 할 점 등에 대해 논의하였다. 논의 내용을 정리하여 모형 및 매뉴얼 수정에 참고하였다.

다. 평가도구

본 연구에서 사용된 평가도구는 다음과 같다.

- 1) BDI-II(Beck Depression Inventory-II) : Beck 등(1996)이 개발한 BDI-II를 김명식, 이임순, 이창선(2007)이 번안한 한국판 BDI-II를 사용했다. BDI-II는 기준에

BDI에서 쓰이던 체중감소(weight loss), 신체상 변화(body image change), 작업곤란(work difficulty), 그리고 신체몰입(somatic preoccupation) 등을 제외했다. 대신 심한 우울로 인해 흔히 나타나는 초조(Agitation), 집중력 장애(Concentration Difficulty), 무가치감(Worthlessness), 그리고 의욕상실(Loss of Energy) 등 4가지 증상을 추가했다. 또한 “오늘을 포함해, 최근 2주간의 증상”을 질문해 DSM-IV의 주요 우울증의 준거와 일치시키려 했다. 0-3점으로 4점 척도로 구성되어 있다. 미국의 경우 BDI-II 21문항의 총점 0-13은 ‘정상’, 14-19는 ‘가벼운 우울’(mild depression), 20-28은 ‘중등도의 우울’(moderate depression), 29-63은 ‘심한 우울’(severe depression)을 의미한다. 김명식 등(2007)이 보고한 신뢰도 계수(Cronbach α)는 .80이었다.

2) 충동성 척도(BIS-II, Barratt Impulsiveness Scale-II) : 청소년들의 충동성 평가를 위해 Baratt(1969)가 개발한 BIS-II를 이현수(1992)가 번안한 것을 사용하였다. 충동성은 만족지연이 되지 않고, 즉각적인 욕구충족을 원하는 상태라고 정의된다. 청소년 자살의 경우 충동적인 행동과 자살도 많이 나타나므로 충동성에 대한 평가가 중요하다. 총 23개의 문항은 무계획충동성 9문항(1,3,6,9,12,17,19,20,23), 운동충동성 8문항(2,4,7,10,13,15,18,22), 인지충동성 6문항(5,8,11,14,16,2)으로 구성된다. 1-4점으로 4점 척도로 구성되어 있다. 미국의 경우, BIS-II 23문항의 총점의 의미는 37-45점은 ‘충동경향’, 45-59는 ‘충동적’, 60점 이상은 ‘매우 충동적’임을 의미한다. 이현수(1992)가 보고한 신뢰도 계수(Cronbach α)는 인지충동성 $\alpha=.73$, 운동충동성 $\alpha=.70$, 무계획충동성 $\alpha=.50$ 이었다.

3) 생활스트레스 척도 : 박광배 등(1991)은 고등학생이 경험하는 스트레스를 13개의 항목으로 측정하였다. 이 척도는 생활영역을 자신, 가정, 학교, 친구로 나누어 각 영역에서 경험하는 문제나 불만이 괴롭게 느껴지는 정도를 표시하게 하였다. 총 13개의 문항은 하위영역별로 자신의 영역 5문항(1, 2, 3, 4, 13), 가정의 영역 3문항(5, 7, 9), 학업의 영역 3문항(6, 8, 2), 친구의 영역 2문항(10, 11)으로 구성되어 있으며, 1-5점으로 5점 척도로 채점된다.

4) 자살상태양식(Suicide State Form) : 자살상태양식은 Jobes(2006)가 외래환자의

자살위험성을 평가하고 관리하기 위해 개발한 도구이다. 초기평가용, 모니터링용, 성과확인용 세 종류의 내담자용과 상담자용 서식으로 구성되어 있다. 내담자용은 5가지 자살관련 정서 - ①심리적 고통, ②스트레스, ③흥분, ④무망감, ⑤자기혐오-와 ⑥전반적 자살위험의 심각성을 평가하는 문항에 대해 항목별로 1~5점까지 점수를 주고 그 내용을 문장으로 완성하도록 되어있다. 이번 시범운영에서는 초기평가 점수와 이후 점수들을 비교하여 자살관련 정서 및 전반적인 자살위험성의 변화를 확인하는 것으로 성과를 평가하였다.

라. 시범운영 결과

1) 자살위기청소년 상담내용

가) 상담자의 특성

자살위기청소년 상담자의 특징은 다음과 같다. 5명 중 2명은 이번 지도자 교육 이전에 청소년자살문제에 대한 교육경험이 있었으나, 5명 모두 자살위기청소년 상담교육 수강은 처음이었다. 소속은 청소년상담지원센터 상담자 1명, 중고교 전문상담교사 3명, 청소년관련기관 상담자가 1명이었다. 상담자들의 학력은 5명 중 3명이 상담관련 석사 재학 및 전공자였고, 자격증은 2명이 청소년상담사 3급, 1명이 사회복지사 2급 소지자였다. 상담경력은 2년~10년으로 나타났다.

나) 내담자의 특성

첫째 의뢰경위는 전체 학생을 대상으로 우울과 충동성 검사를 실시한 결과 자살위험이 발견된 경우, 또는 담임교사와의 면담 혹은 수업시간 중 특이사항이 발견되어 교내 상담교사나 지역 상담센터로 의뢰된 경우, 내담자가 직접 전화상담을 통해 자살생각을 호소하거나 부모와 함께 내방한 경우였다.

둘째, 자살생각 및 자살시도 경험으로는 6명 모두 자살생각을 보고하였고, 5명이 자살시도 경험을 보고하였다. 면도칼이나 식칼로 자해행동을 하거나 음독, 옷걸이 등을 이용한 목맬 등의 자살시도 행동을 보였다.

셋째, 위험요인으로는 개인적 특징으로는 우울, 외로움, 무망감, 대인관계 기술 부족, 학업부담 등이었고, 환경적 특징으로는 부모의 우울, 친척의 죽음, 친구나 오빠의 폭력 및 성폭력 등이었다(표 29).

다) 자살위험 초기평가 및 관리

상담자들은 내담자의 자살위험 평가를 위해 대부분 초반에 자살상태기록양식을 실시하였다. 심리적 고통, 스트레스, 흥분, 희망없음, 자기혐오 등 자살관련 정서와 전반적인 자살위험을 5점 척도로 평가하였다. 살고 싶은 이유, 죽고 싶은 이유 등이 탐색되었으며, 그 과정에서 자살 행동의 구체성, 심각성 등이 평가되었다. 자살상태기록양식은 첫 회기에 시행되었고, 지도자교육 이전에 상담이 시작된 한 사례는 4회기 때 실시되었다. 5개 자살관련 정서의 평균 점수는 3.4~4.6점, 전반적 자살위험은 2~4점이었다.

살고 싶은 이유에 대해 가족, 여자친구, 친구, 아는 언니 등이 언급되었고, 죽고 싶은 이유에 대해서는 성적, 친구나 여자친구와의 다툼, 불안함, 오빠의 폭력, 병, 현재의 처지, 미래 등이 언급되었다.

자살에 대한 양가감정에 대해서는 살고싶다와 죽고싶다가 같은 점수인 경우가 2사례, 살고싶다가 더 높은 경우가 2사례, 죽고싶다가 더 높은 경우가 1사례였다.

상담자들은 자살상태기록양식을 가지고 면접을 하면서 자살생각, 자살시도, 자살계획에 대한 내용과 개인 및 환경적 위험요인에 대해 확인하였다. 마지막으로 개입계획을 세웠다. 초기 개입은 안전성 확보를 위해 위기연락처를 알려주고, 정서적 안정과 지지를 위해 자주 만났던 것으로 나타났다. 대부분 바로 부모에게 연락하여 가족의 도움을 받아 안전에 대한 대책을 세웠다. 개인상담을 중심으로 정신과 치료와 스트레스 대처방법에 관한 기술훈련이 병행되었다. 부의 성폭력이 문제가 된 내담자는 쉼터로 의뢰되어 안정기간을 가진 것으로 보고되었다.

자살위험을 모니터링하고 관리성과를 평가하는 자살위험 관리양식은 6사례 중 5사례, 자살위험 관리성과양식은 3사례에서 시행되었다. 상담자별로 상담 간격이 2,3시간(쉼터의 경우)~3일로 6사례 중 4사례는 특정기간(초기) 동안 매일 상담이 이루어지기도 하였다. 3사례에서 자살관련 정서와 전반적인 자살위험 점수가 점점 낮아지고 자살위기가 해결된 것으로 보고되었다.

표 29. 자살위기청소년 상담 내용 요약

사 례	성별 나이	상담 기간	의뢰경위	척도평가		자살위험관리 ⁷⁾			상담방법	
				초기	관리	성과	개인	면담		
1	남 (18)	10.7 ~ 10.29	<ul style="list-style-type: none"> 전학년 대상으로 척도평가 실시, 우울척도의 9번 자살 관련 항목을 체크한 학생 1회 면접시 이미 자살행동을 자주하였고 손목에 자해한 흔적을 발견하여 위기상황이라 포착되어 내담자로 선정 	1회기		2회기 244542	3회기 550051	17 회기 000001	개인	면담
				BDI	29				(11)	(9)
				충동성	55				가족	전화
				스트레스	3.5				(2)	(2)
				17회기					기술	문자
				BDI	6				(3)	()
충동성	56	연계	서신							
스트레스	2.3	()	()							
2	여 (15)	9.10 ~ 10.20	<ul style="list-style-type: none"> 내담자가 담임과 면담 요청 면담하면서 2회의 자살시도 경험 발견되어 담임교사에 의해 교내상담실로 의뢰됨 	미실시		4회기 454444	9회기 112221	-	개인	면담
				BDI	X				가족	전화
				충동성	X				(4)	(2)
				스트레스	X				기술	문자
						12 회기 111111		(1)	()	
								연계	서신	
								()	()	
3	여 (19)	10. 5 ~ 10.28	<ul style="list-style-type: none"> 쉼터 홍보용 리플렛을 보고 내담자가 직접 전화상담 요청 자신이 죽는 것을 세상에 알리고 싶어서 전화했다면서 '세상과 인연을 끊고 싶다, 할 수 있는 게 아무것도 없어서 죽고 싶다' 고 하여 긴급구조 실시, 상담으로 연결함 정신과 입원 경험 	BDI	40	1회기 555534	3회기 555554	6회기 -	개인	면담
				충동성	54				가족	전화
				스트레스	3.9				기술	문자
									(1)	()
								연계	서신	
								(1)	()	
4	여 (13)	9. 30 ~ 11.28	<ul style="list-style-type: none"> 미술시간에 자살나무라는 제목의 그림을 그림. 붉은 나무에 한 사람이 목을 매달려 있는 그림. 미술교사가 상담교사에게 의뢰함 따돌림, 초등학교 때 자살시도 경험. 	BDI	22	1회기 455453	8회기 312331	-	개인	면담
				충동성	46				가족	전화
				스트레스	3.4				()	()
									기술	문자
								(5)	(1)	
						14 회기 320031		연계	서신	
								()	()	

7) 회기별로 자살관련정서 및 전반적 자살위험점수(5점척도) 값을 기록 하였음.

표 29. 계속

사 례	성별 나이	상담 기간	의뢰경위	척도평가		자살위험관리			상담방법	
						초기	관리	성과		
5	여 (15)	9. 19 ~	<ul style="list-style-type: none"> • 내담자와 모가 청소년 상담지원센터 방문. • 최근 고모 사망. 내담자의 오빠가 내담자를 폭력적으로 다름. 죽이겠다고 위협 	점수결과		1회기 343343	-	-	개인	면담
				BDI	14				가족	전화
				총동성	35				기술	문자
				스트레스	2.9				연계	서신
6	여 (19)	9. 18 ~	<ul style="list-style-type: none"> • 조퇴 후 집에서 음독 자살 시도, 담임선생님이 학생의 태도에서 위험성을 발견, 1388 청소년지원센터로 의뢰 • 친부 성폭행에 따른 자살행동임이 드러나 근처 여자청소년쉼터에 입소 조치 	점수결과		미제출	미제출	미제출	개인	면담
				BDI	39				가족	전화
				총동성	48				기술	문자
				스트레스	2.9				학교	서신
								보호		

자살위험 관리성과양식에서 상담에서 특히 도움된 것으로 ‘이야기하면 마음이 편해지곤 했다. 적어도 상담실에서는’, ‘나를 위해주는 사람이 있어서 좋았다. 경찰아저씨가 와서 이야기를 하게 되어 좋았다’, ‘마음이 편해지면서 새로운 정보와 통화하여 좋았다’, ‘답답한 걸 다 말할 수 있어서 좋다, 상담자가 들어주고 응원해주어서 좋았다’는 보고가 있었다. 또한 자살하고 싶은 마음이 들 때 상담에서 도움 될 만한 것을 배운 것이 무엇인지에 관한 질문에 ‘선생님한테 전화하기’, ‘엄마와 같은 방 쓰기’, ‘친구 뺏어주기’라는 내용이 있었다.

라) 상담사례 예시

시간적 제약에도 불구하고 본 상담모형에서 제시된 자살위험의 초기평가 및 관리 절차의 큰 틀 안에서 운영된 것으로 보이는 사례를 예시하고자 한다. 다음은 상담자의 상

담일지를 바탕으로 정리한 것이다.

내담자는 자살나무라는 제목의 그림을 그려 미술교사에 의해 교내 상담교사에게 의뢰된 중학생이다. 상담자는 첫 회기에서 기초평가(우울, 충동성, 스트레스)와 자살상태기록양식을 실시하였다. 기초평가에서는 중등도의 우울, 충동적, 가벼운 스트레스로 나타났다. 자살상태 기록양식에서는 심리적 고통 4, 스트레스 5, 흥분 5, 희망없음 4, 자기혐오 5점 등 평균 4.8점으로 정서적 고통이 매우 큰 것으로 나타났다. 전반적인 자살위험은 3점, 살고 싶다 3점, 죽고 싶다 2점으로 고통이 크기는 하지만 살고 싶은 마음이 더 큰 것을 알 수 있었다. 살고 싶은 이유는 '부모님', '아는 언니들' 때문이고, 죽고 싶은 이유는 '친구랑 다뿔었을 때', '성적이 안 나왔을 때', '부모님이랑 싸웠을 때'라고 기록하였다. 상담자가 자살행동을 탐색한 결과 초등학교 때 따돌림으로 인한 자살시도 경험과 상담의뢰 바로 얼마 전 자살시도가 있었던 것으로 나타났다. 위험요인으로는 부모와의 갈등, 최근 부모의 갈등, 학업 스트레스, 대인관계의 어려움이 많다는 것이 확인되었다.

상담자는 자살위험에 대한 개입목표로 자살행동에 대한 안전성 확보, 스트레스 대처방법 찾기, 자살생각이 날 때 대응방법 연습하기, 또래관계 기술훈련 등의 목표를 세우고, 개인상담 11회, 기술훈련 5회, 문자 1회 등 총 14회의 개입을 통해 자살위험을 해결하였다.

상담자는 개인상담을 통해 정서적인 지지, 또래관계와 과제 부담으로 인한 스트레스 해결을 돕고 위생상태를 점검해주었다. 또한 또래상담자 훈련을 통해 대인관계 기술을 훈련하고 집단상담에서 해결되지 않은 부분은 개인상담을 통해 다루어줌으로써 기술훈련과 개인상담을 연결하여 진행하였다.

8회기, 12회기, 14회기에서 자살상태 관리양식을 시행하면서 내담자가 스스로 '요즘은 스트레스가 되는 것이 없다', 자살위험 정도가 '전에는 높았는데 지금은 1점이네요'라고 하며 자신의 변화에 즐거워하였다고 보고하고 있다. 14회기의 자살관련 정서 평균은 1.6점으로 초기 4.8점에 비해 현저하게 낮아졌다.

자살위험 관리성과양식을 가지고 자살위험에 대해 최종평가를 하였는데, 내담자 스스로 '많이 밝아졌고 그런 내 모습이 좋다.... 예전에는 힘들 때 학교 앞 육교에서 뛰어내리고 싶었는데 이제는 그런 생각이 안 난다.... 한 줄기 빛이 보이는 것 같다. 저 해는 지고 있는데 해는 내일 또 떠오른다'며 자신에 대한 긍정적인 메시지를 표현하였다. 상담에서 좋았던 점에 대해서는 '답답한 걸 다 말할 수 있어서 좋았다. 상담자가 들어주고 응원해주어 좋았다'고 표현하였다. 상담자는 내담자의 자살위기에 대한 상담은 종결하고,

이후 생활계획에 대한 상담을 지속하기로 계획하였다.

2) 자살위기청소년 상담 평가회의

총 4명의 상담자가 참가한 평가회의에서는 자살위기청소년 상담 전반에 대한 느낌, 상담과정 중간 보고, 진행과정의 어려운 점, 상담모형 개선사항에 대한 의견을 나누었다(표 30, 표 31, 표 32).

자살위기청소년 상담에 대해 자유롭게 이야기한 결과, 우선 상담사례 배정 시 ‘초조함’, ‘두려움’을 느꼈다는 의견이 있었고, 자살위험 기초평가를 ‘전교생 대상 자살위험 스크리닝 도구로 사용하여 자살상담으로 연결하는 데 도움이 되었다’는 의견이 있었다. 자살위험 관리양식과 관련해서는 ‘자살위험을 관리하는 틀이 있어서 안정감이 있었다’, ‘자살위험 관리절차에 대해 구조화한 결과 내담자 참여가 수월하였다’는 긍정적 의견이 있었던 반면, ‘매번 자살행동을 확인하는 것이 겁나고 내담자가 작성하게 하는 것이 부담스러웠다’는 의견이 있었다. 또한 위험요인, 보호요인을 정리하는 것이 상담목표 수립에 도움이 되었다는 의견이 있었고, 내담자가 상담 도중 자살시도를 했지만 바로 연락을 취서 조치를 취할 수 있었다는 내용도 있었다.

둘째, 자살상담의 어려움에 관해서는 ‘자살위험 기초평가 결과 해석의 어려움’, ‘자살상태 기록양식 내용 및 실시과정에 대한 이해 부족’과 관련된 내용이 주를 이루었다.

셋째, 본 상담모형에 대한 제안으로는 직접적인 ‘자살위험 스크리닝 척도’의 사용, 자살위험 기초평가의 기능 명료화, 자살위험 관리양식 사용법의 구체화, 지도자 교육방법, 기술훈련 내용의 상세화 등이 제시되었다.

표 30. 자살위기청소년 상담과정에 대한 소감

영역	유 목	내용	
초기 관리	사례배정	<ul style="list-style-type: none"> • 의뢰 및 사례배정 <ul style="list-style-type: none"> • 자살위기청소년 상담은 처음 시행하기 때문에 초조함을 느낌 • 겁이 났음 	
	초기평가 및 개입	<ul style="list-style-type: none"> • 자살위험기초평가 : 우울, 스트레스, 충동성 	<ul style="list-style-type: none"> • 교내 전학생을 대상으로 시행하였는데, 자살위험청소년이 발견되어 상담으로 연결되어 평가를 하는 것이 많은 도움이 되었음
		<ul style="list-style-type: none"> • 자살상태 기록양식 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살위험을 관리하는데 시작부터 종결까지의 틀이 있으니 심리적인 안정감이 있었음 • 상담을 시작하는 첫 면접에서 사용하는 것이 약간 부담스러웠음 • 지도자교육을 받기 전에 상담을 의뢰받았기 때문에 처음에 MMPI를 실시하였고, 4회기 이후에 시행함. 시작하기 전에 자살위험관리절차에 대해 솔직하고 상세하게 구조화한 결과 학생이 수용적인 태도를 보여주었고 원활하게 진행하였음
		<ul style="list-style-type: none"> • 자살상태 관리양식 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살생각을 매회기마다 청소년에게 쓰게 한다는 게 자기점검차원에서는 좋는데 매회 살고 싶은지, 죽고 싶은지를 묻는 것이 상담자로서 겁도 나고 부담스러웠음 • 자살상태 기록양식에서는 내담자가 자신의 어려움을 정확히 작성하지 않았는데, 관리양식을 작성하면서 학생의 문제(오빠의 폭력)가 드러났음
		<ul style="list-style-type: none"> • 자살상태 관리성과양식 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살생각이나 시도가 3회기 연속 없어서 관리성과양식을 사용했는데, 내담자가 상담에서 어떤 도움을 받았다고 생각하는지 분명하게 알 수 있었음
중기 관리	2차평가	<ul style="list-style-type: none"> • 위험요인, 보호요인 평가 <ul style="list-style-type: none"> • 위험요인과 보호요인을 정리하는 것이 내담자의 강,단점을 정리하는 것보다 가시적이고 상담목표 및 개입전략을 구체화하는데 도움이 됨 	
기타사항		<ul style="list-style-type: none"> • 자살위기청소년을 상담하는 도중 자살시도가 있어서 두려운 마음이 들었음. 그러나 학생이 시도 직후 바로 연락이 와서 조치를 취할 수 있어서 안도하였고, 내담자와 신뢰관계가 형성된 점이 감사하였음 	

표 31. 자살위기청소년 상담 진행과정에서의 어려움

영역	유 목	내용
초기 평가	• 자살위험기초평가 :우울, 스트레스, 충동성	• 스트레스 척도에서 영역별로 평균을 내는 것인지 전체로 내는 것인지 잘 이해가 안 되었음
	• 자살상태 기록양식	• 자살관련 정서의 심각도를 평가하는 내용 중 심리적 고통과 스트레스의 개념 차이를 설명하기 어려웠음 • ‘흥분’ 은 흥분 직전 상황을 써야하는지, 바로 흥분한 상황을 써야하는지 잘 모르겠음 • 양식의 세부 내용에 대한 자세한 안내 부족
	• 자살상태 관리양식	• 매회기마다 학생에게 작성해야하는지, 상담자가 내용을 외워서 면접방식으로 질문하면 안되는 것인지 의문스러움

표 32. 자살위기청소년 상담모형의 개선사항

영역	유 목	내용
초기 평가	• 척도평가의 기능 명료화	• 자살위험 평가척도가 별도로 있다면 이를 사용하는 것이 오히려 선별하기 쉬울 수 있음 • 자살위험 기초평가의 역할을 분명하게 명시할 필요
	• 자살위험 관리양식 사용법에 대한 자세한 안내	• 양식을 작성하는 방법에 대해 보다 구체적 제시가 요구됨 • 추후 상담자 교육과정이 개설된다면 이 양식을 직접 작성해보는 시간이 필요하겠음
모듈식 상담	• 기술훈련 프로그램	• 분노조절 훈련내용이 보다 짧고, 실제 수행하기에 어려움. 보다 상세화된 프로그램 필요 • 현장에서 바로 사용할 수 있는 프로그램들을 제시해주기 바람 • mindfulness 훈련 프로그램이 제시될 필요

6. 자살위기청소년 상담모형 수정방향 및 제한점

자살위기청소년 상담 시범운영은 지도자교육을 받은 상담자에게 9월 10일~10월 10일 사이에 의뢰된 청소년 자살위기 사례 6사례를 대상으로 진행되었다. 시간적인 제약으로 인해 시범운영의 전체 과정에 대한 성과를 확인하지는 못하였고, 자살위험의 초기관리 내용을 살펴본 결과를 바탕으로 모형 및 매뉴얼의 수정·보완 사항을 정리하였다.

자살위기청소년 상담모형 시범운영에서 드러난 문제점과 한계를 반영하여 다음과 같이 매뉴얼을 수정보완하고자 한다.

첫째, 자살위험성 평가 및 관리에 대한 보다 상세한 지침을 제시하고자 한다. 본 상담모형은 자살위험 관리양식이라는 구조화된 도구를 가지고 자살위기청소년과 협력하여 직접적으로 자살위험을 해결한다는 것이 특징이라 할 수 있다. 상담자는 자살위험을 안정시키는 초기관리, 이후 기저의 위험요인에 개입하는 중기관리로 진행되는 큰 틀을 가지고 내담자의 현재 상태를 가늠하며 상담할 수 있다. 자살위험 관리양식 기록은 자살위험의 정도와 변화에 대해 내담자와 함께 점검할 수 있게 해줄 뿐만 아니라, 상담 과정의 세부 기록을 남겨주어 상담자가 무엇을 하고 있는지, 무엇을 해야 하는지를 확인할 수 있으므로 좀 더 체계적이고 안정적으로 개입할 수 있게 해줄 것이다. 자살상담의 세부 기록을 남기는 것은 내담자 뿐만 아니라 상담자 자신을 보호하는 데도 도움이 될 것이다. 이와 같은 본 상담모형의 의미와 장점을 좀 더 잘 이해하고 적용할 수 있도록 지침을 좀 더 구체화할 것이다.

둘째, 자살위험 관리양식의 형식과 사용절차를 수정보완할 것이다. 본 시범운영에서는 Jobes(2006)의 자살상태양식을 일부는 그대로 일부는 수정하여 구성하고, 사용방식은 그대로 적용하였다. 시범운영 결과, 초기 자살상태 평가 후 연속 3회를 자살상태 관리양식을 사용하고 마지막에 자살상태 관리성과양식을 사용하는 절차 그대로 진행된 경우가 한 사례도 없었던 것으로 나타났다. 상담자들은 자살위기청소년 내담자에게 매번 무언가를 기록하게 하는 것이 쉽지 않아 중간 점검처럼 활용하였던 것 같다. 그러나 매번 실시하지 않더라도 개입 중간중간 모니터링을 하는 것도 효과가 있는 것으로 나타난 바, 양식 사용절차에 대한 좀 더 세심한 고려가 필요할 것으로 보인다. 동시에 자살위험 관리양식을 좀 더 간소화하여 활용성을 높이는 방안도 고려할 것이다.

셋째, 자살위험 기초평가의 의미와 절차에 대한 보완설명을 제시하고자 한다. 애초에 표준화된 우울과 충동성, 스트레스 척도를 사용한 것은 자살위험을 스크리닝하고자 함이 아니라, 이미 자살위험을 보이는 청소년 내담자의 위험요인 평가를 보완하기 위한 것이었다. 첫 면접에서 자살상태 기록양식을 활용하여 내담자의 자살관련 정서와 자살 위험 정도에 대한 구체적인 정보를 얻을 수 있지만 주관적인 자기보고를 보완하기 위한 객관적인 척도가 필요할 수 있다. 본 모형에서는 자살위기청소년 내담자의 증상이나 위험요인 평가를 보완하기 위해, 교차평가를 위한 표준화 척도를 사용하고자 한다(Jobes, 2006). 자살위기 스크리닝을 위한 것이 아니므로 순서는 큰 문제가 되지 않을 것이다. 현 모형에서처럼 자살상태 기록양식을 하기 전에 실시할 수도 있고, 면접을 통해 정보를 얻은 후에 척도평가를 보완하여 최종 평가를 할 수도 있을 것이다.

넷째, 모듈식 상담과정을 좀 더 체계화하고 개인상담, 심리교육, 가족상담에서 활용할 수 있는 기법들이 보완될 필요가 있다. 수정 매뉴얼에서는 심리교육 부분의 기술훈련 프로그램 중심으로 보완하고, 개인상담과 특히 가족상담의 기법보완은 이후 연구자의 과제로 남겨두고자 한다.

다섯째, 보완된 매뉴얼에 대한 교육과정을 워킹 형식으로 체계화하여 이번 지도자 교육과 시범운영에서 드러난 문제점을 보완하고자 한다. 또한 교육을 받은 상담자들이 현장에서 자살위기 사례를 관리할 때, 슈퍼비전 및 피드백 교환 시스템을 마련하여 지속적으로 본 모형을 타당화하도록 할 것이다.

본 연구에서 중점을 두어 노력하였던 부분과 제한점은 다음과 같다.

첫째, 문헌연구에서 보다 최신의 임상적, 경험적 근거가 있는 이론과 방법을 탐색하여 모형에 포함시키고자 노력하였다.

둘째, 자살위기청소년 면접, 청소년 및 상담자 대상 인식 및 요구조사, 전국청소년상담지원센터의 자살위기청소년 사례 발굴 및 내용 분석 등 가능한 현장 자료들을 모두 수합하여 이를 상담모형에 반영하고자 노력하였다.

셋째, 자살위기 평가 및 관리를 동시에 진행하는 모형을 구성하여 자살이라는 위기상황에 대해 상담자가 신속하게 대처하고 체계적으로 상담을 진행할 수 있는 틀을 제시하고자 하였다.

넷째, 본 상담모형을 개발하고 이를 적용한 사례들을 제시함으로써 구체적으로 현장에 적용할 수 있도록 실효성을 제고하고자 노력하였다.

이러한 노력에도 불구하고 본 모형은 다음과 같은 한계와 제한점을 갖고 있다.

첫째, 자살위기청소년 상담모형의 전반적인 과정이 세부화되지 못하였다. 국내외 자살 위기청소년 상담개입 방안을 개괄한 결과, 국외에서 사용되는 상담기법을 우리나라 청소년에게 적용할 때 효과적일지의 문제가 있었고, 국내의 문헌들은 이론 중심의 개괄적 기술에 지나지 않아 구체적으로 자살문제를 다루는 데는 한계를 지니고 있었다. 이에 본 연구에서는 청소년의 자살위기를 직접적으로 관리하고 상담하는 전체 틀과 구체적인 방법들을 포함한 자살위기청소년 상담모형을 제시하고자 하였다. 현재까지는 모형 구성 및 시범운영을 통해 자살위기를 직접적으로 평가하고 관리하는 초기관리 부분까지는 비교적 세부화하였으나, 자살위기가 안정화된 이후의 상담모형은 구체화되지 못하였다는 한계가 있다.

둘째, 자살위기청소년 시범운영 상에 많은 한계가 있었다. 자살이라는 사안의 특성상, 청소년 내담자 및 시범운영을 할 상담자 선정에 제한이 있었다. 이로 인해 성과를 평가할 만한 충분한 사례 수를 확보하기 어려웠다. 특히 본 모형에서 제시한 상담기간이 6개월에서 1년임을 고려할 때 연구 기간 내에 이 과정을 모두 운영할 수 없다는 제한점이 있었다. 따라서 본 자살위기청소년 상담모형은 현장적용을 통해 효과를 검증하는 과제가 해결되지 않았다는 한계를 가지고 있다.

셋째, 자살위기의 긴급성, 위급성을 고려할 때, 자살위험 상담은 숙련된 상담자에 의해 모형이 충분히 숙지된 상태에서 운영되어야 할 것이다. 그러나 이번 시범운영은 1회의 짧은 교육과 상담자의 준비도가 고려되지 않은 상태로 운영이 되었다는 한계가 있다. 따라서 본 모형을 적용한 자살위험 초기평가 및 관리 과정에서 도구 사용의 의미와 절차, 내담자에게 어떻게 접근하며 운영하는 지가 상담자 개인의 준비도나 역량에 따라 달랐다는 제한점이 있다.

V. 청소년자살 사후개입 전략 개발

V

1. 청소년자살 사후개입 매뉴얼 개발

가. 사후개입 매뉴얼 개발 배경

갑작스런 학생의 죽음은 매우 비극적인 일이며 학생들과 교직원 모두에게 심각한 영향을 줄 가능성이 있다. 사후개입이란 자살생존자와 함께 일하는 과정으로, 자살생존자들에게 혹시라도 있을 해로운 영향들을 줄이기 위한 노력을 말한다(Shneidman, 1971; Baume, 1992; Campbell, Cataldie, McIntosh, & Millet, 2004). 본 연구에서 자살생존자는 가까운 주변 청소년의 자살을 경험한 사람들을 의미한다. 죽음에 대한 학교의 위기 반응은 학생 수, 죽음의 성질, 종류, 부모가 학교에 미치는 영향력 등 여러 가지 요인들에 따라 다르게 나타난다(Maine Youth Suicide Prevention Program, 2006). 사후개입은 자살 후에 취해지는 여러 형태의 조치들을 의미하는 것으로, 가족, 친구들, 동료와 같은 자살생존자들을 돕기 위한 것과 넓게는 지역 사회에서 자살이 일어난 경우, 자살의 위험요인을 감소시키는 동시에 보호요인을 증가시키는 방법들을 의미한다(MacNeil & Topping, 2007; National Alliance on Mental Illness New Hampshire, 2006).

사후개입은 청소년들이 자살에 노출된 경우 이와 관련된 위기에 대응하기 위한 전략이다. 사후개입은 일반적으로 학생의 사망에 이어 일어나는 것으로, 자살에 수반되는 상실감에 효과적으로 대처할 수 있도록 청소년을 돕고, 자살 위험군(suicide cluster)의 추가적인 자살을 예방하기 위해 개발되었다(Poland, 1999; Grossman, 1995; 재인용). 자살 위험군은 일반적으로 생각할 수 있는 것 보다 시간과 공간적으로 자살 발생과 밀접한 집단으로, 특히 다른 연령에 비해 청소년들 사이에서 두드러지게 많이 발생한다. 따라서 청소년의 자살과 같은 사건에서 위기 중재의 목표 중 하나는 청소년들이 자살 위험군으로 발전하는 위험을 감소시키는 것이다. 자살 위험군을 발생시키는 기제(mechanism)는 잘 설명되어지지 않으나, 전염(contagion) 현상의 한 종류와 관련이 있는 것으로 보인다. 이러한 이유로 학교와 지역사회 기관들은 청소년 자살 사건의 발생에 이어 자살의 전염성을 최소화시키기 위하여 신속한 반응을 준비를 하고 있어야 한다(San Diego

County Office of Education).

본원의 청소년 자살예방체제 구축방안을 위한 연구(청소년상담원, 2007)에서도 자살로 사망한 청소년의 주변인들, 특히 가족 및 보호자, 친구, 그리고 자살사망 청소년의 학급은 자살이 발생한 이후 심각한 적응의 위기를 맞게 되며, 이들을 대상으로 한 심리적 중재의 중요성을 언급하고 있다. 특히, 친구들이나 학교 및 학급의 경우, 자살의 전염과 모방을 막고, 학교 사회의 정상화를 위한 예방노력이 필수적임이 제시된 바가 있다.

사후개입의 방법들이 자살 발생 후 적용되기는 하지만, 이러한 방법들은 향후 자살이나 자살 사건들의 가능성을 줄여주기 때문에 예방의 역할도 한다(National Alliance on Mental Illness New Hampshire, 2006). 그러나 자살의 사후개입과 관련하여 자살 예방을 위한 노력이 활발하게 이루어지고 있는 미국이나, 캐나다에서도, 자살의 사후중재가 큰 주목을 받지 못하고 있다(이승연, 2007). 본 연구를 통하여 우리나라의 상황에 적합한 사후개입 프로그램의 개발을 위한 탐색을 하고자 한다.

나. 상실에 따른 애도과정에 대한 이해

1) 일반적 애도과정

상실에 대한 애도과정은 개인이 처한 상황이 다양함에도 불구하고 높은 일관성을 가진다. 유족들의 50-85%가 상실 후 처음 몇 달 동안 인지적, 정서적, 신체적 또는 대인간 기능에서 약간의 손상을 경험하는 일반적 애도과정을 겪게 된다(Bonanno & Kaltman, 2001). 그러나 대부분의 유족들이 경험하는 애도는 길게 지속되지 않으며, 또한 정신 병리적 과정이 아니며 유족들은 일 년 내에 사별 전 수준의 기능으로 회복될 수 있다(Beautrais, 2004).

애도과정은 선형적 경로를 따르지 않으며, 항상 앞으로만 움직이지 않는다(San Diego County Office of Education). 또한, 애도 기간에 대한 정해진 틀은 없다. Elizabeth Kubler-Ross가 저술한 "On Death and Dying"에서, 애도는 사람들이 사랑하는 누군가의 죽음에 뒤따라 겪는 것이라고 하였으며, 부인, 교섭, 우울, 수용을 포함한다. 그녀의 애도 모델에서 사람들은 자동적으로 한 단계에서 다른 단계로 가지 않으며, 단계들 사이에서 수많은 후퇴와 진보를 거듭한다. 애도는 과정이라는 것을 기억하는 것이 중요하다. 이 과정은 상당히 오랜 기간 지속되고, 개인마다 서로 다르다. 그리고 이는 모든 사람

2) 자살로 인한 애도의 특징

자살로 인한 사별을 경험한 대부분의 사람들은 애도과정의 부분으로 쇼크와 마비를 우선 느낀다. 자살은 감정의 범위를 확대시키고 애도과정의 강도를 증가시킨다. 대부분의 자살생존자들은 심각한 상실감과 관련된 일반적인 감정을 느끼지만(Baume, 1992), 애도는 매우 개인적인 과정으로, 각자의 방법과 시기가 있다는 것을 인식하는 것이 중요하다. 즉, 개인은 애도를 자신의 방식으로 그리고 자신만의 속도로 경험할 것이다(San Diego County Office of Education; National Alliance on Mental Illness New Hampshire, 2006). 특히, 자살로 인한 애도과정의 길이는 다른 원인으로 인한 죽음에 수반되는 애도과정 보다 더 느린 회복기를 가지면서 길게 이루어진다(Beautrais, 2004). 또한 종교와 문화적인 믿음도 애도과정에 영향을 미친다.

자살생존자들은 자신의 삶이 이전 상태로 돌아오리라고 예상하지 않는다. 자살생존자들은 자살로 사망한 사람 없이 자신의 삶에 적응 하는 것이 목표이다(San Diego County Office of Education). 결국 자살의 수용 경로는 “무엇이 일어났는지, 혹은 왜 자살이 발생했는지 절대로 알 수가 없다는 것을 점진적으로 인식”하는 것으로 귀착된다(Fine, 1997).

자살생존자들이 체념, 수용, 그리고 마음의 평화에 도달할 때까지 일어난 일들에 대해 이야기하고, 자신들의 이야기를 할 수 있는 것은 필수적이다. 자살생존자들이 자신은 결코 자살로 사망한 사람과 똑같이 되지 않을 것임을 이해하기까지는 시간이 걸리지만, 자신들의 삶 안에서 의미와 목적을 가질 수 있다.

치유는 길고 느린 과정으로 자살생존자들은 회복하는 과정에서 많은 독특한 과제에 직면한다. 자살생존자들은 다른 종류의 죽음, 즉 교통사고나 질병 등으로 인해 애도를 경험한 사람들보다 자살의 복잡한 여파를 이해하기 위하여 좀 더 많은 시간과 에너지를 소비할 것이다. 가능하다면 언제라도 다른 자살생존자들과 상호작용할 기회를 제공받아야 한다. 자살생존자들의 애도과정은 평균적인 애도 기간보다 3~5배 더 길게 걸린다. 따라서 자살생존자들을 위해서 지지적이며 인내심을 가지는 것이 중요하다(Maine Children's Cabinet, 2004).

어떠한 형태이든 죽음을 경험한 자살생존자들에게는 공식적인 애도기간의 종료가 재 적응 기간의 시작이다. 이 시기는 현실의 재조정으로 나타나게 된다. 이 현실의 재조정은 결국 사망자의 부재에 대해 생존자들의 삶을 적응시켜 나가는 것을 가능하게 한다.

이 기간은 사망을 둘러싼 환경들, 생존자 개인의 기질과 정서, 그리고 사망한 사람과의 친밀도와 같은 여러 요인에 따라서 다르게 나타날 것이다. 적응 기간에 들어간 학교는 적응과정에서 어려움에 대한 표시들을 지각하기 위해 학생들에 대한 모니터링이 필요하다. 표면적인 것들이 일상으로 돌아간 것 같아 보이지만, 자살생존자인 청소년들은 언제 다가올지 모르는 깨지기 쉬운 단계(fragile stage)에 있다는 사실을 기억해야 한다(San Diego County Office of Education).

자살에 따른 애도과정에 영향을 주는 몇 가지 특성들은 다음과 같다(Beautrais, 2004).

첫째, 죽음과 관련된 환경이다. 갑작스럽고 충격적인 죽음, 자살의 증거, 사체의 발견 및 손상 등의 특성은 자살을 자연적 사망보다 더 충격적인 것으로 만든다.

둘째, 자살에 대한 정서적 반응과 관련된 특성이다. 자살로 인한 죽음은 다른 원인으로 인한 죽음이 만들어내는 정서적 반응과 함께, 자살로 인한 사망에 따른 독특한 정서반응을 일으키는 특성을 가진다. 이러한 정서반응은 죽음에서의 의미 찾기, 죽음의 원인에 대한 부정, 비난과 낙인에 대한 두려움, 향후 가족구성원의 자살에 대한 두려움, 죄책감, 자기비난 그리고 책임감 등을 포함한다. 이러한 정서반응의 특성은 애도반응의 정도와 기간에 영향을 준다.

셋째, 죽은 사람과 관련된 특성이다. 자살로 인한 상실에 대한 반응은 부분적으로 죽은 사람들의 병력과 특성들을 반영한다. 적응에 영향을 미치는 요인들은 연령, 친밀함, 정신장애의 정도, 신체장애, 불치병, 이전의 자살 시도, 역기능적이고 어려운 가정환경들이 포함된다. 일반적으로, 애도 반응은 사망한 사람이 어릴수록 더욱 많이 나타나고, 심각한 신체적 또는 정신적 문제와 장애, 이전의 자살 시도, 가정 환경에 좋지 않은 영향을 주었을 때는 덜 나타나는 것으로 나타났다.

넷째, 자살생존자들의 특성은 애도과정에 영향을 준다. 상실에 대한 적응은 어느 정도 사회적, 인구통계학적, 그리고 개인적인 특성으로 결정되어진다. 연령, 성별, 그리고 친족관계와 같은 사회적, 인구통계학적 특성들과, 개인의 탄력성, 문제해결기술과 적응성, 신념이나 종교적 믿음과 같은 개인적인 특성과 인지적인 양식이 적응에 영향을 미친다. 연령이 어릴수록, 여성, 또는 엄마의 경우 상실에 대한 적응의 결과가 좋지 않을 수도 있다. 그러나 믿음, 정서적 자원, 탄력성, 그리고 적응력이 강한 사람일수록 상실에 대한 적응의 결과가 더 좋을 수 있다.

다섯째, 자살로 사망한 사람과 자살생존자 사이의 관계적 특성이 애도과정에 영향을 미친다. 애착, 관계의 질, 그리고 관계에서 문제와 소원함의 정도에 영향을 받는다. 예를 들어 자신의 배우자가 오랜 시간동안 정신적인 문제를 가지고 있다가 자살했다면, 자살생존자는 자살에 대해 양면적인 태도를 취할 수 있을 것이다. 즉, 자살생존자는 자살한 사람이 겪던 고통과, 다루기 어려웠던 문제들이 끝난 것에 대한 안도감과 함께 그 죽음이 자살에 의한 것이라는 것에 대한 죄책감과 죽음 후에 안도감을 느꼈다는 죄책감을 동시에 느끼게 된다.

여섯째, 심리사회적 맥락은 애도 반응에 영향을 미친다. 이 요인들에는 자살로 사망한 사람과 자살생존자의 사회적 맥락, 자살에 대한 언론의 보도 범위와 관심, 검시 배심과 공식적 절차들이 포함되어진다. 언론의 보도가 제한되거나 없을 때, 공식적 절차와 검시 배심이 가족을 최소한으로 침해하고, 세심하게 배려할 때 더 좋은 애도의 결과를 가져올 수 있다.

3) 자살생존자의 심리적 상태

사랑하는 사람의 자살을 경험한 생존자들의 애도과정은 다른 어떤 형태의 죽음 보다 강렬하고 복잡한 경향이 있다. 자살의 의미 찾기에 대한 강한 욕구, 높은 수준의 죄책감, 비난, 책임감, 거부와 자포자기, 강한 낙인과 고립감, 가족기능과 의사소통의 손상, 그리고 자살 위험이나 시도의 증가와 같이 다른 원인으로 인한 죽음과는 다른 정서적, 신체적 대가를 치르게 된다(Baume, 1992; Beautrais, 2004; Maine Children's Cabinet, 2004; National Alliance on Mental Illness New Hampshire, 2006).

상실을 경험한 대부분의 사람들은 다음과 같은 네 가지 기능에서 손상을 경험한다 (Beautrais, 2004).

첫째, 자살생존자들은 인지적 혼란을 경험한다. 인지적 혼란은 사별 후 처음 몇 달 동안 상실 자체에 대한 몰입, 상실을 이해하고 의미를 발견하기 위한 탐색, 상실을 받아들이기 위한 노력, 죽은 사람에 대한 정체성의 상실, 그리고 미래에 대한 불확실성 등과 같은 것을 포함한다.

둘째, 대부분의 사람들은 상실 후 처음 몇 달 동안 정서적 고통 혹은 정신불안을 경험한다. 전형적인 정서고통들은 슬픔, 화, 짜증, 두려움, 죄책감, 외로움, 죽은 사람에 대한 동경 혹은 한탄을 포함한다. 대부분의 유족들은 몇 달 후에 이러한 정서적 고통을

극복하지만, 소수의 사람들은 극심하거나 만성적인 정서적 고통을 경험하기도 한다.

셋째, 많은 사람들은 상실 이후 초기 몇 달 동안 신체적 고통을 겪는다. 신체적 고통은 의료적 상담을 받는 횟수의 증가, 병의 심화 또는 가슴 두근거림, 호흡이 짧아짐, 불면증, 식욕부진, 소화불량, 면역체계의 단기적 손상, 호르몬의 변화와 병으로 인한 사망률 증가(심장병 포함), 근육움직임 손상, 그리고 자살과 같은 증상으로 나타난다. 애도 반응의 인지적이고 정서적인 증상과 마찬가지로, 신체적 증상들 또한 상실 후에 처음 몇 달 동안 두드러지게 나타나며, 소수의 사람들은 지속적인 건강문제로 고통을 받기도 한다.

넷째, 상실의 초기단계에서 많은 사람들은 사회적 또는 직업적 역할에서 어려움을 경험한다. 사회적 활동을 하지 못하거나, 그들의 업무나 가족역할에서 어려움을 경험하고, 새로운 관계를 맺거나 기존 관계를 유지하는데 있어서 어려움을 경험한다. 대부분의 사람들은 이러한 문제를 상실을 경험한 후 1~2년 내에 극복할 수 있지만, 소수의 사람들은 지속적으로 심한 사회적 어려움을 경험한다.

Barrett과 Scott(1990)는 자살생존자의 상실 경험에 대한 네 가지 반응(reaction)을 확인하였다.

첫째, 애도 반응이다. 애도반응은 가족 구성원을 잃은 것에 대한 일반적인 결과로 신체화 증상, 무망감, 분노, 죄책감, 사회적 지지의 상실, 그리고 자기 파괴적인 행동을 포함한다.

둘째, 자살로 인한 사망에 대한 반응이다. 이 반응은 낙인찍힌 것 같은 느낌과 수치감, 버림 받은 것 같은 느낌, 죽음을 예방 가능한 것으로 인식하는 것을 포함한다.

셋째, 자살의 원인은 간과하고 자살에 대한 받아들일만한 이유를 찾는 것이다. 이는 갑작스러운 죽음 경험의 쇼크와 고통으로 유발되는 애도 반응을 포함한다.

마지막 유형은 자살의 본질과 관련된 추가적인 외상으로 유발되는 반응이다. 이는 자살한 사람으로부터 거부당한 느낌, 자살한 방법에 대한 놀라움, 자살의 동기에 대한 의문 등이다(Baume,1992).

자살생존자들은 죄책감을 경험할 것이다. 몇몇은 그들의 친구가 절망감을 느끼고 있다는 것을 인식하지 못한 것에 대한 죄책감을 느낄 것이고, 다른 친구들은 위험성을 느끼고 아무런 말도 해주지 못한 것에 대한 죄책감을 느낄 것이다. 그들은 자살한 친구에게 자신이 도움이 되지 못한 것에 대해 화가 날수도 있다. 많은 연구들에서 자살생존자들은 사랑했던 사람의 자살 결정에 영향을 미쳤을지도 모르는 일에 대하여 죄책감을 경

힘한다는 것에 동의한다(Alexander, 1991; Carlson, 1999; Colt, 1987; Cvinar, 2005; Davis & Hinger, 2005; Doka, 2002, Fielden, 2003; Fine, 1997). 자살생존자들은 자살이 발생할 것을 알지 못했던 이유와 자살을 예방하기 위해 그들이 할 수 있었던 일에 대해 궁금해 한다. 빈번하게 죽음에 대해 자신을 비난하고, 다른 사람에 의해 비난받거나, 혹은 다른 사람에게 책임을 떠넘기기를 바란다. 자살생존자 사이의 일반적인 경향성은 자살에 대하여 누군가를 비난하거나 희생양으로 삼는 것이다. 이러한 반응은 자살을 예방하지 못한 생존자의 무력감이나 죄책감의 느낌으로부터 일어난다. 어떤 자살생존자들은 자살이 절대로 일어나지 않았다고 부인한다. 이것은 그들이 위기를 다룰 수 있는 유일한 방법인 것처럼 보인다. 때로는, 자살이 사고였다고 고집하는 것으로 나타나기도 한다(Baume, 1992).

대개의 경우 자살 발생 후 자살생존자들에게 낙인과 비밀주의가 나타난다(National Alliance on Mental Illness New Hampshire, 2006). 사후개입의 효과에 대한 Carmean(2007)의 연구에서 12명 중 10명의 피해자가 자살로 인해 낙인찍히는 것을 느꼈거나 그들의 가족이 자살로 사망해 죽었다는 것으로 비난 받는 것을 느꼈다고 한다. Mitchell 등(2003)은 자살은 다른 형태의 죽음과 상이하며 생존자를 낙인찍는 경향이 있으며 부정적인 정신 건강 결과를 이끈다고 하였다. 또한 Leenaars와 Wenckstern(1998)은 자살이 우리 사회에서 생존자에게 가장 높은 사회적, 개인적 낙인을 주는 죽음이라고 하였다.

자살생존자들은 상실감과 안도의 복합적인 감정을 느낄 것이다. 오랜 기간 동안 정서적으로 붕괴된 자살 동기를 가진 사람과 생활하면서 어려움을 겪은 자살생존자들의 경우 안도감을 느끼기도 한다(Maine Children's Cabinet, 2004). 또한 이러한 안도감으로 인한 죄책감을 느낄 수도 있다.

자살생존자들은 거부 또는 자포자기, 그리고 어찌면 사별에 대한 분노의 감정을 경험할 것이다. 자살을 받아들이고 이해할 수 있도록 해주는 것은 없을 수도 있다. 특별히 아동 혹은 청소년의 자살이라면, 가족의 기능적 수준과 관계없이 가족을 힘들게 한다는 임상적 증거가 있다. 자살은 생존한 가족 구성원 간 심각한 문제를 유발할 수 있으며, 왜곡된 형태의 의사소통이 이루어지게 하는 가능성을 가지고 있다. 또한 가족 구성원간의 거리감의 증가가 더 자주 보고되었다.

자살생존자들은 상실의 의미를 만들고자 노력한다. 그들은 죽음의 의미를 이해하고자

애를 쓴다. 그들은 계속해서 “왜”를 질문하게 되고, 그 답을 알 수 없다는 것을 이해할 때까지 질문은 계속된다. 자살생존자들은 사랑했던 사람의 물리적 존재의 상실로 인해 어려움을 겪고, 자살한 사람을 기억하기 위한 방법을 찾기 위해 고심한다. 자살생존자들은 스스로 경험했던 비극을 끝내기 위해 무엇인가 긍정적이고 합리적인 것을 탐색한다 (Maine Children’s Cabinet, 2004).

자살생존자의 애도 의식은 단기간에 그치지 않으며 오히려 몇 달이나 몇 년처럼 장기간으로 이루어진다. 자살생존자들을 도울 수 있는 몇 가지 사항은 다음과 같다(National Alliance on Mental Illness New Hampshire, 2006).

- 다른 사람들을 판단하지 말고 친절하게 대할 것, 우리는 모두 각자 다른 방식으로 슬퍼하고 있다.
- 한 개인의 죽음으로 자신을 포함하여 누군가를 비난 하지 않는다.
- 애도과정은 몇 달, 몇 년이 걸린다.
- 깊은 애도는 때때로 우울의 원인이 된다. 전문가와 우울, 슬픔의 지속 정도를 체크해본다.
- 가족과 친지가 주는 도움과 보살핌을 받아들이고, 적응하기 어려울 경우 도움을 요청한다.
- 형제의 지킴이(keeper)가 된다. 적응하지 못하거나 추가적인 도움이 필요한지 주의 깊게 살핀다.
- 자살경고사인(농담 삼아 ‘난 죽고 싶어’ 라고 말하는 것들도)을 심각하게 받아들이고 그 사람을 돕는다.
- 만약 당신이 자해나 자살을 생각하고 있다면, 다른 사람에게 이야기 하고 도움을 구한다.
- 자살 사망자를 추도할 때 긍정적인 것만 이야기 하지 않는다. 그 사람이 병들었고, 자신을 죽음으로 몰아가는 나쁜 결정을 했다는 것을 간과하지 않는다.
- 생일, 명절, 그리고 기념일과 같은 날에는 추가적인 도움이 필요할 것이다.

표 33. 자살생존자의 압도적 감정들

- 충격(Shock): 갑자기, 불시에, 예상치 못한, 부자연스런 상실
 - 낙인(Stigma): 경찰과 보고자들의 조사와 관련된 낙인
 - 수치심(Shame): 나는 사람들에게 무엇을 말해야 하는가? 내가 그들에게 모든 것을 말해야 하는가?
 - 비난(Blame): 학교, 배우자, 부모, 고용자, 치료자들에 대한 비난
 - 불신(Disbelief): 어떻게 그렇게 나쁜 일들이 일어날 수 있어?
 - 죄책감(Guilt): 어떻게 내가 자살에 영향을 미쳤을까? 내가 그걸 막을 수 있었을까?
 - 곤혹/거부/포기(Puzzlement/Rejection/Desertion): 그가 어떻게 나에게 이럴 수 있어? 우리 가족에게? 난 정말 이해할 수가 없어.
 - 공포(Fear): 난 어떻게? 다른 우리 가족들은 어떻게? 나도 그렇게 될까? 자살은 유전일까?
 - 분노(Anger): 그런 멍청한 짓을 하다니! 왜 그는 나에게 말을 하지 않았을까? 그는 정말 그런 짓을 하지 말았어야 해.
-

출처: Maine Children's Cabinet(2004)

어떠한 종류의 죽음이든 죽음 후에 애도할 때, 한 사람의 광범위한 정서를 표현할 수 있는 기회를 가지게 하는 것은 중요하다. 요약하면, 연구자들은 자살에 의한 죽음 후에 대인 간 상호작용과 사회적 지지가 다양하며 다른 대부분의 죽음보다 좀 더 문제가 있다는 것을 나타냈다. 자살로 사랑하는 사람을 잃은 것과 관련된 자살에 대한 상승적 위험이 있기 때문에, 자살생존자들은 그들의 애도에 대한 지지가 필요하며 자살에 대한 그들 자신의 위험을 순항적으로 관리해야 한다(Maines Children's Cabinet, 2004).

다. 자살의 전염성

자살의 전염성은 자살행동의 매우 복잡한 역동이다. 자살의 전염성은 자살에 뒤따라 발생하는 추가적인 자살시도 또는 자살로 인한 사망으로, 직·간접적 또는 방송을 통한 자살행동 또는 자살에 대한 노출이 자살을 시도하도록 영향을 주는 과정을 의미한다. 자살에 대한 방송의 범위는 특히 청소년들의 자살증가와 유의미한 관련성이 있다(National Alliance on Mental Illness New Hampshire, 2006). 지역 사회에서는 단기간에 여러 건의 자살 사건이 발생할 수도 있다. 자살위험군은 이처럼 제한된 지역에서 단기간에 비정상적으로 높은 수치의 자살을 보인 것을 의미한다. 자살이 발생할 경우, 자살생존자들은 자살에 대한 위험성이 증가된다. 자살위험군과 모방 자살에 대한 증

거는 20세기 전반에 걸쳐 오래전부터 보고되어 왔으며(National Alliance on Mental Illness New Hampshire, 2006), 특히 대부분의 위험군이 청소년과 초기성인기에 일어난다고 보고하였다. 또한, 미국의 질병통제센터(CDC)에서 청소년은 특별히 자살의 전염성에 취약하다고 지적하였다. 자살 모방(copycat)은 자살의 전염성과 유사한 개념으로 자살한 사람과 동일한 방법을 사용하는 것과 같이 자살의 방법을 모방하는 것을 의미한다. 최근 국내에서 유명 연예인의 자살에 대한 언론 보도에 영향을 받아 청소년부터 성인에 이르기 그 방법을 모방한 자살모방이 끊이지 않고 발생하고 있다.

자살로 인한 사망을 대중에게 공개하는 것은 자살의 전염성과 관련된 위험 요소들을 감소시키는 적절하고 직접적인 활동을 가능하게 한다. 자살에 대해 이야기 하는 것은 ‘사람들의 머리속에 자살 생각을 일으키게 된다.’는 생각으로 더 많은 자살을 일으킬 수 있기 때문에 나쁜 것으로 받아들여져 왔다. 그러나 이것은 사실이 아니다. 자살에 관련된 또는 자살 자체에 관한 방송보도가 언제나 자살의 전염성에 부정적인 영향을 미치는 것은 아니다. 너바나(Nirvana)그룹의 유명한 리드기타리스트였던 Kurt Cobain의 자살은 긍정적인 예로서 기억된다. 그의 죽음이 과도한 방송보도를 받았음에도 불구하고, 그의 부인 Courtney Love가 그의 죽음 후에 바로 했던 죽음에 대한 비판은 책임감 있는 보도와 맞물렸고, 자살을 예방할 수 있는 강한 영향력을 제공하였다. 그러나 자살을 밝히는 것은 문화적 가치, 종교, 다른 가족 구성원 때문에 힘든 결정이 될 수 있다.

Brent와 동료들은 자살한 청소년의 친구와 주변 사람들의 후유증에 대한 체계적, 종단적 연구를 하였으며, 다음과 같은 현상을 제시하였다(Grossman et. al., 1995). 먼저, 자살 후 뒤따르는 모방자살의 위험성은 3주 내에서 가장 높다. 둘째, 친구의 자살을 목격한 사람은 이러한 것에 노출되지 않은 사람보다 높은 불안을 나타내는 경향이 있다. 셋째, 통제 집단에 비교하여 우울증 발병율의 증가와 오랜 지속기간을 보이며, 우울의 병력과 정신증적 장애의 가족력을 가진 청소년은 가장 높은 위험성이 있다. 마지막으로, 노출된 또래들에 대한 위험 요인은 이미 존재하는 정신증적 취약성, 정신장애의 가족력, 그리고 외적 삶의 사건들을 포함한다.

사후개입 활동은 자살생존자들이 슬픔을 다루는 것을 도움으로써 자살의 전염성을 억제시키는 역할을 한다. 즉, 자살 발생 후 개인, 조직, 지역 사회에 지침을 제공해 자살 전염의 가능성을 줄여준다는 점에서 중요하다. 또한 언론과 학교, 가족과 친지들, 그리고 종교 단체들이 자살을 다루는 방법을 제공해 자살 예방과 전염 방지에 큰 효과를 줄

수 있다. 선정적인 언론 보도 범위와 부적절한 애도 서비스는 자살 전염의 위험성을 증가시킬 수 있다. 따라서 사후개입 프로토콜의 중요성은 자살 전염의 위험을 감소시키는 것이다. 다시 말하면, 자살 후에 일어나는 활동들, 사후개입은 완벽한 순환모형을 이루는 활동이자 예방이 된다. 왜냐하면 그 활동들은 자살전염을 예방하도록 돕기 때문이다 (National Alliance on Mental Illness New Hampshire, 2006).

라. 사후개입의 효과

자살 사후개입의 효과를 체계적으로 검증한 프로그램은 거의 없다. 그러나 사별 지지 프로그램이 효과적이었음을 지지하는 몇 가지 연구들이 있다. Woof와 Carter는 11개의 사별 지지 프로그램을 검토하였고, 프로그램에 참여한 사람들이 프로그램으로부터 도움을 받은 것을 발견하였다(Clark, 2001). Jordan과 McMenamy(2004)는 자살은 가족과 지지 체계에 큰 영향을 일으키기 때문에 자살의 생존자에 대한 사후개입은 중요한 임상적 영역이라고 언급하였다.(The Connecticut Center For Effective Practice of the Child Health and Development Institute, 2006)

자살, 타살, 또는 사고로 아이를 잃은 부모들을 위한 10주 지지 집단(support group)의 효과를 연구한 Murphy는 참여한 어머니들의 정서적 고통과 슬픔 증상이 유의미한 감소를 나타낸다고 보고하였다(Murphy, 1998; Murphy et al., 2000). 그러나 연구에 참여한 아버지들의 외상 후 스트레스 장애와 관련된 증상이 증가된 결과를 볼 때 사후개입의 영향은 성에 따라 다르게 나타날 것이다.

가까운 친구의 자살을 경험한 학생들에게 일기 개입(journaling intervention)은 자살과 관련된 슬픔, 외상 증상 그리고 건강관리 기관의 이용에 대해 유의미한 감소를 보였다(Kovac & Range, 2000). 이 개입방법은 타인에게 외상적 사건을 덜 노출시키는 경향이 있는 남성에게 특별히 효과적일 것이다(The Connecticut Center For Effective Practice of the Child Health and Development Institute, 2006).

동료지지는 자살생존자를 위해 실제적이고 정서적인 지지를 제공하는데 유용한 것으로 확인되어지고 있다(Davis & Hinger, 2005; Fielden, 2003). 자살생존자의 지지에 대한 요구를 평가한 Davis와 Hinger(2005)의 연구에서, 자살로 인한 사망 이후의 위기 기간 동안 자살생존자에게 가장 좋은 위안을 제공하는 것은 가족, 친구, 이웃과 같은 비공

식적 지지임을 확인하였다. 그들은 또한 자살생존자였던 동료로부터의 지지가 가장 도움이 된다고 하였다. 연구자들은 자살을 통한 상실의 경험을 공유하는 것은 상실과 관련된 판단이나 낙인이 없고 자신의 큰 슬픔이 적절하다는 느낌을 받기 때문이라고 하였다(Davis & Hinger, 2005; Carmean, 2007).

프로그램에 참여하여 다른 자살생존자를 돕기를 희망하는 생존자를 포함한 사후개입 활동 프로그램은 특별히 유용하다. 왜냐하면 새로운 자살생존자와 준전문가인 자살생존자(para-professional survivor) 사이에 즉각적이고 가치 있는 유대가 형성된다. 이 유대는 자살로 인한 슬픔에 대한 솔직한 대화를 가능하게 하고, 희망을 제공한다(Campbell, et al., 2004). 자신의 아들을 자살로 잃은 한 어머니는 다음과 같이 말했다.

“친구들은 열심히 도와주려고 노력했고, 많은 자료들을 제공했어요. 우리는 결국 자살생존자 집단에 참여하게 되었습니다. 우리는 MIT에서 열리는 자살생존자 연합에 가게 되었어요. 이것은 매우 유용한 연계의 시작이었습니다. 우리는 거기에서 현재 치료를 받고 있는 정신과 의사를 알게 되었고, 매우 기뻐했습니다. 나는 그 연합에서 Littleton에 위치한 또 다른 생존자 지지집단을 알게 되었습니다. 그러나 그 곳은 우리가 살고 있는 지역에서 너무 멀어서 자주 참여하지는 못합니다”(Carmean, 2007).

사후개입과 관련된 Davis와 Hinger(2005)의 연구에서, 12명의 연구 참여자 중 집단 치료를 받은 4명은 지지집단이 매우 효과적이라고 밝혔으며, 그 이유는 지지집단이 자살생존자에 의해 운영되었고, 모든 구성원이 자살생존자였기 때문에 치료과정이 잘 이루어졌기 때문이라고 하였다. 또한 12명의 참여자들 중 10명은 자살로 인해 낙인찍힌 느낌을 보고하였으며, 자살로 인해 가족이 비난당하는 것 같이 느꼈다고 보고하였다. 모든 참여자들은 이상적인 사후개입은 특히 신뢰할 수 있고 친한 지역 사회 구성원을 포함해야 한다고 하였다. 또한 자살생존자가 생존자 지지집단을 이끌어야 하며, 특히 자녀의 자살 사망을 겪은 어머니와 같은 특정한 관계에 초점을 두어야 한다고 말했다. 또한 모든 피험자들은 장례 진행자나 응급 구조자들을 통해 서비스 의뢰나 자살생존자에 대한 정보를 받을 수 있어야 한다고 말했다. 6년 전 대학 기간 동안 자신의 하키 팀 동료이자 룸메이트를 잃었던 한 남성 피험자는 다음과 같이 말했다.

“학교 측은 제공받을 수 있는 서비스를 알려려고 노력하지 않았습니다. 받을 수 있다는 서비스가 있는 것은 알았지만 서비스들은 적극적으로 제공되지 않았고, 도움이 필요한 학생들을 확인하려고 노력하지도 않았어요. 나와 몇몇 친구들은 그 도움이 꼭 필요하다는 것을 알았지만 우리가 할 수 있는 것은 어깨를 두드리며 괜찮냐고 묻는 것뿐이었습니다. 18살 짜리 소년들은 정신건강 상담을 받는다는 낙인을 원치 않았으니까요.”

12명의 피해자 들 중 11명은 그들이 사후개입 서비스 유무와는 관계없이 자살 사건 당시 가장 유용한 도움은 동료들의 도움이었다고 이야기 했다. 1명의 피해자 역시 자살 생존자가 느끼는 낙인감 때문에 자살생존자에 대한 집단 리더나 개인 치료사가 제공하는 사후개입이 필요하다고 보고하였다.

표 34. 생존자들이 찾은 도움과 치료

-
- 상실에 대한 인정과 그것은 자살이었다는 것
 - 자살과 애도의 과정에 대한 정보
 - 사망자에 이름을 사용하면서 추억의 공유
 - 자살생존자로 구성된 특별한 지지집단
 - 정신건강 전문가와 개인(그리고 가족)의 치료
 - 심리교육적인 발표, 읽을 거리, 집단 토론
 - 낙인과 수치, 기일, 그리고 다른 특별한 일에 대한 대처기술과 대인관계기술에 대한 토론
 - 자살로 사망한 개인의 삶을 존중하기 위한 공식적 장례절차의 확립 돕기
 - 다른 어려운 시기에 개인의 강점과 긍정적인 대처 기술의 확인
 - 편안한 시간, 장소, 방법으로 슬픔에 대해 읽고, 쓰고, 표현하기
 - 다른 사람들의 사려 깊고 때로는 생각하지 못한 지지의 제공
 - 어려운 시간(휴일, 생일, 기일)에 대한 민감성
-

표 35. 생존자의 치유를 방해하는 것

-
- 사망의 원인이 자살이었다는 것을 감추거나 부정하는 것
 - 자살에 대하여 스스로를 비난하거나 다른 사람들을 비난하는 것
 - 애도를 멈추기 위한 내적 또는 외적 압박
 - 자기 파괴적 행동, 예를 들어, 약물/알콜 의존, 고립, 우울에 대한 도움의 거절
 - 타인들의 경솔한 판단적 비판
 - 훌륭한 경청자, 지지자의 부재
-

출처: Maine Children’s Cabinet(2004)

2. 요구조사

자살생존자를 위한 사후개입에 대한 요구조사를 청소년 상담자를 대상으로 실시하였다. 본 요구조사는 조사 대상의 사후개입에 대한 인식이 제한적일 수 있다는 점을 고려하여 상담자의 일반적인 현황 파악을 목적으로 하였다. 사후개입에 대한 요구사항을 파악하기 위해, 자살사후개입관련 교육 수강경험 유무, 청소년자살 사후개입전략 개발의 필요성, 청소년자살 사후개입전략의 구성요소별 필요정도, 가장 효과적으로 생각되는 사후개입전략 유형, 청소년자살 사후개입전략 지도자 훈련 참여 의향에 대해 조사하였다. 조사대상은 자살예방프로그램 연구와 동일하다.

우선, 자살 사후개입관련 교육 수강경험이 있는지를 묻는 질문에 ‘예’에 5.4%, ‘아니오’에 94.6%의 응답율을 보였다. 청소년자살 사후개입전략 개발의 필요성에 관해서는 ‘매우 필요’에 41.3%, 필요 54.3%, 보통 3.3%, 불필요 1.1%, 전혀 불필요 0.0%로 청소년상담자 중 95.6%가 개발할 필요가 있다고 응답하였다.

청소년자살 사후개입전략을 개발할 때 구성요소로서의 필요정도를 묻는 질문에 대해 구성요소별로 매우 필요(5점)에서 전혀 불필요(1점)까지 선택하게 하였다.

각 항목별로 필요 이상으로 응답한 비율을 보면, 자살에 대한 전반적인 인식 탐색에 대해 94.6%, 자살자에 대한 감정, 생각 다루기 98.6%, 자살자 주변인에 대한 정서적 지지 97.3%, 자살자에 대한 애도를 표현하고 다루기 79.7%, 자살자 주변인의 증상에 대한 이해 및 교육 93.3%, 자살자 주변인의 자살 충동 경험시 대처방법에 대한 탐색 및 교육 100.0%로 나타났다. 구성요소별 평균은 표 36과 같이 4.24~4.66을 보였다.

가장 효과적이라고 생각되는 청소년자살 사후개입전략의 유형이 무엇인지 복수응답을 하게 한 결과, 가족상담(67.4%)에 가장 많이 응답하였고, 개인상담(60.9%), 주기적 추후 활동(44.6%), 집단상담(37.0%), 교육프로그램(25.0%), 위기관리팀의 구성 및 운영(19.6%), 자살모방이나 미화방지를 위한 미디어 협력활동(13.2%), 집단단위의 위기개입(9.8%), 행정가와 교사에 대한 자문(1.1%)순으로 나타났다(그림 4).

표 36. 청소년자살 사후개입 전략의 구성요소별 필요 정도

구 성 요 소	매우 필요	필요	보통	불필요	전혀 불필요	평균
① 자살에 대한 전반적인 인식 탐색	44.6	50.0	5.4	0.0	0.0	4.39
② 자살자에 대한 감정, 생각 다루기	66.2	32.4	1.4	0.0	0.0	4.65
③ 자살자 주변인에 대한 정서적 지지	66.2	31.1	2.7	0.0	0.0	4.64
④ 자살자에 대한 애도를 표현하고 다루기	47.3	32.4	17.6	2.7	0.0	4.24
⑤ 자살자 주변인의 증상에 대한 이해 및 교육	51.4	41.9	6.8	0.0	0.0	4.45
⑥ 자살자 주변인의 자살 충동 경험시 대처방법에 대한 탐색 및 교육	65.8	34.2	0.0	0.0	0.0	4.66

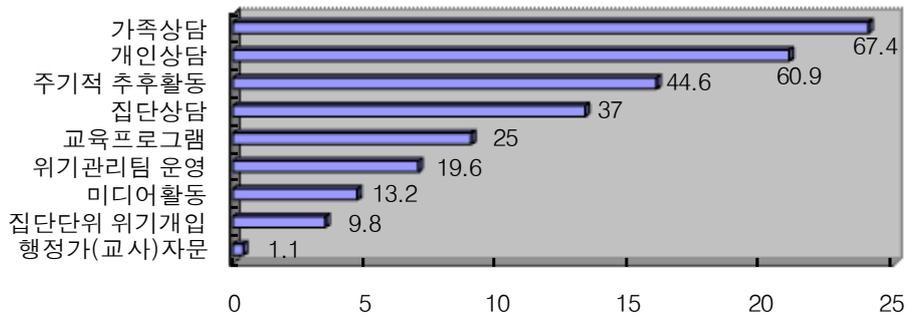


그림 4 . 효과적 사후개입전략(%)

마지막으로 청소년자살 사후개입 전략이 개발된다면, 지도자 교육이나 훈련에 참여할 의향이 있는지 질문한 결과, ‘예’에 88%, ‘아니오’에 12%로 나타나 대부분 참여의향이 있음을 보여주었다. 본 요구조사의 결과에서 보면 사후개입의 필요성이 강하게 제시되고 있으며, 사후개입을 위한 프로그램이 개발되어 자살생존자를 위한 프로그램 보급이 요구되고 있다.

3. 국외 사후개입 프로그램

가. 미국 Maine주 청소년자살 예방, 개입 및 사후개입 지침

(Maine Youth Suicide Prevention, Intervention & Postvention Guideline –
A Resource for School Personnel)

Maine주 청소년자살 예방, 개입 및 사후개입 지침은 학교 관계자들을 위해 개발되었다. Maine주의 학교 관리 연합(School Management Association), 학교장연합, 법무관, 그리고 학교관련 공무원을 포함한 다양한 책임자들에 의하여 여러 연구들이 검토되었으며, 이를 통하여 지침이 개발되었다. 지침은 2002년에 첫 번째로 출판되었고, 2006년에 세 번째 개정판이 출판되었다. 지침은 자기 측정을 포함하고 있으며, 사후개입에서 즉각적으로 사용되어질 수 있는 여러 문서들의 예시 자료들을 포함하고 있다.

지침은 위기 상황에 있는 학생들을 돕고 자살과 관련된 위기를 중재하기 위해 현존하는 프로토콜 내에서 학교에서 사용되어지도록 계획되어졌다. 지침의 목적은 자살 예방, 중재, 사후개입의 계획에 있어서 학교장을 지원하기 위한 것이다. 학생, 학교 관계자들 모두는 자살 사건에 직면할 가능성이 있다. 학교는 관계자들이 언제라도 위기를 다루기 위해 소집되어 질수 있는 적응력과 자원을 가진 조직이며, 위기 상황이 발생하였을 때 학생들과 지역사회 구성원들에게 지지와 안정을 제공할 수 있는 원천이 될 수 있다. 이에 따라 이 지침은 학교 행정적 단위에 내재되어 있는 자원들을 기초로 하여 작성되었다.

지침의 목적을 달성하기 위해서는 먼저, 청소년 자살의 본질, 사회적 통념과 사실, 위험요인과 보호요인들, 경고 표시들과 단서들, 그리고 적절한 중재 단계들을 이해하는 것이 중요하다. 다음으로, 자살의 예방과 중재, 그리고 사후개입을 위해 학교를 기반으로 하는 실행계획을 수립하는 것이다. 셋째, 지역사회와 지역의 지원 기관들의 연계망을 구축하고, 넷째, 학교 관계자, 부모, 그리고 학생들에게 효과적인 자살의 예방 및 중재를 교육하는 것이다. 마지막으로, 돌봄과 민감성을 전달할 수 있는 지침을 제공하는 것과 동시에 자살과 연관된 전염요인들을 막는 것이 중요하다. 이와 관련하여 지침에서는 애도과정의 지원과 자살을 아름답고, 로맨틱한 것으로 미화하거나 극적으로 다루지 않는 것의 중요성을 강조하고 있다.

Maine주 청소년자살 예방, 개입 및 사후개입 지침에서 사후개입은 계획에 필요한 요

소와 사후개입의 절차에 대한 지침으로 구성되어 있는 것이 특징이다. 지침의 내용 중 사후 중재와 관련된 부분을 살펴보면 다음과 같다.

먼저 사후개입의 계획에 있어서 필요한 구성요소에서 핵심적으로 고려해야 하는 사항은, 첫째로 개입계획(Advanced Planning)이다. 사후개입의 계획은 학생들과 교사들, 직원, 부모의 애도를 지지하고, 학생의 감정 표현의 기회와 안전한 환경 제공, 자살 모방의 예방, 학교를 일상으로 되돌리기와 같은 네 개의 목표들을 충족시키기 위해 학교 관계자들과 지역의 위기관리 서비스와 함께 고안되었다.

둘째, 명확한 메시지(Clear messages)이다. 명확한 메시지는 어려운 상황에서 안정성을 제공한다. 학교에서 중요한 위치에 있는 직원들은 자살로 사망 한 학생이 미화되거나 선정적으로 다뤄질 가능성을 줄이기 위해 노력해야 한다. 또한 현재 상황의 처리가 잘 이루어질 것임을 알리기 위해 사건에 대한 솔직한 방법의 접근이 필요하다.

셋째, 자기를 돌보는 것(Self-care)이다. 이것은 자살이라는 위기상황을 다루는 직원에게 매우 중요하다. 일반적으로 교직원들은 학생에게 필요한 것이 무엇인지에 지나치게 집중한 나머지 자신을 돌보기 위한 에너지는 거의 남겨놓지 않는 경우가 있다. 이웃에 사는 동료들, 지역사회 위기서비스 센터 등은 도움이 되는 자원들이다. 학생뿐만 아니라 직원들을 조력하기 위해 능숙하고 유능한 외부기관의 협력을 얻도록 권하고 있다.

마지막으로, 관계자의 심리적 경험보고(Debriefing)이다. 이것은 학생의 자살로 인한 여파가 있을 때 필수적인 것이다. 모든 위기는 독특한 환경을 나타내며, 따라서 학교는 환경에 필요한 만큼 적응해야 한다. 정상적인 일정으로 돌아가기 전까지 3-5일 정도의 집중적인 심리적 경험보고 작업이 있을 수 있다. 또한 위기는 다음에 다가올 위기를 위해 준비하는 기회가 될 수 있으므로, 위기대응팀은 사건을 다루는 것과 관련된 경험보고, 무엇이 잘 되고 있는지 인식할 수 있는 시간을 갖기, 팀이 다루어야 할 문제가 무엇인지 인식하기와 같은 사항들을 중요하게 다루어야 한다.

사후개입 절차에 대한 부분에서는, 학교를 기반으로 한 사후개입에서 중요한 역할을 하는 대상별로 지침을 제시하고 있는 것이 특징이다. 교장 또는 그 밖의 지명된 사람, 위기대응팀의 책임과 해야 하는 일, 그리고 자살의 영향을 줄이기 위한 내용을 제시하고 있다.

먼저 교장 또는 지정된 사람은 위기대응팀의 소집, 자살한 학생의 가족과 연락, 자살을 모든 직원에게 알리는 것, 교직원의 정서적 지지, 정보제공, 언론 매체에 대응, 자살

한 학생의 소지품 처리와 같은 일을 다루어야 한다. 위기대응팀은 경찰과 연락, 학생들에게 자살에 대한 공지, 교직원들의 감정 표현, 교직원과 학생, 그리고 부모 지지를 위한 절차 수립, 학생의 출석 상황과 하교 과정을 점검, 고위험 학생을 선별, 지역관련기관 연계, 부모 및 보호자에게 자녀 지지를 위한 정보제공, 장례식에 관한 정보, 고위험 학생을 위한 전략, 교직원들의 심리적 경험보고를 다룬다. 또한 지침은 자살의 영향을 관리하기 위해 학교의 운영을 유지하고, 애도상담, 자살사건 후 애도과정, 장례, 부적절한 추모 활동, 졸업식과 관련된 내용에 대한 지침을 제시하고 있다. Maine주 청소년자살 예방, 개입 및 사후개입 지침 중 사후개입과 관련된 부분의 내용은 표 37과 같다.

표 37. Maine주 청소년자살 예방, 개입 및 사후개입 지침의 내용

사후개입 절차를 위한 지침	
(1) 교장 또는 지정된 사람의 책임	<ul style="list-style-type: none"> a. 학교에 기반을 둔 위기대처 팀을 소집한다. b. 사망 학생의 가족과 접촉하여 애도를 표한다. c. 자살로 사망한 학생의 형제가 어느 학교에 있는지 확인한다. d. 비상연락망을 통해 모든 교직원이 학생의 자살에 대해 알린다. e. 교직원들에게 정서적인 지지와 다음 단계를 검토하기 위한 시간과 장소를 계획한다. f. 다른 학생들의 부모들에게 죽음과 장례 준비에 관한 정보를 제공한다. 또한 자살 경고신호와, 학교에서 학생들이 받을 수 있는 지지적인 서비스, 지역사회자원, 위기전화번호, 학생들이 자살에 대한 질문에 효과적인 반응과 대처에 관한 정보를 제공한다. g. 안전을 위하여, 학생들로 하여금 부모의 동의서가 있을 때에만 학교를 이탈하도록 하며 학생들의 출석에 대한 강화된 시스템을 실행한다. h. 대변인처럼 행동하라. 매체의 요청은 교장 또는 지정된 사람이 맡는다. 인터뷰에서는 즉각적인 위기 기간 동안 학생들을 돕기 위한 사후개입에 관한 긍정적인 방향에 초점을 맞춘다. 자살 경고 사인과 학부모와 학생들이 의지할 수 있는 자원에 대한 정보를 제공한다. i. 학생의 사물함을 비우고 가족 혹은 친구들에게 물품을 전달하기 위해서 사전에 협의된 절차를 따른다. 부모들이 원하는 방식으로 처리할 수 있도록 충분한 시간과 지원을 제공한다.
(2) 자살위기 대응팀의 책임	<p>학교장에 의해 위기대응팀이 편성되면, 잠재적인 자살의 모방을 줄이기 위해 지역사회 내에서 정서적인 악영향을 다루게 된다.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 사건의 진실을 증명하기 위해 경찰과 연락을 취한다. b. 다음 단계에 관해 논의하기 위해 가능한 빨리 교직원과 접촉한다. ① 학생과 학부모들이 소식에 대해 이야기 할 수 있는 계획을 확립하고, 학생들의 반응에 대응하도록 준비한다. ② 교직원들에게 질문을 하고 감정을 표현할 수 있는 시간을 준다. ③ 교직원과 학생, 부모를 지원하기 위해 앞으로 취해질 절차를 명확히 한다. (애도상담, 심리적 경험보고 등) ④ 학생들이 학교를 떠나는 과정을 잘 살피고 출석을 세심하게 확인한다. ⑤ 자살의 모방 가능성을 고려하고 교직원들로 하여금 고위험 학생을 확인하도록 하며, 위험에 처한 학생들을 어떻게 관찰할지 명확하게 한다.

표 37. 계속

사후개입 절차를 위한 지침	
(2) 자살위기 대응팀의 책임	<p>⑥ 교직원들에게 언론과 인터뷰를 하거나 소문을 퍼트리지 않을 것을 상기시키고, 모든 질문들은 곧바로 지정된 대변인에게 전달 되도록 한다.</p> <p>⑦ 자살이 불러온 죄책감, 화, 책임감, 개인적인 안전과 안녕에 대한 불안감과 같은 감정들을 고려하고, 교직원들에게 감정 다루기를 도와줄 수 있는 자원들에 대해 알려준다.</p> <p>⑧ 교직원들로 하여금 학생들의 휴대폰이나 문자메시지를 어떻게 다루지에 대해 준비한다.</p> <p>c. 지역의 정신건강기관, 다른 학교 상담자, 성직자와 연락하여 위기개입, 경험보고에 대한 도움을 받을 수 있도록 요청한다.</p> <p>d. 사전에 조정된 체계를 통해 학생들에게 죽음을 알린다. 가능하면 숨김없이, 직접적으로 전달하며 학교와 공식적으로 소통했던 정보를 포함한다. 아직 증거가 없는 일에 대해 과장하여 말하거나 가정해서는 안 된다. 자살로 인한 사망은 큰 집회나 모임에서 발표되거나 교내방송을 통해 전달되어서는 안 된다. 모든 학생들은 선생님을 통해 동시에 같은 정보를 받게 되며, 초기 반응과 토의를 위한 시간을 갖게 한다.</p> <p>e. 부모님 또는 보호자는 가능한 빨리 서신을 통해 사건을 통보받아야 한다. 서신은 현재 위기에 학교가 대처하는 방법에 대한 정보를 한다. 동시에 청소년 자살 예방에 관한 자원과 정보도 제공되어야 한다.</p> <p>f. 학생, 교직원, 지역사회 구성원들에게 장례식과 방문 시간에 대한 정보를 전달한다.</p> <p>g. 자살 위험에 처한 것으로 고려되어지는 학생들을 관찰하고 지지하기 위해 미리 계획된 전략을 사용한다. 학생들과 가족을 위한 추후개입은 필요한 만큼 지속되어야 한다. 학년의 변화, 졸업, 기념제 등과 같은 특별한 사건들은 어려운 시기이다. 교직원들은 죽음으로 인해 영향을 받은 학생들에게 민감해야 하며, 자살로 사망한 학생이 가입했던 또래그룹, 동아리 등의 학생들이 자신의 감정에 대해 이야기할 필요가 있다. 사후개입 동안 이러한 학생들에 대한 관심은 미래의 자살행동을 예방하는데 도움을 줄 것이다.</p> <p>h. 위기, 사후개입 기간 동안 교사, 직원들과 함께 매일 심리적 경험보고를 실시한다.</p> <p>i. 학교 실행계획에 지시된 활동을 문서화한다. 각각의 위기는 다음에 올지도 모르는 위기상황에 효과적인 대응을 할 수 있는 기회가 되며, 따라서 문서화하는 것은 매우 중요하다.</p>
(3)자살의 영향에 대한 관리	<p>a. 학교의 유지 가능하다면 규칙적인 학교 일정을 따른다. 자살로 인해 영향을 받은 학생들을 세심하게 살피는 반면, 동시에 직접적으로 영향을 받지 않은 학생들까지도 신경을 써야 한다. 과도한 불안을 피하는 방법은 모든 활동에 참여하는 것이며, 학생, 부모, 교사로 하여금 현재 상황이 처리되고 있음을 알린다.</p> <p>b. 애도상담 학생과 직원들은 안전하고 편안한 환경에서, 개인, 혹은 작은 집단, 교사나 상담자들과 토론을 통해 슬픔을 표현할 수 있는 기회가 필요하다. 감정은 표출되어야 하며, 확인될 필요가 있다. ‘애도’ 는 치료에 있어 중요한 과정이며 상실을 다루는 방법을 배우는 기회를 제공한다. 그러나 자살이 죽음의 원인일 경우 학생들의 감정을 표현하도록 하는 것과 죽음에 대한 지나친 관심 표현으로 인하여 취약한 학생들로 하여금 자살을 매력적으로 보이도록 하는 것 사이의 세심한 구분이 존재해야 한다. 사려 깊은 접근을 요구하는 미묘한 균형점을 찾아야 한다.</p>

표 37. 계속

사후개입 절차를 위한 지침	
(3)자살의 영향에 대한 관리	<p>c. 자살이후 애도과정 가족구성원, 친한 친구를 잃은 개인들은 애도과정을 복잡하게 만드는 독특한 도전에 직면하게 된다. '왜' 라는 이유를 찾는 것은 일반적이지만, 죽음에 대한 책임전가나 다른 사람들에 대한 비난으로 이어질 수 있다. 애도과정을 효과적으로 다루는 것은 정상적인 상태로 돌아오기 위한 지역사회와 능력과 직접적인 연관이 있다.</p> <p>d. 장례절차 학생의 자살을 경험했던 학교는 종종 장례식이 위기관리에 있어 매우 중요하다고 한다. 장례식에 참석할 수 있도록 가능하면 장례식을 방과 후 시간에 가질 것을 부탁할 수 있다. 불가능하다면, 학생들은 부모의 허락 하에 장례식에 참가할 수 있도록 한다. 학교를 장례식의 장소로 쓰지 않는다. 어떤 학생들의 경우 장례식이 거행된 공간을 영원히 죽음과 연관시킬 수도 있기 때문이다.</p> <p>e. 부적절한 추모행사 학교 안에서 추모행사를 하거나 조기를 다는 것, 대규모의 학생집회, 스포츠 이벤트를 비롯한 특별 행사에 헌신하는 것, 큰 액자나 장식판, 영구적인 마크, 또는 자살을 미화할 수 있는 것들은 피해야 한다. 이러한 활동은 다른 취약한 청소년들로 하여금 자살을 생각하게 할 수 있다. 학생의 죽음에 대처하는 사전 계획은 학교 구성원들에게 위기동안 격한 감정에 의해 지배되지 않고 학교의 실행계획을 따를 수 있도록 한다.</p> <p>f. 추모활동 추모활동은 매우 신중하게 고려되어야 한다. 적절한 기념활동을 선택하는 것은 자살 후에 학교가 직면하는 가장 다루기 어려운 일중의 하나이다. 죽은 학생에게 경의를 표하는 것은 매우 치료적이며 유익한 일이 될 것이다. 그러나 만약 죽음이 자살로 인한 것이고 추모활동이 죽음을 미화하고 선정적으로 다루는 것이라면, 다른 취약한 청소년들은 고통을 끝내는 방법으로 자살을 좀 더 고려하고, 그렇게 해야 한다는 인식을 가질 것이다. 행사를 헌정하는 것 혹은 영구적인 추모와 같은 일들은 잠재적으로 학생들을 자살로 유인할 가능성이 있다. 액자, 나무 심기, 대리석 의자 등과 같이 영구적으로 추모하는 활동들은 권장하지 않는다. 추모하는 에너지를 삶을 사는데 도움이 될 수 있는 건설적인 일로 돌려야 한다. 예를 들어, 유족들을 위한 기금을 장려하거나, 자선활동 혹은 자살 예방 노력, 학교에서 행해지는 청소년자살 예방프로그램에 호의적으로 하거나, 가족들이 그들이 사랑했던 사람을 기념하도록 지역사회 기반차원의 노력을 지원하는 것이 있다. 모든 학교들은 다른 원인으로 인한 죽음과 자살을 동등하고 정당한 방법으로 기념하기 위한 활동 지침을 제공해야 한다. 인기 있는 사람의 죽음 혹은 죽음의 어떤 종류가 다른 사람들보다 더욱 많은 관심을 얻을 가능성을 제거해야 한다.</p> <p>g. 적절하고 일관적인 헌정 공간 죽은 학생들에게 학교 신문이나 졸업앨범에서 헌정 공간을 마련하는 것은 대표적인 일이며 적절한 일이다. 학교는 한 학생에게 주어지는 헌정 공간의 양을 결정하기 위한 지침을 정하는 것이 중요하다. 일반적인 지침은 모든 사람들이 같은 양의 공간이 할당되어야 하며 이 공간 안에는 사진, 사람의 이름, 출생일과 사망일, 그리고 개인이 했던 일 등이 포함된다.</p> <p>h. 졸업식 졸업과 수여식은 죽은 학생의 가족들에게는 매우 고통스런 시간이다. 학교가 이러한 사건을 다루기 위한 계획을 미리 세우는 것은 중요하다. 모두에게 일관적이고 공평한 것을 유지하는 지침을 세우는 것은 중요하다.</p>

나. 미국 뉴햄프셔주 Frameworks 청소년자살 예방 프로젝트 (FRAMEWORKS YOUTH SUICIDE PREVENTION PROJECT POSTVENTION - Community Response to Suicide)

Frameworks 청소년자살 예방 프로젝트(The Frameworks Youth Suicide Prevention Project)는 미국의 자살예방협회(The Suicide Prevention Partnership), The Irving and Barbara C. Gutin 복지재단(The Irving and Barbara C. Gutin Charitable Foundation)과 뉴햄프셔의 국가정신질병연합(NAMI NH; National Alliance on Mental illness New Hampshire Chapter)들과의 협력적 작업이었다. 자살에 대한 실제 조사에서 어떤 하나의 시스템도 청소년 자살 사건에 있어서 효과적으로 예방 또는 중재할 수 없다는 것을 포함하여 몇 가지 주제들이 도출되었다. 시스템 제공자들은 자살과 관련된 다중 체계 사이의 상호 협력적 접근을 원했으며, 이러한 개념으로부터 Frameworks 청소년자살 예방 프로젝트가 시작되었다. 따라서 Frameworks 프로젝트에는 청소년 자살 사건과 관련된 사람들이 자살 사건에 효과적으로 대응할 수 있는 실행계획을 포함하고 있다. 원래 프로젝트는 사후개입에 초점을 두려고 하였으나, 예방과 중재로 확대되었다.

Frameworks 프로젝트의 목표는 지역사회에서 취약성이 있는 청소년들에게 영향을 미칠 수 있는 자살 사건을 다루는 과정에서 청소년 자살의 수의 감소를 위하여 청소년의 유능감을 증진시키는 것이다. Frameworks 프로젝트의 핵심적 특징은 청소년 자살 사건에 대응하기 위한 특정 영역별 실행계획을 제시하고 있는 것이다. 이 연구는 뉴햄프셔주와 관련된 주변의 125개의 작업그룹이 참여하였으며, 실행계획을 개발하는데 1200시간 이상이 소요되었다. 작업 그룹은 법관, 경찰, 정신 건강 또는 약물치료 제공자, 교육, 복지기관 등과 같은 전문 영역별로 형성되었다. 작업 그룹 내에는 직접적인 서비스를 제공자, 다른 관련자들을 감독하고 훈련하는 책임자, 상위 기관의 행정책임자, 그리고 관련 전문가를 포함한 여러 형태의 참여자들이 포함되었다.

본 프로젝트에서는 이론적 구성개념으로 생태학적인 접근을 사용한다. 자살 사건들은 일반적으로 개인의 행동이지만, 대인 관계, 지역사회, 넓은 범위의 사회, 그리고 개인이 속한 문화적 맥락 속에서 발생하며, 개인의 자살은 가족, 친구들, 동료, 그리고 지역사회에 심각한 영향을 미친다. Frameworks 프로젝트는 지역사회를 기반으로 한 노력을 촉진시키기 위해 다중체계에서 효과적인 변화를 요구한다. 이러한 사후개입의 특정 실행

계획은 자살생존자들을 위한 대응을 향상시키고, 자살 예방과 치료를 촉진시키려는 의도를 가지고 있다.

Frameworks 프로젝트의 가장 큰 특징은 실행계획이 경찰, 응급 의료 서비스와 소방관과 같은 첫 번째 반응자, 검시관, gatekeeper, 가족, 학생·청소년, 성직자, 장의사, 정신건강 관련자, 교사, 사회 서비스 기관의 각 영역별로 제시되어지는 것이다. 지역사회 전반에 걸친 활용을 촉진하기 위하여 훈련과 기술적 지원은 기관, 핵심 책임자 집단 또는 지역사회 연합에 제공되어 진다.

사후개입 실행계획이 언제 사용되어야 하는가에 대해서는 두 가지 기본적 계획이 있다. 첫째, 실행계획은 자살에 의한 사망이 발생할 경우 즉각적으로 사용되어야 한다. 몇 개의 자료들과 일반적인 개념들은 장기간에 걸쳐 적용되어질 수 있다. 만일 지역사회가 자살을 겪게 되면, 사후개입은 위험요인과 경고사인 인식을 강조하는 것과 같은 방법으로 예방으로 발전한다.

둘째, 실행계획은 자살에 대한 준비로써 지역사회와 관련 조직들을 돕기 위한 도구로써 사용되어야 한다. 실행계획은 자살 사건에 따른 절차와 정책의 개발을 포함하고 있다.

실행계획은 개인과 단체들을 위해 다른 자살생존자의 지지와, 자살에 대한 반응을 인식하고, 애도과정과 스스로를 지지하기 위한 자조 기술을 익히기 위하여 사용할 수 있다. 개인은 중요한 지지자(advocate)의 역할을 수행할 수 있다. 전문가나 서비스 제공자들은 실행계획에 있는 방법들을 지속적이고 일관성 있는 대응법으로서 실행계획을 사용할 수 있다.

실행계획은 지침으로 사용되어질 수도 있지만, 본 프로젝트는 사후개입 활동들을 위한 전문적 훈련으로 개발되어졌다. “자살에 대한 반응” 체크리스트는 자살이 발생한 직후 즉각적인 지역사회의 대응 과정을 안내하는 것으로 사용될 수 있다. 대상별 실행계획은 훈련 모듈(module)로 변환되었으며, 청소년과 교사를 위한 모듈을 살펴보면 표 38과 같다.

표 38. 계속

사후개입 지침	
학생/ 청소년	<p>언어 사용</p> <p>적절한 언어 사용에 주의한다. “성공적인” (또는 성공하지 못한 시도)과 같은 단어들은 부정적인 행동을 긍정적으로 암시하는 좋지 못한 선택이다. 다음 단어들을 대안적으로 사용하는 것이 좋다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자신의 생명을 앗아갔다 • 자살 했다 • 스스로 목숨을 끊었다. • 자신의 손에 의해 죽었다.
학교/ 교직원	<p>청소년은 유사한 장소와 특성(나이, 고향/지역 등)을 보이기 때문에 자살 전염이나 자살위험군이 나타날 위험이 크다. 감정적이고 예기치 못한 혼동과 혼란으로 인해 잘못된 의사결정을 하는 것을 예방하기 위해 사후개입을 마련하는 것은 매우 중요하다. 어떤 주제들은 법적, 윤리적으로 매우 복잡하고 힘든 것이다. 지침을 가지고 있으면 업무나 역할, 책임을 분명히 할 수 있고, 자살에 대처하는 결정을 빠르고 적절하게 내릴 수 있다.</p> <p>교내에서 자살의 발견</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 현장 보전: <ul style="list-style-type: none"> ○ 사망의 공식적인 원인을 밝히기 위해 경찰 조사가 필요하다. ○ 시체를 옮기거나 다른 증거들을 훼손하는 것을 막는다. ○ 구경꾼이나 학생들의 접근을 막는다. ○ 자살을 발견하고 목격한 모든 학생과 직원의 이름을 기록해둔다 <ul style="list-style-type: none"> • 목격자들을 현장에 함께 두고 다른 직원들이나 학생들과의 접촉을 막는다. 경찰이 올 때까지 도움을 제공하고 그들끼리 이야기 할 기회를 갖고, 상담을 제공한다. • 목격자들에게 가능한 빨리 심리적 경험보고를 제공한다. 교직원이나 학생이 목격한 사건을 자세히 기술하는 것은 목격하지 않은 사람들에게 이차적인 심리적 외상을 불러일으킨다. • 심리적 경험보고(debriefing)가 불가능할 경우, 다른 도움을 제공하고 사람들에게 자세한 사실을 이야기 하는 것을 막는다. ■ 가족이나 친척들에게 알린다: <ul style="list-style-type: none"> ○ 학교나 학교 행사에서 자살이 벌어졌다면, 가족이나 가까운 친척에게 알려야 할 법적 의무가 있다. ○ 형제가 어느 학교에 있는지 확인하고, 자살 사실을 어떤 사람이, 언제, 어떻게 알릴 것인지 결정한다. ○ 학교 대표자를 경찰과 함께 보내 가족에게 알린다. ■ 학교 기반 위기대응팀을 소집한다. ■ 학교 게시판 관리자에게 알린다. ■ 가족과 연락한다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 학교장은 가족에게 연락해 애도를 표하고 장례와 관련된 정보를 제공한다. ○ 가족들은 자살을 받아들이기 힘들어하며, 이러한 사실을 공개하고 싶어 하지 않는다. 자살 사실을 숨기고 싶은 가족의 뜻 존중과 학생들에게 정확한 사실을 알려 자살 전염을 막는 것 사이에서 갈등이 생길 수 있다. <ul style="list-style-type: none"> • 이 딜레마를 해결하기 위한 한가지 접근법은 가족과 자살 공개에 대해 개방적으로 이야기하는 것이다. 가족들이 자살에 대해 공개하는 것이 지역 사회 내 취약한 사람들의 자살위험을 감소시켜 줄 것이다. • 성직자나 장의사와 연계하는 것이 이 지침을 지키는데 유용할 것이다.

표 38. 계속

사후개입 지침	
학교/ 교직원	<ul style="list-style-type: none"> ■ 지역 경찰서, 정신건강센터, 종교단체, 청소년 보호센터나 방과 후 프로그램, 또는 다른 사회 서비스 기관에 공지하여 지역사회와 학생들에게 추가적인 도움을 제공할 수 있다. ■ 학생들과 교직원들을 위해 위기중재인이나 도움제공자를 요청할 수 있다. ■ 주변의 지역 정신건강센터에서 전문가를 요청하여 상담과 도움을 제공할 수 있다. ■ 학생과 직원들에게 정보를 개방한다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 형제나 자매에게 가장 먼저 알린다. ○ 학생들과 친분이 있는 선생님(담임선생님)이나 직원들이 소규모로 학생들에게 공지를 한다. 소집단이 동시에 모든 학생들과 함께 정보를 나누고, 논의를 할 수 있는 시간을 주어야 한다. ○ 자살 사망자와 친했던 학생들을 모아 동시에 공지하는 것이 가장 이상적이다(소모임, 동아리, 가장 친한 친구 등). 충격을 많이 받은 학생들을 함께 불러 이야기 하는 것은 다음과 같은 장점이 있다. <ul style="list-style-type: none"> • 가장 좋은 지지를 제공할 수 있다. • 서로를 도울 수 있다. • 자살 사망자를 잘 알지 못했던 다른 학생들의 충격을 줄여준다. ○ 자살이나 자살시도와 관련된 정보를 나눌 때는 큰 집회를 열지 않는다. 교직원들과 학생들이 대화를 나눌 수 있는 소집단이 더욱 효과적이다. ○ 상황에 대해 빨리 공지한다. 학생들이 도움을 받고, 구조화하며 말할 수 있는 기회를 가지도록 한다. ■ 학생들이 하교하기 직전에 공지하지 않는다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 일어난 상황에 대해 정확하고 솔직하게 말하되 지나치게 자세한 사항은 말하지 않는다. <ul style="list-style-type: none"> • 학생들에게 보다 정확한 정보를 제공하면 루머를 최소화 할 수 있다. • 완곡하게 말하거나 간접적인 형태로 공지 하지 않는다. • 학교의 최초 공지는 신뢰를 쌓는데 매우 중요하다. ○ 공지 후에는 학생들이 부모 허가나 성인의 동행 없이 학교를 이탈하지 못하게 한다. ○ 학생과 직원들에게 상담과 도움 받을 기회를 제공한다. <ul style="list-style-type: none"> • 학교 위기대응팀을 활용한다. • 지역 정신건강기관에 연락해 도움을 얻는다. • 위기대응팀을 통해 애도 상담이나 심리적경험보고를 받는 것을 고려한다. ○ 학교를 폐쇄하지 않는다. <ul style="list-style-type: none"> • 고인과 친했던 학생들은 구조적이고, 지지적이며, 반복적인 학교 환경에서 많은 도움을 받을 것이다. • 위기 상황에서는 학생이나 직원들이 반복되는 일상에 있는 것이 좋다. ○ 학생들의 부모님에게 메모나 서신을 보내 어떤 일이 일어났는지를 알린다. 편지나 메모는 <ul style="list-style-type: none"> • 부모에게 정확하고 적절한 정보를 제공한다 • 부모는 자녀에게 추가적인 도움을 줄 수 있다. • 학교 대처 방법에 대해 부모가 알게 한다. • 부정확한 정보나 루머가 떠돌 가능성을 줄여준다. • 자식과 관련한 염려사항이 있다면 학교와 연락할 수 있는 정보를 제공한다. • 고인의 가족과 직원, 학생들을 도울 수 있는 커뮤니티와 연계시킨다. • 부모에게 자살 전염과 경고 사인에 대해 알린다. • 사전에 관련된 서신을 만들어두면 사건이 일어났을 때 신속하게 대처할 수 있다. ○ 학생이나 학부모에게 장례와 관련된 정보를 제공한다. ○ 위험에 처해 있거나 취약한 학생이 있을 경우 확인하고 관찰 계획을 세운다.

다. 미국 샌디에고주 자살 예방, 개입 및 사후개입 (Suicide Prevention, Intervention and Postvention)

자살 예방, 개입 및 사후개입(Suicide Prevention, Intervention and Postvention) 프로그램은 미국의 샌디에고 주에서 자살의 예방, 중재, 그리고 사후개입을 위해 개발된 것으로, 미국과 캐나다의 자살예방 전문가들에게 그들의 경험을 바탕으로 하여 아동청소년의 자살을 예방하는데 효과적인 것으로 생각되는 프로그램의 이름과 설명을 요청하였다. 프로그램들의 목록이 만들어진 후, 프로그램에 노출된 사람의 수, 프로그램이 사용되어진 기간, 개입의 강도와 특징, 평가를 위한 자료의 사용가능성에 대해 평가하였다. 프로그램들의 특징에 따라 여덟 가지의 자살 예방의 전략적 형태인 학교 지킴이 훈련(School Gatekeeper Training), 지역사회 지킴이 훈련(Community Gatekeeper Training), 자살 교육(General Suicide Education), 선별프로그램(Screening Programs), 또래지지 프로그램(Peer Support Programs), 위기센터와 긴급전화(Crisis Centers and Hotlines), 치명적 도구 접근제한(Restriction of Access to Lethal Means), 자살 사후개입(Intervention After a Suicide)으로 범주화 되었다. 범주가 완성된 후, 미국 질병통제센터의 전문가 그룹은 서로 다른 범주에 걸쳐 중복되는 주제들을 검토 하였고, 앞으로의 연구와 개입을 위한 방향을 제시하였으며 이에 따라 프로그램이 완성되었다.

본 프로그램에서 사후개입과 관련된 내용은 크게 세가지로 구성되어 있다. 먼저, 학교를 위한 지침으로 사후개입의 목적과 학교 책임자, 교사가 해야하는 일을 다루고 있으며, 이 부분에서는 Maine주 청소년자살 예방, 개입 및 사후개입 지침의 내용이 인용되어져 있다. 다음으로, 자살로 인한 사별이후에 겪게 되는 애도 반응에 대해 설명하고 있으며, 마지막으로 자살 이후 지침과 실행계획 수립을 다루고 있다. 교사와 상담교사를 위한 제안들과, 학교 책임자가 자살 사건이 발생한 후 즉각적으로 해야 할 일을 다루고 있다.

본 프로그램에서는 자살 예방프로그램은 지역사회의 정신건강 전문가와 밀접한 관계를 유지하고, 한 가지 예방전략에 의존하는 것을 피하며, 효과적인 것이라고 예상되는 전략을 현 프로그램에 통합하고, 마지막으로 평가를 실시하는 것을 권고하고 있다. 자살 예방, 개입 및 사후개입 프로그램의 내용은 표 39와 같다.

표 39. 샌디에고주의 자살 예방, 개입 및 사후개입의 내용

사후개입 지침	
대처 단계	<ol style="list-style-type: none"> 1. 사망 직후 - 자살이 일어난 다음날 2. 단기 - 2~7일 또는 10일 3. 장기 - 정해지지 않은 기간으로 해결의 기간
학교장	<p>학교장은 학생이 등교하기 전에 교직원에게 자살에 대해 알려야 하고, 회의를 소집해야 한다. 교직원에게 유용한 정보가 제공되어야 하고, 감정을 표현할 수 있도록 한다. 위기대응팀은 사후개입 전략 논의를 위해서 소집되어야 하며, 교직원에게 학생들을 위해 필요한 것을 알려야 한다. 자살의 공지는 학생들의 반응과 감정이 효과적으로 상호작용할 수 있는 환경에서 학교 일과가 시작될 때 이루어져야 한다. 모든 사실과 사건에 대해 알려주는 것이 필수적이다. 루머와 추측, 특히 자살 사건을 돋보이게 만들거나 낭만적으로 만들지 않도록 해야 한다.</p> <p>학생들이 경험하는 감정의 과정을 지속할 수 있는 기회를 제공하기 위하여 정규 수업활동을 미룸으로써 학생들을 지지해야 한다. 학교는 가능한 빨리 일상적인 절차로 돌아가야 하지만, 대부분의 학생들이 평소와 같이 학습할 수 있을 때 까지 몇 일 정도의 연기를 고려할 수 있다.</p> <p>학교 내에 Safe room이 설치되어야 한다. 학교는 지역사회와 상담 전문가를 요청하여 도움을 받을 수 있다. 학교로 전화를 하거나 찾아오는 부모들을 위해 상담원을 배치한다.</p>
교사	<p>어떤 학생이 대화가 필요한가? <ul style="list-style-type: none"> • 위기에 의해 즉각적으로 영향을 받은 친구, 자살한 학생과 가까운 관계에 있는 학생 등 • 정보는 위기기간 동안 강력한 도구이다. 교사는 학생들에게 사실과 함께 토론을 제공한다. 토론은 소문과 잘못된 정보를 통제하는 가장 좋은 방법이다. </p> <p>무엇을 말할 것인가? <ul style="list-style-type: none"> • 사실을 말해야 한다. 사실은 알지 못하는 것을 다룰 수 있는 기본적인 것이다. 사실을 통해 학생은 스스로 자신만의 의미에 대한 이해를 할 수 있다. </p> <p>누가 학생들에게 말할 것인가? <ul style="list-style-type: none"> • 담임교사나 첫 시간의 교사는 일과의 시작에 소문을 통제할 수 있도록 정보를 줄 수 있다. • 학생과 가까운 교사가 말할 수 있도록 할 수 있다. • 학교 위기팀은 사용할 수 있는 스크립트를 준비한다. </p> <p>학생에게 말하는 방법 <ul style="list-style-type: none"> • 비공식적 장면이 좋다. 동글게 앉거나 바닥에 앉아서 하는 게 좋다. • 충분한 시간을 가진다. 침묵, 질문, 개인적인 대화를 허용한다. • 학생들이 세부적인 것을 궁금해 하는 것은 애도과정의 자연스러운 부분이다. </p>

표 39. 계속

사후개입 지침	
가족의 지지	<p>자살로 사망한 학생의 가족은 물리적, 정서적 지지가 가장 필요한 사람들이다. 가족들의 바람에 따라 가족에 대해 학교가 관여하는 본질과 범위가 결정될 것이다. 결정을 하는데 있어서 특정 요인들이 고려되어야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 학교는 가족에게 애도를 공유하고 이해를 받는 장소를 제공한다. 2. 가족과 직접 접촉하는 것은 학생들 사이에서 죽음을 낭만적으로 만들거나, 미화하는 것을 막기 위한 학교의 노력에 도움이 될 수 있다. 3. 애도과정에 있는 가족 구성원과 학생의 만남은 각자의 감정에 초점을 맞추고 감정 표현의 다른 방법을 제공한다.
학생	<p>고위험 학생</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자살로 사망한 학생의 친구 혹은 형제 • 현재 위기와는 관련이 없는 학생이나 최근 가족이나 지역사회에서 비극이 발견된 학생 • 축적된 상실들 때문에 스트레스 상황에 있는 학생 <p>위험에 직면한 행동의 세 가지 범주</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 지속적인 위축 2. 지속적인 충동적 행동 3. 지나친 순종 혹은 학업 <p>위험에 노출된 학생의 위와 같은 행동이 나타날 때 교직원은 전문적인 도움을 찾아야만 한다.</p>
치료를 위해 해야할 것	<p>신체적 안정과 치료를 위해 해야 할 것</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가족 주치의에게 검사를 받음으로서 신체를 돌본다. • 애도의 초기단계에서 원하는 것 이상을 먹지 않는다. 식욕은 건강하고 균형있게 먹음으로서 돌아온다. • 운동을 한다. 또는 평화롭고 조용하게 걷는다. 신체적 운동은 긴장을 늦추는데 도움이 된다. • 긴장을 줄이기 위한 방법으로 카페인을 줄인다. 술을 경계한다. <p>감정적인 안정과 치료를 위해서 해야 하는 것</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자신에게 친절해 진다. 가끔 압도되는 느낌을 받아도, 정상적이라는 것을 상기한다. • 다른 사람들과 이야기한다. 이야기할 수 있는 친구를 찾는 것은 중요하다. 사건 현장에 있었던 사람과 함께 이야기를 나누는 것은 특히 도움이 된다. • 무슨 일이 일어났는지 말하고 또 말한다. 사랑하던 이에 대한 것을 기억하고 죽음의 경험에 대해 기억한다. 좋은 기억은 매우 중요하다. • 사람들은 각자 다른 방법으로 애도한다. 사람들과 다르게 애도를 다루는 것에 대하여 비교하지 않는다. • 많이 울어도 되고 울지 않아도 된다. 울 때에는 우는 것이 치료적임을 알도록 한다. • 당신이 할 수 있는 최선을 다했다는 것을 깨달음으로서 죄책감과 맞선다. • 애도는 시간이 걸린다. 그리고 애도 경험과 감정은 다시 생길 수 있다. 스스로에게 인내심을 가지고 자신만의 속도로 치료됨을 인정한다. • 많은 사람이 애도하고 있다는 것을 깨닫는다. • 도움을 청하는 일은 어렵다. 도움을 청하는 것은 당신의 애도에 큰 차이를 가져올 수 있다. • 지금은 새로운 인생 패턴으로 어려운 시간이다. 과거 많은 활동으로서 애도를 다루었으나, 도움이 되지 않았다면 새로운 접근을 하도록 노력한다. 예를 들어, 지지 그룹에서 활동적이 되기, 전화 친구를 찾기, 애도에 대해 읽고 공부하기, 새로운 대처기술들을 발전시키기, 다른 사람을 돕기

라. 뉴질랜드의 자살 사후개입(Suicide Postvention)

자살에 의한 사별, 그리고 자살생존자의 지지와 서비스에 대한 증거에 근거한 지식들을 정리하기 위하여 뉴질랜드의 청소년발달부(Ministry of Youth Development)에 의해 자살 사후개입 연구가 이루어졌다. 국가적 차원의 포괄적인 자살예방전략개발의 한 부분으로 시작된 이 연구는 자살로 사별한 사람들을 위한 지지 서비스의 개발과 향상을 위한 것이다. 이를 위해, 애도와 사별, 자살로 인한 사별, 그리고 가족들을 위한 지지와 서비스, 자살생존자들과 관련된 여러 연구들과 증거를 기초로 하여 실시되었다. 그리고 자살로 사별한 사람들에게 지지를 제공하기 위한 여러 권고 사항들을 제공하고 있다.

본 연구는 일반적 형태의 사별이후의 전형적인 애도 반응과 그 과정에 대해 설명하고 있으며, 애도를 표현하는데 영향을 주는 요인들에 대해 설명하고 있다. 다음으로 자살로 인한 사별을 다루고 있다. 다른 형태의 사별과 자살로 인한 사별이 어떻게 다른지를 살펴보고, 애도과정에 영향을 미칠 수 있는 자살로 인한 사망의 특성들을 제시하고 있다.

뉴질랜드의 자살 사후개입의 특징은 자살이 발생한 후 시간의 경과에 따른 지침을 제시하는 것이다. 자살이 발생한 직후에 필요한 즉각적인 지원과 단기적, 장기적 지지와 지원과 관련된 지침을 제공하고 있다. 단기적으로 필요한 지지와 서비스에서는 학교의 사후개입 프로그램과 정신건강기관, 그리고 다른 관련기관들과 심리적 경험보고(critical incident debriefing)에 대해 설명하고 있다. 장기적으로 필요한 지지와 서비스에서는 자살생존자를 위한 집단과, 관련서비스 기관 종사자, 상담서비스, 그리고 인터넷을 활용한 서비스에 대해 설명하고 있다.

많은 외국의 자살의 사후개입과 관련된 프로그램들의 고찰을 통해, 뉴질랜드에 가장 적합한 사후개입의 모델을 제시하였다. 모델에서는 사후개입에서 다루어져야 할 부분들에 대한 지침을 제공하고 있으며, 자살 발생 후 경과된 시간에 따라 그 지침을 달리하고 있다. 자살 발생 직후, 단기 그리고 장기적으로 관리해야하는 지침들을 제공한다. 또한 학교와 같은 시설에서 고려되어지고, 관리되어야하는 것들, 시골지역, 정책입안자들과 관련된 부분을 다루고 있다. 그러나 제시된 모델은 경험적 지지를 받지 않은 제한점이 있다.

사후개입을 위해서 자살생존자와 관련된 사람들에게 심리적 경험보고를 활용하지만, 문제점에 대해 지적하고 있다. 심리적 경험보고의 체계적인 검토 결과 이것이 효과적이라는 증거가 없으며 안전하지 않을 수도 있다는 것이다. 그러나 현재 자살을 포함해 외

상적인 사건이후 심리적 경험보고에 대한 공공적 요구가 있고, 사람들도 이것을 선호하기 때문에, 다른 대안적 프로그램의 대치없이 심리적 경험보고의 철회는 문제가 있음을 지적하고 있다. 자살 사후개입에서 제시된 지침을 살펴보면 표 40과 같다.

표 40. 뉴질랜드의 자살 사후개입의 내용

사후개입 지침	
자살 발생 직후 지침	<p>A. 자살 사망이 일어났을 때 가족 구성원과 중요한 타인들은 다음과 같은 것들을 제공 받아야 한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 자살 방식, 시간, 그리고 환경에 대한 정보. ▪ 시신을 볼 기회와 집에서 입관식을 치룰 기회, 시신의 사진을 찍을 수 있는 기회, 손바닥 자국을 가질 수 있는 기회 ▪ 시체를 보는 동안 정서적 지지 ▪ 공식적인 절차, 조사, 사후 검사와 심리 절차에 대한 정보, 관련된 주제에 대한 문헌 정보 ▪ 유서나 유언의 원본 또는 복사본 ▪ 장례를 위한 경제적 보조를 받을 수 있는 도움 ▪ 현실적인 문제에 대한 도움과 조언 ▪ 가족이나 가까운 사람에게 고인의 사망과 관련된 정보 제공 ▪ 사후 검사보고서의 이해를 도움 ▪ 슬픔에 대처하는 방법, 자살, 이용 가능한 자원들, 권장 리스트, 지역 애도 센터, 자살생존자 애도센터, 지지 집단에 관한 연락처와 정보, 관련된 문제들에 관한 정보 제공 ▪ 자살생존자 아동을 도울 수 있는 정보 제공 ▪ 언론 매체의 요청에 대한 대처 방법 <p>모든 자살생존자 가족이 이와 같은 서비스를 필요로 하는 것은 아니지만, 이상적인 환경에서 서비스가 가능해야 한다.</p>
자살발생 후 장·단기적 지침	<p>자살 사망 후 단기적이고 장기적인 관점에서, 가족, 그리고 중요한 타인들은 다음과 같은 것들을 제공받아야 한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 배심에 관련된 정보와 조사 기간 동안 사회적, 감정적 지지 제공 ▪ 조사는 적절한 시기에 실시되어야 한다(예를 들어 4개월 이내). 공식적인 절차가 가능하다면 조사 시기가 사망 시기와 멀수록 좋다. ▪ 가능하다면 자살생존자 지지 집단에서 비슷한 과정을 겪은 다른 사람들과 이야기 할 기회 제공 ▪ 치료나 심리 치료가 필요할 경우, 비용에 대한 걱정 없이 전문가의 개인 상담이나 집단 상담을 받을 수 있게 한다. ▪ 성직자나 종교 지도자의 도움을 받을 수 있게 한다. ▪ 낙인감이 느껴지지 않도록 접근하고, 자살에 관한 사실적 정보와 자살과 관련된 정신 병리를 이야기 해준다. ▪ 슬픔에 대처하는 방법과 다른 자살생존자 가족들이 자살 발생 후 어떻게 대처하고 있는지에 대한 정보 제공 ▪ 자살이 가족의 기능에 어떻게 영향을 미치는 지, 다른 가족들이 자살 후 어떻게 대처했는지, 가족의 의사소통과 기능을 증가시키는 전략에 대한 정보 제공

표 40. 계속

사후개입 지침	
자살발생 후 장·단기적 지침	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 가족 구성원의 자살에 대해 아등과 이야기 하고, 자살의 위험에서 보호할 수 있는 것에 대한 정보 제공 ▪ 치료 계획을 돕기 위해 평가를 받을 수 있는 기회 제공 ▪ 애도 서비스와 연계 ▪ 자살 사망 후 첫 일년 동안 지속적인 통한 사후점검을 하고, 도움과 지지, 정보 제공
학교와 같은 기반을 위한 지침	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 자살 사망에 대응할 수 있고 경험이 있는 외부 전문가를 초빙 여부에 대해 고려한다. ▪ 교직원들은 자살 사망에 관련된 정보를 제공받아야 하고, 일반적인 자살에 관한 정보도 제공 받아야 한다. ▪ 교직원들은 지지적인 환경에서, 자살이 그들에게 어떤 영향을 주었는지 그리고 도움이 필요할 경우 어떻게 얻을 수 있는지에 대해 말할 기회를 제공받아야 한다. ▪ 관련된 지역 사회 자원과 기관들을 확인하고, 직원들에게 정보를 제공하며, 다른 자살생존자에게 서비스를 받는 방법에 대한 정보를 제공한다. ▪ 위험 관리 절차가 있는 경우, 학생들의 자살 행동을 최소화 할 수 있게 이용되어야 한다. ▪ 효과적인 평가 절차를 심각한 애도 반응을 보이는 사람과 자살 위험성이 있는 사람을 확인하는데 사용한다. ▪ 교직원에게 전문적인 관찰 평가가 제공되어 져야 한다. ▪ 개입의 후기에는 모든 직원들에게 심리적 경험보고(debriefing)가 실시되어야 한다. <p>이러한 서비스들은 상담가나 다른 정신건강 전문가에 의해 제공 될 수 있으며, 자살 사망 이후 사후개입 프로그램을 촉진할 수 있는 전문적이고 숙련된 사람에 의해 제공될 수 있다.</p>
시골과 같은 지역을 위한 지침	<p>작은 시골은 자살 사망이 발생하는 빈도가 너무 적어서 지지 서비스들을 유지할 수 없다. 빅토리아 건강증진 위원회(The Victorian Health Promotion Commission)는 지방과 작은 마을에서 지지 서비스를 받을 수 있는 일련의 제언들을 제공하였다. 이 제언들은 뉴질랜드에 가장 잘 맞는 모델이며, 아래와 같다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 상실과 슬픔에 관련된 대중들의 지각을 증가시킨다. 경제적, 사회적, 환경적 측면을 포함시키고 신체적, 정서적 안녕과 사회적 영향이 지역 사회의 안녕(well-being)에 미치는 영향을 알린다. ▪ 이용 가능한 자원과 관련된 조항들을 마련하고, 지역 사회 교육과 전문적인 교육과 훈련을 위한 모금을 통해 상실과 슬픔에 대한 전문적인 지식(지각과 이해)을 강화한다. ▪ 적절한 자원을 제공하고 건강관련 전문가를 훈련시키며, 지역사회를 위한 복지 와 서비스가 필요한 자살생존자들을 확인, 평가, 의뢰한다. ▪ 사별한 사람들을 도와주는 프로그램과 사회 지지 구조를 강화한다. ▪ 상담이 적절한 시간에 이용 가능한 방식으로 이루어질 수 있도록 상담 서비스를 위한 자금을 충분히 제공한다. ▪ 창조적이고 협동적인 전략을 개발하여 자살생존자에게 도움을 제공하는 전문가 들을 관리한다. ▪ 서비스 제공자들 간에 네트워크 발달을 촉진시킨다.

마. 호주의 자살 사후개입 지침(Suicide Postvention Guideline)

호주의 자살 사후개입 지침(Suicide Postvention Guideline)의 목표는 애도 상태에 있는 지역사회를 지지하고, 자살 전염성의 위험을 인식하고 대응할 수 있도록 학교에 지침을 제공하는 것이다. 학생이 속한 지역 사회 내에서 자살 시도, 자살, 또는 자살로 의심되는 비극적인 사건이 발생할 경우 학교의 대응을 지원하기 위해 개발되었다. 이 목표를 달성하기 위해 중요한 것은 학교와 정신건강 관련기관, 가정 사이에서 정보를 공유하는 것이다.

지침의 특징은 자살로 인한 사망 사건이 발생할 경우 시간의 경과에 따른 대응을 제시하고 있는 것이다. 자살 사망이 발생할 경우 즉각적인 대응, 최초 24시간, 48-72시간, 1개월, 장기적인 관점에서 각 시기별로 자살생존자를 지지를 위한 지침을 제공한다.

지침은 자살 시도, 자살 또는 자살로 의심되는 비극적인 사건에 효과적으로 대응하도록 각 시기별 단계에 대한 체크리스트를 제공한다. 체크리스트는 자살 사건에 효과적인 대응을 위하여 각 단계들의 필요성에 대한 설명을 포함하고 있으며, 즉각적인 대응, 최초 24시간, 48-72시간, 1개월, 장기적 기간의 다섯 개의 부분으로 되어있다. 또한 교사, 부모, 학생들에게 제공되어지는 유인물과 편지의 예들이 포함되어 있다.

이 지침은 부분적으로 사용되어져서는 안 되며, 자살시도나 자살이 발생할 경우 책임자와 위기대응팀은 모든 내용에 익숙해 져야함을 강조하고 있다. 지침의 세부적인 내용은 표 41과 같다.

표 41. 호주의 자살 사후개입 지침의 내용

사후개입 지침	
자살 발생 후 즉각적 대응	<p>학교 현장에서 일어난 경우, 지역 구성원들의 안전을 보장한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다른 학생들이나 직원이 위기에 처해있지 않은지 확인한다. • 의학적 조언이나 구급차, 경찰의 지원이 필요할 경우 응급 서비스에 전화한다. • 신속히 위기대응팀을 조성한다. • 목격자들을 임시 설립된 안전 장소에 옮기고, 경찰 증언이나 다른 조치가 있기 전 까지 직원이나 상담가의 도움이나 관리를 받을 수 있도록 한다. • 학생이나 다른 직원들로부터 현장을 격리시킨다. 경찰이 방해 받지 않고 조사를 할 수 있도록 다른 사람들이 현장을 보는 것을 막기 위한 방법들을 사용한다. • 자살 시도자나 사망자가 사용한 수단에 따라 필요할 경우 환경을 바꾸거나 그 수단에 접촉하는 것을 고려해야 한다. <p>학교 현장에서 벌어지지 않은 경우, 사실들을 확인한다</p>

표 41. 계속

사후개입 지침	
자살 발생 후 즉각적 대응	<ul style="list-style-type: none"> • 학생이나 학부모 또는 직원들 사이에서 자살과 관련된 소문을 방지한다. 학생들이 직원들에게 유서나 자살 e-mail 또는 메시지를 보내는 것을 간과해서는 안 된다. 이러한 경우 즉시 사후 추적이 진행되어야 한다. • 소문이나 유언에 관한 조사가 진행 된 후, 학교 내에서 학생이 안전하다는 것이 확인이 될 경우, 상담자가 그들의 안녕을 평가하고 자살과 관련된 배경을 탐색한다. 대부분의 경우 학생의 부모와 정보를 공유하는 것이 필수적이며, 학생이 서비스를 받지 않고 있을 경우 정신 건강 전문가와 연계시켜 준다. • 만약 학생이 학교에 있지 않을 경우, 그들의 가족과 즉시 연락한다. 학부모가 학생의 위치와 안전에 대해 알지 못한다면 경찰과 연락한다. • 직계 가족이 아닌 다른 사람으로부터의 자살 보고는 경찰이나, 병원 직원을 통해 매우 세심하게 전달되어야 한다. <p>영향을 받은 학생, 부모, 교직원의 보호 자살 시도나 자살 사망을 경험하게 된 직원, 학생, 부모들을 홀로 두어서는 안 되며, 가족을 만날 때 까지 편안함과 도움을 제공해주어야 한다. 직원과 학생들을 위해 안락하고 안전한 환경에서 위기에 대한 도움이 필요하며, 도움이 필요한 학생들은 학교의 긴급 위기 계획으로 확인되어야 한다.</p> <p>위기대응팀의 소집(Emergency Response Team)</p> <p>자살사망이나 자살시도 후에는 아주 짧은 시간 내에 많은 조치가 취해져야 한다. 자살 사후개입 또한 필요하며 몇 개월 간 유지되어야 한다. 응급대응팀은 다음의 것들을 확인하는 것이 필수적이다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 학교 내 모든 구성원의 안녕이 확인되어야 하고 보호되어야 한다. • 모든 의무들이 효과적으로 이루어지고 있는지 확인한다. • 학생과 직원, 학부모에게 올바르게 적절한 조언이 이루어지는지 확인한다. • 한명의 직원이 너무 많은 책임을 지지 않도록 해야 한다. <p>위기대응팀은 다음과 같은 학교 사후개입 계획을 세워야 한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가족과 연락하기 • 취약한 학생, 직원을 확인하고 친한 친구들에게 연락하여 follow up을 제공한다. • 학생과 직원, 학부모에게 문서화된 정보를 제공한다. • 정신 건강 전문가와 연락한다. • 고인의 유품을 보호하고 경찰과 연락한다. • 언론 접촉을 관리한다. • 모든 조치들을 문서화한다. • 자살이나 자살시도가 일어날 만한 학교 환경을 적절하게 변화시킨다. (예를 들어 옥상 접근을 금지하고, 밧줄이나 독극물과 같은 위험한 물건들은 확실히 보관한다.)
첫 24시간	<p>학교에서의 사후개입 업무들을 위해 사건 후 바로 정신건강 전문가의 도움을 받아야 한다. 따라서 정신건강 전문가들을 초빙하여, 적절한 환경 속에서 일시적으로 위기대응팀에 합류시킨다.</p>

표 41. 계속

사후개입 지침	
첫 24시간	<p>정신건강 전문가를 개입시킬 경우 학교는 지역사회의 요구를 나눌 수 있고 조치를 취할 때 전문적 충고를 받을 수 있다. 이것은 학교 내 구성원들에게 신체적, 심리적 도움을 준다.</p> <p>정신건강 전문가들은 다음과 같은 영역에서 학교를 돕는다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자살 시도를 했던 학생을 돕기 위한 계획 세우기 • 자살에 충격을 받은 학생들을 위한 즉각적인 상담 제공 • 다른 취약한 학생들 확인 • 위험에 있는 학생들 스크리닝 • 가족이나 직원들 의뢰 • 부모나 학생, 직원들에게 상담에 대한 정보 제공 • 장례나 기념일 같은 중요한 행사들의 계획 관리 • 병원 관계자나 관련된 언론과 연락 <p>정신건강 전문가는 학교장과 고위험 환자들의 보호를 위한 논의를 하고 고위험 환자들이 상담을 중단하였을 경우 이를 알린다.</p> <p>다른 취약한 학생들을 확인하고 돕기</p> <ul style="list-style-type: none"> • 학교는 자살이 다른 학생들에게 미치는 영향을 간과해서는 안된다. <p>위험에 처한 학생을 확인하고 지지계획을 세운다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 사후개입의 가장 중요한 목표는 다른 사람들의 자해를 예방하고 막는 것이다. 학교의 가장 중요한 역할은 취약한 학생의 확인, 지지, 의뢰를 하는 것이다. <p>사건 후 24시간 내에 중요한 것</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자살시도나 자살로 사망한 학생의 친한 친구(또한 취약하다고 확인된 학생들)는 적절한 교직원에게 개인적으로 정보를 제공받아야 한다. 또한 학교에서 제공할 수 있는 서비스에 대한 정보와 도움을 주어야 한다. • 고인에 대한 민감한 정보가 유출되지 않도록 현장에 있던 학생들의 협조를 구해야 한다. • 자살의 영향을 받은 학생의 부모에게 직접 연락을 취해 가정에서 도움을 제공할 수 있도록 한다. • 고인의 형제나 친한 친구가 사실을 알고 있는지 학교장이 직접 연락, 확인해야 한다. <p>특별상담실(Support room)의 설치</p> <p>특별상담실은 학생들의 슬픔과 요구가 표현되고, 학생들을 관찰할 수 있는 장점이 있다. 일반적으로, 특별상담실은 학생의 사망 후에 설치되지만, 매우 공개적인 자살 시도가 일어났을 경우에도 특별상담실 생성 근거가 된다. 상담가나 정신건강 제공자와 같은 적절한 직원이 항상 방을 관리해야 하며, 방의 문을 조금 열어두는 것이 좋다. 특별상담실은 가능한 방음이 되고, 밝은 빛이 제공되어야 하며, 학생들이 많이 다니는 곳이 좋다. 또한 그 방에 출입하는 학생들을 기록해야 한다.</p> <p>자살사망의 경우 학생들에게 자살사망이나 자살시도의 방법에 대해 자세히 말해주지 않는다.</p>

표 41. 계속

사후개입 지침	
첫 24시간	<ul style="list-style-type: none"> • 고인과 친했던 친구들 이상적인 것은 이 학생들에게 개인적 또는 작은 집단으로 상담자나 교직원인 사실을 통보하는 것이다. 그들의 반응에 따라 특별상담실을 이용할 수 있게 하거나 부모가 데려갈 수 있도록 약속을 정할 수도 있다. 사건에 영향을 받은 학생들은 부모와 직접적인 연락이 없거나, 동반자 없이 학교를 떠나는 것을 허가하지 않는다. • 사망 학생의 형제와 같은 반 학생들 학생들에게 반 친구가 학교로 돌아왔을 때 어떻게 도와줘야 하는지에 대한 추가적인 정보를 제공해야 한다. 상담자나 정신건강 전문가가 학생들과 선생님에게 정보를 주는 것이 적절하다. • 일반 학생들 가능한 빨리 위기대응팀이 준비하는 공지 자료를 통해 일반 학생들에게 정보를 알리는 것이 좋다. 학생들에게 사실을 알리는 직원들이 스트레스를 받는다는 사실을 인지하고 지지해주는 것이 중요하다. 일반적으로 위기상황이 나타났을 때 루머나 잘못된 정보가 불가피하게 발생하므로 학생들에게 정확하고 올바른 정보를 제공해야 한다. 첫 번째 공지는 학생들이 서로의 지지를 촉진하는 중요한 역할을 한다. • 가정이나 동아리, 학급, 같은 학년은 학생들에게 알리기 좀 더 쉬운 환경이다. 전체 학교 집회에서 공지하는 것은 바람직하지 않다. 학생들의 반응을 관리하는 것이 더 어렵고, 개인을 돕기 어렵기 때문이다. <p>자살이나 자살 시도 방법과 수단에 대한 자세한 정보는 제공하지 않는다. 학부모에게 학교의 대처 방안에 대해 정확하고 즉각적인 정보를 제공한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 학부모에게 잘못된 정보를 제한하고 퍼지는 것을 막는다. • 관리해야 할 질문의 수를 줄인다. • 학교의 사후개입 계획을 돕는 태도와 행동들을 고무시킨다. • 자녀를 보호하고 지지할 수 있도록 부모를 돕는다. <p>학교가 어느 정도의 정보를 제공할지는 환경에 따라 달라진다. 그러나 학생들은 자살에 의해 심각하게 영향을 받을 수 있기 때문에, 학교는 학부모에게 정보를 제공해 자녀를 보호하고 지지할 수 있게 해야 할 의무를 가진다.</p>
48-72 시간	<p>학교를 일상으로 돌아올 수 있게 재정비</p> <ul style="list-style-type: none"> • 시간이 경과함에 따라 학교는 특별상담실의 사용을 줄이고, 언제 그것을 폐쇄할지와 정상적인 과정으로 돌아올지를 결정해야 한다. 가능한 빨리 그리고 적절한 시간에 학교는 정상 기능으로 돌아와야 하며, 대개 사건 발생 후 3일 정도 이후이다. 정상적이고 일상적인 활동으로 돌아오는 것은 학교 내 영향을 받은 모든 구성원들이 회복하는데 중요한 공헌을 한다. <p>자살생존자 가족과 영향을 받은 가족들과 연락</p> <p>응급대응팀은 자살생존자 가족과 영향을 받은 가족들과 연락 할 때 세심하고, 분별 있는 결정을 내려야 한다. 이 기간 동안에는 가족들과의 접촉, 대화 능력과 의지에 변화가 있을 것이다. 이것은 다음과 같은 많은 요소의 영향을 받는다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 교직원과 가족과의 관계 • 자살과 죽음을 다루는 가족의 문화적, 종교적 신념

표 41. 계속

사후개입 지침	
48-72 시간	<ul style="list-style-type: none"> • 가족이 받을 수 있는 친척과 지역사회의 지지 수준 • 형제가 학교에 다니고 있는지 여부 <p>장례를 위한 학교 개입 계획</p> <p>학교는 반드시 누가 장례에 참여하는지 파악해야 한다. 만약 장례가 학교 수업 시간 내에 이루어질 경우, 학생들은 장례에 참여하기 위해 부모의 동의를 받아야 한다. 친한 친구와 교직원, 그리고 가족들이 원한 사람들만 장례에 참여하는 것이 이상적이다. 특히 학생들이 운구하는 경우 장례 전후 학생들을 돕고 관리하기 위해 적절한 정렬을 하는 것이 중요하다.</p> <p>학생이나 가족 구성원들은 학교에서 추도식을 열기를 원할 수 있다. 많은 학생들이 참석하는 일반적인 추도식은 피하도록 한다. 처음 며칠 동안 학교 특별상담실을 활용해 소규모의 집단으로 추도 할 수 있도록 한다.</p> <p>학생들을 모니터링하고 정신건강 기관에 평가를 의뢰한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 자살 발생 후 처음 24시간 동안 자살로 사망한 학생과 친한 친구와 자살을 목격한 학생들은 즉각적인 지지가 제공되어야 한다. (2) 위험에 노출된 학생을 확인한다. <ul style="list-style-type: none"> • 자살과 관련된 학생의 형제자매, 자살 시도의 과거력을 가진 학생 • 우울, 자살 사고, 자해로 인해 정신 건강 기관의 서비스를 받은 학생 또는 현재 관련된 학생. • 타인의 사망, 사고, 대참사, 가족 해체 또는 정서적, 신체적 또는 성적학대와 관련된 애도나 외상으로 어려움에 있는 학생들. (3) 자살로 인해 큰 영향을 받을 가능성이 있는 사람들을 확인한다. <ul style="list-style-type: none"> • 다른 학교에 다니는 친구, 이성친구 • 자살이 발생하기 전에 또는 마지막으로 연락을 한 친구나 아는 사람들 • 자살에 대한 메시지를 받았으나, 어떤 방식으로 대처하지 않고 성인에게 알리지 않은 것으로 죄책감을 표현하는 학생 (4) 교직원, 학생, 부모들로부터 위험한 것으로 의뢰된 학생을 확인한다. <p>지속적인 공지를 통하여 부모에게 통보한다.</p> <p>자살로 인한 학교 일상에서의 중요한 사건이나 변화에 대해 부모에게 공지해야 한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 장례 절차 • 계획된 활동이나 소풍 등의 변화 • 학교에서 추가적인 상담 서비스의 이용가능성 <p>경찰과 가족들을 위해 자살로 사망한 학생의 소지품 보호</p> <p>자살로 사망한 학생의 소지품 보호는 그 가족들을 존중하고, 경찰 수사를 위해 중요하다.</p>
첫 한달	<p>첫 한달 동안 위기대응팀은 다음과 같은 일들을 해야 한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 교직원과 학생들의 안녕(well-being)에 대한 관찰 ■ 학교 행사에 대한 계획 <p>기념책자, 졸업식, 시상과 같은 행사에서 학교는 자살의 선정성에 대한 걱정이 없이 일반적인 방법으로 학생의 성취에 대해 축하해 줄 수 있어야 한다. 또한 자살생존자 가족들의 의사는 존중되어야 한다.</p>

표 41. 계속

사후개입 지침	
첫 한달	<ul style="list-style-type: none"> ■ 부모들을 위한 정보제공에 대한 고려 부모들의 요구나 원하는 것은 자살과 관련된 환경에 따라 크게 달라진다. 부모들은 다양한 환경에서 아래와 같은 것들을 제공받는다. • 자살위험의 신호를 알아차리는 것, 탄력성과 관련된 연구, 상실과 애도에 대한 이해, 지지적인 양육과 관련된 부모를 위한 정보 회의 • 동일 연령 집단의 학생들을 위하여 발생할 수 있는 사건을 설명하기 위한 정보제공 회의 - 학교를 그만두거나, 스트레스 상황(시험기간)에 들어간 학생 • 위험 학생으로 확인된 집단의 부모를 위한 정보 회의
장기적 대응	<p>학생과 교직원에 대한 지속적인 지지와 관찰 교직원은 정신건강전문가와 부모의 협력적인 관계에서 지속적인 지지와 관찰을 받고 있는 청소년 그룹을 확인해야 한다. 확인된 학생들에게는 특별한 주의가 요구된다. 그들의 사회적 지지망은 아래와 같은 경우 변할 수 있다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 휴일 • 시험기간 • 학교를 떠남(직업, 진학 또는 이사) <p>가족 지지가 변화(이혼, 별거)될 수 있는 학생들은 더욱 많은 주의가 필요하다. 교사는 사망한 친구를 애도하거나 기억하는 것은 정해진 방법이 없으며, 서로에게 친절하고, 서로의 차이점을 존중해야 함을 적절할 시기에 강화함으로써 학생들을 도울 수 있다.</p> <p>부모, 학교 관계자, 그리고 학생들에게 정보제공 부모, 학교관계자, 학생들 사이에서 정기적이고 적절한 의사소통은 단기적, 장기적으로 중요하다. 위기대응팀은 사망한 학생, 대중매체의 범위, 또는 잠재적 스트레스와 관련된 기일에 대한 조언은 학교, 지역사회의 안녕을 돕고, 지지하기 위한 조언은 지속될 것이다. 스트레스를 유발할 수 있는 발생 가능한 사건에 대해 함구하는 것은 보호적인 것이 아니다. 오히려 취약성과 위험성을 증가시킬 수 있다.</p> <p>기일과 중요한 사건들에 대한 계획 고인의 기일 또는 생일은 고인의 친구와 가족들이 초기 수준의 애도로 돌아 갈수 있는 경우이다. 이러한 가능성에 대해 준비하고 인식하는 것은 장기적 사후개입에서 매우 중요하다.</p>

앞에서 살펴본 각 프로그램들의 내용을 요약하면 표 42와 같다. 대부분의 프로그램들은 학교를 기반으로 하여 자살의 사후개입이 이루어지고 있다. 모든 프로그램들은 자살 생존자의 심리적인 상태에 대한 이해를 돕기 위해 자살생존자들이 겪는 감정들과 애도의 과정에 대해 설명하고 있다. 자살생존자의 애도과정과 심리적인 상태에 대한 이해는 자살생존자의 지지와 심리적인 문제 해결을 위해 교장, 교사, 위기관리팀, 학생, 부모 등 청소년자살 사후개입에 관련된 모든 사람들에게 가장 기본적으로 요구되어지는 사항이다. 따라서 자살생존자의 애도과정과 심리적 상태의 이해는 사후개입의 절차에 있어서 핵심적인 기반을 제공하고, 자살생존자를 더욱 효과적으로 지지할 수 있도록 해준다.

표 42. 자살 사후개입 프로그램들의 내용

프로 그램	미국 Maine주 청소년 자살예방, 개입 및 사후개입 지침	미국 뉴햄프셔 주 Frameworks 청소년자살 예방 프로젝트	뉴질랜드의 자살사후개입	미국 샌디에고 주 자살예방, 개입 및 사후개입	호주의 자살 사후개입 지침
특징	<ul style="list-style-type: none"> ●학교기반 프로그램 ●대상별 지침 제공 	<ul style="list-style-type: none"> ●지역사회 기반 프로그램 ●대상별 모듈식 실행계획 	<ul style="list-style-type: none"> ●학교기반 프로그램 ●시간에 따른 대응 	<ul style="list-style-type: none"> ●학교기반 프로그램 	<ul style="list-style-type: none"> ●학교기반 프로그램 ●시간에 따른 대응
내용	<p>-자살 사후개입 계획의 요소</p> <p>가. 핵심적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ■진보적 계획 ■명확한 메시지 ■자살예방교육 ■자기관리 ■교직원 심리적경험보고 <p>나. 사후개입 지침</p> <ul style="list-style-type: none"> ■교장 또는 지정된 사람의 책임 <ol style="list-style-type: none"> 1)위기대응팀소집 2)자살생존자 가족과 연락 3)자살을 모든 직원에게 알리기 4)교직원의 정서적지지 5)정보제공 6)언론 매체 대응 7)자살한 학생의 소지품 관리 <ul style="list-style-type: none"> ■위기대응팀의 책임 <ol style="list-style-type: none"> 1)경찰과 연락 2)교직원의 감정 표현 허용 3)교직원, 학생, 부모 지원을 위한 절차 수립 4)출석 및 학교과정 체크 5)고위험학생 선별 6)지역 관련기관연계 7)학생들에게 자살을 알림 8)학생들의 지지를 위해 부모 및 보호자에게 알림 9)정례식 정보 전달 10)고위험 학생을 위한 전략 활용 11)교직원 심리적경험보고 <ul style="list-style-type: none"> ■자살 영향의 관리 <ol style="list-style-type: none"> 1)학교의 유지 2)애도 상담 3)자살사건 후 애도과정 4)장례식 5)부적절한 추도활동 6)추도 활동 7)졸업식 	<p>-기본 가정/핵심 개념</p> <ul style="list-style-type: none"> ■자살은 일반적으로 예방 가능하다 ■사후개입은 예방이다 ■자살은 공중보건의 문제 ■우리는 지킴이다 ■접근의 넓은 적용가능성 <p>-대상별 실행계획</p> <ul style="list-style-type: none"> ■경찰 ■응급의료서비스와 첫 번째 응답자 ■검시관 ■Gatekeepers ■가족 ■학생/청소년 ■성직자/교회 ■장의사 ■정신건강제공자 ■학교 ■사회서비스기관/청소년 프로그램 ■지역사회 조정자 	<p>-자살로 인한 애도 과정</p> <p>-자살생존자들을 지지하기 위해 필요한 것</p> <p>-자살 후 지지를 위한 자원</p> <ul style="list-style-type: none"> ■즉각적 서비스 ■단기적 지지와 서비스 ■학교기반 사후개입 프로그램 ■정신 건강 관련 기관 ■심리적 경험보고 ■장기적 지지와 서비스 ■자살생존자집단 ■정신건강 전문가 상담 서비스 ■인터넷에 기반한 서비스 ■자살생존자들 지지 제공 이슈 ■사후개입 평가 ■연구의 필요성 <p>뉴질랜드에 적합한 모델 제시</p> <p>-자살 직후 사별과 애도를 위한 지침</p> <p>-자살에 따른 단기, 장기적 사별과 애도를 위한 지침</p> <p>-학교에서 애도의 인식과 관리를 위한 지침</p> <p>-시골지역에서 애도 지지 서비스의 제공을 위한 제안</p> <p>-정책입안자를 위한 시사점</p>	<p>-미국 질병관리센터의 위기 상황 관리에 대한 권고</p> <p>-사후개입 학교를 위한 지침 (Maine 주의 프로그램 인용)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■교장 또는 지정된 사람의 책임 ■학교자살위기 대응팀의 책임 ■자살의 영향에 대한 관리 <p>-애도반응에 대한 이해</p> <p>-자살 발생 후 지침과 계획</p> <ul style="list-style-type: none"> ■교사와 상담자를 위한 제언 ■관리자의 즉각적인 반응 ■단기적인 반응에 대한 이해 ■장기적인 반응에 대한 예상 ■자살로 사망한 학생의 가족에 대한 지지 	<p>-즉각적 대응</p> <ul style="list-style-type: none"> ■자살이 학교에서 발생할 경우, 즉각적인 안전의 보장 ■사실을 확인 ■영향을 받은 학생, 부모, 교직원관리 <p>-첫 24시간</p> <ul style="list-style-type: none"> ■정신건강전문가 연계 ■자살 시도자에 대한 특별한 고려 ■취약한 학생들의 확인 및 지지 ■위기에 처한 학생을 위한 지지 계획 ■학생을 위한 support room제공 ■학생들에게 자살 알리기 <p>- 48-72시간</p> <ul style="list-style-type: none"> ■학교 재정비 ■사별 가족과 연락 ■장례를 위한 학교 개입 계획 ■교직원의 적절한 대응을 위한 조언 ■교직원 심리적경험보고의 일반적 주제 ■의뢰를 위한 학생 관찰 ■부모에게 알림 <p>-첫 한달</p> <ul style="list-style-type: none"> ■교직원, 학생의 안녕에 대한 관찰 ■학교 행사에 대한 계획 ■결정적 사건에 대한 검토를 위한 정보 수집 <p>-장기적 기간</p> <ul style="list-style-type: none"> ■학생과 학교 관계자에 대한 지속적인 지지와 관찰 ■부모, 학교 관계자, 그리고 학생들에게 정보제공 ■기일과 중요한 사건들에 대한 계획

4. 청소년자살 사후개입 매뉴얼 구성을 위한 시사점

청소년자살 사후개입 매뉴얼 개발을 위해 해외의 자살 사후개입 프로그램들의 내용을 문헌을 통해 살펴보았다. 자살 사후개입과 관련된 프로그램들의 내용 가운데 중요하게 다루고 있는 요소들을 바탕으로 하여 국내의 실정을 반영하여 사후개입 매뉴얼 개발을 위한 제안을 하고자 한다.

청소년들을 위한 해외의 자살 사후개입 지침에서는 사후개입의 효과성을 높이기 위해 학교를 기반으로 개입이 이루어지며, 학교장 또는 학교 관리자, 위기관리팀, 교사, 학생, 부모를 위한 지침을 제공하고 있다.

사후개입은 상실에 대한 인식과 애도 반응에 대한 이해의 증가, 위기 또는 취약한 학생들을 확인하고 필요한 지지 제공, 자살에 효과적인 대응, 관련된 자원들의 연계, 자살의 전염성과 모방 예방을 목표로 해야 한다.

효과적인 청소년자살 사후개입을 위해서 학교장 또는 관리자의 자살 사건에 대한 즉각적인 대응이 매우 중요하다. 초기의 적절한 대처는 자살 사망이 자살생존자들에게 미치는 영향을 최소화 할 수 있으며, 심리적 외상을 효과적으로 줄일 수 있는 방법이다. 초기 대처에는 자살로 인한 사망 발생 시 즉각적인 위기관리팀 구성을 위한 지침이 필요하다. 또한 위기 상황에서 교직원과 학생들을 조력하고, 위기상황에서 학교의 운영, 자살의 사실을 교직원과 학생들에게 고지, 부정적인 소문이나 추측이 발생하지 않도록 하기 위한 방법, 매체의 요구에 적절하게 대응하는 방법, 자살 고위험 집단을 지지할 수 있는 방법에 대한 지침이 요구된다.

위기관리팀은 자살에 의한 사망이 발생할 경우 즉각적으로 학교장에 의해 소집되어지며, 사후개입에 있어서 중요한 역할을 한다. 위기관리팀은 이상적으로 학교행정가 및 교사, 지역사회기관 정신건강전문가(상담사, 임상심리사, 사회복지사), 전문상담교사(보건교사) 등으로 구성되어야 한다. 위기관리팀은 자살생존자들의 정서적 안녕을 위해 가능한 모든 조치를 취해야 하며, 자살의 전염성과 모방을 줄이기 위해 노력해야 한다. 이를 위해 교직원, 학생, 그리고 부모를 지지하기 위한 절차를 수립하고, 가족 및 보호자와 가까운 친구들에 대해 애도상담과 위기개입을 제공하며, 학급의 경우 심리적 경험보고와 같은 위기개입을 실시하여 청소년들이 동료의 죽음에 대해 정서적, 인지적으로 충분히 처리하고 적절한 대처전략을 마련할 수 있도록 돕는다. 또한 교직원들이 자신의

감정을 표현하고 적절하게 다룰 수 있는 방법을 제공하고, 고위험 학생을 선별하고 다루는 방법 제공해야 한다. 가족, 친구, 교사를 대상으로 한 중재의 과정에서 자살의 위험도 평가가 이루어지고, 그 결과에 따라 사후개입 프로그램이 제공되거나, 위험수준에 따라 맞춤형 개입이 이루어지도록 한다. 또한 학생과 학부모에게 지역의 관련기관에 대한 정보를 제공하고 필요한 경우 관련기관에 이들을 연계하고, 학생들에게 자살에 대해 알리고 지지해 주기 위한 지침, 장례식에 관한 정보를 제공한다.

교사는 자살로 인한 사망 발생 시 즉시 취해야 할 조치, 자살로 인해 유발되는 감정을 다루는 방법 및 표현 방법, 학생들에게 자살에 대한 사실을 전달하고 자신의 감정을 다루는 방법, 자살의 모방 가능성이 높은 학생과 취약성이 있는 학생들의 확인과 관찰, 또한 고위험 학생들을 다루는 방법, 지역의 정신건강관련기관과의 연계를 위한 지침이 제공 되어야 한다.

청소년 자살로 인한 영향을 최소화하기 위해 학교는 지역의 관련기관과 연계가 이루어져야 한다. 지역의 청소년(상담)지원센터, 시도의 지방정신보건사업지원단/광역정신보건센터, 교육청 및 산하 상담센터가 청소년 자살의 사후개입과 관련된 주요 기관이긴 하나 아직까지는 청소년 자살 사후개입에 대한 인식이 부족한 상태이다. 자살생존자들을 위한 사후개입이 통합적이고 효과적으로 이루어 질 수 있도록 기존에 구축되어진 지역사회청소년통합지원체제(CYS-Net)를 활용할 수 있다.

표 43. 학교기반 사후개입의 대상별 역할

책임자	취해야 할 조치	책임자	취해야 할 조치
학교장	<ul style="list-style-type: none"> • 위기관리팀 구성 • 학사일정조정 • 매체(언론) 요구에 대응 • 교직원, 학생, 부모의 정서적 안녕을 위한 조치 	위기관리팀	<p>구성: 학교장 및 교감, 교사, 전문상담교사, 보건교사, 정신보건센터 및 지역사회기관 종사자로 구성</p> <ul style="list-style-type: none"> • 정보의 진위 파악 • 교직원, 학생, 부모의 정서적 안녕을 위한 절차 수립 • 애도상담과 위기개입 제공 • 고위험 학생의 선별 • 위험 수준에 따른 맞춤형 개입 제공 • 정신건강 관련기관 연계
교사	<p>학생들에게</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자살에 대한 사실 전달 • 자살로 인한 심리적 상태와 애도과정에 대한 정보제공 • 감정을 다루는 방법 • 감정을 이야기 할 수 있는 특별 시간 갖기 • 고위험 학생 및 취약성이 있는 학생의 확인, 관찰 및 지지 • 정신건강 관련기관 연계 <p>부모에게</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자살 사건에 대한 정보제공 • 자살 사건에 대한 정보제공 • 학생들이 겪을 심리적 상태와 애도과정에 대한 정보제공 		

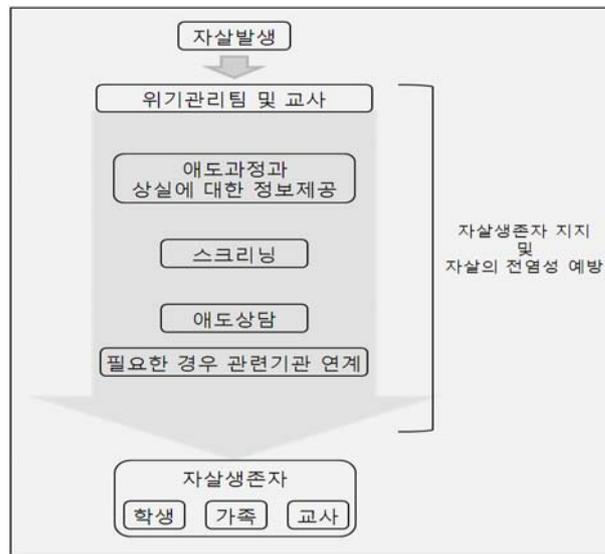


그림 5. 사후개입의 과정

5. 요약 및 논의

자살 사후개입은 그 의미에서부터 많은 사람들에게 새로운 개념일 것이다. 최근 사회적으로 영향력 있는 사람들의 잇따른 자살로 인해, 많은 사람들이 모방 자살로 목숨을 끊었다. 특히 청소년의 경우에는 다른 연령의 사람들보다 자살을 모방하거나 자살의 전염성에 취약하다. 이에 따라 청소년을 위한 자살 사후개입이 그 어느 시기보다 시급히 요구되어지고 있다. 본 연구에서는 청소년을 위한 사후개입 매뉴얼을 개발하기 위하여 외국에서 사용되고 있는 사후개입 프로그램들을 문헌을 통하여 고찰하였다. 각 프로그램들은 구성적 측면에서는 차이를 보이고 있지만, 내용적 측면에서 보면 대부분 유사한 내용을 제시하고 있다. 또한 청소년을 대상으로 한 사후개입 프로그램은 학교를 기반으로 하고 있다는 공통점을 가지고 있다. 그러나 자살 사후개입을 위한 프로그램들은 경험적 증거들이 부족한 현실이다. 이는 연구의 주제와 대상이 가진 특수성으로 인해 경험적 결과들이 부족한 것으로 보인다.

Murphy 등(1998)의 사후개입의 효과와 관련된 연구에서 어머니들은 사후개입을 통해 도움을 받았지만, 아버지들은 실제로 프로그램 후에 더 나빠진 결과를 보였다고 한다. 이는 애도과정과 개입의 특징에서의 성차로 설명되어질 수 있다. 즉 의사소통과 활동스타일과 같은 성특수성이 있다(Clark, 2001). 문헌을 통해 살펴본 프로그램들에서는 이러한 성차에 대해서는 언급하고 있지 않지만, 우리 청소년들을 위한 사후개입 매뉴얼을 개발할 때에는 이러한 성차를 고려한 접근이 필요할 것이다.

문헌 연구를 통해 살펴본 프로그램들은 학교를 기반으로 하여 자살의 사후개입을 실시하고 있다. 학교를 기반으로 하여 사후개입을 하는 것은 효율적인 면에서 장점을 가진다. 그러나 학교에 속하지 않은 청소년들은 학교를 기반으로 하는 사후개입을 통하여 적응을 위한 정서적 지지를 받을 수 없다는 문제점이 있다. 또한 사후개입에서 사용되는 심리적 경험보고가 정신 병리나 우울, 불안 장애, PTSD와 같은 위험성을 감소시키는 것이 아니라 오히려 위험성을 증가시킨다는 증거들이 있다는 것을 주목해야 할 것이다(Beautrais, 2004). 이러한 현상을 고려하여 심리적 경험보고의 사용에 있어서 주의를 기울이고, 적절하게 사용되어 질 수 있는 방법에 대한 연구들이 요구되어진다.

마지막으로 최근 자살을 경험한 학교관계자, 부모, 학생, 정신건강관련기관 종사자, 경찰 등 자살의 사후개입과 관련된 사람들을 직접 만나 그들이 자살이후 겪은 심리적 경험과, 사후개입과정에서 도움이 되었던 점, 그리고 문제점과 보완사항에 대한 인터뷰 실시하여 매뉴얼이 개발에 적용되어져야 할 것이다.



VI. 요약 및 논의

청소년 자살은 개인적 차원의 문제라기보다는 사회적 차원에서 다루어야 할 문제라는 것이 많은 학자들의 공통된 의견이다. 이에 한국청소년상담원에서는 2007년도에 청소년 자살예방체제 구축방안 연구를 시행하면서 청소년자살 종합대책 및 청소년자살 예방시스템 모형을 마련하였고, 2008년도에는 청소년자살 예방종합대책 5개년 계획의 기초를 마련하기 위한 첫 단계로서 청소년자살예방 프로그램과 상담모형을 개발하고, 사후개입 전략 기초연구를 수행하였다.

1. 청소년자살 예방프로그램은 김창대(2003)의 프로그램 개발 및 평가모형을 바탕으로 문헌연구, 요구분석, 프로그램의 구성, 시범운영 및 평가, 프로그램의 수정·보완 절차에 따라 개발되었다.

첫째, 문헌연구에서는 청소년 자살의 특성, 국내외 청소년자살 예방프로그램 현황과 프로그램의 효과를 고찰하여 현행 프로그램의 문제점을 파악하고 청소년자살 예방프로그램의 공통적 구성 요소가 무엇인지 정보를 얻고자 하였다.

둘째, 수요자 및 지도자의 요구를 파악하기 위해 청소년과 상담자를 대상으로 청소년 자살 예방프로그램에 대한 인식 및 요구조사를 실시하였다. 그 결과를 통해 자살이라는 주제를 직접적으로 다룰 필요성, 청소년의 올바른 자살 태도 확립 문제, 합리적 판단 훈련과 외부 도움요청 방법의 필요성, 현장보급가능성의 확보 등에 관한 시사점을 얻을 수 있었다.

셋째, 문헌고찰 및 요구분석 결과를 바탕으로 청소년자살 예방프로그램이 구성되었다. 이 프로그램은 단기(약 100분) 학급 단위로 운영되며, 직접적으로 자살 문제를 다루되 청소년들 개인의 판단 능력과 도움요청 기술을 강화하고, 자신을 긍정적으로 바라볼 수 있는 힘을 키우는데 주력하는 방향으로 구성되었다. 또한 영상자료 등의 교구재 제작, 토론 및 모둠활동 방식의 구성을 통해 학생들의 흥미를 진작하는 형태로 개발하였다.

프로그램의 효과를 알아보기 위해 시범운영이 이루어졌고, 이에 참여한 중고생 777명의 사전-사후검사자료가 분석되었다. 결과는 프로그램 처치 후 실험집단의 자살위험성과 자살태도에 유의한 변화가 없었지만 자살위험성의 하위요인 중 '부정적 자기평가', 자살태도의 하위요인 중 '개인적 권리로서의 자살'에서 집단 간 사후점수 차가 유의하게 나

타났다. 또한 학급단위로 운영한 실험집단 학생들의 프로그램 만족도를 알아본 결과 53.9%가 대체로 만족, 참여 학생 중 84.5%가 친구들에게 본 프로그램을 추천하겠다고 하였다.

이번 청소년자살 예방프로그램 개발의 의의를 밝히자면 다음과 같다. 첫째, 프로그램 개발 절차를 충실히 따르고자 노력하였고, 둘째, 학급단위 단기프로그램을 구성, 현장 적용가능성을 고려하였고, 셋째, 청소년들의 참여동기를 높이기 위한 교구재 개발 및 교육방식을 채택하였으며, 시범운영을 통해 부정적 자기평가와 자살을 개인의 권리로 인식하는 면에서의 변화를 확인하여 본 프로그램이 자살예방 측면에서 일부 효과가 있는 것으로 밝혀졌다.

한편, 본 프로그램의 제한점을 밝히자면 첫째, 프로그램 효과 측정 도구가 본 프로그램 내용을 포괄하지 못하고 있고, 둘째, 사전, 사후 검사에 대한 구조화가 충분히 이루어지지 않아 많은 수의 자료가 분석되지 못함으로써 중요한 정보의 누락이 예측되며, 셋째, 시범운영 환경적 측면에서 많은 가외변인이 통제되지 못하여 그 한계가 그대로 프로그램 처치결과에 반영되었으리라 예측된다는 점을 들 수 있다.

이와 같이 청소년자살 예방프로그램 시범운영 과정에서 드러난 문제점과 개선 요청사항을 반영하여 다음과 같이 매뉴얼 수정 및 보완 작업을 진행하였다.

첫째, 동영상 상영이 어려운 환경을 고려하여, 동영상 자료를 보완하고, 둘째, 교육대상자의 특성을 고려하여 사례를 적용할 수 있도록 다양한 사례를 제시하며, 셋째, 자살에 관한 지식을 강화하고, 참여 청소년의 자살위험 인식을 돕기 위해 자살 경고사인에 관한 내용을 추가하였다. 넷째, 합리적 판단 능력 함양과 도움 요청 기술 강화를 위해 게임형식의 교육방식을 보완하여 청소년의 참여동기를 높이고자 하였다. 넷째, 단기 1~2회로 진행되는 본 프로그램의 교육효과를 최대화하기 위해 지도자 지침서의 내용을 보다 상세화하였고, 지도자의 숙련도를 높이기 위해 실습 중심 교육으로 재구조화할 것이다.

2. 자살위기청소년 상담모형의 개발과정은 문헌연구, 요구분석, 상담모형 개발, 사례 적용, 평가 및 보완, 최종 자살위기청소년상담모형 최종 개발 및 매뉴얼 제작 순으로 진행되었다.

첫째, 문헌연구에서는 청소년 자살에 관한 선행연구들을 자살생각 및 자살시도 청소년의 심리, 사회, 환경적 특성을 규명함으로써 청소년 자살예방을 위한 유용한 정보를 파악하고자 했다. 청소년 자살 행동에 영향을 미치는 요인을 크게 위험요인과 보호요인

으로 구분하였고 개인, 환경적 측면에서 이루어진 선행연구들을 살펴보고, 주요 치료이론들을 중심으로 청소년자살 개입방안들을 검토하여 참고하였다.

둘째, 요구분석에서는 청소년 상담자와 청소년의 현황파악과 요구분석을 위해 면접조사와 요구조사를 실시하였다. 이를 위해 상담전문가 면접, 자살고위험청소년 면접, 상담자 대상 자살위기청소년 상담에 대한 인식정도 및 요구조사 등 포괄적인 조사가 이루어졌다.

셋째, 문헌연구와 요구조사 결과를 바탕으로 자살위기청소년 상담모형 개발이 이루어졌다. 본 자살위기청소년 상담모형은 초기관리, 중기관리, 후기관리의 약 6개월의 상담기간을 상정하였다. 초기관리에서는 청소년의 자살위험을 직접적으로 평가하고 관리하여 자살위험을 낮추는 것이 과제이고, 중기관리는 자살위험이 안정화된 이후의 지속적인 자살위험 관리와 모듈식 상담, 그리고 후기관리는 자살위험이 해결되고 지속적인 상담의 목표가 달성된 이후 종결과 추수관리까지를 포함한다.

넷째, 사례적용을 위해 자살위기청소년 상담 시범운영을 진행하였다. 이번 시범운영에서는 시간적인 제약과 적은 사례수로 인해 상담의 양적인 성과를 확인하지는 못하고, 주로 자살위험 초기관리에 초점을 맞춰 실제 운영과정을 살펴보고 매뉴얼을 수정보완하는 것으로 정리하였다.

본 자살위기청소년 상담모형은 다음과 같은 점에서 의의를 찾아볼 수 있는데, 첫째, 문헌연구를 통해 임상적, 경험적 근거가 있는 이론과 방법을 본 상담모형에 포함시키고자 하였다. 둘째, 청소년 일반과 자살위기청소년, 상담자등 포함되는 모든 대상에 대한 양적, 질적 조사를 통해 현장의 요구를 최대한 상담모형에 반영하고자 노력하였다. 셋째, 자살이라는 특수한 문제를 다루는 상담자에게 자살위기 평가 및 관리와 상담을 병행하는 틀을 제시함으로써 상담자가 자살위기상황에 신속하게 대처하고 이후 체계적으로 상담을 진행할 수 있는 방안을 제시하고자 하였다. 넷째, 상담모형을 개발하고 현장에의 적용 사례를 제시함으로써 현장에서의 활용성과 실효성에 기여하고자 노력하였다.

이와 같이 본 모형은 자살위기청소년 상담의 큰 틀을 제시하고 직접적으로 자살위기를 관리하는 절차에 대한 안을 제시하였다는 의의에도 불구하고, 이후 상담의 모듈과 절차가 세부화되지 못한 점, 실제 시범운영 상의 어려움과 효과검증의 제한점 등의 한계를 안고 있다.

이와 같이 자살위기청소년 상담모형 시범운영과정에서 드러난 문제점과 한계를 반영하여 우선 다음과 같이 매뉴얼을 수정보완하였다. 첫째, 자살위험성 평가 및 관리에 대

한 보다 상세한 지침을 제시할 것이다. 둘째, 자살위험 평가도구의 의미와 절차에 대한 보완 설명을 제시할 것이다. 마지막으로 모듈식 상담과정을 좀 더 체계화하고 개인상담, 심리교육, 가족상담에서 활용할 수 있는 기법들을 보완할 것이다.

3. 청소년자살 사후개입은 국외 문헌연구 및 요구 분석과정으로 진행되었다. 우리나라에서는 자살 사후개입이 익숙치 않은 개념이지만 최근 들어 청소년 자살문제가 심각해지면서 청소년자살사망자 주변 생존자들에 대한 사후개입이 시급히 요구되고 있는 실정이다.

본 연구에서는 우선 국외의 문헌고찰을 통해 사후개입 프로그램 및 지침의 공통적 구성요소를 확인하였다. 대부분의 청소년자살 사후개입은 학교를 기반으로 하여, 청소년 자살 사망 이후 신속한 사후개입을 통해 자살의 전염성을 최소화하며, 자살생존자들을 지지하는 과정으로 구성되어 있었다. 체계적인 청소년자살예방프로그램의 일부로 반드시 사후개입 과정이 포함되기는 하였지만, 사후개입 프로그램들의 효과를 검증한 예는 찾기 어려웠다. 따라서 이러한 사후개입프로그램이 우리나라 실정에 맞게 구조화되기 위해서는 효과성이 확인된 외국 프로그램과 지침을 근거로 국내 실정에 맞추어 지침을 개발하고 이를 현장에 적용하면서 동시 피드백을 받아 보완해가는 과정을 시스템화하여야 할 것이다.

본 연구는 단기간 동안 청소년자살 예방프로그램의 개발, 자살위기청소년 상담모형의 개발, 청소년자살 사후개입을 위한 기초 조사 등 방대한 양의 연구가 동시에 시행된 만큼 추후로도 많은 보완 및 후속 연구가 필요하다. 이를 몇 가지 지적하자면 다음과 같다.

첫째, 청소년자살 예방프로그램의 효과에 대한 체계적이고 지속적인 검증과 보완이 이루어져야 한다. 시범운영에서 드러난 프로그램 내용을 반영하는 측정변인들을 발굴하고, 보다 체계화된 지도자교육프로그램을 통해 지도자를 훈련하여 프로그램에 투입하는 등 본 연구의 시범운영상의 한계를 보완하여 적용함으로써 보다 정확하게 프로그램 처치효과를 확인하는 연구가 필요하다.

둘째, 이번 청소년자살 예방프로그램은 청소년 자신의 자살위험을 사전에 예방하는데 중점을 둔 심리교육프로그램이다. 그렇지만 자살위기에 처한 청소년이 주위에 경고사인을 나타내는 경우가 80~90%가 넘으므로 이를 알아차리고 도움을 주는 방법을 교육하는

것 또한 청소년자살 예방프로그램이 목표로 삼아야 할 측면이기 때문에 후속연구에서는 자살위기청소년 조기발견 프로그램을 보완한 버전을 개발하거나 조기발견에 초점을 맞춘 새로운 프로그램을 개발하여 함께 활용하는 방법 등이 고려되어야 할 것이다.

셋째, 본 자살위기청소년 상담모형은 자살위험성 평가 및 관리를 구체화하는데 집중되어 있고, 자살위기가 안정화된 이후 상담과정이 구체화되지 못하였다는 한계가 있다. 자살위기 상담모형은 연구과 적용이 환류적으로 이루어지며 수정보완되는 장기간에 걸친 사례연구를 통해 완성되어질 것이다. 이를 위해 우선은 일차적으로 개발된 자살위기 청소년 상담 매뉴얼 교육과정의 체계화가 필요하다. 모형구성의 근거에 대한 이해와 도구를 활용하는 방법, 모듈식 상담의 운영방법 등을 강의식 전달과 역할연습과 토의 등의 실습을 포함하는 워크숍 형식으로 수정할 필요가 있다. 다음은 교육을 받은 상담자들이 현장에서 자살위기 사례를 관리할 때, 지속적인 수퍼비전과 피드백을 교환하는 시스템이 마련되어 지속적으로 본 모형의 적용가능성을 검증하고 타당화하며 수정보완하는 과정이 이루어져야 할 것이다.

마지막으로 본 연구에서 제안된 청소년자살 예방프로그램, 자살위기청소년 상담, 청소년자살 사후개입 전략이 그 효과를 발휘하기 위해서는 무엇보다도 학교 및 지역사회에 청소년자살 예방에서 사후개입에 이르는 시스템이 선행적으로 구축될 필요가 있다.



참고문헌

- 강선보(2003). 실존주의 철학에서 본 죽음과 교육. 고려대학교 교육문제연구소. **교육문제연구, 제 19집**.
- 강선보(1997). 죽음에 관한 교육적 논의. 고려대학교 사범대학교 **사대논집 21**.
- 강혜승(2006. 2. 19.). 수원 청소년 자살예방센터를 찾아서. **서울신문**.
- 고효진, 김대진, 이흥표(2000). 청소년 자살위험성 예측척도의 타당화 연구(1). **신경정신의학, 39(4)**, 680-687.
- 권용웅(2007). **문제해결요법이 중, 고등학생의 학업스트레스와 학업에 미치는 효과**. 성균관대학교 대학원 박사학위논문.
- 김기환, 전명희(1999). 청소년 자살의 특성과 유형에 관한 연구. **한국아동복지학, 9**, 127-152.
- 김남수(2000). **사회과교육에서의 생명교육에 관한 연구**. 서울교육대 교육대학원 석사학위논문.
- 김명식, 이임순, 이창선(2007). 한국판 BDI-II의 타당화 연구1: 여대생을 대상으로. **한국심리학회지: 임상, 26(4)**, 997-1014.
- 김성이, 조학래, 노충래(2004). **청소년복지학**. 파주: 집문당.
- 김순규(2008). 청소년 자살에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인, 보호요인의 매개효과를 중심으로. **정신보건사회사업, 29**.
- 김순귀, 정동빈, 박영술(2003). **로지스틱 회귀모형의 이해와 응용**. 서울 : SPSS아카데미
- 김시연, 장진경(2001). 공격성 감소와 자기표현 증진을 위한 자기 표현훈련프로그램의 효과검증-보호관찰 청소년을 중심으로. **청소년복지연구, 3(1)**, 141-157.
- 김용석(2004). 부모의 음주문제를 선별하는 도구의 신뢰도 및 타당도 분석. **한국사회복지학, 56(3)**, 41-42.
- 김정민, 박준희(2007). 비행성향 청소년의 우울 및 공격성 감소를 위한 인지행동집단상담 프로그램 개발과 효과. **한국가정관리학회지, 25(4)**, 31-41.
- 김정옥(2006). **의사소통훈련프로그램이 청소년의 대인갈등 대처양식에 미치는 효과**. 공주대학교 교육대학원 상담심리전공 석사 학위 논문.

- 김춘경, 김미화(2005). 문학을 활용한 상호작용 놀이치료 프로그램이 우울아동의 일상생활 스트레스, 무망감, 자살구상 및 자존감에 미치는 효과. **놀이치료연구**, 9(1), 67-83.
- 김현수, 김병석(2008). 자살생각과 그 관련변인들 간의 구조적 관계 모형 검증. **한국상담심리학회지**, 20(2), 325-343.
- 김형수(2006). 생애주기별 자살현황과 예방대책. **노인복지 연구**, 134, 271-292.
- 김형수, 편승용, 김선구(2006). 광주·전남지역의 자살 경향 및 특성에 관한 연구 :신문 기사에 나타난 사례를 중심으로. **사회과학연구**, 27(1), 53-69.
- 김현실(2002). 청소년의 성격 특성, 가정 역동적 환경 및 자살시도간의 관계. **대한간호학회지**, 32(2), 231-242.
- 김현실(2005). 청소년의 자살시도 예측 요인 -수도권과 광역시 거주 청소년을 대상으로. **아동간호학회지** 11(1). 34-42.
- 김효창(2006). 성인자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. **한국심리학회지 : 사회문제**, 12(1), 15-33.
- 남민(1997). 청소년 자살. **대한의사협회지**, 453, 1282-1287.
- 노상우, 송영미(2002). 청소년 자살충동의 요인 분석. **교육논총**, 제22집.
- 남승구, 정국현, 이은석(2007). 청소년의 집단따돌림, 자살생각에 있어서 생활체육참가의 긍정적 효과에 관한 연구. **한국스포츠사회학회지**, 20(3), 403-423.
- 문성원(2002). 인터넷 자살 사이트에 의해 매개된 자살: 사례 중심의 탐색적 연구. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 14(2), 461-485.
- 박경(2005). 청소년의 아동기 학대경험과 자살사고간의 관계에서 문제해결과 사회적 지지의 중재효과. **한국심리학회지: 학교**, 2, 131-147.
- 박광배, 신민섭(1991). 고등학생의 지각된 스트레스와 자살 생각. **임상심리학회지**, 10(1), 298-314.
- 박병금(2006). **청소년의 자살생각에 관한 생태체계요인 탐색**. 충북대학교 박사학위 논문.
- 박병금(2007). 청소년 자살생각 관련요인: 자아존중감과 우울의 매개효과를 중심으로. **한국생활과학회지**, 16(3).
- 박영신(1990). 고등학생의 죽음에 대한 태도에 관한 연구. **공주대학교 교육연구소 교육연구**, 7, 93-115.
- 박현선, 이상균(1998). 청소년기 문제 예방을 위한 학교-가정 연계프로그램 개발-학교기

- 반의 부모교육 프로그램을 중심으로. **한국사회복지학**, 35.
- 박현선(2001). 비행청소년의 공격성 대체를 위한 다중 모델적 개입의 효과. **한국 아동복지학**, 12, 160-181.
- 보건복지가족부 www.mw.go.kr
- 보건복지가족부 보건복지 콜센터 www.129.go.kr
- 보건복지가족부 아동청소년정책실 <http://youth.go.kr>
- 보건복지가족부(2005). **자살 예방 5개년 종합대책-세부추진계획**.
- 보건복지가족부(2007). **국내 자살원인 실태조사 및 자살 예방체계 구축에 관한 연구**.
- 보건복지가족부(2008). **2008 정신보건사업안내**.
- 보건복지가족부(2008). **청소년백서 2007년**.
- 부산생명의전화 www.bsllifeline.or.kr
- 삼성생명공익재단 사회정신건강연구소 (2006). **내 생명 소중하게 가꾸기**. 서울: 사회정신건강 연구소.
- 서울시 소아청소년광역정신보건센터 www.youthlove.or.kr
- 서울시 정신보건네트 www.seoulmind.net
- 소광희(1999). **생명존중과 교육**. 서울: 문화과학사.
- 송영미(2000). **청소년 자살 충동요인과 예방교육에 관한 연구**. 전북대 교육대학원 석사 학위논문.
- 수원시자살예방센터(2005). **2005 자살예방세미나: 정신보건전문요원과 함께**. www.csp.or.kr
- 신민섭 외 역/Thomas Marra 지음(2006). **변증법적 행동치료: 개인 치료 현장에서 실제적이고 포괄적인 안내서**. 서울: 시그마플러스.
- 신민섭(1993). **자살기제에 대한 실증적 연구: 자기도피척도의 타당화**. 연세대학교 심리학과 박사 학위 논문.
- 신민섭, 박광배, 오경자 (1991). 우울증과 충동성이 청소년들의 자살 행위에 미치는 영향. **한국심리학회지: 임상**, 10, 286-297.
- 신민섭, 박광배, 오경자, 김종술 (1990). 고등학생의 자살 성향에 관한연구. **한국심리학회지: 임상**, 9(1), 1-19.
- 신성만, 권정옥, 손명자 옮김/ William R. Miller, Stephen Rollnick(2006). **동기상화상담; 변화준비시키기**. 서울: 시그마프레스.

- 신의진(2003). 고위험자살 청소년에 대한 평가와 대처방안. **청소년자살, 어떻게 예방할 것인가? 세미나 자료집**, 59-74. 청소년보호위원회.
- 심미영, 김교현(2005). 한국 청소년의 자살생각에 대한 위험요인과 보호요인: 성과 발달 시기의 조절효과. **한국심리학회지; 건강**, 10(3).
- 안황권(1999). 청소년 자살에 관한 연구. **경찰행정논집**, 13, 149-169.
- 양소영(1998). **청소년기의 수동적 삶의 자세 및 이상-현실 괴리와 자살욕구와의 관계**. 숙명여자대학교 아동복지 석사학위 논문.
- 오승근(2006). **청소년의 자살태도, 자살위험성 및 생명존중교육 참여 요구와의 관계**. 고려대학교 대학원 교육학과 박사학위논문.
- 오승근(2006) **자살예방의 방법: 예방 프로그램을 중심으로**. 제7기 자살예방 상담전문가 교육. 서울: 생명의 전화 자살예방 센터.
- 오진탁(2005). 삶과 죽음의 의미 교육. **제 24차 한국 생명의전화 전국대회 워크샵 자료집**, 82-100.
- 오진탁(2008). **자살. 세상에서 가장 불행한 죽음**. 서울: 세종서적
- 우선유(1999). **청소년의 자살생각에 영향을 주는 변인 연구**. 서울여자대학교 교육심리학과 석사학위 논문.
- 유수현(2003). 자살에 대한 가정적 대책. **숭실대학교 논문집. 사회과학논총**, 6, 69-80.
- 유수현(2007). 호주 자살예방 전략을 중심으로. . 개인과 지역사회의 역량강화를 통한 자살예방, **한국생명의 전화 2007 자살예방 세미나 자료집**, 7-21.
- 육성필(2002). **자살관련변인의 탐색과 치료 프로그램 개발**. 고려대학교 대학원 박사학위논문
- 육성필, 이해선 역(2006a). **자살심리치료의 실제**. 서울: 학지사.
- 육성필, 이해선 역(2006b). **자살을 꿈꾸는 십대**. 서울: 시그마프레스.
- 육성필, 이해선(2008). **자살위기 청소년 긴급구조 및 위기개입 매뉴얼**. 국가청소년위원회.
- 윤우상, 이영식, 이길홍(1992). 소아 청소년 자살기사에 관한 내용분석. **신경정신의학** 31(1), 171-181.
- 이경진(2003). **청소년 자살의 고위험 집단과 저위험 집단의 심리적 특성**. 가톨릭대학교 석사학위 논문.
- 이길홍(1989). 입시 스트레스 증후군에 관한 정신의학적 연구. **신경정신의학**, 27(2), 441-463.

- 이소수희(2003). **인지적 대인관계 기술훈련이 아동의 문제해결력에 미치는 효과**. 진주교육대 교육대학원 석사 학위 논문.
- 이숙영, 권경민(2001). 집단상담활동의 치료적 요인에 대한 청소년 상담자의 평가. **청소년 상담연구**, 11(1), 68-83.
- 이승연(2007). 청소년 자살에 대한 고등학교 교사의 지식과 오해. **한국심리학회지 : 사회문제**, 13(2), 97-117.
- 이승연(2007). 학교장면에서의 자살 사후 중재. **상담학연구**, 8(1), 161-180.
- 이인혜(2004). **창의적 문제해결 프로그램이 초등학생의 학교 적응력 향상에 미치는 효과**. 서울교육대 교육대학원 석사 학위 논문
- 이정숙, 권영란, 김수진(2007). 청소년의 집단따돌림 피해와 우울이 자살사고에 미치는 영향. **정신간호학회지**, 16(1), 32-40.
- 이현수(1992). **충동성검사 실시 요강**. 서울 : 한국가이던스.
- 임명원(2000). **심리적 가정환경과 청소년 자살충동의 관계에 대한 연구**. 명지대 대학원 석사학위논문.
- 임수영(1996). **중학생의 자살생각에 영향을 미치는 요인과 사회적 지지의 완충효과**. 고려대학교 심리학 석사학위논문.
- 임영식, 조아미, 하상훈(2004). **청소년 자살의 원인과 실태**. 청소년보호위원회. 청소년 보호, 29.
- 자살예방협회(2003). 2003년 지역사회정신보건사업 2차 관계자 Workshop. **정신보건센터 자살예방프로그램 워크숍 자료**, 2003-12.
- 장정훈(2002). **중등교육 과정에서의 생명존중교육에 관한 연구: 도덕, 윤리교과를 중심으로**. 성신여대 교육대학원 석사학위논문.
- 장은영, 김춘경(2004). 우울감소 프로그램이 아동의 우울과 자아존중감에 미치는 효과. **정서·행동장애 연구**, 20(2), 195-216.
- 정방자(1987). 경쟁사회에서의 청소년기의 적응문제, 현대사회, 여름호, **현대사회문제연구** 1호.
- 정신건강 HOT LINE www.suicide.or.kr
- 정신질환 조기검진 사이트 www.semis.or.kr
- 정영주, 정영숙(2007). 청소년의 자살생각과 관련된 우울, 인지적 왜해 및 친구지지 간의 관계 분석. **한국심리학회지 : 발달**, 20(1), 67-88.

- 전영주, 이숙현(2000). 청소년의 자살구상과 관련변인분석. **청소년학 연구**, 7(1), 221-246.
- 조성진, 전홍진, 김장규, 서동우, 김선옥, 함봉진, 외(2002). 중고등학교 청소년의 자살사고 및 자살시도의 유병율과 자살시도의 위험요인에 관한 연구. **신경정신의학**, 41(6), 1142-1155.
- 조숙희(1999). 실직자의 우울, 절망감, 인지적 몰락이 자살충동 및 자기 파괴적 행위에 미치는 영향. 대구 효성 가톨릭대 사회복지 석사학위 논문.
- 조영범(2007). 경계선 성격장애 치료를 위한 다이어렉티컬 행동치료. 학지사.
- 조은주(2005). 의사소통훈련 프로그램이 초등학교생의 대인간 갈등 해결 방식 및 자기표현에 미치는 영향. 한국교원대학교 교육대학원 상담심리전공 석사 학위 논문.
- 조현진(1990). 우울, 자기비하 및 삶의 의미가 자살관념에 미치는 영향. 서울대학교 대학원석사학위논문.
- 주지홍(2003). 자살사이트의 문제점 및 대응방안. CLIS Montly. 정보통신정책연구원.
- 천성문, 이영순, 이현림(2000). 신경증적 비행청소년의 분노조절을 위한 인지 행동적 집단치료 효과. **한국 심리학회지:상담 및 심리치료**, 12(1), 53-82.
- 최병목 (2002). **청소년 자살예방론**. 서울 : 홍익제.
- 최원기, 박길성(2002). 청소년 자살의 원인 및 예방정책에 관한 국제비교연구. **한국청소년개발원, 연구보고 02-R12**.
- QPR자살예방연구소 <http://qprkorea.co.kr>
- 통계청 (2005). **사망원인통계연보(www.stat.go.kr)**
- 통계청 (2007). **2006년 사망원인 통계 결과**.
- 통계청 (2008). **2007 사망원인 통계 결과**.
- 하상훈(2000). 청소년의 자살충동과 심리사회적 변인과의 관계. 인하대 대학원 박사학위 논문.
- 하상훈 (2003). **청소년 자살예방 프로그램. 청소년 자살, 어떻게 예방할 것인가? 제1회 청소년 자살예방 세미나 자료집**, 85-89.
- 하상훈(2008). **자살 예방 훈련 프로그램. 한국자살예방협회 편. 자살의 이해와 예방**. 서울:학지사.
- 하연희 (2001). **중학생의 자살생각 실태에 관한 연구**. 이화여대 사회복지대학원 사회복지학전공 석사학위논문.
- 한국생명의전화 (2005). **청소년 자살예방 교육전문가과정 자료집**.

- 한국일보(2000). 2000년 12월 18일, 2면.
- 한국자살예방협회(2007). 제 1회 국제 자살예방 학술대회 자료집.
www.suicideprevention.or.kr
- 한국청소년상담원(2007). 청소년자살예방체제 구축방안 연구. 한국청소년상담원, 청소년 상담연구, 134.
- 한기석, 정영조(1992). 청소년 자살의 원인과 치료적 개입. *인제의학*, 13(2), 151-158.
한림대학교 생사학연구소 웰다잉(자살예방) 전문과정 사이버강좌 안내.
<http://www.husps.or.kr>
- 현명선, 김명아(2004). 인지행동요법이 문제행동 중학생의 우울과 자기효능감에 미치는 영향. *정신간호학회지*, 13(4), 458-466.
- 헬프콜 청소년 전화 1388 www.1388.or.kr
- 홍경자, 김선남 편역(1995). *화가 날 때 읽는 책*. 서울:학지사.
- 홍나미(1998). 청소년의 자살생각에 영향을 미치는 심리사회적 요인에 관한 연구. 이화 여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 홍영수(2005). 청소년의 생활스트레스가 자살행동에 미치는 영향 및 그에 대한 문제해결 능력의 완충효과. *한국아동복지학*, 20, 7-17.
- 황권(1999). 청소년 자살에 관한 연구. *경기행정논집*, 13.
- Abela, J. R. Z., & Payne, A. V. L. (2003). A test of the integration of the hopelessness and self-esteem theories of depression in schoolchildren. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 519-535.
- Adams, Jerry., & Michael, A. (1996). The Association Among Negative Life Events, Perceived Problem Solving Alternatives, Depression, and Suicidal Ideation in Adolescent Psychiatric Patients, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 715-720.
- Ahrens, M. L. (1996). Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split half multiple regression analysis, *Acta sychiatrica Scandinavica*, 94(2), 79 - 86.
- Alan L. B., David A. J., & Morton, M. S. (2005). *Adolescent Suicide. Assessment and Intervention*. American Psychological Association.
- Alexander, V. (1991). *In the Wake of Suicide: Stories of the People Left Behind*.

- San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Allard, R., Marshall, M. & Plante, M. C. (1992). Intensive follow up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 303--314.
- Allen, D. (1999). Handbook of attachment ; *Attachment in adolescence*. Guilford press.
- Allgulander, C., & Fisher, L. D. (1990). Clinical predictors of completed suicide and repeated self-poisoning in 8895 self-poisoning patients. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239, 270--276.
- Miller, A.L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., & Wetzler, S. (1997) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents, *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 78-86.
- Amanda, B. Nickerson., Elizabeth, J., & Zhe. (2004). Crisis prevention and intervention: A survey of school psychologists, *Psychology in the Schools*. 41(7), 777-788.
- Anderson, R. N., & Smith, B L. (2003). Deaths: Leading causes for 2001, *National Statistics Report*. 52(9), 1-86.
- Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., & Lieb. R. (1999). *The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime : A Review of National Research*. Washington State Institute for Public Policy.
- Apter, A., Bleich, A., King, R. A., Kron, S., Fluch, A., Kotter, M., et al. (1993). Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent male. *Archives of General Psychiatry*, 50, 138-142.
- Arensman, E., & Kerkhof, J. F. (1999). Classification of attempted suicide. A review of empirical studies, 1963-1993. *Suicide and Life Treatening Behavior*, 26, 46-67.
- Aseltine, R. h., & Demartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health*, 94, 446-451.

- Asberg, M., Schalling, D., Traskman-Bemdz, L., & Wagner, A. (1987). *Psychology of suicide, impulsivity and related phenomena*. In: Meltzer, H. Y. (Ed.), *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. Raven Press, New York. 655–668.
- Aseltine, R. h., & Demartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health, 94*, 446–451.
- Askenazy, F. L., Sorci, K., Benoit, M., Lestideau, K., Myquel, M., & Lecrubier, Y. (2003). Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behavior. *Journal of Affective Disorders, 74*(3), 219–227.
- Apter, A., Bleich, A., Plutchik, R., Mendelsohn, S., & Tyano, S. (1988). Suicidal Behavior, Depression, and Conduct Disorder in Hospitalized Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27*(6), 696–699.
- Apter, A., Bleich, A., King, R. A., Kron, S., Fluch, A., Kotter, M., et al. (1993). Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent male. *Archives of General Psychiatry, 50*, 138–142.
- Bancroft, J. & Hawton, K. (1983). Why people take overdoses: A study of psychiatrists' judgments. *British Journal of Medical Psychology, 56*(2), 197–204.
- Barbe, R. P., Bridge, J., Birmaher, B., Kolko, D., & Brent, D. A. (2004). Suicidality and its relationship to treatment outcome in depressed adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*, 44–55.
- Barrett, T., & Scott, T. (1990). Suicide bereavement and recovery patterns compared with non-suicide bereavement patterns. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 20*(1), 1–15.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1563–1569.
- Baume, P. (1992). Suicide: A Crisis For The Whole Family Should Suicide Survivors be Managed Differently? *Preventing Youth Suicide, 279–288*.

- Priel, B., & Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation, *Personality and Individual Differences*, 19(2), 235–241.
- Bennewith, O., Stocks, N., Gunnell, D., Peters, T. J., Evans, M. O., & Sharp, D. J. (2002). General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: Cluster randomized controlled. trial. *British Medical Journal*, 324(7348), 1254–1257.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113.
- Beautrais, A. (2004). *Suicide Postvention Christchurch*. NZ: Christchurch School of Medicine & Health Services.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicide intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352.
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63–74.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 139–145.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory* (2nd Manual). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (1967). *Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York : Hoebner Medical Devision Hapner & Row.
- Boergers, J., Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: Associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1287–1293.
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinic of Psychology*, 21, 705–734.
- Bostik, K. E., Robin, D. & Everall. (2007). Healing from suicide: adolescent perceptions of attachment relationships. *British Journal of Guidance and*

Counselling, 35(1) 79 – 96.

- Botvin, G. J. (1990) *Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 437–446.
- Bower, S. A. & Bower, G. H. (1991). *Asserting Yourself: A Practical Guide for Positive Change*. 2nd ed. Reading, MA: Addison Wesley.
- Bowlby, J. (1979). *The Making & Breaking of Affectional Bond*, Routledge press.
- Bearman, J. M. (2004). Suicide and Friendships Among American Adolescents. *American Journal of Public Health*, 94(1), 89–95.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(1), 37–47.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D.J., Allan, M. J., Allman, C. J., et al. (1988). Risk factors for adolescent suicide; A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of general psychiatry*, 45(6), 581–8.
- Brent, D. A., Holder., D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*. 54, 877–885.
- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J. A., Connolly, J., Bridge, J., & Bartle, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1080–1086.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Roth, C., Schweers, J., et al. (1993). Psychiatric risk factors of adolescent suicide: a case control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 521–529.
- Brian L. M., Francois C., Marc D., Bogdan B., Sylvaine R., Isabelle M., et al. (2007). Which Helper Behaviors and Intervention Styles are Related to Better

- Short-Term Outcomes in Telephone Crisis Intervention? Results from Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior The American Association of Suicidology*. 37(3), 308-321.
- Bridge, J. A., Brent, D. A., Johnson, B. A., & Connolly, J.(1997). Familial aggregation of psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 36, 628-637.
- Brown, G. K., Ten, H. T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005).Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294, 563--570.
- Brown, L. K., Spirito, A. & Fritz, G. K.(1991). The Correlates of Planning in Adolescent Suicide Attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 30(1), 95-99.
- Buddelberg, C., Buddeberg, F. B., Gnam, G., Schmid, J., & Christen, S. (1996). Suicidal in Swiss students : An 18-month follow-up survey. *Crisis*, 17, 78-86.
- Campbell, F. R., Cataldie, L., McIntosh, J., & Millet, K. (2004). An Active Post-prevention Program. *Crisis*, 25(1), 30-32.
- Carlson, T. (1999). *Suicide Survivors' Handbook*. Duluth: Benline Press.
- Carmean, S.(2007). Suicide Postvention: *How can we improve existing models?* Smith College School for Social Work.
- CAST(Coping and Support Training) <http://www.reconnectingyouth.com/>
- Charles, R. Swenson., Cynthia, S., Rebecca, A., Dulit., & Marsha. M. L. (2001). The Application of Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder on Inpatient Units. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), 307-324.
- Ciffone, J. (1993). Suicide prevention: A classroom presentation to adolescents. *Social Work*, 38(2), 197-203.
- Clark, S. (2001). Bereavement after Suicide-How Far Have We Come and Where Do We Go from Here? *Crisis*, 22(3), 102-108.

- Clarke, G. N., Paul, R., Peter, M., Lewinsohn, H. H. & John, R. & Bryan, C. J. (2007). Empirically-based outpatient treatment for a patient at risk for suicide : *The case of "John", Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3*, 1–40.
- Cole, D. A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of abnormal-psychology, 98*, 248–255.
- Colt, G. H. (1987). The history of the suicide survivor: The mark of Cain. In E .Dunne, J. McIntosh, & K. Dunne–Maxim (Eds.), *Suicide and its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors* (pp.3–18). New York: W.W. Norton & Company.
- Cooper, C. C., B, Major, C. R. (1998). Personal Resilience, Cognitive Appraisals, and Coping: An Integrative Model of Adjustment abortion, *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(3), 735–752.
- Cull, J. G. & Gill, W. S. (1988). *Suicide Probability Scale(SPS) manual*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Curran, D. K. (1987). *Adolescent suicidal behavior*. Washington, DC : Hemisphere.
- Cvinar, J. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care, 41*, 14–21.
- Daniel, C., John, T. & Casey. (2007). Therapeutic Mechanisms of Suicidal Ideation: *The Influence of Changes in Automatic Thoughts and Immature Defenses. 28*(4), 198–203.
- Wonzny, D. A. & Zinck, K. (2007). *Development of a Suicide Intervention Training Workshop: Utilizing Counselor Focus Groups*. WISTAS 2007 Online.
- Davis, C. & Hinger, B.(2005). *Assessing the needs of survivors of suicide*. Alberta: Calgary Health Region.
- De Jong., Marjolein, L. (1992). Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 21*(3), 357–373.
- De Leo D., Dello, Buono, M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry, 181*, 226–229.
- De Moore, G. M., & Robertson, A. R. (1996). Suicide in the 18 years after

- deliberate self-harm a prospective study. *British Journal of Psychiatry*. 169, 489--494.
- Diekstra, R. F. (1989). Suicidal behavior in adolescents and young adults: *The international picture*. *Crisis*, 10, 16-35.
- Dimeff, M. L. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *California Psychologist*, 34, 10-13.
- Deffenbacher, J. L. & Stark, R. (1992). Relaxation and cognitive relaxation treatments of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 158-167.
- Doka, K. (2002). Disenfranchised grief. In K. Doka (Ed.), *Living with Grief: Loss in Later Life*. Washington: The Hospice Foundation of America.
- Dollinger, S. A. (1998). The multisystemic treatment of an adolescent suicide attempter: A case study. *The Sciences and Engineering*, 58(10-B), 156-172
- Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 44, 113--120.
- Dori, G. A., & Overholser, J. C. (1999). Depression, hopelessness, and self-esteem: accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and life-threatening behavior*. 29(4). 309-318.
- Drozdz, J. F., Jobes, D. A., & Luoma, J. B. (2000), The collaborative assessment and management of suicidality in air force mental health clinics, *The Air Force Psychologist*. 3(2), 142-157.
- Dukes, R. L., & Lorch, B.(1989). The effects of school, family, self-concept, and deviant behaviour on adolescent suicide ideation. *ncbi.nlm.nih.gov*
- Durkheim. (1974). *Sociology and Philosophy*. Free Press
- Eggert, L. L., Elaine, A., Thompson, B. P., Randell., & Kenneth, C. P. (2002). Preliminary Effects of Brief School-Based Prevention Approaches for Reducing Youth Suicide-Risk Behaviors, Depression, and Drug Involvement. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15(2), 48-64.
- Esposito, C. L., & Clum, G. A. (2002). Social support and problem-solving as a moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality :

- applications to a delinquent population. *Journal of Traumatic Stress, 15, 2*, 137–146.
- Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, cognitive and behavioral functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life – Threatening Behavior, 33*, 389–399.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents :A systematic review of population–based studies. *Clinical Psychology review, 24*, 957–979.
- Evans, K. H., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population–Based Studies. *Suicide and Life–Threatening Behavior, 2(3)*, 235–324.
- Evans, W., & Smith, K. (1986). Lehality trends in multiple suicide attempts. R. Cohen–Sandler (Ed.), *Proceedings of the Nineteenth Annual Meeting of the American Association of Suicidology* (pp. 75–77). Denver, CO: American Association of Suicideology.
- Everall, R. D., & Paulson, B. L. (2001). The Teen Suicide Research Project, Alberta *Journal of Educational Research. 47(1)*, 91–94.
- Fergusson, L.J., Horwood, M. T. & Lynskey. (1995). The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16–year–olds, *Addiction, 90(7)*, 935–946.
- Fergusson, J. L., Horwood., Brame, K., A. & Dodge, D. (2003). Developmental Trajectories of Childhood Disruptive Behaviors and Adolescent Delinquency, *Development Psychology, 2(1)*, 132–147.
- Fielden, J. (2003). Grief as a transformative experience: Weaving through the different life worlds after a loved one has completed suicide. *International Journal of Mental Health Nursing, 12*, 74–85.
- Fine, C. (1997). *No Time to Say Goodbye: Surviving the Suicide of a Loved One*. New York: Broadway Books.
- Freidman, R. C. (1984). Family History of Illness in the Seriously Suicide Adolescent: a Life Cycles Approach. *American journal of Orthopsychiatry, 54*, 390–397.

- Gail, B., Slap, D. F., Vorters., Chaudhuri., Robert, M., & Centor.(1989). Risk Factors for Attempted Suicide During Adolescence. *Pediatrics*, 84(5), 762–772.
- Garland, A. F., & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention: Current research and social policy implications. *American psychologist*, 48(2), 169–182.
- Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Rose, D. T., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (2001). Childhood Maltreatment and College Student Current Suicidal Ideation, *Suicide and Life–Threatening Behavior*, 31(4), 405–416.
- Gilbody, S., House, A., & Owens, D. (1997). The early repetition of deliberate self harm. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 31, 171–172.
- Gispert, M., Davis, M. S., & Marsh, L. (1987). Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. *Hospital & Community Psychiatry*. 38(4), 390–393.
- Glaser, K. (1981). Psychopathologic patterns in depressed adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 35, 368–382.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Reboussin, B. A., Reboussin, D. M., Frazier, P.H., & Harris, A. E. (2001). Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study. *Child Adolescence Psychiatry*, 40(1), 91–109.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 42, 386–405.
- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab–Stone, M., Kramer, R., et al. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatr.* 37, 915–923.
- Gregory K., Brown., Thomas., Ten, H., Gregg, R. H. et al. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts; A randomized Controlled Trial. *JAMA*, 294(5), 563–570.
- Groholt, L. W. (2005). Intoxicants and suicidal behaviour among adolescents:

- changes in levels and associations from 1992 to 2002, *Addiction*, 100(1), 79–88.
- Grossman, J., Hirsch, J., Goldenberg, Dorothea., Libby, S., Fendrich, M., Mackesy–Amiti, M. E., Mazur, C. & Chance, G. H.(1995). Strategies for School–Based Response to Loss: Proactive Training and Postvention Consultation. *Crisis*, 16(1), 18–26.
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway–Jones, K., Chew–Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., et al. (2001). Randomized controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, 323(7305), 135–138.
- Hallfors, D. D., Waller, M W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H., & Iritani, B. (2004). Adolescent Depression and Suicide Risk : Association with Sex and Drug Behavior. *Am J Med*, 27(3), 224–230.
- Hankin,, Benjamin, L., Northwestern, U., & Roberts, J. (1997). Elevated self–standards and emotional distress during adolescence. Emotional specificity and gender differences. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 663–679.
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., et al. (1998). Randomized trial of a home–based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 512–518.
- Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A., & Fagg, J. (1999). Repetition of deliberate self–harm by adolescents : the role of psychological factors. *Journal of Adolescence*, 22, 369–378.
- Hawton, K., Fagg, J., Platt, S., & Hawkins, M. (1993). Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *British Medical Journal*, 305, 1641–1644.
- Hawton, K., Fagg, J., & Mckeown S.P.(1989), Alcoholism, alcohol and attempted suicide. *Alcohol and Alcoholism*, 24, 3–9.
- Hawton, K. & Fagg, J. (1988). Suicide, and other causes of death, following

- attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 152, 359–366.
- Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J., & Osborn, M. (1982). Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 14, 286–291.
- Hawton, K., Bancroft, J., Catalan, J., Kingston, B., Stedeford, A., & Welch, N. (1981). Domiciliary and out-patient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. *Psychological Medicine*, 11, 169–177.
- Hayden, D. D., & Lauer, P. (2000). Prevalence of suicide programs in schools and roadblocks to implementation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(3), 239–251.
- Henggeler, S. K., Schoenwald, J. G., & Liao. (2002). Four-Year Follow-up of Multisystemic Therapy With Substance-Abusing and Substance-Dependent Juvenile Offenders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2(3), 321–368.
- Henriques, G., Aaron, T., Beck., Gregory, K., & Brown. (2003). Cognitive Therapy for Adolescent and Young Adult Suicide Attempters, *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1258–1268.
- Holden, R. R., Mendonca, J. D. & Serin, R. C. (1989). Suicide, hopelessness, and social desirability: a test of an interactive model. *J Consult Clin Psychol*. 57(4), 500–4.
- Hoover., & Paulson. (1999). Suicidal No Longer, *Canadian Journal of Counselling*, 33(3), 227–45.
- Husaini, J. A., Neff, J. R., Newbrough, M. C., & Moore. (1982). The stress-buffering role of social support and personal competence among the rural married, *Journal of Community Psychology*, 5(6), 213–226.
- Irvin, G. (1988). *Identification Presentation, and treatment of the suicidal adolescent and societal attitudes toward suicide*. ED 299495.
- Jelalian, E., Boergers, J., Alday, C.S., & Frank, R. (2003). Survey of physician attitudes and practices related to pediatric obesity. *Clinical Pediatrics*, 42, 235–245.

- Jelalian, E., Boergers, J., Spirito, A., & Sourkes, B. (2003). Psychologic aspects of leukemia and hematologic disorders. In D.G. Nathan, S.H. Orkin, D. Ginsburg, & A.T. Look (Eds.), *Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood*, 6th Edition (pp. 1671–1683). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Jenkins, G.R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M. J., & Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: Cohort study. *British Medical Journal*, *325*(7373), 1155.
- Jobes, D. A. (2000). Collaborating to prevent suicide : A clinical–research perspective, *Suicide and life–threatening behavior*, *30*(1), 8–17.
- Jobes, D. A. (2003a). Understanding Suicide in the 21st Century. Preventing Suicide. *The National Journal*, *3*(1), 1–11.
- Jobes, D. A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. The Catholic University of America, Clinical Psychology Program. xviii, ppp. 222.
- Jody K., William J. F., Ty, S. C., & Michael, D. F. (1993). Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *21*(3). 339–353.
- Johnsson, F. E., Ojehagen, A., & Traskman–Bendz, L. (1996). A 5–year follow–up study of suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *93*, 151–157.
- Joffe, R. T., Offord. D. R., & Bolye, M. H. (1988). Ontario Child Health Study: suicidal behavior in youth 12–16 years. *Am J Psychiatry*, *145*.
- Kalafat, J., & Elias, M. (1994). An evaluation of a school–based suicide awareness intervention. *Suicide & Life–Threatening Behavior*, *24*(3), 224–233.
- Kandel, D. B., Ravens, V. H., & Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence, Depression, substance use, and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, *20*(2), 289–308.
- Kashani, J. H., & Simonds. (1979).The incidence of depression in children. *AM J Psychiatry*. 136, 1203–1205.
- Kashani, J. H., Suarez, L., & Luchene, L. (1998). Family characteristics and behavior problems of suicidal and non–suicidal children and

- adolescents. *Child Psychiatry & Human*, 4(5), 78–92.
- Kaslow, Michael, T. Compton, Nancy, J., Thompson & Nadine, J.(2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support .*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(3) 175–185.
- Katherine, A. C., & Marsha, M. L. (2006). Psychosocial Treatments of Suicidal Behaviors : A Practice-Friendly Review. *Journal of clinical psychology* : in session. 62(2). 161–170.
- Katherine, E., Bostik, R. D., & Everall. (2007). *Healing from suicide :adolescent perceptions of attachment relationships*, *British Journal of Guidance & Counselling*, 3(4), 139–152.
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., Esveldt-Dawson, K., & Sherick, R. B. (1983). Hopelessness, depression and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 504–510.
- Keith, H., Steve. K., , Karen, S., Anthony, J., & Joan, F. (1999). Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *Journal of Adolescence*, 22(3), 369–378.
- Kelly, T. M., Cornelius, J. R., & Lynch, K. G. (2002). Psychiatric and substance use disorders as risk factors for attempted suicide among adolescents: a case-control study. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 32, 301–312.
- Kerkhof, A. J., Arensman, E., Bille-Brahe, U., Crepet, P., De Leo, D., Hjeimelan, H., et al. (1998). *Repetition of attempt suicide: Results from the WHO/Euro multicenter study on parasuicide, repetition-prediction part*. 7th European Symposium in Suicide, Gent, Belgium.
- King, C. A., Segal, H.G., Naylor, M., & Evans, T. (1993). Family functioning and suicide behavior in adilescent inpatients with mood disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1198–1206.
- Kleck, G. (1988). Miscounting suicides. *Suicide and Threatening Behavior*, 18, 219–236.

- Kopp, C. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental psychology*, 25, 343–354.
- Leenaars, A., & Wenckstern, S. (1998). Principals of postvention: Applications to suicide and trauma in schools. *Death Studies*, 22, 357–391.
- Kotila, L., & Lonnqvist, J. (1987). Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(4), 386–393.
- Lester, D. (1987). Toward an understanding of stress. *Journal of Home Economics*, 73(3), 17.
- Lewinsohn, P. M., Gregory, N., Clarke., Hyman, H., & Judy, A. (1990). Cognitive–Behavioral Treatment for Depressed Adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385–401.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry*, 151, 1771–1776.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., & Murray, A. M. (2006). Two–Year Randomized Controlled Trial and Follow–up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757–766.
- Link–Up Program <http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/Chapter%206.PDF>
- Liu, X., Sun Z., & Yang, Y. (2008). Parent–reported suicidal behavior and correlates among adolescents in China. *Journal of Affective Disorders*, 105, 73–80.
- Living Works Education <http://www.livingworks.net/>
- Pollock, L. R., & Williams, J. (2004) *Problem–Solving in Suicide attempters*, Cambridge University Press. 34, 163–167.
- Madelyn, S., & Gould. (2005). Evaluating Latrogenic Risk of Youth suicide screening Program, *JAMA*, 293(13), 125–137.
- Maio, G. R., Frank, D., Fincham, E. J., & Lycett. (2000). Attitudinal Ambivalence

- Toward Parents and Attachment Style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(12), 321–367.
- Maine Children's Cabinet (2004). *Preventing Youth Suicide through Gatekeeper Training – A Resource Book for Gatekeepers*.
- Maine Youth Suicide Prevention
<http://maine.gov/suicide/professionals/program/gatekeeper.htm>
- Maine Youth Suicide Prevention Program(2006). Youth Suicide Prevention, Intervention & Postvention Guideline: A Resource for School Personnel.
<http://www.maine.gov.suicide/doc/guideline.pdf>
- MacNeil, W. K., & Topping, K. J. (2007). Crisis Management in Schools: Evidence-based Postvention. *Journal of Educational Enquiry*, 7(2), 1–20.
- Makikyro, T. H., Hakko, H, H, Timonen, M. J., Lappalainen, J. A. S., Ilomaki, R. S., Marttunen, M. J., et al. (2004). Smoking and Suicidality Among Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Adolescent Health*, 34, 250–253.
- Mann, A., Apter, J., & Bertolote. (2005). Suicide prevention strategies; A systematic Review. *JAM*, 294(16).
- Mann, J. J. (1995). *Violence and aggression*. In: Bloom, F. E., Kupfer, D. J. (Eds.), *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Raven Press, New York. 1919–1928.
- Marciano, P., & Kazdin, A. (1994). Self-esteem, depression, hopelessness, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 151–160.
- Maris, A. L., Berman, M. M., Silverman. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*, Guilford Press.
- Margaret, M. S., & Tamison, D. (2007). Suicidal Behaviour in Children and Adolescents. part 2:treatment and prevention, *The canadian journal of Psychiatry*, 52(1), 65–82.
- Marcenko, M., Gideon, F., & Jeffrey, F. (1999). Reexamining Adolescent Suicidal Ideation: A Developmental Perspective Applied to a Diverse Population, *Journal of Youth and Adolescence*, 28(1), 121–138.

- Matthew, K. N. & Alan, E. K. (2002). Examination of Affective, Cognitive, and Behavioral Factors and Suicide-Related Outcomes in Children and Young Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 31*(1), 48-58.
- McCabe, L. L., Aumage, J., O'Neil, J., & Bull, M. (2006). Characteristics of suicide from 1998-2001 in a metropolitan area. *Death Studies, 30*(9), 859-871.
- McLeavey, B.C., Daly, R.J., Ludgate, J.W., & Murray, C.M. (1994). Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24*, 382-394.
- McWhirter, J. J., McWhirter, B. T., McWhirter, E. H., & McWhirter, J. J. (2004). *At-risk Youth*. Belmont, CA: Thompson.
- Meneese, W.B. & Yutrzecka, B.A.(1990). Correlates of Suicide Ideation among Rural Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*(3), 93-113.
- Metalsky, G. I., & Joiner, T. E. (1997). The Hopelessness Depression Symptom Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 21*, 359-384.
- Michel, K., Maltzberger, J. T., Jobes, D. A., Leenaars, A. A., Orbach, I., Stadler, K. et al. (2002). Discovering the truth in attempted suicide. *American Journal of Psychotherapy, 56*, 424-437.
- Mitchell, A., Dysart, G. D., Garand, L., & Wesner, S. (2003). The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors. *Issues in Mental Health Nursing, 24*, 91-106.
- Mitchell, H. R. (2000). *Teen suicide*. San Diego : Lucent Books.
- Miller., Katz., Laurence., Cox., Brian, J., Gunasekara., et al. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(3):276-282.
- Motto, J. A. (1976). Suicide prevention for high-risk persons who refuse treatment. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 6*, 223--230.
- Motto, J. A., & Bostrom. (2001). A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention, *American Psychiatric Association, 4*(3), 321-354.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Cain, K. C., Das Gupta, A., Diamond, M., Lohan, J., et al. (1998). Broad-spectrum group treatment for parents bereaved

- by the violent deaths of their 12 to 28 year old children: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 22, 209–235.
- Murphy, S. L. (2000). *Deaths*: Final data for 1998. National Vital Statistics Report, 48(11). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Negron, R., Piacentini, J., Graae, F., Davies, M., & Shaffer, D. (1997). Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1512–1519.
- National Alliance on Mental Illness New Hampshire. (2006). *Frameworks Youth Suicide Prevention Project – Postvention*.
- National Suicide Prevention Lifeline (2007). *Lifeline Service and Outreach Strategies Suggested by Suicide Attempt Survivors*. Macro Internaional Inc.
- Nock, M. K., & Banaji, M. R. (2007). Prediction of Suicide Ideation and Attempts Among Adolescents Using a Brief Performance–Based Test. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 75(5), 701–715.
- OECD(2005). *OECD Health Data*.
- Overholser, J. (1990). Early onset psychiatric disorder in high risk children and increased familial morbidity, *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 2(1), 98–113.
- Overholser, J., Evans, S., & Spirito, A. (1989). *Sex differences and their relevance to prevention of adolescent suicide. Suicide prevention in schools*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and nonfatal repetition of self–harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 181:193–199.
- Parrish, M., & Tunkle, J. (2005). Clinical challenges following an adolescent's death by suicide: Bereavement issues faced by family, friends, school, and clinicians. *Clinical Social Work Journal*, 33, 88–102.
- Paulson, R. D., & Everall. (2003). Suicidal Adolescents: Helpful Aspects of Psychotherapy. *Archives of Suicide Research*, 7(4), 309–321.
- Parellada, M. (2007). Is attempted suicide different in adolescent and adults?

Psychiatry Research. 10.

- Perkins, D. F., & Hartless, G. (2002). An Ecological Risk–Factor Examination of Suicide Ideation and Behavior of Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 17(1), 3–26.
- Peter, M. L., Paul, R., & John, R. S. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297–305.
- Petrie, K., & Chamberlam, K. (1983). Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 485–487.
- Peterson, M. G., & Wells, A. (1995). *Self-esteem: Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice*. American Psychological Association
- Pett, T. A., & Larson, C. N. (1987). Depression and Suicide, In V. B. Von Jasselt & Hersen(Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. (pp. 288–312.) New York : Pergamon Press.
- Poland, S., & McCormick, J. S. (1999). *Coping with crisis : Lessons Learnde*. Long Mont, CO : Sopris West.
- Poland, S., Pitcher, G. D., & Lazarus, P. J. (1995). Thomas & J. Grimes(Eds). *Best practices in school psychology* (pp. 445–458). Washington, D.C: The National Association of School psychologist.
- Ponnet, R. Vermeiren, I. Jespers, B. Mussche, V. Ruchkin, M. Schwab–Stone, D., et al. (2005). Suicidal behaviour in adolescents: Associations with parental marital status and perceived parent–adolescent relationship. *Journal of Affective Disorders*, 89(1–3), 107–113.
- Prinstein., Michael, D., Deidre, D., & Mitchell, J. (2000). Pattens of Children's Coping With Life stress; Implications for Clinicians, *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 45–63.
- Randell, B. P., Eggert, L. L., & Pike, K. C. (2001). Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide and Life–Threatening Behavior*, 31, 41–61.

- Reinecke, M. A. & DuBois, D. L. (2001). Socioenvironmental and Cognitive Risk and Resources: Relations to Mood and Suicidality Among Inpatient Adolescents. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(3), 195–222.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal ideation questionnaire professional manual*. FL : Psychological Assessment Resources.
- Richard, R. (2004). New Development in Suicide Intervention Training. *Suicidology*, 9(3), 31–54.
- Roberts, R. E., Chen, Y. R., & Roberts, C. R. (1997). Ethnocultural differences in prevalence of adolescent suicidal behaviors. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 27(2), 208–217.
- Rohde, P., Gregory, N., Clarke., David, E., Mace., Jenel, S., et al.(2004). An Efficacy/ Effectiveness Study of Cognitive–Behavioral Treatment for Adolescents with Comorbid Major Depression and Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 43(6), 660–668.
- Rotheram–Borus, M., & Trautman, P. (1988) Hopelessness, depression, and suicidal intent among adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 700–704.
- Rotheram–borus, M. J., Piacentini, J., Cantwell, C., Belin, T.T., & Song, J (2000). The 18 month Impact of an Emergency Room Intervention for Adolescent Female Suicide Attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(6), 1081–1093.
- Rubenstein, J. L., Heereen, T., Housman, D., & Stechler, G. (1989). Suicidal behavior in normal adolescents: risk and protective factors, *American journal of orthopsychiatry*, 59(1), 59–71.
- Rudd, M. D., Rajah, M. H., & Dahm. P. F. (1994). Problem–solving appraisal in suicidal ideators and attempters. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 136–149.
- Rudd, M. D. (2000). Integrating science into the practice of clinical suicidology: A review of the psychotherapy literature and a research agenda for the future.

- In R. W. Maris, S. S. Canetto, J. McIntosh, & M. M. Silverman (Ed.), *Review of Suicidology*. (pp. 47–67.) New York. Guilford Press.
- Rudd, M. D. (2004). Cognitive Therapy for Suicidality: An Integrative, Comprehensive, and Practical Approach to Conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 59–71.
- Rudd, A. L., Berman, E., Thomas, E., Joiner, M. K., Nock, M. M. Silverman, et al. (2006), Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255–262.
- Salkovskis, P. M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 157, 871–876.
- Samuelsson, M., & Asberg, M. (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes towards suicide and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 52–64.
- San Diego County Office of Education(). Suicide Prevention, Intervention and Postvention. http://www.sdcoe.net/student/ss/pdf/suicide_guide.pdf
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P. et al. (1996). Attempted suicide in Europe: Rates, trends, and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327–338.
- Seeley. (1999). Cognitive-Behavioral Treatment of adolescent Depression: Efficacy of Acute Group Treatment and Booster Sessions," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272–279.
- Shaffer, D., & Pfeffer, C. R. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of children and Adolescent Psychiatry*, 40, 4S–23S.
- Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., Trautman, M. P., Moreau, D., Kleinman, M., et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide.

- Archives of General Psychiatry*, 53, 339–348.
- Shaffer, D., Garland, A., Fisher, P., & Gould, M., (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 675–687.
- Shaffer, D., Garland, A., Vieland, V., Underwood, M., & Busner, C. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 588–596.
- Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., Trautman, M. P., Moreau, D., Kleinman, M., et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339–348.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Preview Behavior Therapy*, 23(4), 730–741.
- Shneidman, T. (1987) Adolescent suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 56–63.
- Spielberger, C. D., Johnson, E. H., Russell, S. F., Crane, R. J., Jacobs, G.A., & Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In M. Cheney & R. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: McGraw-Hill.
- Spirito, A., Fancis, G., Overholser, J., & Frank, N. (1996). Coping, depression, and adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 147–183.
- Spirito, A., Overholser, J., Ashworth, S., Morgan, J., & Benedict-Drew, C. (1988). Evaluation of a suicide awareness curriculum for high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 705–711.
- Stanton, C., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2003). Risk-taking behavior and adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 74–79.
- Stein, D., Apter, A., Ratzoni, G., Har-Even, D., & Avidan, G. (1998). Associations between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *Journal*

- of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 488–494.
- Strosahl, K., Chiles, J. A., & Linehan, M. (1992). Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: reasons for living, hopelessness, and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 366–373.
- Suicide Prevention and Crisis Call Center
www.cdc.gov/ncipc/dvp/Chapter%207.PDF
- Suokas, J., & Lonnqvist, J. (1991). Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: Risk factors and suicide mortality during a 5-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 545–549.
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2007). Cognitive–Behavioral Interventions to Reduce Suicide Behavior, *Behavior Modification*, 82(1), 77–108.
- Torhorst, A., Möller, H.J., Kurz, A., Schmid–Bode, K.W., & Lauter, H. (1988). Comparing a 3-month and a 12-month-outpatient aftercare program for parasuicide repeaters. In HJ Möller, ASchmidtke, R Welz, (Eds.), *Current issues of suicidology*. (pp. 419–25.) Berlin: Springer–Verlag.
- Townsend, E., Hawton, K., Altman, D. G. Arensman, E., Gunnell, D. Hazell, P., et al. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems, *Psychological medicine*, 31(6), 979–988.
- Trepal, H. C., Wester, K. L. & MacDonald, C. A.(2006). Self-injury and postvention: Responding to the family in crisis. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14(4), 342–348.
- Trinke, K. & Bartholomew. (1997). Attachment hierarchies in young adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 3(1), 98–121.
- Trupin, D. G., Stewart, B. B., & Lisa, B. (2002). Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy Program for Incarcerated Female Juvenile Offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121–127.
- Urs, H., Lutz, W., Ulrich, S. & Konard, M. (2004). Psychological and Psychosocial Interventions After Attempted Suicide. *crisis*, 25(3), 108–117.

- Velting, D. M., & Rathnus, J. H., & Asnis, G. M.(1998). Asking adolescents to explain discrepancies in self-reported suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 187-196.
- Vieland, V., Whittle, B., Garland, A., Hicks R., & Shaffer, D. (1991). The impact of curriculum-based 18 month follow-up. *Journal of American Academy of child and adolescent psychiatry*, 30(5), 811-815.
- Virkkunen, M., De Jong, J., Bartko, J., & Linnoila, M. (1989a). Psychological concomitants of history of suicide attempts among recidivism in violent offenders and impulsive fire setters. *Archives of General Psychiatry* 46, 600-603.
- Wagman., Borowsky, I., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W.(1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 573-580.
- Wagner., & Zimmerman, J. H. (2006). *Developmental Influences on Suicidality Among Adolescents: Cognitive, Emotional, and Neuroscience Aspects. Cognition and suicide: Theory, research, and therapy.* (pp. 287-308). Ellis, Thomas E. (Ed).
- Wallerstein, R. S. (1994). Psychotherapy research and its implications for a theory of therapeutic change: A forty-year overview. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 120-141.
- Weersing, V.R., Iyengar, S., Kolko, D.J, Birmaher, B., & Brent, D.A.(2006). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A benchmarking investigation. *Behavior Therapy*, 37, 36-48.
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L., & Watson. (2001). The Working Alliance in Client-Centered and Process-Experiential Therapy of Depression, *psychotherapy research* 11(13), 221-233.
- Wenzel, A., & Beck, A. T.(2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189-201.
- Wenzel, A., & Brown, G. K., & Beck, A. T.(2008). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications.* Washington, DC: APA Books, in

- press.
- White, J. L. (1989). *The troubled adolescent*. Pergamon press.
- Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(5), 603–610.
- Wong, J. P. S., Steqrt, S. M., Ho, S. Y., Rao, U., & Lam, T. H. (2005), Exposure to suicidal behaviors among Hong Kong adolescents. *Social Science & Medicine*, 61(3), 591–599.
- WHO (2005). *Preventing Suicide: A Resource for the teachers and other staff*.
- Wright, L. S. (1985). Suicidal Thoughts and their Relationship to Family Stress and Personal Problems among High school seniors and College Undergraduates. *Adolescence*, 20, 575–580.
- Yang, B., & Clum, G. A.. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177–195.
- Zenere, F. J. & Lazarus, P J. (1997). The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide and Life–Threatening Behavior*, 4, 387–403.
- Zlotnick, C., Donaldson, D., Spirito A., & Pearlstein, T. (1997). Affect regulation and. suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 793–798.

