

2018 청소년상담연구 • 207

고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 : 자살·자해편

책임 연구자: 서 미

공동 연구자: 김 은 하

이 태 영

김 지 혜



한국청소년상담복지개발원

Korea Youth Counseling & Welfare Institute

청소년상담연구 207

고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 : 자살·자해편

인 쇄 : 2018년 12월

발 행 : 2018년 12월

발 행 인 : 이기순

발 행 처 : 한국청소년상담복지개발원

(48058) 부산광역시 해운대구 센텀중앙로 79, 센텀사이언스파크(7층~10층)

T. (051)662-3134 / F. (051)662-3005

<http://www.kyci.or.kr>

인 쇄 처 : 가꿈복지직업재활시설

비매품

ISBN 978-89-8234-737-5 94330

ISBN 978-89-8234-001-7(세트)

본 간행물은 여성가족부의 지원을 받아 제작되었습니다.

본 기관의 사전승인 없이 내용의 일부 혹은 전부를 전재할 수 없습니다.

국립중앙도서관 출판예정도서목록(CIP)

고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼, 자살·자해편 /
책임연구자: 서미 ; 공동연구자: 김은하, 이태영, 김지혜. -
- 부산 : 한국청소년상담복지개발원, 2018
p. ; cm. -- (청소년상담연구)

참고문헌 수록

영어 요약 있음

여성가족부의 지원을 받아 제작되었음

ISBN 978-89-8234-737-5 94330 : 비매품

ISBN 978-89-8234-001-7 (세트) 94330

정신 건강[精神健康]

청소년 문제[靑少年問題]

334.3-KDC6

362.7-DDC23

CIP2018040162

간행사

청소년 자살은 우리나라의 심각한 사회문제로 학계 및 관련기관을 포함하여 국가적 차원에서 수년간 그 예방과 개입을 위한 노력을 지속적으로 해왔습니다. 그러나 아직도 자살은 우리나라 청소년 사망원인의 1위로 나타나고 있다는 것을 고려해볼 때, 구체적이고 체계적인 청소년 자살에 대한 상담개입 매뉴얼의 필요성이 제기됩니다. 또한, 최근 청소년의 자해가 급증하고 있으며, SNS에서 ‘자해 인증샷’이 유행하는 등 청소년 자해의 심각성 역시 대두되고 있으나 현재 청소년 자해를 비롯하여 자해청소년에 대한 상담개입 연구는 전무한 실정입니다.

한국청소년상담복지개발원은 청소년 자살예방을 위하여 「청소년 자살행동 연구」, 「자살예방체제구축방안」, 「자살위기청소년 상담 및 사후 개입프로그램」, 「자살예방 프로그램과 자살예방 심화프로그램」 개발영역을 비롯하여 자살예방교육 및 상담개입을 위해 노력해왔습니다. 올해는 특히 자해를 중심으로 자살과 자해 청소년을 대상으로 효과적인 상담개입을 위한 구조화된 매뉴얼을 개발하였습니다.

본 연구는 청소년 자살 및 자해에 대한 정의 및 원인, 실태, 청소년 자살·자해 위험 측정방법, 검사도구 관련 국내·외 문헌을 검토하였습니다. 또한, 자살 및 자해 위기 청소년을 상담한 청소년상담자가 실제 자해 경험이 있으며 상담을 통해 이를 극복한 청소년을 대상으로 심층면접을 실시하였습니다. 이를 바탕으로 프로그램과 매뉴얼을 구성하였으며, 시범운영을 통해 효과성을 검증하였습니다. 이러한 과정을 통해 최종 개발된 자살(자살적 자해) 매뉴얼, 자해(비자살적 자해) 매뉴얼 2종을 내년부터 전국 청소년상담복지센터를 중심으로 보급할 예정입니다.

본 연구를 위하여 심층면접에 참여해주신 청소년상담복지센터, 대학학생상담센터 선생님들과 청소년들 그리고 본 연구를 위해 귀한 시간을 내어 자문을 주신 학계 전문가 분들께도 깊이 감사드립니다. 아울러 연구를 위해 애써주신 공동연구자이신 김은하 교수님과 본원 연구진들께 진심으로 감사드립니다.

본 연구를 통해 개발된 자살·자해 상담개입 매뉴얼이 우리나라 청소년들의 소중한 생명을 보호하고 우리 사회의 건강한 구성원으로 성장하는데 도움이 되는 매뉴얼로써 현장에서 실제적인 도움이 될 수 있기를 기대합니다.

2018년 12월

한국청소년상담복지개발원 이사장 **이기순** 이기순

초 록

우리나라 청소년의 사망원인 1위가 자살로 나타난 것과 같이 현재 우리나라의 청소년자살 문제는 매우 심각하다. 최근 청소년 사이에서 자해 인증샷을 SNS에 올리는 일명 ‘자해 놀이’ 현상이 일어나는 등 청소년 자해가 급격히 증가하였다. 이러한 청소년 자해의 급증은 처음 자해를 한 청소년의 60%가 다시 자해를 할 정도로 재발률이 높다는 점에서(국민일보, 2018. 09. 20) 그 대책이 시급하다. 그러나 청소년 자살 및 자해 상담개입에 관한 연구는 해외 연구가 대부분이며 국내에서 청소년 자살 및 자해 개입에 대한 연구는 거의 없다. 이에 본 연구는 자살 및 자해 청소년에게 효과적으로 개입할 수 있는 구조화된 상담개입 매뉴얼을 개발하고자 한다.

매뉴얼 개발을 위한 프로그램 개발은 다음과 같은 절차를 통해 이루어졌다.

첫째 프로그램 기획단계에서는 청소년 자살 및 자해에 대한 정의 및 원인, 자살 및 자해 위험도 평가, 자살 및 자해 청소년의 상담개입방법 및 매뉴얼에 대해서 전반적으로 문헌을 고찰하였다. 문헌연구를 통해, 자살적 자해와 비자살적 자해에 따라 차별화된 개입이 필요하고 초기보다는 중후기청소년을 대상으로 개입이 이루어져야 한다는 시사점이 도출되었다. 이에, 본 연구에서는 자살 및 자해 위기 청소년을 상담한 청소년상담자 대상 심층면접 및 자해 경험이 있는 중후기 청소년 대상 심층면접을 실시하여 각각 CQR 및 근거이론을 통해 그 결과를 분석하였다. 그 결과를 살펴보면, 먼저 자살(자살적 자해)과 자해(비자살적 자해)는 자살 의도에 따라 구분되어야 하고, 개입도 달라져야 한다. 대체로 자살 및 자해 진단, 자살사고 및 행동 점검, 비합리적 신념변화, 구체적인 행동계획 수립, 버텨주기, 깊은 공감 및 수용 등의 상담기법이 효과적이며, 이러한 기법은 초기, 중기, 후기로 단계별로 차별화될 필요가 있다. 또한 자해청소년은 주로 스트레스로 인한 부정정서를 경험하고 감정을 억제하는 경향이 있는데, 자기차별을 하고 싶거나, 분노나 스트레스를 느낄 때, 살아있음을 느끼고 싶을 때, 마음을 알아주는 사람이 없다고 느낄 때 자해를 하는 것으로 나타났다. 이들은 상담자나 친구 등에게 정서적 지지를 구하고 합리적이고 긍정적인 사고를 하면서 자해행동이 감소하고 자신을 수용하는 등 내적으로도 성장하는 데, 이때 자해행동의 부정적 측면을 인식하고, 공감과 지지를 받고 있는 느낌 등 긍정적인 상담경험을 하는 것이 변화를 촉진시키는 것으로 보고되었다.

둘째, 프로그램 개발단계에서는 기획단계의 분석된 자료를 바탕으로 본 프로그램의 구

성요소와 구성원리를 도출하여 프로그램 초안을 개발하였다. 도출된 프로그램의 구성원리는 다음과 같다. 이와 같은 심층 면접 결과를 토대로 다음과 같은 프로그램의 구성원리를 추출하고 프로그램 초안이 개발되었다. 먼저, 개입단계는 초기관리, 중기관리, 후기관리로 구성되었다. 초기관리의 우선 과제는 자살 및 자해 관련 안정성 확보이므로 초기관리의 내용은 자해(비자살적 자해)와 자살(자살적 자해) 평가, 위험수준평가, 안전성 확보로 구성되어 있다. 중기관리에서는 생활스트레스 다루기, 부정적 감정과 비합리적 신념 및 행동 변화, 지지체계 구축, 자해의 대체활동 정하기 등을 통해 내담자의 자살 및 자해 위기를 줄이고, 문제해결 능력을 증진시킨다. 후기관리에서는 생활습관 및 관리, 스트레스 대처방법 다루기 등을 통해 긍정적인 자기개념을 갖는 내용으로 구성되어 있다. 추가로, 상담자의 태도 및 소진예방, 부모상담을 포함시켰다.

셋째, 프로그램의 실행 및 평가단계에서는 프로그램 초안을 바탕으로 시범운영을 실시하여 효과성을 평가하였으며, 전문가의 감수를 받아 프로그램을 수정·보완하였다. 먼저 프로그램의 효과성을 검증하기 위해 최종 개발될 매뉴얼을 사용할 청소년상담자 20명을 대상으로 참여자 관점 평가를 실시하였다. 그 결과, 프로그램 효과성과 활용성에서 평균 4.0이상으로 나타나 프로그램에 전반적으로 만족하는 것으로 나타났다. 또한, 실제 적용과정에서의 문제점을 보완하기 위해 청소년 상담자 9명을 대상으로 매뉴얼을 실제 적용하는 과정에 대한 심층면접을 실시하여 매뉴얼을 수정·보완하였다. 마지막으로 수정·보완된 매뉴얼은 전문가 2명의 감수를 받아 자살(자살적 자해)매뉴얼과 자해(비자살적 자해) 매뉴얼 2종을 최종 개발하였다.

이상의 결과를 살펴볼 때 본 연구를 통해 개발된 프로그램과 매뉴얼은 청소년 상담자들로 하여금 자살과 자해 청소년에게 효과적이고 신속하게 상담을 제공할 수 있도록 돕는 프로그램이라는 점에 의의가 있다. 특히, 자해 청소년에 대한 상담 가이드라인이 전무하다는 점에서 자해청소년 상담에 대한 가이드라인을 제시함으로써 청소년 자해를 감소시키는 데 크게 기여할 것이다. 향후 본 연구가 지닌 한계를 극복하고 활용성을 높이기 위해서는 실제 자해 및 자살 청소년의 상담개입의 효과성을 장기적으로 측정하고, 상담자의 피드백을 수집하여 지속적으로 매뉴얼을 개선하고 정교화해야 할 것이다.

목차 |

I. 서 론 | 1

1. 연구의 목적과 필요성	1
2. 연구과제	5

II. 이론적 배경 | 6

1. 청소년 자살·자해에 대한 이해	6
가. 청소년 자살·자해의 정의	6
나. 청소년 자살·자해의 원인	7
다. 청소년 자살·자해의 실태	10
2. 청소년 자살·자해 위험도 평가	11
가. 청소년 자살·자해의 징후	11
나. 청소년 자해 및 자살 위험을 측정하는 방법	12
다. 자살 및 자해의 위험 요인을 측정하는 검사 도구	13
3. 청소년 자살·자해 개입방법	14
가. 자살·자해 관련 치료적 개입	14
나. 발달단계별 자살·자해 개입방법	17
다. 청소년 자살·자해 상담개입	18
라. 시사점	20

III. 연구 방법 | 22

1. 프로그램의 개발	22
가. 프로그램 개발 절차	22
나. 프로그램 개발 과정	22
2. 현장전문가 대상 심층면접	25
가. 프로그램 대상	25
나. 질문지 구성	26
다. 실시 절차 및 분석 방법	26
라. 분석결과	27
마. 의견조사 결과 요약 및 시사점	36

3. 자해 청소년 대상 심층면접	37
가. 연구 참여자	37
나. 자료 수집	38
다. 자료 분석	38
라. 연구 타당성 검증	39
마. 자해 청소년 대상 심층면접 결과	39
4. 프로그램 구성	55
가. 프로그램의 구성원리	55
나. 내용구성	60

IV. 연구결과 65

1. 참여자 관점 평가 결과	65
가. 연구 대상	65
나. 평가 도구	65
다. 평가 결과	66
2. 전문가 심층면접	67
가. 내용 활용성	68
나. 운영 적절성	69
다. 효과성	69
3. 전문가 감수	69
4. 고위기 상담개입 매뉴얼 수정 및 보완	70

V. 논의 75

참고문헌 80

Abstract 90

표목차 |

표 1. 자살위험수준별 자살위기청소년 상담개입프로그램	19
표 2. 현장전문가 대상 심층면접 참여자	25
표 3. 심층면접 질문지의 구성 및 내용	26
표 4. 현장전문가 심층면접 결과	33
표 5. 참여자의 배경 정보	37
표 6. 개념들의 범주화	40
표 7. 프로그램 구성 모형	60
표 8. 프로그램 초안 세부내용	61
표 9. 프로그램 전체 만족도	66
표 10. 프로그램 회기별 만족도	66
표 11. 심층면접 질문 내용	68
표 12. 고위기 자살·자해 상담개입 매뉴얼 수정사항	71
표 13-1. 고위기 자살·자해 상담개입 매뉴얼 세부내용	72
표 13-2. 부모상담, 상담자 태도 및 자기점검 세부내용	74

그림목차 |

그림 1. 청소년 자살·자해 프로그램 개발	23
그림 2. 자해와 극복 경험에 대한 패러다임 모형	48
그림 3. 자해와 극복 과정 모형	54

I. 서론

1. 연구의 목적과 필요성

우리나라 청소년 사망원인 1위는 10년 째 자살로 지속되고 있으며, 청소년 자살률은 10만명당 7.8명으로 청소년 사망원인 2위인 교통사고 사망률의 2.1배로 나타났다(통계청·여성가족부, 2018). 또한, OECD(2016)에 따르면 OECD 국가 중 자살률과 자살 증가율에서 모두 1위를 차지하는 등 우리나라 청소년 자살은 매우 심각한 문제이다. 통계청(2016)에 따르면, 지난 2011년부터 2015년까지 전 연령대에서 자살률이 감소하는 추세였으나, 2016년 들어 10대와 20대의 자살률은 오름세로 돌아섰다. 청소년 자살률은 OECD국가 중 10년 전 18위에서 5위로 상승하였으며, 자살 증가율은 칠레(52.9%)다음인 2위를 차지했다. 뿐만 아니라, 청소년 자살은 그 증가추세가 다른 연령에 비해서 높다는 점에서 더욱 심각한 것으로 보인다. 이처럼 청소년 자살의 지속적인 증가는 자살 위험 청소년에 대한 대책과 상담 등을 통한 개입이 절실함을 시사한다. 자살과 함께 최근 주목해야 하는 것이 청소년 자해이다. 최근 청소년 사이에서 자해 인증샷을 SNS에 올리는 일명 ‘자해 놀이’ 현상이 일어나는 등 청소년 자해가 급격히 증가하였다. SNS의 하나인 인스타그램에서 해쉬태그 ‘자해’로 검색되는 게시물이 2018년 10월까지 3만 8000여건에 이르고 자해계정이 넘쳐난다(헤럴드경제, 2018. 10. 08). 이와 같은 청소년 자해 현상과 관련하여 전문가들은 과거에는 심각한 성격장애, 우울증 등 다른 정신적인 증상이 있는 청소년이 주로 자해를 했다면, 최근에는 큰 정신적인 증상 없이도 자해하는 청소년이 임상장면에서 많이 발견되고 그 수가 급증하고 있다고 밝히고 있다(국민일보, 2018. 09. 20; 메디컬 옵저버, 2018. 10. 24). 이러한 청소년 자해의 급증은 처음 자해를 한 청소년의 60%가 다시 자해를 할 정도로 재발률이 높다는 점에서(국민일보, 2018. 09. 20) 그 대책이 시급하다. 그러나 청소년 자해에 대한 실태 및 현황 조사 연구가 전무 할 정도로 자해에 대한 연구는 매우 부족한 실정이다.

청소년 자살 시도의 주요 원인은 성적 및 진학문제, 가정불화인 반면, 성인자살의 주요 원인은 경제적 어려움, 질환·장애인 경우가 많다(김진주, 조규관, 2011; 통계청·여성가족

부, 2014; 한국건강증진재단, 2013). 더불어 청소년 자살은 대부분 사전에 계획되지 않은 경우가 많고(Brent, Perper & Allman, 1987), 정서적 불안정과 인지적 미성숙으로 인한 현실도피로서 자살을 선택할 가능성이 높아(고재홍, 윤경란, 2007) 성인자살과는 달리 충동적으로 일어날 가능성이 많다. 따라서 청소년 자살 상담 시, 청소년의 자살 충동성 등 청소년 자살의 특성을 고려한 상담개입이 이루어져야 할 것이다.

청소년 자살 상담개입과 관련하여 최근 연구는 자살과 자해를 구분하여 개입이 이루어져야 한다는 의견이 제기되고 있다(이동귀, 함경애, 배병훈, 2016). 세계보건기구(WHO)에서는 자살을 치명적인 결과를 초래하는 자해행위라고 정의하고 있다. 여기서 치명적인 결과란 죽음을 의미한다. 자살에 대한 정의가 학자 및 연구에 따라 다양하지만, 공통적으로 자살은 자살의도를 포함한다. 자살의도란 생명을 끝내고자 하는 소망 혹은 욕구를 의식적으로 경험하고 행동으로 인해 초래될 위험성에 대한 정확하거나 부정확한 지식을 가지고 있으며, 원하는 목적을 달성하기 위한 방법이나 수단에 대해 지각하고 그 방법이나 수단에 대한 지식을 갖고 있다는 의미이다(Silverman et al., 2007). 즉, 자살의도란 생명을 끝내고자 하는 소망 혹은 욕구를 가지고 있어야 한다. 자해는 ‘의도적으로 자신의 신체에 상처를 입히는 행동’으로서 넓은 의미에서 자살시도 목적은 없으나 지속적이고 의도적으로 무모하게 스스로에게 상처를 입히는 행위라고 볼 수 있다(Conterio & Lader, 1998; Zila & Kiselica, 2001). 사실 자해와 자살이 자신의 몸에 위해를 가하고, 치명적인 경우 자살에 이르게 할 수 있다는 점에서 자해와 자살은 구분되지 않고 다루어져 왔다. 이로 인해 선행연구에서도 자살행동과 자해행동이 연관성이 있다고 보고하고 구분 없이 연구되었다(이동귀, 함경애, 배병훈, 2016). 그러나 다수의 연구에서 자해와 자살이 차별적인 특성이 존재한다고 보고하고 있으며, 자살의도의 유무에 비자살적 자해와 자살적 자해로 구분할 것을 제안하고 있다(이동귀, 함경애, 배병훈, 2016). 즉 비자살적 자해는 자살의도를 동반하지 않는 자해행동이며, 자살적 자해는 자살의도를 동반하는 자해행동이다. 따라서 자살위험을 가진 청소년 상담 개입과 관련하여, 자살의도의 유무를 파악하여 비자살적 자해(자해)와 자살적 자해(자살)로 구분하고 이에 따라 차별화된 개입이 이루어져야 할 것이다.

자살과 자해의 개입이 효과적으로 이루어지기 위해서는 위험요인과 보호요인에 대해서 살펴볼 필요가 있다. 청소년자살에 대한 대부분의 연구에서 자살의 위험요인은 주로 성적 및 진학문제, 가정불화 등의 일상스트레스를 비롯하여(김진주, 조규관, 2011; 아동청소년인권실태조사, 2015; 통계청·여성가족부, 2014), 우울과 불안, 무망감 등 정서적 불안정(김미예, 김정미, 2013; 김인규, 조남정, 2006; Beck, Kovacs & Weissman, 1979; Kienhorst et

al, 1992), 인지적 미성숙으로 인한 현실도피(고재홍, 윤경란, 2007) 등으로 나타났다. 또한 보호요인은 낙관성, 자기효능감과 같은 인지적 요인(송인한 외, 2013), 긍정적 자아지각, 자아존중감, 자기효능감 등이다(강희양, 양경화, 2013; 조한익, 차주연, 2013). 특히 청소년 자살이 청소년 자살이 대부분 사전에 계획되지 않고 충동적으로 일어난다는 점을 고려할 때(Brent, Perper & Allman, 1987), 자아존중감이나 자기효능감과 같은 자기통제적 요인은 자살에 중요한 영향을 끼치는 주요 보호요인이라고 볼 수 있다(김원경, 2014). 한편, 청소년 자해와 관련하여, 위협요인은 거부, 자기혐오, 분리불안, 죄의식, 환각, 비개인화, 우울감, 역기능적 가정, 감각적인 자극의 필요, 부모의 정서적 박탈 등을 들 수 있다(Martinson, 2002). 그런데, 이러한 위협요인들 보다 더 강력하게 자해를 일으키는 동기가 긴장이완이다(이동훈 외 2010). 즉 자해는 불안, 우울, 정서적 무감각, 자기혐오, 실패감, 스트레스와 같은 격렬한 감정들을 한시적으로 감소시키기 위한 일종의 대처기제로 기능한다는 점이다. 과거 자신의 삶에서 경험했던 고통을 자해라는 방법을 통해 처리하는 것이다. 이는, 인지적 정서조절전략이 정서에 압도되지 않도록 통제하고 유지함으로써 자해행동의 보호요인으로 기능한다는 연구결과와도 일치한다. 따라서 자살과 자해의 위협요인과 보호요인이 차이점이 있는 바, 이러한 특성에 근거한 상담개입이 이루어져야 할 것이다.

이러한 자살의 위협요인과 보호요인이 청소년의 발달단계에 따라 다소 차이가 있는 것으로 보인다. 청소년 발달단계(초·중·후기)에 따라 우울, 불안, 스트레스의 위협요인과 생활만족도, 자기효능감, 정서적 조절, 낙관주의의 보호요인이 자살사고에 미치는 영향이 다르다(김원경, 2014). 주로 초중기청소년 자살의 위협요인은 우울, 자아존중감, 스트레스, 불안, 생활만족도, 주관적 정신건강, 가족요인, 학교폭력 등이었고, 보호요인으로는 사회적 지원, 자아존중감, 가족과 또래지지였다(김기현, 오병돈, 이경숙, 2013; 김원경, 2014; 박재산, 문재우, 2010, 우채영, 박아청, 정현희, 2010; 심미영, 김교현, 2005). 반면 후기청소년 자살 위협요인은 스트레스, 경제문제, 취업 및 진로문제, 이성친구문제, 성폭력 문제, 가정 불화 등이었으며, 보호요인은 사회적지지, 학교에 대한 애착, 가족응집력, 자아존중감, 자아탄력성, 사회적 지지, 문제중심 대처방식 등이 있었다(안세영, 김중학, 최보영, 2015; 최윤정, 2012). 이처럼 발달단계별로 자살 위협요인과 보호요인이 공통적인 요인도 있으나, 다른 요인들도 존재한다. 따라서 청소년자살자해 개입 시 초·중·후기 청소년 자살의 위협요인과 보호요인을 고려할 필요가 있다.

한편, 청소년 자해 및 자살 상담 개입을 위해서는 인지적, 정서적, 행동적 징후를 파악하는 것이 중요하다(이귀숙, 장은희, 김은영, 2016; Mental Health Association of Illinois,

2014). 이러한 징후를 객관적으로 파악하기 위해서 자해행동, 자살생각, 자살위험성 정도를 직접적으로 평가하는 것이 필요하다. 이때 앞서 기술하였듯이 자해(비자살적 자해)와 자살(자살적 자해)에 따라 개입이 달라질 수 있다는 점에서 평가도구가 달라져야 할 것이다. 주로 자해행동에 대한 평가와 관련해서는 자해행동척도(Self-Harm Inventory, SHI), 한국판 자해기능 평가지(The Functional Assessment of Self-Mutilation, FASM)가 있으며, 자살과 관련하여 자살사고 척도(Suicidal Ieation Questionnaire, SIQ), 벡의 자살사고척도(Beck Scale for Suicide Ideation, SSI)를 들 수 있다. 또한, 자살과 자해의 위험도 측정과 함께 자살 위험도를 높이는 관련 요인(예. 우울, 불안, 스트레스, 절망감, 충동성, 외로움)을 측정해야 한다(교육과학기술부, 2011). 이러한 평가결과에 따라 상담개입이 달라질 것이다. 예를 들어 자살 위험도가 높은 청소년을 상담할 때, 그가 우울과 불안 점수가 높는지, 혹은 외로움이 높은지에 따라 상담목표가 달라질 것이다.

사실 청소년 자살 및 자해 상담개입 방안에 대한 수많은 선행연구가 진행되었고 그 효과성이 보고되고 있다. 특히 대다수의 연구에서 인지행동치료(CBT: Cognitive Behavioral Therapy), 변증법적치료, 가족기반치료, 부모교육이 고위기청소년의 자살과 자해를 다루는데 효과적이라고 보고되고 있다(Donaldson, Spirito, & Esposito-Smythers, 2005; Pereplechikova et al, 2011). 그러나 이들 연구는 대부분 해외연구이며(배주미, 양운란, 김은영, 2009) 국내에서 청소년 자살상담개입에 대한 연구는 거의 없다. 이에 배주미 등(2009)은 지역 청소년상담복지센터의 상담자가 활용할 자살위기청소년상담개입 프로그램을 개발한 바 있다. 배주미 등(2009)은 단계를 초기관리, 중기관리, 후기관리 세단계로 구분하고, 초기단계에서는 자살위험 평가, 중기관리에서는 자살위험 스트레스원을 다루고, 사회적 지지망을 구축하며, 후기관리에서는 강점 및 잠재력 발견으로 구성하였다. 이 프로그램의 특징은, 심리장애 스크리닝 절차 등 초기 심리평가를 종합적으로 실시하였고, 청소년의 변화가능성이 높은 심리적 측면에 초점을 맞추었다는 것, 사회적 지지망을 구축하였다는 점이다. 이처럼 프로그램은 자살청소년 대상으로 위기수준에 따라 단계적으로 상담하는 방법을 구조화하고 이에 따른 매뉴얼을 개발함으로써 상담자가 자살위기에 높은 내담자를 대상으로 신속하게 대응하는데 기여하였다. 그러나 이 프로그램을 현재 자살자해청소년 상담개입에 적용하는데 있어 몇 가지 한계가 있다. 무엇보다도, 배주미 등(2009)의 프로그램은 주로 자살에 초점화되어 자살 의도 없는 자해 청소년에게는 적용이 어렵다. 이는 최근 자해청소년 또한 주요 대상이 청소년이지만 주로 중기청소년을 대상으로 하고 있어, 후기청소년에게 적용하기 어렵다. 또한 배주미 등(2009)의 프로그램은 개발된 지 10여년이

지났다는 점에서 현재 자살이나 자해 상담에 그대로 적용하기에는 한계가 있다.

본 연구는 자살 및 자해 청소년에게 효과적으로 개입할 수 있는 구조화된 상담개입프로그램을 개발하고자 한다. 이를 통해 청소년 상담자들이 초·중·후기 청소년의 자살 및 자해 문제에 효과적이고 신속하게 대응할 수 있는 역량을 강화하고, 자살 및 자해 청소년의 심리적 건강 및 성장에 기여할 것으로 보인다.

2. 연구과제

연구 목적에 따른 본 연구의 과제는 다음과 같다.

첫째, 자살과 자해 청소년에게 효과적으로 개입할 수 있는 구조화된 상담개입 프로그램을 개발한다.

둘째, 자살·자해위기청소년을 상담하는 상담자를 대상으로 프로그램을 시범운영한다. 시범운영 평가 결과를 반영하여 수정·보완 과정을 거쳐 최종적으로 구조화된 상담개입 프로그램을 개발한다.

II. 이론적 배경

1. 청소년 자살·자해에 대한 이해

가. 청소년 자살·자해의 정의

자살(suicide)은 자살생각, 자살계획, 자살시도 및 자살완결을 포함하는 과정적인 개념(Maris, 2002)으로 장애나 진단명이 아닌 여러 가지 요인들의 상호작용에 의해 결정되는 다차원적 행동이다(Silverman et al., 2007). 세계보건기구(WHO)는 자살을 ‘치명적인 결과를 초래하는 자해행위’로 정의하였고, 선행연구들마다 자살에 대한 정의는 조금씩 상이하지만, 공통적으로 자살의도에 대해 언급하고 있다. 자살의도란 생명을 끝내고자 하는 소망 혹은 욕구를 의식적으로 경험하고 행동으로 인해 초래될 위험성에 대한 정확하거나 부정확한 지식을 가지고 있으며, 원하는 목적을 달성하기 위한 방법이나 수단에 대해 지각하고 그 방법이나 수단에 대한 지식을 갖고 있다는 의미이다(Silverman et al., 2007). 청소년 자살은 성인과 다른 이유로 시도될 수 있고 그 이유도 다양하다고 보고되고 있다(고재홍, 윤경란, 2007). 청소년 자살은 대부분 사전에 계획되지 않은 경우가 많으며(Brent, Perper & Allman, 1987), 정서적으로 불안정하고 인지적으로 미성숙하여 현실도피의 일환으로 자살을 선택할 가능성이 높고(고재홍, 윤경란, 2007) 학업스트레스나 학교폭력, 부모와의 갈등 등으로 인한 스트레스 등과 같은 외부요인으로 인해 충동적으로 자살을 시도하는 경우가 많다(김진주, 조규판, 2011; 한국건강증진재단, 2013). 한편, 최근 청소년의 자해행동과 자살행동간의 관련성과 범주를 구분하는 것에 대한 논의가 활발하게 이루어지고 있다(이동귀, 함경애, 배병훈, 2016). 자해를 자살로 이행되는 연속 과정으로 보는 입장(이동훈, 양미진, 김수리, 2010)과 자해를 하나의 독자적인 임상적 증후군으로 보고 자해행동과 자살행동을 구분할 필요가 있다는 것이 또 다른 입장이다(Favazza, 1996). 또한 이들은 자해행동을 자살의도의 동반유무에 따라 자살적 자해와 비(非)자살적 자해로 구분한다(Simeon & Favazza, 2001)

DSM-5의 ‘후속연구를 위한 조건(Conditions for Further Study)’에서 자살행동장애(Suicidal Behavior Disorder)와 구별하여 자살의도를 동반하지 않은 자해행동을 논의함으로써(American Psychiatric Association, 2013) 비자살적 자해의 심각성과 예방의 중요성을 제기하였다. 자해는 의도적으로 자신의 신체에 상처를 입히는 행동’을 말하며, 넓은 의미에서는 자살을 시도하고자 하는 목적은 없으나 지속적이고 의도적으로 무모하게 스스로에게 상처를 입히는 행위를 의미한다(Conterio & Lader, 1998; Zila & Kiselica, 2001). 자해는 자살의도가 없더라도 죽음으로 이어질 가능성이 높기 때문에 청소년 문제행동 중 고위험에 분류되며, 스트레스와 긴장을 조절하고 적극적으로 대안을 찾기 어려운 청소년기에 많이 발생한다(Laye-Gindhu & Schonert-Reinchl, 2005). 또한, 자해는 은밀하게 자신의 몸에 상처를 입히는 행동으로 사회나 가족에게 잘 드러나지 않는 특성을 보인다(이동훈, 양미진, 김수리, 2010). 자해에 관한 여러 선행연구들에서는 자살행동과 자해행동이 연관성이 있으나 동시에 차별적인 특성 역시 존재한다는 입장이 다수를 차지하며, 자살의도를 동반하지 않는 자해행동인 비자살적 자해와 자살을 동반하는 자해행동인 자살적 자해를 구분한 상담개입이 중요하다(이동귀, 함경애, 배병훈, 2016). 비자살적 자해의 경우는 주로 스트레스 해소를 위해 자해행동이 이루어지며, 스트레스가 완화되면 기분이 나아지고 이후에도 스트레스 해소 목적으로 자해행동을 반복하는 경향이 있다(Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). 비자살적 자해는 신체를 칼로 훼손하거나 화상 입히기를 주로 하는 반면, 자살적 자해는 일회적, 제한적으로 시도되며 독극물을 마시는 경우가 더 많았다(Klonsky, 2007, Klonsky & Muehlenkamp, 2007). 본 연구에서는 자해를 자살의도가 없는 비자살적 자해로 상정하여 연구를 진행하였다.

나. 청소년 자살·자해의 원인

청소년 자살관련 연구는 우울과 절망감, 분노 등과 같은 개인의 심리적 요인의 측면(노혜련 외, 2005)과 가족, 친구 또는 학교생활과 관련된 사회환경적 요인의 측면에서의 연구가 주를 이루고 있으며(송인한 외, 2013), 특히 개인 심리적요인에 관한 연구에서는 우울과 불안, 무망감, 일상 스트레스, 충동성 등이 자살생각의 주요 예측변인임을 밝히고 있다(김미예, 김정미, 2013; 김인규, 조남정, 2006; Beck, Kovacs & Weissman, 1979; Kienhorst et al, 1992). 자살생각에 관한 위험요인으로 우울, 무망감, 일상 스트레스 등이 다양하게 연구된 반면(심미영, 김교현, 2005), 보호요인으로는 낙관성, 자기효능감과 같은 인지적 요인과(송인한 외, 2013), 긍정적 자아지각, 자아존중감, 자기효능감 등 긍정적인 자기지각에 관련

된 변인들이 자살생각에 조절효과를 주는 대표적인 보호요인으로 연구되었다(강희양, 양경화, 2013; 조한익, 차주연, 2013). 청소년기는 특히 자아존중감이나 자기효능감과 같은 자기 통제적 측면과 관련된 요인이 자살생각에 중요한 보호요인으로 작용한다(김원경, 2014).

청소년 자해의 가장 일반적인 동기는 긴장이완이라고 볼 수 있다(이동훈 외 2010). 자해는 불안, 우울, 정서적 무감각, 자기혐오, 실패감, 스트레스와 같은 격렬한 감정들을 한시적으로 감소시키는 하나의 대처기제로 기능한다. 과거 자신의 삶에서 경험했던 고통을 자해라는 방법을 통해 처리하는 것이다. 심리적·생리적 긴장의 증가를 대처할 수 없을 때, 거부, 자기혐오, 분리불안, 죄의식, 환각, 비개인화, 우울감, 역기능적 가정, 감각적인 자극의 필요, 부모의 정서적 박탈 등이 위험요소로 작용할 수 있다(Martinson, 2002). 또한, 선행연구에 따르면 자해하는 청소년들은 심각한 스트레스에 놓여있는 경우가 많고 언어적 능력이 낮거나 사회적 기술이 낮은 청소년들이 자해를 하는 경우가 많은 것으로 보고되었다(Burke, Hamilton, Abramson, Alloy, 2015). 그들은 격렬한 감정과 고통을 견딜 수 없고 말로 표현하지 못하기 때문에 자해를 정서조절의 도구로 사용하는 것으로 보인다(Ross & Heath, 2003). 더불어, 자해를 통해 다른 사람의 공격과 자살시도를 회피함으로써 스스로 상황에 대해 통제감을 느끼고, 살아있음을 느끼는 등 자신의 존재를 확인하는 방안으로 자해를 하기도 한다(Sutton, 2007). 청소년 자해행동의 보호요인에 대한 연구는 찾아보기 어렵다(성나경, 강이영, 2016). 단, 적응적 인지적 정서조절전략은 정서에 압도되지 않도록 통제하고 유지하는 역할을 하여 청소년이 자신의 감정을 관리하는 것을 돕는다(Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). 앞서 살펴본 바와 같이 자살과 비자살적 자해는 상이한 원인과 접근방법이 필요하나, 국내의 통계자료에 따르면 자살과 자해 행동에 대한 구분조차 이루어지지 않고 있는 실정이며(김수진, 김봉환, 2015), 자살시도와 자해가 구분되지 않아 현행 초·중등학교에서는 자해로 의뢰된 청소년들이 자살 고위험군으로 분류되어 개입이 이루어지고 있는 실정이다(교육과학기술부, 2007; 교육부, 2014). 실제로 자해 청소년들은 자신들의 자해가 자살시도로 오해받는 것에 대해 분노하고 이로 인해 상담 및 심리치료에 대해 적대적인 반응을 보이거나 자신의 행동을 더욱 감추는 등 적절한 개입이 이루어지는데 어려움으로 작용하기도 한다는 점(성나경, 강이영, 2016)에서 자살과 비자살적 자해 및 자해 목적에 따른 차별화된 개입이 필요할 것으로 보인다.

한편으로 청소년 자살 및 자해의 원인은 발달 특성에 따라 다를 수 있다. 김원경(2014)의 연구에서는 초·중·고등학생의 자살생각에 영향을 미치는 심리적 변인들을 구분하여 살펴보았는데, 청소년의 자살생각을 예측할 수 있는 심리적 변인 중 부적응적 심리요인인

우울, 불안, 스트레스와 긍정적 심리요인인 생활만족도, 자기효능감, 정서적 조절 및 낙관주의 등이 청소년 초기, 중기, 후기의 발달시기와 성별에 따라 서로 다른 영향을 미침을 밝혔다.

먼저, 초·중기청소년의 자살 위험요인과 관련된 선행연구에 따르면, 우울, 자아존중감, 스트레스, 불안, 생활만족도, 대인관계, 주관적 정신건강, 가족요인(가족관계, 한부모), 학교폭력, 부모와의 관계 등이 영향을 주는 것으로 나타났으며, 보호요인으로는 사회적 지원, 자아존중감, 가족과 또래의 지지, 스트레스 대처방식 등이 자살 위험을 감소시키는 것으로 나타났다(김기현, 오병돈, 이경숙, 2013; 김원경, 2014; 박재산, 문재우, 2010, 우채영, 박아청, 정현희, 2010; 심미영, 김교현, 2005). 자해 청소년들의 주요특징으로 분노조절의 어려움, 수치심 및 도움 호소의 양면성, 강한 중독성, 충동성, 정서조절능력의 부족, 감정 억제, 스트레스 대처능력 부족 등(이동귀 외, 2017)이 있으나 생애주기별로 구분하기에는 국내에서 자해에 대한 축적된 자료가 부족할 뿐만 아니라 연구대상자 수의 부족 등으로 인해 다양한 변인들 간의 관련성을 검증하지 못한 한계가 있다(김수진, 김봉환, 2015; 성나경, 강이영, 2016, 이동귀 외, 2016). 한편, 초기 청소년기에 해당하는 초등학생의 경우 자살생각이나 시도가 사망으로 이어지는 비율이 중·고등학생에 해당되는 중기청소년에 비해 높지 않고 자살가능성이 무의식중에 잠복되어 있는 바, 초기 청소년의 경우는 자살개입 보다는 자살예방프로그램이 적절하다고 보고된다(황순길, 이귀숙, 이혜정, 2018). 반면 후기청소년의 자살 위험요인과 관련된 선행연구에 따르면, 스트레스, 자아존중감, 사회적지지, 경제적 요인, 취업 및 진로 문제, 이성친구를 포함한 친구관계, 성폭력 문제, 가정불화 등이 영향을 주는 것으로 나타났으며, 보호요인으로는 사회적지지, 학교에 대한 애착, 가족응집력, 자아존중감, 자아탄력성, 사회적지지, 문제 중심 스트레스 대처방식 등이 자살 위험을 감소시키는 것으로 나타났다(안세영, 김종학, 최보영, 2015; 최윤정, 2012).

정리하면, 초·중·후기 별로 자살 및 자해의 위험요인과 보호요인이 차이가 있다고 주장되기도 하나(김원경, 2014) 위험요인 중 우울, 자아존중감, 생활 스트레스 등의 위험요인이나 사회적지지, 가족관계 등의 보호요인 등이 공통적으로 초·중·후기에서 보고되고 있다. 물론 초중기에서는 학교폭력이, 후기에서는 진로, 취업 등의 문제가 보고되는데, 이들은 생활스트레스라는 위험요인으로 포함될 수 있다. 따라서 초·중·후기 단계별로 위험요인과 보호요인이 상이하다고 보기 어렵고 초·중·후기에서 공통적으로 위험요인으로는 생활스트레스, 우울, 대인관계, 가족관계 등이 있으며 보호요인으로는 자아존중감, 가족응집력, 사회적지지, 스트레스 대처방식 등이 있다고 볼 수 있다. 따라서 초·중·후기 단

계별로 자살 개입 방법이 차별적으로 이루어지기 보다는 초·중·후기청소년 자살문제의 위험요인과 보호요인을 아우르는 개입이 개발될 필요가 있다. 이때 초기청소년의 경우 자살예방에 좀 더 초점화 되어야 한다는 점에 비추어 자살 및 자해 상담 프로그램은 중기와 후기청소년의 위험요인과 보호요인을 다루어야 할 것이다.

다. 청소년 자살·자해의 실태

청소년을 포함한 자살문제는 전 세계적으로 심각한 문제이며, 한국은 OECD 회원국 중 자살률과 자살증가율 모두 1위 국가로 꼽히고 있다(OECD, 2016). 뿐만 아니라, OECD 31개국 청소년(10-24세)의 자살률이 2000년에 비해 2010년 감소하는 추세를 보인 반면, 한국의 경우 46.9%증가한 추세를 보였다(한국보건사회연구원, 2013). 또한, 2016년 통계청의 발표에 따르면 2008년 이후 지금까지 10대 사망원인 1위가 자살로 나타났다. 아동청소년인권실태조사(2015)에 따르면, 자살 시도율은 2.4%에 달하며, 학교급별로는 중학생이 2.6%, 고등학생이 2.2%의 자살률을 보이고 있다. 또한 죽고 싶은 생각 여부에 관한 질문에 대해서도 약 30%의 청소년들이 죽고 싶은 생각을 한 적이 있거나, 하고 있는 것으로 나타났다. 죽고 싶은 이유로는 학교 성적이 43.6%로 가장 높은 비율을 차지하였고 다음으로 가족 간의 갈등이 23.9%, 선후배 혹은 또래와의 갈등이 9.5%, 경제적 어려움이 3.3% 순으로 조사되었다. 청소년건강행태온라인조사(질병관리본부, 2015)에서는, 지난 1년간 자살에 대해 심각하게 생각해본 적이 있다고 응답한 학생이 11.7%, 학교급에 따라서는 중학교 11.7%, 고등학교 11.6%로 나타났고, 자살 계획은 중학교 4.1%, 고등학교 3.6%로 나타났다. 실제 자살시도는 중학생이 2.8%, 고등학생이 2.1%의 비율을 보였다. 2016년 전국 청소년 위기실태조사에서 전국 초·중·고등학생 83,353명을 대상으로 실시한 조사결과에 따르면, 자살생각, 자살계획, 자살시도 등의 자살문제를 경험한 청소년의 경우, 초등학교 1.4%, 중학교 1.6%, 인문계 고등학교 1.9%, 전문계 고등학교 1.9%로 나타났다.

통계청·여성가족부(2018)에서 발표한 ‘2018 청소년 통계’에 따르면 2016년 청소년 사망원인 1위는 고의적 자해(자살)이 인구 10만명 당 7.8명으로 가장 많았던 것으로 나타났다. 국내 통계자료에서는 자살과 자해 행동에 대한 구분이 없고(김수진, 김봉환, 2015), 자해에 대한 연구에서도 자살시도와 자해가 구분되지 않은 경우가 대부분이다(성나경, 외, 2016). 국외 선행연구에 따르면 중·고등학생을 대상으로 조사한 결과 지난 1년 동안 자해 행동을 해본 적이 있는 청소년이 15~28%로 보고되었다(Laye Gindhu & Schonert Reichl, 2005). 이동귀 외(2016)의 연구에서 연구 대상이 되었던 대상자들의 최초 자해 시점이 평균

12세로 나타나기도 하였다. 일반적으로 자해는 청소년과 초기 성인기에 주로 많이 나타나는 것으로 보고되며 보통 12~14세에 처음 자해를 시작하는 비율이 가장 높고 임상집단의 경우 성인은 21%, 청소년 및 대학생은 30~40%의 유병율을 보인다(Fortune & Hawton, 2005; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Jacobson & Gould, 2007). 또한, 자해에 대한 구체적인 논의나 실태조사도 현재 미비하여 명확한 실태조사 및 자해에 대한 예방과 적절한 개입을 위한 연구가 필요하다(김수진, 김봉환, 2015).

2. 청소년 자살·자해 위험도 평가

가. 청소년 자살·자해의 징후

청소년의 자해 및 자살을 예방하기 위해서는 관련 인지적, 정서적, 행동적 징후를 미리 알고 세심하게 관찰하는 것이 중요하다(이귀숙, 장은희, 김은영, 2016; Mental Health Association of Illinois, 2014). 먼저, 청소년들이 보이는 자해 징후를 살펴보면, 원인을 알 수 없는 손목, 가슴, 팔, 허벅지 등에 난 상처, 옷이나 이불 등의 찢자국, 칼, 바늘, 유리 조각 등을 소지함, 상처에 대해 얼버무리며, 날씨에 맞지 않게 긴 옷을 입고 다님, 밴드를 자주 붙임, 멍한 모습을 자주 보임, 주변 사람들을 피하고 가족이나 친구와 대화하지 않음, 열등감, 수치심, 무기력감을 보임, 자기 비난을 자주 함, 쉽게 화를 냄 등이 있다(Walsh, 2005; Selekman, 2009).

이에 반해, 청소년들이 보이는 자살 징후는 다음과 같다(한국자살예방협회, 2014). 먼저, 직접적인 자살 징후. 즉 즉시 도움이 필요한 고위험군의 경우를 살펴보면, 수면, 진통제, 감기약 등 자살목적으로 약을 모아서 감춤, 위험한 물건(예. 칼)을 준비하여 감춤, 자해나 자살사이트를 자주 검색함, 일기, 그림, 노트 등에 죽음을 암시하는 표현을 많이 사용함(‘죽고 싶다’, ‘더 이상 사는 것이 의미가 없다’, ‘더 이상은 못하겠어’, ‘내가 없어도 모든 것이 훨씬 나아질 거야’, ‘다음 세상에는...’, ‘이제 모든 걸 끝낼 거야’), 자신에게 중요한 물건을 다른 사람에게 주면서 주변을 정리함. 유언장을 작성함 등이 있다. 또한, 자살한 이후 주위 사람들이 어떻게 반응할 것인지 죽음 후에 무슨 일이 일어나는지에 대해 관심을 보이는 것도 직접적인 자살 징후로 알려져 있다.

또한 다급한 상황은 아니지만 관심을 기울여야 하는 간접적인 자살 징후로는 죽음에 대

해 관심을 보이거나 농담인 듯 자살 계획을 말함, 주변 사람들을 피하고 가족이나 친구와 대화하지 않음, 자신을 비하하는 발언을 많이 함, 평소와 다르게 이해할 수 없을 정도로 반항적인 행동을 함, 성격이 급해지거나 쉽게 화를 냄, 극도의 불행감과 무기력을 보임, 자신의 삶이 무가치하거나 아무도 자신에게 관심을 가지지 않는다고 말함, 식사와 수면습관에 큰 변화를 보임(예. 평소보다 잠을 많이 자거나 거의 잠을 자지 않음, 평소보다 식사를 많이 하거나 적게 함), 용모에 변화가 나타남(예. 체중이 급격히 증가하거나 감소함, 생기가 없고 어두워 보임, 얼굴 표정이 무감각해 보임), 머리카락이나 옷차림에 신경을 쓰지 않음, 약이나 알코올을 지나치게 복용함, 안전부절못하거나 전전긍긍하는 등 불안 증세를 보임 등이 있다. 또한 일부 청소년들은 자살을 미화하거나 평소 우울했던 것에 반해 이유 없이 갑자기 편하게 보이거나 즐거워하는 모습을 보이며 자신의 우울감을 해소하기 위해 비슷한 문제를 경험하는 다른 사람에게 과도하게 의지하는 모습을 보이기도 한다.

나. 청소년 자해 및 자살 위험을 측정하는 방법

앞서 언급한 자해 혹은 자살 징후를 보이는 청소년들의 경우 보다 면밀하게 위험 수준을 평가하는 것이 중요한데, 직접적으로 자해행동, 자살생각, 자살위험성(자살계획, 자살의도, 살아야 하는 이유) 정도를 평가함과 동시에, 자해와 자살 위험도를 높이는 관련 요인(예. 우울, 스트레스, 절망감, 외로움, 자존감)을 함께 측정할 필요가 있다(교육과학기술부, 2011). 이러한 종합적인 평가는 향후 개입 방안을 마련하는데 중요한 시사점을 제시하는데, 즉, 우울, 스트레스, 절망감, 외로움, 자존감 등의 점수에 따라 개입의 목표가 달라질 수 있다는 것이다. 특히 선행 연구에 따르면, 청소년은 성인과 달리 우울 및 조현병 등과 같은 정신질환 보다는 충동성이나 스트레스에 대한 극단적 대처 방안으로 자살을 하는 경우가 많아 충동성과 스트레스를 측정하는 것이 중요하다(이경진, 조성호, 2004; 지승희, 김명식, 오승근, 김은영, 이상석, 2008). 청소년의 자해 및 자살 위험을 측정하는데 유용한 검사 도구를 살펴보면 다음과 같다. 청소년의 자해 및 자살을 측정하는 도구로 자해행동 척도, 한국판 자해기능 평가지, 자살사고 척도, 콜롬비아 대학 자살 심각성 척도 등이 있다.

자해행동 척도(Self-Harm Inventory, SHI)는 의도적인 자해행동을 측정하기 위해 Sanson 등(1998)이 개발하고 공성숙, 이정현, 신미연 (2009)이 한국어로 번안한 후 이혜림과 이영호 (2013)이 국내 청소년 및 대학생 실정에 맞게 수정한 도구이다. 이 척도는 총 20문항으로, 각 문항은 4점 척도(0=거의 그렇지 않다, 3=항상 그렇다)로 응답하도록 되어 있고, 점수가 높을수록, 최근 6개월 내에 더 많은 자해행동을 하고 있음을 의미한다. 한국판 자해기능

평가지(The Functional Assessment of Self-Mutilation, FASM)는 비자살적 자해, 즉, 죽으려는 의도 없이 자신의 신체를 고의적으로 훼손하는 행동을 측정하기 위해 Lloyd, Kelley와 Hope(1997)가 개발하고 권혁진과 권석만(2017)이 한국어로 번안 및 타당화한 도구이다. 자살사고척도(Suicidal Ideation Questionnaire, SIQ)는 자살생각을 측정하기 위해 Reynolds(1987)가 개발하고 신민섭(1992)이 한국어로 수정·보안한 도구이다. 이 척도는 총 30문항으로, 각 문항은 7점 척도(0=전혀 생각한 적이 없다, 6=거의 매일)로 응답하도록 되어 있고, 점수가 높을수록, 평소에 죽음 및 자살에 대해 자주 생각함을 의미한다. 벡의 자살사고척도(Beck Scale for Suicide Ideation, SSI)는 자살소망, 계획, 충동 등 자살사고를 측정하기 위해 Beck, Kovacs와 Weissman(1979)가 개발하고 신민섭, 박광배, 오경자, 김중술(1990)이 한국어로 번안·수정한 도구이다. 이 척도는 총 19문항으로, 3점 척도(1=전혀 아니다, 3=매우 그렇다)로 응답하도록 되어 있고, 점수가 높을수록, 자살에 대한 생각을 많이 하고 있음을 의미한다. 특히 22점 이상인 경우 자살 생각을 매우 많이 하고 있음으로 해석된다. 콜롬비아 대학 자살심각성 평가 척도(Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)는 자살위험성을 측정하기 위해 미국식품의약국이 개발하고 배도희, 우종민, 손명하, 이창수(2015)가 한국어로 번안·타당화한 도구이다. 이 척도는 자살생각(suicidal ideation, S-I), 자살생각의 강도(intensity of ideation, IOI), 자살행동(suicidal behavior, S-B), 실제 자살기도가 있었던 경우만 답변(answer for actual attempts only) 등의 하위척도로 구성되어 있다.

다. 자살 및 자해의 위험 요인을 측정하는 검사 도구

자살 및 자해의 위험 요인을 측정하는 검사 도구로 한국판 역학연구센터 우울 척도, 벡 우울 척도, 벡 무망감 척도, 한국판 무망감 우울증상 척도, Rosenberg 자아존중감 척도, 개정판 UCLA외로움 척도등이 있다.

한국판 역학연구센터 우울 척도(Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D)는 우울 증상을 측정하기 위해 Radloff(1977)가 개발하고 전경구, 최상진과 양병창(2001)이 한국어로 번안 및 타당화한 도구이다. 벡 우울 척도(Beck Depression Inventory, BDI)는 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 우울 증상을 측정하기 위해 Beck, Steer와 Brown(1996)이 개발하고, 성형모 외(2008)가 한국어로 번안 및 타당화한 도구이다. 벡 무망감 척도(Beck Hopelessness Scale, BHS)는 무망감, 즉, 단기 및 장기적인 미래에 대한 부정적인 기대를 측정하기 위해 Beck, Weissman, Lester와 Trexler(1974)가 개발하고 신민섭,

박광배, 오경자, 김중술(1990)이 한국어로 번안한 도구이다. 한국판 무망감 우울증상 척도 (Korean Version of Hopelessness Depression Symptom Questionnaire: K-HDSQ)는 최근 2주 동안에 경험한 무망감 우울증상을 측정하기 위해 Metalsky와 Joiner(1997)가 개발하고 윤소미와 이영호(2004)가 한국어로 번안하고 청소년을 대상으로 타당화한 도구이다. Rosenberg 자아존중감 척도(Rosenberg Self-esteem Scale)는 Rosenberg(1965)가 개발하고 이훈진, 원호택(1995)이 한국어로 번안한 도구이다. 이 척도는 총 10문항으로, 각 문항은 5점 척도(1=전혀 그렇지 않다, 5=매우 그렇다)로 응답하도록 되어 있고, 점수가 높을수록, 자아존중감, 즉 자신에 대한 생각과 느낌이 긍정적임을 의미한다. 이 척도의 신뢰도(Cronbach's α)는 이훈진 등(2001)의 연구에서 .84로 나타났다. 개정판 UCLA외로움 척도(Revised UCLA Loneliness Scale)는 외로움을 측정하기 위해 Russell, Peplau와 Ferguson(1978)이 개발하고 Russell, Peplau와 Custrona(1980)이 개정하고 김옥수(1997)가 한국어로 번안 및 타당화한 도구이다.

3. 청소년 자살·자해 개입방법

가. 자살·자해 관련 치료적 개입

본 연구에서는 고위기청소년의 자살·자해 관련해서 효과성이 보고된 접근방법 중심으로 살펴보고자 한다. 많은 연구들에서 인지행동치료, 변증법적치료, 가족치료, 부모교육이 고위기청소년의 자살·자해를 다루는데 있어서 효과성이 있다고 보고하고 있다(Catherine, Joseph, & Matthew, 2015; Donaldson, Spirito, & Esposito-Smythers, 2005; Perepletchikova et al, 2011).

1) 인지행동치료

인지행동치료(CBT: Cognitive Behavioral Therapy)는 비합리적인 사고를 합리적인 사고로 교정하여 문제 행동을 방지하는 치료법으로 우울증 치료에 매우 효과적인 것으로 알려져 있다. 심리적 문제가 있는 사람들을 보면 부정적이고 비관적인 생각으로 인하여 기분을 우울하게 하고 부정적인 행동을 초래하게 된다. 인지행동치료는 초기에는 우울증을 대상으로 시작되었으나 오늘날에는 우울장애, 섭식장애, 정신분열증, 성격장애, 물질남용 등 다

양한 정신병리에 대해 300개 이상의 인지행동치료 효과성에 대한 연구들이 수행되었다 (Beck, 1976, 1985, 1993; Beck, Emery, Rush & Shaw, 1979). 특히 인지행동치료는 우울증을 치료하면서 체계화시킨 것이기 때문에 자살 치료와도 매우 밀접한 관련이 있다고 할 수 있다. 인지행동치료 관점에서는 비합리적인 신념과 왜곡으로 우울증이 발생하며 그 결과로 자살 충동을 느껴 자살에 이르게 되므로 우울증의 원인이 되는 비합리적이고 비논리적인 인지를 논리적인 사고로 수정해줌으로써 건강하고 적응적인 사고를 함으로써 우울증으로 인한 자살 충동을 방지할 수 있다고 보았다. 인지행동치료는 어떤 인지적 측면에 어떻게 개입하느냐에 따라 세 가지 유형으로 구분 할 수 있다. 1) 부적응적 인지를 적응적 인지로 대체하는 Beck(1987)과 Ellis(1962)의 인지재구성 2) 다양한 스트레스 상황에 대처하는 대처기술치료(coping skill therapy) (Meichenbaum, 1977) 3) 문제 상황의 해결에 초점을 두고 문제 상황을 체계적으로 분석하고 여러 해결방안을 상담자와 함께 계획하고 실행하는 문제해결치료이다(Dobson & Block, 1988), Salkovskis(1990)은 반복적으로 자살을 시도하는 내담자에게 단기간 인지행동치료-문제해결치료를 통해 자살시도를 감소시키고 우울과 무망감을 감소시키는 효과를 보고하였고 인지-행동적 개입은 자살을 시도하지 못하도록 구체적인 행동계획을 실천하게 하여 자살위험을 감소시킨다(Basco et al., 2006). 청소년의 자살생각 감소를 위하여 인지행동집단 프로그램을 실시한 조은경(2010)은 고등학교 학생들을 대상으로 주당 2시간씩 11회기에 걸쳐 인지행동치료프로그램을 실시한 결과 청소년의 우울과 자살생각을 감소시키는데 긍정적인 효과가 있었다. Trautman(1989)는 자살위기청소년에게 적극적, 주장적, 설명적, 반응적 개입이 효과적이라고 보고하였는데 자살위기청소년들에게는 새로운 대처기술과 기법을 가르치는 구조화된 방식이 효과적인 것으로 보인다. 새로운 대처기술과 기법의 예로 치료 구조화, 미래 조망, 자해로부터 보호 하기, 동요 감소, 대처카드나 이메일 등을 통한 접근성 높이기, 치료계약, 치명적인 수단의 접근 제한, 외로움 치료나 사회기술 훈련 등을 통한 고립 감소, 분노, 공격성, 충동성 조절 등이 핵심적으로 다루어 져야 한다(Berman et al., 2006). 자해 청소년의 경우 대처기제로서의 자해가 아닌 다른 방법을 찾도록 다차원적 접근을 하는 것이 필요하다고 하였으며(Haines & Williams, 2003), 자해청소년이 어떻게 의견을 조정하고 의사소통하며, 불쾌한 감정이 들 때 적절히 분노를 표현하는 방법에 대해 교육이 필요하다고 하였다(Yip, 2005). 특히 인지행동 기법은 자해 청소년 자신의 사고와 자해 행동이 어떻게 서로 연결되어 있는지를 보여주어 파괴적인 생각을 되살려 내는 대신에 어떻게 느끼고 있는지 정확하게 표현하도록 하는데 도움이 될 수 있다(Zila & Kiselica, 2001).

2) 변증법적 치료

변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy, 이하 DBT)는 정서, 인지, 행동, 대인관계, 자기 조절 등 전반적 정서 조절 문제 완화에 초점을 맞추고 있으며(Linehan, 1993), 복잡하고 다루기 힘든 경계선 성격장애를 위한 통합적 인지행동치료방법이다. 변증법적 행동치료에서의 상담 목표는 내담자가 정서를 회피하고 도피하는 것일지라도 그러한 과정에 초점화를 두고 내담자들이 정서적 자극에 집중하도록 하는데 있다. 내담자가 경험하는 정서적 고통을 인정해 줌으로써 스스로 자신의 경험에 대한 지각을 수용할 수 있도록 돕는다(Marra, 2006). 이를 위한 치료 전략으로 자신의 생각이나 정서, 행동 등을 살펴보게 하여 객관적인 사고와 적절한 행동을 할 수 있도록 돕는 마음 챙김 기술이 대표적인 예이다(Marra, 2006). 변증법적 행동치료는 약물의존 및 섭식장애, 기분장애, 자살 문제를 포함하여 자살위험성이 높은 청소년에게 맞게 수정되어 사용되고 있다(Miller, Rathus, Linehan, and Swenson, 2007). DBT 메타 분석 연구에서 변증법적 치료는 분노, 자해행동, 정신건강 문제에서 높은 효과크기를 나타내며(Stoffers et al., 2012), 자살 및 자해 행동을 완화시켜 주는 것으로 나타났다(Panos, Jackson, Hasan, & Panos, 2013). 자살 의도가 있는 혹은 없는 자해행동을 목표로 DBT 프로그램을 검증한 결과 일반집단에 비해 DBT 집단의 자해 행동이 유의하게 감소되었다(Linehan, 1993). 그 밖의 다른 DBT의 효과연구들을 살펴보면, DBT가 자살시도를 비롯한 자살관련 행동의 감소, 입원환자의 입원 기간 감소, 분노 감소에 효과적이고, 사회적응력 향상, 치료 탈락율의 감소에도 효과적인 것으로 검증되고 있다(Linehan et al., 1991; Linehan et al., 1998; Koons et al., 1998). 자살위기청소년을 대상으로 한 DBT의 경우, 16주 길게는 32주의 청소년 개인 및 가족집단 대상 사회기술 훈련의 반구조화된 프로그램을 실시하고 있으며(Miller, Rathus Linehan, Wetzler, and Leigh, 1997), DBT의 여러 요소들 중에서도 치료자의 태도가 중요한데 치료자가 수용과 변화 사이에 균형을 맞추고자 할 때 자살행동을 감소시키는 데 있어서 더 효과적이다. 또한 자살행동으로 상대방을 조종하려하거나, 병리적인 것으로 보지 않고 치료자가 환자의 문제를 비하하는 방식으로 개념화하지 않을 때 환자는 더 적은 자살행동을 보이는 것으로 나타났다(Shearin & Linehan, 1992).

3) 가족 기반 치료

청소년의 자해 행동은 사회 문화적 맥락과 가족, 또래 집단의 영향을 많이 받는다. 특히 지지적인 부모는 자해청소년의 긴장과 스트레스를 직면하는 것을 돕는 데에 매우 중요한

역할을 한다. 상담자는 자해 전후로 부모와의 상호작용이 잘 이루어지도록 촉진하여 자해 청소년의 좌절, 분노, 긴장, 공허 등의 감정을 부모와 원활하게 소통하게 할 수 있도록 해야 한다(Yip et al., 2002). 자해의 목적이 통제를 획득하는 것이라면 부모는 자해청소년을 대하는데 있어서 ‘해야 하거나 하지 말아야 할 것들’에 대해 말해주는 것보다는 먼저 상황과 감정을 질문하여 표현하도록 하는 것이 효과적이다(Martinson, 2002).

가족 기반 치료는 가족의 기능을 강화시킴으로써 청소년의 자살·자해 문제를 다루게 된다. 가족 기반 치료로는 정신역동, 의사소통 훈련, 그리고 문제해결 기술과 같은 구성요소로 구성되어 있다. 가족 기반 치료는 애착, 생태학적 문제 해결 또는 위기상황 개입을 포함한다. 애착기반 가족치료는 자살·자해를 감소시키는 목적으로 가족관계와 부모-자녀 관계를 다루는 것이며, 과정 중심, 정서 중심, 그리고 인지행동 기술 3개월 동안 일주일에 한번 애착의 질을 강화하기 위한 인지행동 기술을 사용한다. 66명의 청소년을 대상으로 애착기반 가족치료를 받게 하였을 때 자살사고가 유의미하게 감소되었다(Diamond et al., 2010). 청소년 자살 위험을 감소시키기 위해 개발된 부모 훈련 프로그램인 Resourceful Adolescent Parent Program(RAP-P)는 가족 갈등과 스트레스를 감소시킴으로써 자살·자해에 대한 가족교육을 증진시키는 것이다. 이 프로그램의 개입방법은 부모에게 포커스를 두며, 무선통제 집단에서 48명의 청소년 가족이 이 프로그램을 받았을 때 자살·자해에 대한 어려움을 적게 보고하였다(Pineda & Dadds, 2013).

나. 발달단계별 자살·자해 개입방법

청소년 자살의 과반수 이상이 자살과 관련된 촉발사건이 있음을 보고하였으며, 이 중 29.8%는 촉발사건이 일어난 직후 자살을 시도하였다(김효창, 손영미, 2006). 자살 전 촉발사건은 계획된 자살이기 보다 충동적으로 진행되었을 가능성이 크므로 청소년의 자살을 개입하는데 있어서 충동성을 다루는 것이 필수적이다(김기환, 전명희, 2000). 후기청소년에 속하는 대학생의 자살 관련 연구들을 살펴보면 대학생들이 지각하는 자살생각이나 자살의도에 기여하는 요인을 추출한 민윤기(2005)의 연구에서 무희망/관계문제 집단으로 분류된 대학생들이 전반적으로 정신건강 수준이 낮고, 지적 몰락 수준이 높으며, 자살생각을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 또한 대학생의 자살생각과 자살시도에 있어서 스트레스 대처방식, 사회적 문제해결 능력에 있어 점수가 가장 낮기 때문에 상담 개입에 있어서 스트레스 대처방식과 사회적 문제해결 능력을 증진시킬 수 있는 기회를 제공할 필요가 있다. 대학생과 군인을 대상으로 인지행동 이론을 토대로 스트레스 대처기술, 문제해결기술, 자기

주장훈련으로 구성된 프로그램을 실시하였을 때 우울, 스트레스 대처방식, 절망감, 자살생각을 완화하였다. 자살생각과 우울증이 있는 여대생을 대상으로 마음챙김 프로그램을 실시하였을 때 자살생각, 무망감, 비합리적 신념의 감소에 효과적인 것으로 나타났다(박준희, 2011). 한편 우울과 스트레스는 모든 연령집단 청소년의 자살생각 위험요인으로(김은경, 2018), 특히 중·고등학생 중 스트레스를 많이 느낄수록 자살 생각 비율이 높다고 알려져 있다(Wong, Steqrt, Ho, Rao, 2005). 자살생각이 많은 사람은 사소한 자극에도 쉽게 우울해 지거나 불안해지고 과잉 각성할 수 있으며, 절망을 경험했을 땐 무언가가 잘못되었다는 단서에 의해 주의 집중이 감소하였다(김도연, 손정락, 2012). 따라서 발달단계에 따라 자살·자해에 영향을 미칠 수 있는 위험 요인을 차별적으로 다뤄줄 필요가 있지만 모든 연령의 청소년들에게 있어서 우울과 스트레스를 대처할 수 있도록 개입할 필요가 있다.

다. 청소년 자살·자해 상담개입

한국청소년상담복지개발원에서 개발한 자살위기청소년 상담개입프로그램(배주미, 양윤란, 김은영, 2009)은 청소년 자살 고위험군 진단방법, 선별에 따른 체계적 개입절차에 따라 효과적으로 개입할 수 있는 구조화된 상담개입프로그램이다. 자살위기청소년 상담개입프로그램의 특징은 다음과 같다. 첫째, 상담개입 프로그램은 상담위험수준에 따라 모듈식으로 적용할 수 있도록 구성하였으며, 자살위기청소년의 심리장애 스크리닝 절차를 마련하여 주요우울장애, 물질관련장애, 품행장애 등 청소년 자살과 관련이 높은 심리장애의 유무를 진단하기 위한 도구를 마련하였다. 프로그램 회기는 내담자의 자살위험 수준과 특성 및 상황에 따라 최소 3회기에서 16회기로 적용할 수 있도록 구성하였다.

둘째, 자살위기청소년의 심리장애 스크리닝을 통한 위험수준을 파악하여 초기관리, 중기관리, 후기관리로 구분하여 개입하고자 하였다. 초기관리에서는 청소년의 자살위험을 평가하고, 안전확보를 위한 관리 스케줄 및 대처방안을 마련하였다. 중기관리에서는 자살위험을 지속적으로 관리하면서 내담자의 자살 위험을 높이는 스트레스를 다루는 인지행동적 전략, 내담자의 자살 위험을 감소시키기 위한 보호요인의 증가를 위해 사회적지지 자원을 탐색, 발굴, 활용할 수 있도록 개입하고자 하였다. 후기관리에서는 내담자의 자살위험이 낮아짐에 따라 강점 및 잠재력을 개발하여 일상생활의 적응과 자기성장을 도모할 수 있도록 조력하고 이후 상담이 종결이 되고 자살위기 재발방지를 위한 추수관리를 포함하였다. 셋째, 청소년 자살에 영향을 미치는 가장 큰 요인으로 꼽히고 있는 부모와의 관계를 고려하여 부모 상담에 대한 프로그램을 따로 구성하여 청소년의 자살위험에 대한 이해를 돕고

상호작용할 수 있도록 도움을 주고자 하였다.

프로그램의 효과성을 측정하기 위해 위기 관리 기록지, 자살생각척도, 스트레스 대처양식, 문제해결능력 척도, 사회적지지 척도, 자아존중감 척도를 활용하였으며, 7사례로 시범운영이 진행되었다. 시범운영 결과 전반적으로 자살생각이 낮아진 반면에 스트레스 대처가 높아지고 자아존중감에 있어서는 사례마다 상반된 결과를 보고하였다. 배주미, 양운란, 김은영(2009)이 개발한 자살위기청소년 상담개입프로그램의 구성내용은 아래 표 1과 같다.

표 1. 자살위험수준별 자살위기청소년 상담개입프로그램

시기	회기	상담 목표	회기명	회기별 내용
초기 관리	1	자살위험 평가 및 안전확보	실타래 살피기1 : 안전관리1	- 자살위험 수준 평가 - 자살관련 안전관리시스템 마련
	2		실타래 살피기2 : 안전관리2	- 안전관리시스템의 가동 점검 - 자살 관련 심리장애 스크리닝 - 내담자의 자살위험 및 보호요인 파악
	3		실타래 살피기3 : 자살의 득실 알기	- 안전관리시스템의 가동 재점검 - 자살의 이득과 손실 알기 - 이후 프로그램 모듈의 구조화 - 저위험군의 경우 종결 가능
중기 관리	4	스트레스 대처 및 문제해결 능력증진	실타래 풀기1 : 있는 그대로 받아들이기	- 현재 삶에 대한 탐색 - 삶에 대한 수용
	5		실타래 풀기2 : 상황의 실마리로 풀기	- 상황-생각-감정 및 행동의 연결고리 이해 - 자살 유혹 대처 방법 습득
	6		실타래 풀기3 : 생각의 실마리로 풀기	- 자살과 관련 인지 오류 파악 및 전환
	7		실타래 풀기4 : 감정의 실마리로 풀기	- 자살 유혹 시 감정 다루기
	8		실타래 풀기5 : 문제해결의 실마리로 풀기	- 문제해결 방법 배우기 - 건강한 생활 습관 만들기
	9	사회적 지지망 구축	천짜기1 : 버디 찾기	- 사회적, 정서적지지 자원 탐색 및 활용
10	천짜기2 : 자기주장	- 자기주장기술을 배우기		
11	천짜기3 : 평화적인 갈등해결	- 갈등을 평화적으로 해결하는 방법 배우기		

시기	회기	상담 목표	회기명	회기별 내용
후기 관리	12		천짜기4 : 나를 존중하기	- 부당한 타인의 요구 거절 방법 배우기
	13	자신의 잠재력 개발	작품 만들기1 : 내안의 보석찾기	- 잠재력과 강점 찾기
	14		작품 만들기2 : 미래 탐색하기	- 목표 달성을 위한 내적자원 활용법 배우기
	15	종결	작품 만들기3 : 자기 스타일 찾기	- 자살 위험 수준의 재점검 - 자살 위험을 낮추는 최선의 방법 찾기
	16		작품 만들기4 : 꿈을 펼치기	- 자살 위험 수준의 재점검
		추수관리 (3~6개월)		- 저,고,최고위험(3개월), 중위험(6개월) : 메일, 전화 등 정기적 점검

자살위기청소년 상담개입프로그램(2009)은 자살위기 청소년의 위험수준에 따라 적절히 초기, 중기, 후기 관리로 모듈식으로 개입할 수 있는 점과 인지행동적 전략과 사회적 지지 자원 탐색 등과 같은 보호요인을 증가시켜 자살위기 청소년의 위험수준을 감소시키고자 하는 데 의의가 있다고 볼 수 있다. 또한 부모상담 개입프로그램을 추가로 구성하여 개입함에 따라 자살위기 청소년의 어려움을 돕고자 하였다. 하지만 최근 사회적 이슈가 되고 있는 청소년의 자해에 대해서는 다루지 못함에 따라 청소년의 자살개입에는 도움이 되지만 자해 청소년을 개입하는 데 있어서 본 프로그램을 적용하는 것이 한계가 있다. 특히, 자살의도가 없는 자해청소년의 경우 다양한 동기와 목적을 가지고 있기 때문에 자해 유형과 동기에 따른 개입프로그램 개발이 필요하다.

라. 시사점

앞서 선행연구와 기존의 자살위기청소년 상담개입 프로그램에 대한 세부내용을 종합해 볼 때 다음과 같은 시사점을 도출할 수 있다. 첫째, 최근 청소년의 자해문제가 이슈화됨에 따라 자살과 자해를 구별하여 개입방안에 대한 연구가 진행되어야 하며, 특히 자해에 있어서 자살적 자해와 비자살적 자해는 그 원인과 목적이 상이함에 따라 구별하여 개입이 이루어져야 한다. 현재 초·중등학교의 경우 자해로 의뢰된 청소년들도 자살 고위험군으로

포함이 되어 개입이 이루어져 있음에 따라 자살과 자해 문제를 다루는데 있어서 개입이 혼재되어 있음을 알 수 있다. 따라서 본 프로그램에서는 평가를 통해 자살적 자해와 비자살적 자해를 구분하여 진단을 내리고 이에 맞는 개입이 이루어져야 할 것이다. 둘째, 청소년 자해에 대한 개입 시 청소년 자해의 동기를 파악하고 이에 따른 개입이 이루어져야 한다. 그러나 자해에 초점화된 선행연구들이 많지 않아 청소년 자해에 대한 원인에 대한 개입방안을 도출하는데 한계가 있다. 따라서 청소년 자해 상담 프로그램을 개발하기 위해서는 청소년의 자해 동기, 위험요인 및 보호요인 등 청소년의 자해 극복에 영향을 주는 요인들이 무엇인지에 대한 사전 연구가 이루어져야 한다. 셋째, 기존 선행연구에서는 청소년들을 발달단계를 고려하지 않고 자살 개입이 이루어졌다면 초·중·후기 청소년의 발달 특징과 자살·자해 양상 및 원인이 다르기 때문에 이를 고려한 자살·자해 개입방안 프로그램이 개발 되어야 할 것이다. 특히, 초기 청소년의 경우 자살예방에 초점을 두는 것이 효과적임을 고려할 때 중·후기 청소년에 차별화를 두고 중·후기 청소년을 아우를 수 있는 개입방안 프로그램이 개발 마련이 필요하다.

III. 연구 방법

1. 프로그램의 개발

가. 프로그램 개발 절차

본 연구에서는 고위기 청소년 자살자해 정신건강 상담개입 프로그램 개발 연구를 수행하기 위하여, 먼저 문헌연구를 통해 청소년 자살자해 실태와 원인을 파악하고 이를 예방하기 위한 청소년 자살자해 개입 방안을 살펴보았다. 또한 청소년상담복지센터 현장전문가와 대학상담센터 현장전문가, 자살자해 경험이 있는 청소년 대상자를 대상으로 심층면접을 실시하여 고위기 청소년 정신건강 상담개입 프로그램을 개발하고자 하였다. 개발한 프로그램을 토대로 참여자 관찰 평가를 통해 프로그램의 타당성 검증을 확보하고자 하였다. 마지막으로 시범운영을 통해 프로그램의 효과성을 검증하고, 그 결과를 분석하고자 한다. 본 연구에서는 김창대 외(2011)의 프로그램 개발 및 평가모형 검증절차에 따라 연구를 진행하고자 한다. 구체적인 프로그램 개발 절차는 아래의 그림 1과 같다.

나. 프로그램 개발 과정

1) 기획단계

(1) 문헌연구

기존의 문헌연구를 통하여 청소년 자살자해를 구분하여 상담개입 프로그램 개발의 필요성을 확인하였다. 청소년 발달단계에 따라 위험요인과 보호요인이 자살사고에 미치는 영향이 다르므로(김원경, 2014), 중기·후기 청소년을 위한 자살자해 상담개입 프로그램이 필요하다는 것을 알 수 있었다. 따라서 본 연구에서는 15세~18세에 해당되는 중기 청소년과 19세~24세에 해당하는 후기 청소년을 대상으로 자살자해를 구분하고 특히, 자해의 경우에 원인과 목적이 다양하기 때문에 이를 고려한 개입 방안 프로그램을 구성하고자 한다.

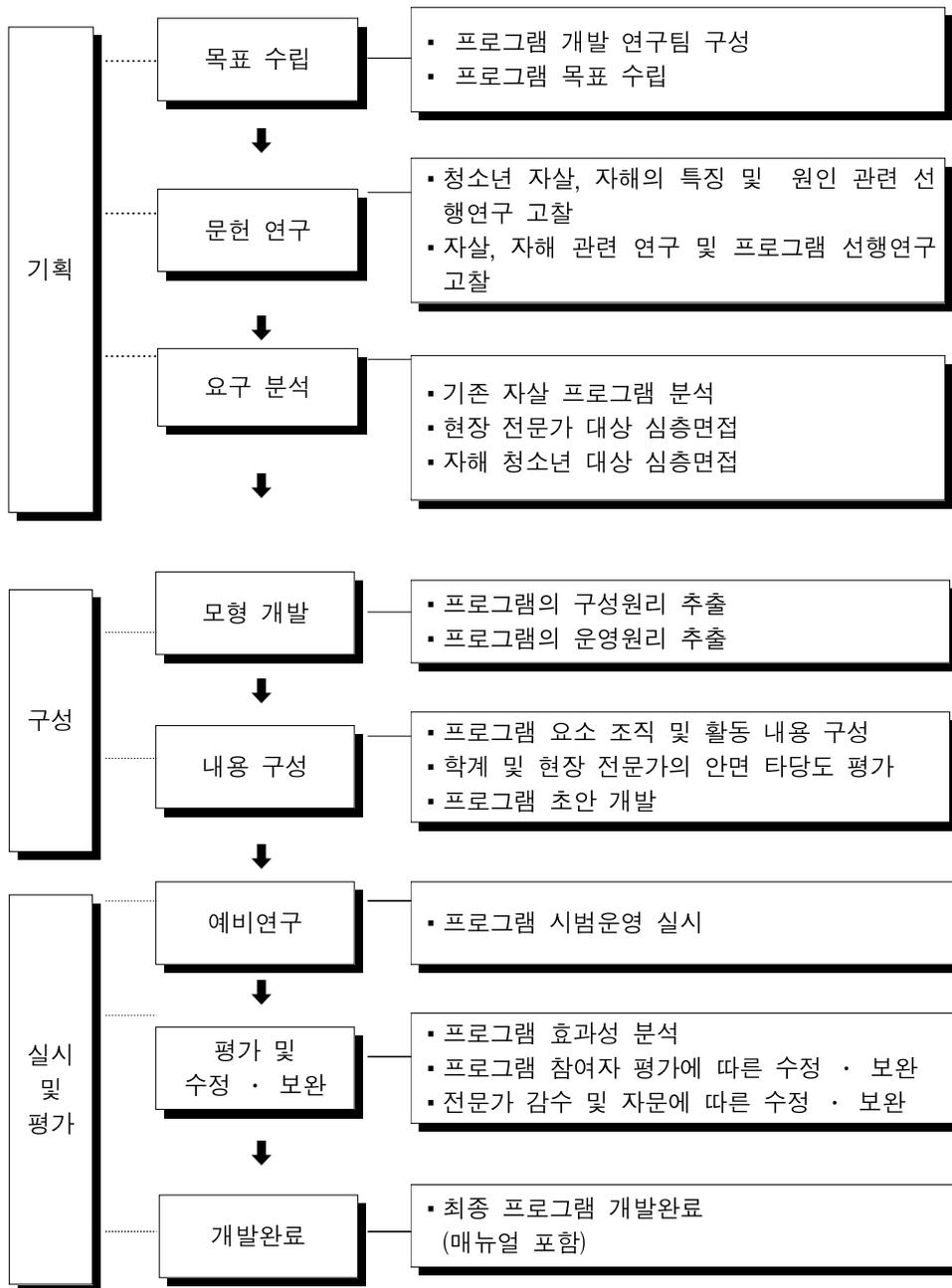


그림1 . 청소년 자살자해 프로그램 개발

(2) 현장전문가 대상 심층면접

청소년 자살 상담개입 매뉴얼 개발을 위한 경험적 기초자료를 얻고자 자살관련 고위기 청소년을 전문적으로 지원하고 있는 현장전문가를 대상으로 심층면접을 진행하였다. 청소년의 자살 상담을 진행하면서 경험한 의미 있는 정보들을 수집하여 이를 청소년 자살 상담개입 프로그램과 매뉴얼 개발에 반영하고자 한다.

(3) 청소년 대상자 심층면접

청소년 자살 상담개입 매뉴얼 개발을 위하여 자살·자해 관련 상담을 받은 경험이 있는 청소년 대상으로 심층면접을 진행하였다. 자살·자해 상담 청소년 대상자 심층면접을 통해 이들에게 상담 개입과정에서 실질적으로 어떤 도움이 필요한 지에 대한 파악을 통하여 청소년 자살 상담개입 프로그램과 매뉴얼 개발에 반영하고자 한다.

2) 구성단계

프로그램 구성단계에서는 문헌연구, 현장전문가 대상 심층면접, 청소년 대상자 심층면접 결과를 반영하여 프로그램을 구성하기 위한 기본 원리를 도출하였으며 초기관리, 중기관리, 후기관리 단계로 구분하여 총 10회기로 구성되었다. 초기관리의 구성요소는 자살·자해 위험수준 판단, 주호소 문제 및 위험사건을 탐색, 자살 상담개입에서는 자살 탐색, 자살 보호요인 파악, 안전확보, 자해 상담개입에서는 자해탐색, 자해 보호요인 파악, 안전확보로 구분되며 상담구조화와 상담자 태도, 상담자 자기점검으로 구성되었다. 중기관리의 구성요소는 자살·자해 위험평가 및 개입, 비합리적 신념 및 행동 변화, 생활 스트레스 관리, 기관연계 및 자원활용, 상담자 태도, 상담자의 자기관리, 후기관리는 생활계획 및 관리, 문제 해결 방식, 긍정성 및 잠재력, 종결다루기, 상담자 태도, 상담자의 자기관리로 구성되었다.

3) 실시 및 평가 단계

프로그램을 구성한 이후, 앞으로 현장에서 활용하게 될 청소년 상담복지센터 현장전문가들을 대상으로 프로그램에 대한 참여자 관찰 평가를 진행하여 프로그램의 타당성을 검증 하고자 하였으며, 자살·자해 위기청소년 상담사례를 의뢰받은 대상 중 자발적으로 참여 가능한 상담자를 대상으로 교육을 진행하고, 매뉴얼을 실제 적용하는 과정에 대한 심층면접을 실시하여 매뉴얼을 수정·보완하였다.

2. 현장전문가 대상 심층면접

가. 프로그램 대상

본 연구의 심층면접은 상담 경력이 2년 이상이며, 청소년 자살·자해 상담 사례를 3건 이상 개입한 경험이 있는 현장전문가를 대상으로 진행하였다. 청소년 상담복지센터 현장 전문가 5명과 대학상담센터 현장전문가 5명을 대상으로 1회(각 60분)에 걸쳐 진행되었다. 참여자에 대한 정보는 표2와 같다.

표 2. 현장전문가 대상 심층면접 참여자

구분	지역	소속	직급	성별	연령	경력
1	서울	○ ○ 청소년상담복지센터	청소년동반자	여	20대	3년 이상~5년 미만
2	대구	□ □ 청소년상담복지센터	청소년동반자	여	40대	3년 이상~5년 미만
3	울산	◇ ◇ 청소년상담복지센터	팀장	여	40대	15년 이상~20년 미만
4	부산	△ △ 청소년상담복지센터	부장	여	40대	15년 이상~20년 미만
5	부산	○ △ 청소년 상담 기관	부장	여	40대	15년 이상~20년 미만
6	서울	대학학생상담센터	전임상담원	남	30대	5년 이상~10년 미만
7	서울	대학학생상담센터	전임상담원	남	40대	10년 이상~15년 미만
8	서울	대학학생상담센터	전임상담원	남	30대	5년 이상~10년 미만
9	서울	대학학생상담센터	전임상담원	여	30대	5년 이상~10년 미만
10	서울	대학학생상담센터	센터장	여	40대	15년 이상~20년 미만

나. 질문지 구성

심층면접 질문지는 청소년상담 전문가로 상담전공 교육학박사 2인, 다수의 질적 분석 및 심층면접을 통한 연구경험을 가지고 있는 상담학 박사 1인, 자살·자해 청소년 상담 경험을 다수 가지고 있는 상담심리학 전공 석사 1인 등에 의해 ‘질문에 대한 아이디어 수집 → 질문초안 작성 → 질문초안 검토 → 질문지 작성’의 질문지 구성절차(김성재, 오상은, 은영, 손행미, 이명선, 2007)에 따라 구성되었다. 이후 교육학박사 2인의 검토를 통해 최종 수정되었다.

최종 확정된 질문지는 Krueger와 Casey(2000)이 제시한 질문방식에 따라 도입질문, 주요 질문, 마무리질문의 순으로 구성되었으며, 개방형의 질문방식으로 구성하였다. 질문지의 구체적인 내용은 표 3에 제시되어 있다.

표 3. 심층면접 질문지의 구성 및 내용

구분	내용
도입질문	<ul style="list-style-type: none"> 참가자의 소개 및 자살·자해 위기개입 지원 관련 경험
주요질문	<ul style="list-style-type: none"> 자살·자해 위기청소년 특성 자살·자해 위기청소년 진단 방법 자살·자해 위기청소년 접근 방법 자살·자해 위기청소년 초기, 중기, 후기 상담 개입 방법 자살·자해 위기청소년 상담 시 효과적인 치료 요인 자살·자해 위기청소년 상담 시 방해요인 자살·자해 위기청소년 상담 시 지원 방안 자살·자해 위기청소년 상담 개입 매뉴얼 내용
마무리질문	<ul style="list-style-type: none"> 자살·자해 위기청소년 개입 관련 제언 심층면접 마무리

다. 실시 절차 및 분석 방법

심층면접의 진행은 현장전문가 개인별로 (각 60분) 총 10명의 참여로 이루어졌다. 진행은 상담을 전공한 박사 또는 석사 1인이 진행자로 참여하였다. 심층면접 실시 전 참여자 전원에게 녹음에 대한 동의를 구하여 심층면접의 전 과정은 녹음되었으며, 심층면접이 끝난 후 축어록 형태로 전사되어 분석 자료로 사용되었다. 전사된 자료는 연구진이 축어록을

반복적으로 읽어가면서 내용의 의미를 파악하고 주제별로 범주화하였다. 범주화하는 과정에서는 각각의 의미단위들을 유사성, 구별성, 관련성 등을 기준으로 검토하면서 의미가 정확히 전달되는지와 각 의미들을 대표할 수 있는 내용으로 범주화 되었는지 살펴보았다 (Morgan, 1997). 도출된 범주와 내용은 교육학박사 2인의 감수를 통해 최종 수정되었다.

라. 분석결과

1) 자살·자해 위기청소년의 특성

자살·자해 위기청소년의 특성에 대한 질문에서 위험요인, 자살·자해의 목적, 보호요인으로 세 가지 요소가 추출되었다. 위험요인은 환경, 감정표현을 하지 못함, 부정적 사고(자기비하), 낮은 자존감(무가치감), 교사와의 부정적 관계, 또래와의 관계 어려움, 부모와의 갈등, 중요한 사람의 자살, 학업스트레스, 우울로 구성되었다. 다음으로, 자살·자해의 목적은 자신의 힘들음을 알리기 위해, 자기처벌, 답답함/고민을 해소하기 위해, 살아있다는 느낌을 받기 위해, 자살하려는 의도가 없음으로 구성되었다. 보호요인의 경우, 사회적지지, 삶의 목표, 삶의 의지, 상담, 종교, 도움이 될 수 있다는 느낌으로 구성되었다.

“부모관련 문제가.. 일단 거기서부터 시작되는 것 같구요 제가 그냥 자살이나 자해 시도하는 학생들을 봤을 때? 주로 소통이 안된다는 생각, 그런 느낌이 들었을 때 자해나 자살시도를 하는 것 같아요..네 부모와의 소통, 말이 안 통한다고 생각했을 때, 본인이 이해받지 못한다고 생각했을 때...대학생들에게도 여전히 가족문제가 가장 큰 이유인 거 같아요.” (현장전문가 E, 위험요인: 부모님과의 갈등)

“아이들은 답답함이 해소됐다. 자해하고 나서. 그러니까 자살의도는 없었지만 자살의 목적이라는 것은 왜 자살했냐면 답답하다 그랬거든요, 답답했다. 자해하고 난 다음에 어땠냐니까 뭔가 통쾌했다, 뚫린 것 같았다.” (현장전문가 F, 답답함/고민을 해소하기 위해)

“일로 엄마아빠가 얼마나 신경을 쓰는지는 알게 됐다고 하더 라구요 항상 오빠한테만 포커스가 있던게 '아 나에 대한 관심도 있구나.'라는 걸 알게 됐다 이렇게 얘기는 했던 거 같아요.” (현장전문가 D, 가족, 친구)

2) 자살·자해 위기청소년 진단 방법

자살·자해 위기청소년 진단 방법에 대한 질문에서 객관적 도구와 주관적 도구, 두 가지 요소가 추출되었다. 객관적 도구는 MMPI, TCI, SCT, 위기 Screening 척도를 의미단위로 하였고 주관적 도구는 만다라, TAT, 면접을 통한 증상 심각성 평가를 의미단위로 하였다.

“MMPI를 모든 내담자에게 실시하니까 어느 정도 정신병리 진단을 위한 정보를 수집하고, MMPI 중 높게 나온 문제 쪽은 구체적으로 질문을 해서 정보를 얻어요.” (현장전문가 A, 객관적 도구: MMPI)

3) 자살·자해 위기청소년 상담 접근 방법

자살·자해 위기청소년 상담 접근 방법에 대한 질문에서 효과적인 방법, 효과적이지 않는 방법, 연계 기관 및 방법의 세 가지 요소가 추출되었다. 효과적인 방법은 감정보다는 구체적인 경험을 탐색함, 비합리적 신념 변화, 자살사고 및 충동/행동 점검, 깊은 공감(깊은 수용), 견딘 힘 및 삶의 의지지지, 버텨주기, 병원치료 및 약물치료, 부모상담, 구체적 행동 계획 수립, 위기개입, 지지체계 구축으로 구성되었다. 효과적이지 않는 방법은 사고 논박, 부정적 감정에 대한 초점화, 원인 탐색, 자살/ 자해에 대한 비판 및 충고, (상담자가) 도움을 청하지 않음, 막연한 위로를 의미단위로 하였다. 연계 기관 및 방법은 연계기관이 딱히 없음, 병원, 지역 사회 및 단체 및 기관, 학교, 자살예방 핫라인, 경찰을 의미단위로 하였다.

“공감이나 지지 가장 중요하겠죠 그게 없으면 내담자가 자신의 이야기를 하지 못하고 심리적 고통이 줄어들지 않으니까요... 위기개입에서 가장 중요한 거라면... 죽을 생각한 거 당연히 그럴 수 있다 니가 정말 힘들구나 무슨 일이 있었어? 왜 힘들어? 관심 보여주면서 들어주는 거 그런 개입이 중요하죠... 장 핵심적 치료적 요소는 하나를 꼽기 힘들지만 누군가가 자신을 진정으로 이해해준다고 공감해준다고 느끼게 하는 것. 이왕이면 그런 사람이 가족이면 더 효과적이겠지만 그게 힘들다면 우리상담자라도 해야죠 그게 가장 중요한 거 같아요.” (현장전문가 A, 효과적인 방법: 깊은 수용)

상담자가 너무 불안해져서 실제 상황보다 더 심각하게 인식하고 부모, 친구 등에게 다 연락하는게 좋겠다 당장 병원에 가야 한다. 등등 그런 식의 과도한 접근은 오히려 상황을

악화시키는 거 같아요 특히 내담자로 하여금 더 불안하게 만드는 거 같아요 상황을 있는 그대로 보는거 과대평가 과소 평가 둘 다 하지 않는게 중요하겠죠. (현장전문가 A, 효과적이지 않는 방법: 상담자의 불안으로 인한 반응)

제가 연계를 한 거는 병원연계만 많이 했지..정말 부모설득하고 아이 설득하고 해서 병원에 많이 보냈어요(현장전문가 I, 연계 기관 및 방법: 병원)

4) 자살·자해 위기청소년 초기 개입

자살·자해 위기청소년 초기개입 질문에서 위험수준 진단, 구조화, 라포형성, 안전확보, 주호소 문제 및 초기 자원 탐색으로 다섯 가지 요소가 추출되었다. 위험수준 진단은 약물 치료 개입 판단, 자살 위험 심각성 판단, 심리검사를 의미단위로 하였다. 구조화는 상담시간과 빈도수에 대해 알림, 내담자가 책임감을 느끼도록 함을 의미단위로 하였다. 라포형성은 심리적 안정감을 주는 경청을 의미단위로 하였다. 안전확보는 응급사항 시 비상연락망 대처, 자살서약서, 가족 등 주변에 알림, 위험한 물건 없애기로 구성되었다. 주호소 문제 및 초기 자원 탐색으로 자살 생각 및 행동에 대한 구체적 탐색, 내담자 이해 및 파악, 지지 자원 파악을 의미단위로 하였다.

“상담시간 이외에 너가 만약 자살사고라거나 시도를 하게 될 때 도움을 받을 수 있는 전화상담이라든가 예를 들어서 청소년 상담 1388에 대한 안내라든가 이러한 좀 안전망을 확보하려고 해요.” (현장전문가H, 안전확보·응급사항 시 비상연락망 대처)

초기때는 아무래도 라포가 제일 중요한 것 같아요. 그래서 라포에 <안들림>주는게 맞는 것 같고. 자기에 대해서 자존감이 많이 떨어져있는 친구들이 많잖아요. 그래서 그런 부분들에 대해서 힘을 주는게 많이 필요한 것 같고.(현장전문가D, 라포형성)

5) 자살·자해 위기청소년 중기 개입

자살·자해 위기 청소년 중기개입에 관한 질문에서 자살·자해 원인에 대한 구체적인 탐색, 내담자 상태 점검의 두 가지 요소가 추출되었다. 자살·자해 원인에 대한 구체적인 탐색은 자살·자해 관련 사건 탐색, 자살·자해 사건 재해석 및 대처방안 찾기를 의미단위로 하였다. 내담자 상태 점검은 자살사고 및 위험수준 점검, 내담자 변화점검의 의미단위로 구성하였

다.

다만 자살이나 자해의 가능성은 늘 염두해 두고 너무 형사처럼 따지는 건 아니지만, 그래도 자연스럽게 요새는 어떤지 살펴보는 게 중요할 거 같아요. 내담자가 자발적으로 그런 이야기를 꺼내는 경우는 별로 없어서 (현장전문가 A, 자살·자해에 대한 구체적인 탐색: 자살·자해 관련 사건 탐색)

자기 스스로가 아 내가 처음에는 죽고 싶을 만큼 힘들었는데 그 강도가 어느 정도로 지금 되고 있는지를.. 본인 스스로가 좀 체크하면서 내가 이 정도 강도가 왔다면 내가 어떤 거를 했기 때문에 이 정도의 강도로 올 수 있었는지에 대해서 이렇게 준비되고 어 쥘어가 주고 가는 것이 중요한 것 같고 결국에는 상담자가 도와주기도 하지만 내담자 스스로가 내가 어떤 걸 함으로 인해서 이렇게 오게 되었다라는 게 중요하잖아요 (현장전문가 G, 내담자 상태 점검: 변화점검)

6) 자살·자해 위기 청소년 후기 개입

자살·자해 위기 청소년 후기개입에 관한 질문에서 대처방안, 상담자-내담자의 관계를 활용함, 다른 치료기관으로 연계로 세 가지 요소가 추출되었다. 대처방안에서는 생활 계획 및 관리, 새로운 대안적 문제해결 방식, 근본적인 원인 다룸, 사회적지지 강화, 긍정성 강화를 의미단위로 하였다. 상담자-내담자의 관계를 활용함에서는 관심/지지를 보여줌, 진솔성, 상담자를 도구로 사용함, 역전이 다루기를 의미단위로 하였다. 다른 치료기관으로 연계에서는 약물치료 병원 연계, 종결로 인한 기관연계로 구성되었다.

종결 이후에 삶에 대한 생활 목표들이 어떻게 구체적으로 계획이 짜여있는지 그런 구체성을 확인 할 필요들이 있고, 필요로 하다면 추후상담들도 가볍게 몇 차례 만나서 이 친구들의 생활을 한 번 점검해볼 필요들도 있죠. 종결 이후에 어떤 계획, 삶의 계획이라든가 진로계획, 목표 이런 것들이 구체화가 어느 정도 되어있는지 파악하는게 가장 중요하다고 봐요 (현장전문가H, 대처방안:생활 계획 및 관리)

제가 아이들한테 잘 사용하는 말이 그야말로 사용법이거든요, 선생님을 잘 사용해봐라 <웃음> 선생님 사용법 적어줄까? 뭐 이렇게.. 이런 말들을 하는데, 선생님한테 와서 자랑해

봐, 선생님한테 니가 한 일 얘기해봐. 저를 잘 사용할 수 있게 자꾸 그렇게 해주는데 선생님이 아까 질문하신 그런 아이들한테 그런 얘기가 어떻게 도움이 되냐 하시는게 그런 것 같아요, 그런 것들. 아이들이 와서 아 내가 어떤 일을 해서 선생님하고 이거 가지고 가서 얘기해봐야지(현장전문가 I, 상담자-내담자의 관계를 활용함: 상담자를 도구로 사용함)

7) 자살자해 청소년 개입 매뉴얼 내용

자살자해 청소년 개입 매뉴얼 내용에 관한 질문에서 자살관련 연구, 상담구조화, 위기개입 방법, 부모가이드, 교사가이드, 구체적 예시, 상담자 보호, 상담 노하우로 여덟 개 요소가 추출되었다. 자살관련 연구에서는 자살자 심리적 특성으로 단일요인으로 구성되었다. 상담구조화에서는 심리검사, 종결시점 결정하기, 상담의 빈도수 결정하기, 비밀보장의 문제로 의미단위가 구성되었다. 위기개입 방법에서는 초기개입, 위기개입, 회기별 질문으로 구성되었다. 부모가이드, 교사가이드는 동일한 의미단위로 구성되었다. 구체적 예시는 단계별 질문으로 구성되었으며, 상담자 보호는 상담 기록으로 구성되었다. 상담 노하우는 흔히 하는 실수들, 적절한 시점, 상담 기법에 대한 팁, 지역사회 연계의 의미단위로 구성되었다.

일단은 자녀를 이해할 수 있도록 해야 되겠죠 엄마들은 나는 이렇게 살았는데 니는 왜? 이렇게 자기 기준에 빗대어가지고 아이를 보려고 하고 애들을 자기 기준에 맞추려고 늘렸다 줄였다 이렇게 하잖아요. 그거를 좀 멈추게 할 수 있을까요?(현장전문가 C, 부모가이드)

초기에 할 수 있는 질문들, 중기에 할 수 있는 질문들. 저는 그래도 12년부터 근무했으니까 제 혼자서 만들어내면서 어디서 배우면서 이렇게 질문들을 저한테 갖고 있는데, 선생님들 가이드북 만드시면 이런 질문들에 대해서 구체적 예시를 준다면 선생님들 현장에서 많이 도움 될 것 같아요(현장전문가, 구체적 예시: 단계별 질문)

8) 자살자해 청소년 상담 시 힘든 점

자살자해 청소년 상담 시 힘든 점에 관한 질문에서 부모의 태도, 상담자의 불안, 종결시점 결정하기, 내담자요인, 상담자 소진으로 다섯 가지 요소가 추출되었다. 부모의 태도는 부모의 비난, 부모의 상담자에 대한 높은 기대, 부모의 무관심, 역기능적 부모의 태도로 구성되었다. 상담자의 불안에는 내담자의 자살, 상담자의 부담감으로 구성되었다. 종결시점

결정하기는 동일한 의미단위로 구성되었다. 내담자 요인에는 내담자의 인지적 문제, 불안 전한 환경요인, 약물치료 거부감으로 의미단위가 구성되었다. 상담자 소진은 동일한 의미 단위로 구성되었다.

부모의 무관심이 크고 부모의 뒤탈까 내담자에 대해 비판하는 거, 심리적 문제에 대해 전혀 이해하지 못하는 부모님이 어려운 거 같아요 부모님이나 가족이 바뀌지 않는 상황에서 우리가 상담에서 하는 작업이 그 효과가 제한적이니까 뭔가 무기력을 느끼죠 내가 할 수 있는게 너무 없다는 그런 느낌이에요.(현장전문가 A, 부모의 태도: 부모의 무관심)

처음에 자살·자해 같이 위기 사례는 아무래도 신경이 많이 쓰이잖아요 상담자로서 잘 해야 한다는 부담감도 있고, 학교나 센터장 이런 분들이 신경을 많이 쓰니까 더 부담스러운 면도 있구요 (현장전문가 A, 상담자의 불안: 상담자의 부담감)

9) 자살·자해 청소년 상담 시 도움이 되는 점

자살·자해 청소년 상담 시 도움이 되는 점에 관한 질문에서 지지원, 역량강화로 두 가지 요소가 추출되었다. 지지원은 동료/상담자 모임, 슈퍼바이저로 구성되었다. 역량강화에는 교육 참여, 관련서적으로 구성되었다.

저희 센터에 저 말고 다른 전임선생님들이 계셔서 그 선생님들이랑 상의도 하고, 그러니까 자살 자해는 비밀보장이랑 해당되지 않기 때문에 같이 얘기를 나누고 적절한 개입이 뭔지 같이 상의할 수 있고, 그런 도움을 좀 받아서 그래도 조금 심리적인 안정감을 찾을 수 있을 것 같아요(현장전문가 E, 지지원: 동료, 상담자 모임)

10) 청소년 발달단계별 개입

청소년 발달단계별(초기/중기/후기청소년) 개입에 관한 질문에서 초기청소년은 상담개입 보다는 예방교육이 필요하며 교사의 협조가 필요하다고 보고되었다. 중기청소년에는 지지 체계 구축, 자기이해로 구성되었으며, 후기청소년은 대학생 특성, 정보제공, 진로설계, 대인관계, 유형별 개입으로 의미단위가 구성되었다. 그러나 초기중기후기청소년을 구분하여 차별적인 개입이 필요하지는 않다는 의견도 있었다. 현장전문가 심층면접 결과는 표 4와 같다.

표 4. 현장전문가 심층면접 결과

대범주	하위범주	의미단위
자살·자해 위기 청소년 특성	위험요인	<ul style="list-style-type: none"> · 환청 · 감정표현을 하지 못함 · 부정적 사고(자기비하) · 낮은 자존감(무가치감) · 교사와의 부정적 관계 · 또래와의 관계 어려움 · 부모와의 갈등 · 중요한 사람의 자살 · 학업스트레스 · 우울
	자살·자해의 목적	<ul style="list-style-type: none"> · 자신의 힘듦을 알리기 위해 · 자기처벌 · 답답함/고민을 해소하기 위해 · 살아 있다는 느낌을 받기 위해 · 자살하려는 의도가 없음
	보호요인	<ul style="list-style-type: none"> · 사회적지지 · 삶의 목표 · 삶의 의지 · 상담 · 종교 · 도움이 될 수 있다는 느낌
자살·자해 위기 청소년 진단 방법	객관적 도구(평가)	<ul style="list-style-type: none"> · MMPI · TCI · SCT · 위기 Screening 척도
	주관적 도구(평가)	<ul style="list-style-type: none"> · 만다라 · TAT · 면접을 통한 증상 심각성 평가
자살·자해 위기 청소년 상담 접근 방법	효과적인 방법	<ul style="list-style-type: none"> · 감정보다는 구체적인 경험을 탐색함 · 비합리적 신념 변화 · 자살 사고 및 충동, 행동 점검 · 깊은 공감(깊은 수용) · 견딘 힘 및 삶의 의지지지 · 버텨주기 · 병원치료 및 약물치료 · 부모상담 · 구체적 행동 계획 수립 · 위기개입 · 지지체계 구축

대범주	하위범주	의미단위
	효과적이지 않는 방법	<ul style="list-style-type: none"> · 사고 논박 · 부정적 감정에 대한 초점화 · 원인 탐색 · 자살·자해에 대한 비판 및 충고 · (상담자가)도움을 청하지 않음 · 막연한 위로
	연계 기관 및 방법	<ul style="list-style-type: none"> · 연계한적 없음 · 병원 · 지역 사회 및 단체 및 기관 · 학교 · 자살예방 핫라인 · 경찰
자살·자해 위기 청소년 초기 개입	위험수준 진단	<ul style="list-style-type: none"> · 약물치료 개입 판단 · 자살 위험 심각성 판단 · 심리검사
	구조화	<ul style="list-style-type: none"> · 상담시간과 빈도수에 대해 알림 · 내담자가 책임감을 느끼도록 함
	라포형성	<ul style="list-style-type: none"> · 심리적 안정감 주는 경청
	안전확보	<ul style="list-style-type: none"> · 응급사항 시 비상연락망 대처 · 자살서약 · 가족 등 주변에 알림 · 위험한 물건 없애기
	주호소 문제 및 초기 자원 탐색	<ul style="list-style-type: none"> · 자살 생각 및 행동에 대한 구체적 탐색 · 내담자 이해 및 파악 · 지지자원 파악
자살·자해 위기 청소년 중기 개입	자살·자해 원인에 대한 구체적인 탐색	<ul style="list-style-type: none"> · 자살·자해 관련 사건 탐색 · 자살·자해 사건 재해석 및 대처방안 찾기
	내담자 상태 점검	<ul style="list-style-type: none"> · 자살사고 및 위험수준 점검 · 내담자 변화 점검
자살·자해 위기 청소년 후기 개입	대처방안	<ul style="list-style-type: none"> · 생활 계획 및 관리 · 새로운 대안적 문제해결 방식 · 근본적인 원인 다룸 · 사회적지지 강화 · 긍정성 강화
	상담자-내담자의 관계를 활용함	<ul style="list-style-type: none"> · 관심/지지를 보여줌 · 진솔성 · 상담자를 도구로 사용함 · 역전이 다루기
	다른 치료기관으로 연계	<ul style="list-style-type: none"> · 약물치료 병원 연계 · 종결로 인한 기관 연계

대범주	하위범주	의미단위
자살·자해 청소년 개입 매뉴얼 내용	자살관련 연구	· 자살자 심리적 특성
	상담구조화	· 심리검사 · 종결시점 결정하기 · 상담의 빈도수 결정하기 · 비밀보장의 문제
	위기개입 방법	· 위기개입 · 회기별 질문
	부모가이드	· 부모가이드
	교사가이드	· 교사가이드
	구체적 예시	· 단계적 질문
	상담자 보호	· 상담 기록
자살·자해 청소년 상담 시 힘든 점	상담 노하우	· 흔히 하는 실수들 · 적절한 시점 · 상담 기법에 대한 팁 · 지역사회 연계
	부모의 태도	· 부모의 비난 · 부모의 상담자에 대한 높은 기대 · 부모의 무관심 · 역기능적 부모의 태도
	상담자의 불안	· 내담자의 자살 · 상담자의 부담감
	종결시점 결정하기	· 종결시점 결정하기
	내담자 요인	· 내담자의 인지적 문제 · 불안정한 환경요인 · 약물치료 거부감
자살·자해 청소년 상담 시 도움이 되는 점	상담자 소진	· 상담자 소진
	지지원	· 동료, 상담자 모임 · 슈퍼바이저
청소년 발달단계별 개입	역량강화	· 교육참여 · 관련서적
	초기청소년	· 교사/부모 협조 · 예방교육 필요
	중기청소년	· 지지체계 구축 · 자기이해
	후기청소년	· 대학생 특성 · 정보 제공 · 진로설계 · 대인관계 · 유형별 개입
	개입의 차별이 없음	

마. 의견조사 결과 요약 및 시사점

본 연구에서는 청소년상담복지센터와 대학학생상담센터 현장전문가 대상으로 심층면접을 실시하였으며, 조사대상은 현장전문가 총 10명이다.

자살·자해 위기청소년 특성, 자살·자해 위기 청소년 진단 방법, 자살·자해 위기청소년 상담 접근 방법, 자살·자해 위기 청소년 초기개입, 자살·자해 위기 청소년 중기개입, 자살·자해 위기 청소년 후기개입, 자살·자해 청소년 개입 매뉴얼 내용, 자살·자해 청소년 상담 시 힘든 점, 자살·자해 위기청소년 상담 시 도움이 되는 점, 청소년 발달단계별 개입으로 대범주가 도출되었다. 자살·자해 위기청소년의 특성에서 위험 요인으로는 무가치감, 우울, 부모님과의 갈등/소통의 어려움에 대한 주된 보고가 있음에 따라 자살·자해 위기 청소년의 심리·정서적 요인 뿐 아니라 부모요인을 고려하여 개입이 필요함을 알 수 있다. 특히 자살·자해의 목적이 자신의 힘들음을 알리기 위한 목적을 고려할 때 주변의 지지지원에 대한 강화와 개입이 중요하다는 것을 알 수 있다. 자살·자해 위기 청소년의 보호요인으로 사회적지지, 삶의 목표/의지, 상담, 종교, 도움이 될 수 있다는 느낌으로 나타났다. 자살·자해 위기 청소년 상담의 접근방법에 있어서 도움이 되는 방법으로는 힘든 경험에 대한 탄력성에 대한지지, 위로와지지 및 공감, 격려와 희망, 진솔성, 버텨줌 등과 같이 내담자의 힘든 감정을 지지해주는 것과 더불어 구체적 행동 계획 수립과 자살방지 서약 및 약속, 비합리적 신념 변화 등과 같이 내담자의 인지와 행동에 대한 개입이 도움이 된다고 보고함에 따라 이를 상담 과정에서 적극 활용할 수 있도록 해야 한다.

자살·자해 위기 청소년 초기 개입에 있어서는 위험 수준을 진단하고 상담 구조화 및 라포형성이 이루어져야 하며 내담자의 안전 확보와 상담자-내담자 경계를 명확히 하는 것이 중요하다는 것을 알 수 있다. 자살·자해 위기 청소년 중기 개입에 있어서는 자살·자해 원인에 대한 구체적인 탐색이 필요하며, 자살·자해 위기 청소년 후기 개입에 있어서는 새로운 해결방안을 모색하고 이 과정에서 상담자-내담자의 관계를 활용하는 것이 도움이 될 수 있다. 자살·자해 청소년 개입 매뉴얼 내용에 있어서는 위기개입에 대한 실제적인 가이드라인과 부모 및 교사 가이드, 종결시점을 결정하는데 있어서 이에 대한 안내 및 정보제공이 필요한 것으로 나타났다. 자살·자해 청소년 상담 시 힘든 점은 부모의 태도와 상담자의 불안, 내담자 요인으로 나타났으며 자살·자해 청소년 상담 시 도움이 되는 점은 동료의 지지나 슈퍼비전, 상담자 자기 돌봄으로 나타났다. 또한 청소년의 발달단계에 따라 중기청소년은 감정 명료화 및 표현, 감정 조절, 자존감 다루기가 필요하며 후기 청소년은 도움

받을 수 있는 기관 정보제공과 진로상담이 필요하다고 보고되었다. 다만 초기 청소년의 경우, 상담개입 보다는 예방교육이 강조되어야 한다고 보고하여 초기 청소년 보다는 중후기 청소년 대상 상담개입이 필요하다는 선행연구 결과와 유사한 것으로 나타났다.

3. 자해 청소년 대상 심층면접

가. 연구 참여자

본 연구에서는 연구자가 관심을 둔 특별한 사례를 의도적으로 표집 하는 목적 표집 (purposive sampling) 방법, 즉 연구자의 주관적 판단에 의해 모집단을 잘 대표할 수 있다고 사료되는 대상을 참여자로 모집하는 방법을 사용하였다. 특히 청소년 관련 상담 기관 (예. 위클래스, 청소년상담복지센터, 대학상담센터)에 종사하고 있는 상담자들의 추천을 통해 참여자를 모집하였다. 참여자 선정 기준은 발달 단계상 청소년 중기와 후기에 속하는 만 15~24세, 최소 6개월 동안 자해를 한 경험이 있음, 상담을 받은 경험이 있음이었고, 참여자들이 청소년 내담자라는 점을 고려하여 상담진행 중인 내담자는 제외하고 상담이 종결된 내담자를 연구 참여자로 선정하였다. 참여자들은 연구의 목적과 절차 등에 대한 설명을 충분히 들은 후 자발적으로 연구에 참여하였다. 최종적으로 연구에 참여하게 된 연구 참여자들은 수도권과 부산에 거주하는 청소년 7명으로, 성별은 여자 6명, 남자 1명이었다. 구체적인 참여자의 정보는 표 5에 제시한 바와 같다.

표 5. 참여자의 배경 정보

사례	성별	연령	자살·자해경험	학력	상담기간	상담시기
A	여	19	비자살적 자해	고등학교 재학	1년 이상~3년 미만	고등학교 재학
B	여	24	자살사고, 비자살적 자해	학교밖청소년	1년 미만	기타
C	여	23	자살시도, 자살사고, 비자살적 자해	대학 재학	1년 미만	대학 재학
D	여	18	자살사고, 비자살적 자해	학교밖청소년	1년 미만	고등학교 재학
E	여	22	자살사고, 비자살적 자해	대학 재학	1년 이상~3년 미만	대학 재학
F	여	24	자살사고, 비자살적 자해	대학 재학	1년 미만	대학 재학
G	남	22	자살사고, 비자살적 자해	대학 재학	1년 미만	대학 재학

나. 자료 수집

본 연구에서는 개인 심층면접을 통해 자료를 수집하였다. 심층면접은 2018년 4월부터 2018년 10월까지 진행되었고 면접시간은 약 1시간 정도, 면대면 또는 전화로 실시되었다. 인터뷰 녹음에 대한 동의를 구한 후 인터뷰 과정을 녹음하였고 축어록을 작성하였다. 인터뷰 질문은 Strauss와 Corbin(1988)이 제안한 바와 같이 깔때기 같은 접근(funnel-like approach)을 따라 광범위한 개방형 질문 하나로부터 점차 구체적인 질문으로 구성하였다. 본 연구에서 가장 핵심적인 질문은 “자해와 관련하여 현재까지 어떤 경험을 하였는지 이야기해주세요” 였으며, 인터뷰가 진행됨에 따라 “자해를 생각한 이유는 무엇이었나?”, “자해를 한 후 어떤 기분이나 생각이 들었나?”, “자해를 하려고 할 때 어떤 도움이 필요했나?”, “상담과정에서 어떤 부분이 도움이 되었나?” 등 내용의 흐름에 따라 점차 구체적인 질문을 하였다. 또한 인터뷰 외에 설문지를 만들어 참여자의 인적사항 등에 관한 자료를 수집하였다.

다. 자료 분석

본 연구에서는 Strauss와 Corbin(1988)이 제안한 개방코딩(open coding), 축코딩(axial coding), 선택코딩(selective coding)의 3단계에 따라 심층면접 자료를 분석하였고, 각 단계를 순환적으로 반복하였다. 먼저, 개방코딩 단계에서는 축어록을 한 줄씩 분석하는 줄단위 분석방법을 적용하여 연구자들이 의미 있다고 생각하는 개념을 참여자의 진술이나 추상적 해석을 통해 명명하였다. 또한 개념의 공통적인 속성에 따라 의미를 범주화하여 하위범주와 범주로 구분하는 작업을 하였다. 다음으로 축코딩 단계에서는 인과적 조건, 현상, 맥락적 조건, 중재적 조건, 작용/상호작용, 결과로 구성되는 패러다임 모형을 구성하였고 과정 분석을 위해 범주들을 통합하고 시간에 흐름에 따른 참여자들의 변화를 배열하였다. 마지막으로, 선택 코딩 단계에서는 메모, 도표, 이야기 윤곽 기술하기 등을 통해 연구의 중심 주제인 중심현상을 도출하였다. 자료 분석을 하는 동안 연구자들은 이론적인 민감성을 키우기 위해 관련 문헌을 고찰하였고 자해 경험이 있는 청소년에 대한 편견, 고정관념 등을 지속적으로 성찰하면서 참여자들의 경험을 그대로 나타내려고 노력하였다. 연구자들은 참여자들의 원자료를 나누어 코딩한 후 분석에 대한 논의와 합의 과정을 거쳤다.

자료 분석에 참여한 연구자는 총 4명으로 이 중 한명은 한국 상담심리학회 상담심리사

1급 자격증 소지자로 15년 이상 청소년 관련 상담 기관에서 종사하고 있고 두 명은 한국 상담심리학회 상담심리사 2급 자격증 소지자로 각각 3년 이상 청소년 관련 상담 기관에서 종사하고 있다. 또한 나머지 한 명은 한국 상담심리학회 상담심리사 1급 자격증 소지자로 상담심리 전공 교수이다. 연구자 모두 근거이론방법을 포함한 다양한 질적 연구방법을 적용한 연구를 한 경험이 있다.

라. 연구 타당성 검증

본 연구에서는 Lincoln과 Guba(1985)가 제시한 사실적 가치(truth value), 적용성(applicability), 일관성(consistency), 중립성(neutrality)의 기준에 근거하여 연구절차에 대한 타당성을 살펴보았다. 사실적 가치(truth value)는 양적 연구의 내적 타당도에 해당하는 것으로, 이를 확보하기 위해 3명의 연구 참여자들에게 범주분석 결과, 패러다임 모형, 과정 모형 등을 확인하는 과정을 거쳤다. 적용성(applicability)은 양적 연구의 외적 타당도에 해당하는 것으로, 이를 확보하기 위해 본 연구에 참여하지 않은 청소년 중에서 최소 6개월 동안 자해를 한 경험과 상담을 받은 경험이 있는 2명에게 본 연구의 결과가 자신의 경험과 비슷한지 확인하도록 하였다. 일관성(consistency)은 양적 연구의 신뢰도에 해당하는 개념으로, 이를 확보하기 위해 상담심리사 1급을 소지하고 상담경력이 10년 이상 된 청소년 상담자 4명의 자문단을 구성하여 본 연구의 결과를 검토하고 합의하는 과정을 거쳤고 추가적으로 2명의 상담심리전공 교수로부터 결과에 대한 피드백을 받았다. 마지막으로 중립성(neutrality)은 양적연구의 객관성에 해당하는 것으로, 이를 위해 연구를 진행하는 과정에서 연구자들은 연구목적과 연구결과를 논의하고 자문단과 지속적으로 의견을 나누었다.

마. 자해 청소년 대상 심층면접 결과

자료를 분석한 결과, 표 2와 같이, 최종 85개의 개념, 23개의 하위범주, 그리고 15개의 상위범주가 도출되었다. 또한 Corbin 등(2009)이 제안한 바와 같이 패러다임 모형을 이용하여 범주들이 서로 어떤 관련성을 갖고 자해행동으로부터 극복의 결과로 이어지는지 그림 1에 제시하였다. 이 패러다임 모형은 청소년들이 경험하는 자해행동의 인과적 조건과 맥락적 조건, 자해행동의 중심현상, 자해 행동에 대한 대처적인 작용/상호작용, 극복의 결과에 대해 하나의 연결된 구조를 보여준다.

인과적 조건(casual conditions)

인과적 조건은 어떤 현상의 직접적인 원인으로 현상이 전개되도록 하는 사건이나 요인을 의미한다(박승민, 김광수, 방기연, 오영희, 임은미, 2012). 본 연구에서는 인과적 조건으로 ‘일상생활에서 스트레스를 많이 받음’, ‘부정 정서를 많이 경험함’, ‘감정을 제대로 드러내지 못함’, ‘상담에서 부정적인 경험을 함’으로 나타났다. 구체적으로, 참여자들은 일상생활에서 친구와의 갈등, 학교생활 부적응, 성적에 대한 압박 등으로 많은 스트레스를 받았고 이로 인해 우울, 불안, 외로움, 무기력을 많이 느꼈다고 말하였다. 또한 대부분의 참여자들은 자신의 부정적인 감정을 제대로 드러내지 못했는데, 가령, 일부 참여자들은 ‘행복한 모습’만을 보이기 위해 울고 싶어도 울지 못하고 타인에게 화를 내지 못했다고 설명하였다.

“그러니까 초등학교 때는 엄청 작은 곳에서 생활했었어요 그래서 한 번 왕따를 당하면 좀 자주 당하는 경우가 많았는데 그 때 그렇게 하다가 큰 중학교를 갔어요 근데 중학교에서도 갑자기 커지니까 적응이 안되는 거예요 그래서 잘 지내는 편도 아니었는데 고등학교 왔는데 많은 애들 있는 게 좀 익숙해질거라고 생각했는데 고1때 친구랑 싸웠는데, 근데 제가 너무 낮을 가려서 그 친구밖에 말을 못했었어요” (참여자 A. 일상생활에서 스트레스를 많이 받음)

표 6. 개념들의 범주화

개념	하위범주	상위범주	패러다임	
친구와의 갈등으로 인해 스트레스를 받음 학교생활 부적응 성적에 대한 압박	일상생활에서 스트레스를 많이 받음	스트레스와 부정 정서	인과적 조건	
우울을 많이 느낌 불안을 많이 느낌 외로움을 많이 느낌 무력감을 많이 느낌	부정 정서를 많이 경험함			
울고 싶어도 울지 못함 좋은, 행복한 모습만을 보이려고 노력함 타인에게 화를 내 본 적이 없음	감정을 제대로 드러내지 못함			감정 억제

개념	하위범주	상위범주	패러다임
나를 처벌하려고 자해를 함			
나에게 화가 나서 자해를 함			
살아 있음을 느끼기 위해 자해를 함	다양한 이유로 자해를 함	자해 행동	중심 현상
나의 힘듦을 보이기 위해 자해를 함			
마음을 알아주는 사람이 없고, 공감을 받지 못할 때 자해를 함			
스트레스를 해소하기 위해 자해를 함			
상담과 관련하여 시간과 경제적 압박을 받음			
나를 공감하지 못하는 상담자			
나를 비난하는 상담자	상담에서 부정적인 경험을 함	부정적인 상담 경험	
청소년의 스트레스를 이해하지 못하는 상담자			
실적 관리로 인해 일시적인 관심만 보이는 상담자			
나의 힘듦을 과소평가하는 상담자			
부모의 맞벌이로 같이 보내는 시간이 거의 없음			맥락적 조건
부부갈등으로 자녀에게 무관심한 부모			
나에게 관심 없이 각자의 삶을 사는 부모	가족의 무관심과 방관적인 태도	가족 요인	
도움이나 상담을 받고 싶은 마음을 무시하는 가족			
가족 앞에서 자해를 했지만 방관하는 가족			
무조건 나를 비난하는 부모			
힘들다고 말했을 때 폭력적인 반응을 보이는 부모	부모의 학대		
담당 상담자가 부재할 때 도움을 청할 곳이 없음	위기 상담 시스템의 부족	사회적 요인	
여러 상담기관으로 연계되어 지속적인 도움을 받지 못함			

개념	하위범주	상위범주	패러다임
상황을 객관적으로 인식함			
자책이나 부정적인 생각을 멈춤	합리적이고 긍정적인 생각을 함	생각을 바꿈	
공부를 못해도 인생이 망하는 것이 아니라 고 생각함			
진로와 미래에 대해 긍정적으로 생각함			
누군가에게 이해받고 싶음			
내 이야기를 들어줄 사람이 필요해짐			
원 없이 내 이야기를 하고 싶어짐			
위로를 받기 보다는 누군가에게 내 이야기 를 하고 싶어짐	상담을 신청함		작용/ 상호작용
터놓고 말하고 싶어 상담을 신청함			
자해 행동에 대해 처음으로 상담자에게 털어놓음		정서적 지지원 구축 및 활용하기	
비슷한 경험이 있는 친구와의 대화			
나를 이해주는 친구와의 대화			
병원치로나 상담을 추천해주는 친구와의 대화	개인적인 관계를 통해 마음 다잡기		
조언이나 공감을 해 주는 친구와의 대화			
청소년의 스트레스를 이해하는 부모와의 대 화			
나의 자해 행동 대해 이야기했을 때 주변인 들이 부정적인 반응을 보임			
자해를 한 후 엄마에게 미안한 마음이 듦			
자해를 한 후 더 외로움을 느낌			
자해를 한 후 두려움을 느낌			
자해를 한 후 스스로 너무 한심하고 '겁쟁 이'같다고 느낌	자해 행동의 부정적인 측면을 인식하게 됨	자해 행동 후 부정적인 경험	중재적 조건
자해를 한 후 허탈한 기분을 느낌			
자해를 한 후 더 분노를 느낌			
자해를 한 후 더 짜증이 남			
자해를 한 후 부모님이 폭력적인 반응을 보임			

개념	하위범주	상위범주	패러다임
긍정적이고 낙천적인 성격 적극적인 성격 도움을 추구하는 성격	성격적 강점		
좋은 딸/아들이 되고 싶은 욕구 내가 원하는 일을 하고 싶은 욕구 자해를 중단하고 싶은 욕구	변화에 대한 욕구	개인적 요인	
나에 대한 믿음 자해를 중단할 수 있다는 믿음	나와 변화에 대한 믿음		
이해받고 공감 받는 느낌 혼자가 아닌 '함께'라는 느낌 절대적으로 지지받는 느낌 어떤 말을 해도 공격받지 않을 것 같은 안전감을 느낌 무조건적으로 수용 받는다는 느낌	공감과 지지를 받는 느낌	관계에서 경험 변화	
개인 상담을 받으며 문제 극복의 의지가 생김 전화 상담이나 동반자 상담을 통해 긍정적인 경험을 함	긍정적인 상담 경험을 함		
자퇴를 통해 학교 관련 스트레스로부터 벗어남 쉼터에 입소하여 부모 관련 스트레스로부터 벗어남	학교 혹은 부모 스트레스로부터 벗어남	환경에 변화가 생김	
에너지가 생김 피로를 덜 느낌 우울, 불안의 감소 화가 가라앉음 마음에 여유가 생김	삶에 생기가 되살아남 마음이 편안해짐	자해행동이 감소하기 시작함	
부정적인 감정을 표현하게 됨 타인의 가치 평가보다는 내 자신의 욕구를 더 존중하게 됨 자기 돌봄 전략을 활용하게 됨 나의 장점을 인식하게 됨 나 자신을 그대로 수용하게 됨 새로운 것을 할 수 있다는 자신감이 생김	긍정적인 스트레스 대처방안 긍정적이고 수용적인 자기 개념 형성	긍정적인 변화 및 성장	결과
여전히 남아 있는 부정 정서 극복 과정 중에 자해 행동 재발	부정 정서와 자해 행동이 재발함	남아있는 심리적 고통	

맥락적 조건

맥락적 조건은 현상이 놓여있는 장(예. 가족, 사회, 문화적 배경과 같은 맥락)을 의미하는데, 작용/상호작용을 통해 반응하게 하는 현상을 만드는 특수한 조건을 의미한다(박승민 등, 2012). 본 연구에서는 가족 요인인 ‘가족의 무관심과 방관적인 태도’, ‘부모의 학대’ 그리고 사회적 요인인 ‘위기 상담 시스템의 부족’ 이 맥락적 조건으로 도출되었다. 구체적으로 참여자들은 부모의 맞벌이, 부모간의 갈등 등으로 부모로부터 관심을 받지 못했고 가족들 앞에서 자해를 하거나 죽고 싶다고 말했지만 무관심 혹은 방관적인 반응만 돌아왔다고 응답하였다. 또한 몇 명 참여자들은 부모가 ‘나에게 관심 없이 각자의 삶’ 을 살았고 도움이나 상담을 받고 싶은 마음을 무시했다고 보고하였고 다른 참여자들은 부모가 자신을 비난하거나 힘들다고 말했다고 말할 때 폭력적인 반응을 보였다고 말하였다. 이와 더불어, 일부 참여자들은 ‘위기 상담 시스템의 부족’ 을 언급하였는데, 예를 들어, 담당 상담자가 부재할 때 도움을 청할 곳이 없었고 여러 상담기관으로 연계되어 지속적인 도움을 받지 못했다고 말하였다. 또한 참여자들은 상담을 받게 되더라도, 이 중 몇몇 참여자들은 상담에서 부정적인 경험을 하였다고 하였다.

“그 때 아빠가 저한테 그렇게 한 거는 다른 방법으로 저를 걱정한 거라고 해도 골프채 들고 갑자기 밤에 차 태워서 병원 가고 막 학교 자퇴시키고 병원 입원시킬 거라고 그러는 건 아닌 것 같아요 그런 식으로 말씀 하셨었거든요 근데 아빠가 좀 도가 심해지면 엄마가 달려줄 줄 알았는데 엄마도 아빠가 그렇게 화낸 걸 또 오랜만에 보셔서 옆에서 혹시 오늘 안돌아오면 학교에 말해 두겠다고 하시고 언니는 그냥 옆에서 멀뚱멀뚱 쳐다보고 가기 싫다고 막 그러는데.. 거의 끌려가가지고 차에 아빠가 억지로 태워가지고 병원 근처까지 갔었어요.” (참여자 A. 가족의 무관심과 방관적인 태도 & 부모의 학대)

“약간 그 때는 정말 죽으려는 목적 보다는 엄마한테.. 엄마 앞에서 했어요 근데 내가 엄청 심하게 그렇게 한 건 아니고 그냥 칼을 들고 내가 이렇게 힘들다. 내가 이렇게 많이 힘들다는 걸 표현하려고 한 건데 엄마가 엄청.. 무관심했죠 아무렇지 않게 넘겨버리고 방관 아니면 무시? 이런 느낌? 그래서 그 때 그었던 것 같아요 결국 아무 뭐 관심이나 뭐 대화를 나누지 못하고 그냥 그렇게 끝났죠.” (참여자 D. 부모의 무관심과 방관적인 태도)

“[상담]선생님이 계속 바뀌고. 상담 선생님이 매번 같이 있을 수 없으니까. 근데 밤에 갑자기 너무 혼자 같고 그냥 이대로 떠날까 내가 없어져도 아무도 모르겠지? 상담 선생님이 알려준 위기상담 번호에 전화 했는데 내 이야기를 다시 반복해야 하니까. 그 분은 내 상황을 모르니까 계속 하던 말 또 하고. 얘기를 하는데 더 안 좋다 그런 생각이 들었어요.” (참여자 H. 위기 상담 시스템의 부족)

“아 처음에 찾아갔던 게 청소년 상담 복지센터였던 것 같은데 제가 살고 있는 지역에 있는. 근데 그 분께서 첫 회기 때부터 밝아보여서.. 밝아보여서 우울증 같지도 않고 그냥 약 안먹으면 안되냐 이런 식으로 얘기를 하셨고, 저는 그 때 상처를 되게 많이 받았었거든요. 약먹는 것도 겨우겨우 좀 먹어야 된다고 의식적으로 잘 먹고 있었는데 그 분이 그렇게 말씀하시니까 저도 좀 흔들리고” (참여자 C. 상담에서 부정적인 경험을 함)

중심현상(phenomenon)

중심현상은 ‘여기서 무엇이 진행되고 있는가?’ 에 대한 내용으로, 본 연구에서 참여자들이 경험하는 중심 현상은 ‘자해 행동’ 으로 나타났다. 참여자들은 ‘다양한 이유로 자해 행동’ 을 했다고 말했는데, 특히 ‘나를 처벌하려고’, ‘나에게 화가 나서’, ‘살아있음을 느끼기 위해’, ‘나의 힘듦을 보이기 위해’, ‘스트레스를 해소하기 위해’ 자해를 했다고 설명하였다. 이와 더불어, 외로움이 자해 행동과도 관련이 있는 것으로 보고되었는데, 특히 일부 참여자는 ‘마음을 알아주는 사람이 없고, 공감을 받지 못할 때’ 자해를 했다고 말하였다.

“자해 같은 거는 죽고 싶어서 했다가보다는 내가 너무 미울 때? 많이 했어요. 그러니까 내가 왜 누군가에게 화를 내고 나면은 ‘왜 이런 화를 내가 냈지? 왜 나는 이 화도 못참지?’ 하면은 내가 너무 미운거예요 막. 그거는 이제 보통 학업스트레스 때문에 많이 죽고 싶다 느꼈는데 내가 너무 미우면은 그냥 자살하고 싶다 이런 것 보다는 그냥 너무 미우니까는 불편으로 몸을 긁거나 이랬었어요.(중략) 근데 막 긁고 나니까 뭐지? ‘나는 이런 벌을 받을 만해’ 이런 생각을 막 했어요, 그 때 너무 짜증나서.” (참여자 B. 다양한 이유로 자해를 함)

“어 근데 오히려 그걸 해서 그 당시에 저한테는 좋았었다고 생각이 드는 게 되게 무기력하고 엄청 되게 죽어있다는 느낌을 많이 받았거든요. 그냥 좀비처럼 몸만 움직인다 이런 생각이 많이 들었는데 자해를 하면은 저로 인해서 저의 일부분이 아프다거나 이렇게 되고 되게 그래서 그 아픈 시간 동안 좀 깨어있다 이렇게 생각을 했던 것 같아요.” (참여자 F. 다양한 이유로 자해를 함)

작용/상호작용(action/interaction)

작용/상호작용은 현상에 대처하는 실제 행동이나 전략을 의미하는데(박승민 등, 2012), 본 연구에서는 작용/상호작용으로 ‘합리적이고 긍정적인 생각을 함’, ‘상담을 신청함’, ‘개인적인 관계를 통해 마음 다잡기’로 나타났다. 먼저 참여자들은 자책하거나 부정적인 생각을 하기 보다는 상황을 객관적으로 인식하려고 노력하였다. 또한 학업적인 스트레스를 많이 받고 있던 일부 참여자들은 ‘공부’에 부여하는 의미를 줄임으로써 공부를 못해도 ‘인생이 망하는 것이 아니라고 생각’하게 되었고 진로와 미래에 대해 긍정적으로 생각하도록 노력함으로써 자신이 진정으로 하고 싶은 일이 무엇인지 고민하는 시간을 가지게 되었다고 말하였다.

“음... 제가 맨날 뭐지 이렇게 우울한 기분이 들면 원인을 찾아보려 하면은 내가 너무 세상을 좁게 바라보고 있거든요? 항상? 다른 사람이랑 비교하고 ‘여기서 내가 잘해야 하는데’ 내가 성취 못하면 또 슬퍼지고 뭐 누구한테 잘 밌보였거나 이런 이유 때문인데 그냥 엄청 아빠는 어.. 세상은 넓다 이렇게, 뭐라 해야할까? 길은 다른 길도 많은데 얼마이지 마라 이런 얘기해주니까 아 또 내가 얼마여서 있구나. 이런 느낌을 갖게 돼서 좀 넓게 객관적.어 긍정적?으로 생각하려고 했어요.” (참여자 B. 합리적이고 긍정적인 생각을 함)

“약간 이 길 아니면 안돼라는 생각을 가지고 있었는데 근데 그 길에서, 아 저는 기계공학 전공하고 있는데 기계공학 하면서 되게 힘들고 못하겠고, 근데 이미 들어와서 탈출을 하지도 못할 것 같고 이런 생각에 막막하고 좀 답답하고 그랬는데 아 이길 아니어도 되네? 이런 생각을 해서” (참여자 C. 합리적이고 긍정적인 생각을 함)

또한 참여자들은 정서적 지지원을 구축하고 활용하였는데 특히 누군가에게 ‘원 없이’ 혹은 ‘터놓고’ 자신의 이야기를 하고 싶고 이해받고 싶어 상담을 신청하였다. 또한 ‘개인적인 관계를 통해’ 마음을 다잡으려고 노력하였는데, 특히 자신과 비슷한 경험이 있는 친구들과 대화하고 이해/공감을 해 주거나 병원치료/상담을 추천하는 등 도움을 주는 친구들과 상호작용을 했다고 말하였다.

“상황이 비슷한 친구들이 있어서..그냥 우리 얘기를 많이 했어요 예전에는 죽을까 그런 생각까지 했었다. 그냥 막연히 영혼 없이 그렇게 이해하고 공감 하는게 아니라 그 친구들은 정말 내 마음을 이해해주는거죠 자기들도 그런 경험을 했으니까. 서로 맞아 맞아 끝까지 말 안 해도 자세히 말 할 필요가 없죠 서로 아니까 어떤 마음인지” (참여자 H. 개인적인 관계를 통해 마음 다잡기)

“다른 사람들보다 상담할 때 좋은 점은 내가 원 없이 할 수 있잖아요, 내 얘기를. 내가 더 오래 살아봤으니까 이런 느낌을, 상담자로부터 이런 느낌을 안 받을 수 있는거? 인생조언 한다는 것처럼 얘기하는거? 다 내가 살아봐서 아는데 그런거는 지나가면 귀찮아져요, 내가 오래 살아봤으니까 안다 이러는 것 없고 그리고. 내가 하고 싶은 이야기 할 수 있으니 하고 싶어서..” (참여자 B. 상담을 신청함)

“처음에는 바로 해답을 찾지 못했고, 그냥 원대로 누군가에게 내 이야기를 하고 싶었어요 친구 한명이 있는데 그 친구한테 털어놨더니 그 친구가 막 공감을 해 주니까 뭔가 참을 수 있어요. 그리고 친구가 상담을 추천했는데 그게 부모님이나 어른들이 상담을 가라고 할 때는 기분이 안 좋았는데 친구가 추천하니까 아 그럼 상담 한 번 받아볼까 그런 생각이 들었어요.” (참여자 F. 개인적인 관계를 통해 마음 다잡기)

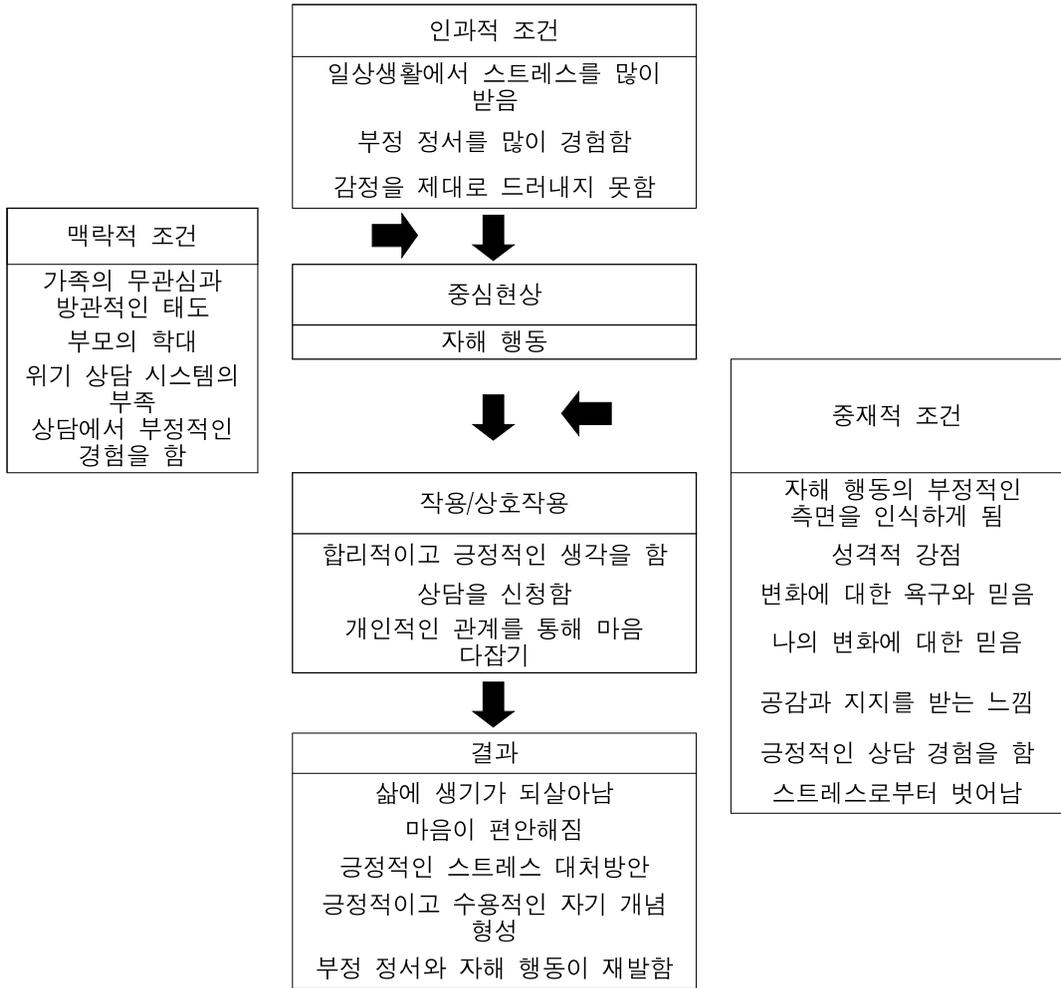


그림2. 자해와 극복 경험에 대한 패러다임 모형

중재적 조건(intervening conditions)

중재적 조건은 작용/상호작용 전략에 영향을 미치는 조건들로(Corbin & Strauss, 2008), 본 연구에서는 ‘자해 행동 후 부정적인 경험’, ‘개인적 요인(‘ 성격적 강점’, ‘변화에 대한 욕구’, ‘나와 변화에 대한 믿음’), ‘관계에서의 경험 변화’(‘공감과 지지를 받는 느낌’, ‘긍정적인 상담 경험을 함’), ‘환경에 변화가 생김’ 이 중재적 조건으로 나타났다. 먼저, 공통적으로 참여자들은 자해를 한 후 부정적인 경험을 하였고 이로 인해 누군가에게 도움을 받고 싶다는 생각이 들었다고 말하였다. 예를 들어, 자해를 한 후 외로

움, 두려움, 허탈감, 분노를 느꼈다거나 자신이 너무 한심하고 ‘겉쟁이’ 같이 느껴졌고 부모님께 죄송한 마음이 들어 죄책감을 느꼈다.

“그 시도를 했을 때는 그냥 좀 너무 한심하고 되게 스스로 겉쟁이 같고 그러다가 내가 왜 이렇게 살지 하면서 울고 막 그랬는데. 그냥.. 어.. 그냥 아무것도 없는 허탈한 기분이었다. 그냥 그 때는 왜 이렇게 했을까보다는 그냥 아 이걸 소독 해야겠다 이런 생각을 했던 것 같아요 (음.. 네.) 소독하면서 그냥 ‘아 왜, 왜 또 이렇게 폐혈증 걸려 가지고 죽으면 아프니까’ 이 생각하면서 좀 스스로 한심해 하기도 하고 이게 뭐지 싶기도 하고” (참여자 C. 자해 행동 후 부정적인 경험)

“일단은 상담을 받으면서 자퇴를 했는데 자퇴가 조금 많이 도움이 되었던 것 같아요. 학교에 앉아 있으면 제가 울고 싶어도 울지 못하고 함부로 우울하지 못하고 친구들한테 계속 좋은 모습 보여야 되고 이런 것들이나 아니면 수업시간에 앉아있을 때 드는 자살생각이나 이런 것들이 많았는데 그런 것들 그냥 완전히 버려버린 거니까 일단 외부적인 요인은 그게 제일 컸던 것 같아요” (참여자 D. 학교 혹은 부모 스트레스로부터 벗어남)

또 다른 중재적 조건으로 참여자 중 일부는 원래 긍정적이고 낙천적인 성격이었으며 이러한 성격특성이 자해 행동을 극복하는데 도움이 되었다고 보고하였다. 또한 몇몇 참여자들은 심리적 어려움으로부터 벗어나려는 욕구와 믿음이 있었기 때문에 꾸준히 노력 할 수 있었다고 말하였다.

“제가 그 때는 우울하고 죽을까 이런 생각을 했긴 했지만 원래 성격이 긍정적이고 활발하다는 말을 많이 들었거든요. 내가 지금은 이렇지만 그래도 나한테 긍정적인 면이 있으니까 그래도 내가 성격이 좋으니까 이 문제가 해결될 수 있을 거야. 자연스럽게 그냥 그렇게 생각하고 주변 사람들도 그렇게 생각하니까” (참여자 F. 성격적 강점& 나와 변화에 대한 믿음)

또한 참여자들은 개인적인 관계(예. 친구, 부모)에서 공감과 지지를 받는 것 그리고 상담자의 도움이 자해 행동에 대처하는 데 긍정적인 영향을 미친다고 설명하였다. 이 외에도 자퇴나 쉼터에 입소하는 등의 환경적 변화로 인해 자해 행동이 감소되었다고 보고하였다.

“상담 할 때 되게 질문형식으로 많이 하신단 말이에요, 하셨어요. 약간 이런 일이 있었어요. 하면은 해결책을 말해주는, 말씀해주시는 게 아니라 왜 그렇게 됐을까 라든지 너는 그 때 그 상황에서 기분이 어땠어? 라든지 이렇게 질문을 많이 하셨는데 되게.. 뭔가.. 그런 상황에 처한 친구들? 한테 천천히 생각할 시간이라 해야 되나.. 누군가 좀 편한 상대랑 말을 하면서 좀 자기 혼자 있을 땐 그 생각이 잘 안 들거든요. 그냥 막연히 남 탓 같거나 막연히 내 탓 같은데 좀 더 상황을 객관적으로 볼 수 있도록 도와주셔서 좋았어요” (참여자 A. 상담자로부터 도움을 받음).

“선생님이 아무 말 없이 가만히 들어주시는 게 좋았고. 눈을 안 맞춰도 되는 게 좋았고. 그냥 그냥 상담실 편안한 분위기라든가.. 그리고 음.. 제가 계속 뭔가 이런 이미지를 안 만들어도 되는 것들이나 아니면 진짜 중요했던 거는 되게 어쨌든 절대적인 나를 지지해주는 사람을 얻은 느낌이다? 이런 생각 많이 들어서.. 그냥 제가 이렇게 말하면 제가 죽고 싶다고 하면은 사람들이 그건 진짜 잘못된거야. 왜 잘못됐냐고 말하면 아무 대답을 못 하지만.. 상담 선생님은 니가 죽고 싶다는 기분 잘 알겠다 하지만 이 날까지는 선생님하고 살아주려고 약속해줄래? 이런 식으로.. 어쨌든 제 말에 딱히 토를 달지 않고 제 생각을 지지해주는 것들이 좋았어요. 그게 안 좋은 생각이라고 하더라도” (참여자 D. 상담자로부터 도움을 받음)

결과(consequences)

결과는 작용/상호작용의 결과로 인해 나타나는 현상으로(박승민 등, 2012), 본 연구에서는 ‘삶에 생기가 되살아남’, ‘마음이 편안해짐’, ‘긍정적인 스트레스 대처방안’, ‘긍정적이고 수용적인 자기 개념 형성’ 이 결과로 나타났다. 중심현상에서 벗어나려 노력한 참여자들은 대부분 삶에서 생기를 되찾아갔고, 우울과 불안과 같은 부정 정서가 감소되고 화가 가라앉으면서 마음에 여유가 생기기 시작했다. 예를 들어, 참여자 F는 “상담을 받으면서 덜 우울해지고 마음이 많이 편안해졌어요. 뭔가 해 보고 싶다는 힘이 생기고 예전에는 하루 종일 집에서 누워있고 아무것도 하기 싫었는데 이제는 하고 싶다 이것도 알아보고 싶다 그런 생각이 드는게.”

“약간 뭔가 이런 과정을 다 견뎌서? 약간 뭔가 뭔가 많이 경험하고 보고 싶고 그랬어

요 제가 지금 경험한 건 이것 밖에 안되는데 물론 나쁜 경험도 많겠지만 좋은 경험도 많고, 좋은 사람도 많이 만날 수 있고 약간, 약간 뭐라고 해야 되죠? 처음에는 그런 생각 잘 안들었는데 딱 자살하고 싶다고 생각한 당시 때는 제일 심했을 때는 종교 때문이 컸던 것 같고, 조금씩 덜 해지면서 엄마랑 여행가게 되고, 그 상황에서 뭔가 다양한 걸 경험하고 싶다. 지금 내가 가진 작은 경험으로 죽기엔 아깝지 않나<웃음>이 생각이.. 했던 것 같아요. 딱 제일 아 죽고 싶어 할 때는 세상이 넓디 사람이 뭐 하디 신경 아무것도 안쓰이고 그랬던 것 같은.. 아 그 그랬어요” (참여자 A. 삶에 생기가 생김)

또한 참여자들은 자해 행동이 감소하면서 긍정적인 변화와 성장을 경험하는 것으로 나타났다. 구체적으로, 대부분의 참여자들이 경험한 긍정적 변화와 성장에는 먼저 긍정적인 스트레스 방안을 사용하게 된 것이다. 특히 참여자들은 부정적인 감정을 표현하게 되고 타인 보다는 자신의 욕구를 더 존중하게 되었고 자기관리의 소중함을 알게 되어 자신에게 효과적인 자기 돌봄 전략(예. 운동, 음악 감상)을 활용하게 되었다.

“뭔가 저는 상담을 그만 두고 나서도 약간 상담 선생님이 저한테 해주셨던 것처럼 싸우거나 그랬을 때 뭔가 저한테 되게 질문을 많이 했거든요 선생님을 따라하는 것까지는 아니고 ‘아 왜 이런 상황이 펼쳐졌을까, 내가 그 때 기분이 어땠을까? 친구의 기분이 어땠을까?’ 이런 식으로 천천히 생각해보고 막 그런 걸 하면서.. 물론 살아가면서 내 얘기를 들어줄 사람이 필요하지만 뭔가 예전보다는 덜 의존적인 느낌?” (참여자 A. 긍정적인 스트레스 대처 방안)

“처음에는 되게 싫다는 말을 진짜 못했었거든요 근데 그걸 조금 용기 내서 할 수 있게 된 것 같고. 저는 00의 그런 일이 있기 전까지 제가 저의 일이 힘들거나 슬퍼서 울었던 적이 한 번도 없었는데, 이후로는 내가 어떤 게 힘들고 슬퍼하는 건지 알게 되고 그 다음에 그전까지는 그냥 계속 남들하고 비교하면서 나는 저 사람은 저만큼 했는데 나는 이만큼 힘들니까 안 힘들어도 돼. 이렇게 넘겼던 것들이 많은데 ‘저 사람은 저 사람이고 난 지금 내가 힘든 걸 돌봐줘야 돼’ 이런 생각을 많이 했어서.. 그래서 힘들 때 울기도 하고 조금씩 극복하려 노력도 하고 그랬던 것 같아요” (참여자 D. 긍정적인 스트레스 대처 방안)

참여자들이 경험한 또 다른 긍정적인 변화 및 성장은 자신에 대한 태도 변화였다. 참여

자들 중 일부는 극도의 어려운 시간을 경험하면서 자신에 대해 많은 생각을 하게 되었고 극복의 과정에서 발견한 자기 내면의 힘을 자각하면서 긍정적이고 수용적인 자기 개념을 형성하게 되었다고 말하였다. 특히 참여자들은 자신을 있는 그대로 수용하게 되면서 새로운 것을 할 수 있다는 자신감이 생긴 것으로 확인되었다.

“나는 충분히 괜찮은 사람이고 다른 것 할 수 있다라는 생각을 가질 수 있었던 게 가장 컸던 것 같아요 나를 좋게 봐주는 거죠 그대로 받아들여지게 된 거 같아요” (내담자 C. 긍정적이고 수용적인 자기 개념 형성)

“나도 그냥 오케이하다. 누구랑 누구랑 비교해서 못한 사람이 아니라 그냥 나는 다른 사람이라 다른 사람이지만 그래도 좋은 사람이라는 생각을 하게 되니까 마음이 편안해지고 그렇게 자존감 자신감이 높아졌어요” (내담자 H. 긍정적이고 수용적인 자기 개념 형성)

이와 같이 자해행동이 줄어들면서 긍정적인 변화와 성장을 경험한 참여자들은 대체로 삶에 만족하며 살았지만, 자해로부터 완전히 자유롭지 않은 참여자들도 있었다. 총 8명의 참여자 중 2명은 중심현상에서 벗어났다가 자해 행동을 다시 보였고, 2명은 여전히 우울, 외로움, 불안 등을 경험하면서 자해를 하고 싶다는 생각이 들었다고 보고하였다.

“평소에는 좀 괜찮거든요 그러니까 우울한 생각도 훨씬 덜하고 좀 긍정적인 편인데 약간 생리만 했다 하면은 약간 예전으로 살짝 돌아가는 경향이 없지 않아 있어서” (내담자 A. 남아있는 심리적 고통)

“근데 아직도 많이 안 괜찮은 것 같아요 음.. 그래서 어 아직 많이 안 괜찮은 것 같아요 많이 극복됐다 생각했는데 어 이렇게 뭔가 핸드폰에 있는 노래 계속 듣다가 그 사람 노래 나오면 갑자기 막 진짜 이유 없이 눈물 계속 나고. 그런 것들이? 어쨌든 저한테 아직은 극복하기 어려운 것 같아요” (내담자 D. 남아있는 심리적 고통)

“어.. 그냥 여전히 완전히 좋지는 않고..누가 나를 화나게 하면 자해 하고 싶다 확 그냥 다시 해 버려? 그런 생각이 조금 들기는 해요 특히 여전히 가족들이 너무 나를 인정해주

지 않거나 누가 나를 비난하고 그러면 가끔 그런 생각이 들어요.” (내담자 G. 남아있는 심리적 고통)

과정 분석

본 연구에서 도출된 작용/상호작용을 토대로 시간의 흐름에 따른 상황의 변화를 추적하였고, 그 결과, 그림 2에 제시한 바와 같이, 참여자들의 자해 행동과 관련한 경험은 ‘자해 행동’, ‘개인적 노력과 외적 변화’, ‘극복’, ‘내적 성장’의 4단계로 나타났다. 또한 ‘자해 행동’에서 ‘극복’에 이르는 과정은 서로 순환하는 모형으로 확인되었다. 각 단계에 대해 살펴보면, 첫 번째 단계인 ‘자해 행동’은 일상생활에서 받은 스트레스와 부정 정서(예. 우울, 불안, 외로움, 무력감)로 인해 초래되었는데, 감정을 억압하고 표현하지 않는 개인적 특성이 자해행동을 더욱 가속화시켰다. ‘자해 행동’ 단계에서 참여자들은 다양한 이유(예. 자신에 대한 분노, 살아 있음을 느끼기 위해, 스트레스를 해소하기 위해)로 자해를 하였다.

두 번째 단계인 ‘개인적 노력과 외적 변화’에서 참여자들은 적극적으로 자해 행동에서 벗어나기 위해 ‘개인적 노력’을 시도했다. 구체적으로, 주변에 자신의 힘든 점을 알리고 전문적인 도움(예. 상담)을 추구하고 비슷한 경험이 있거나 자신을 이해하는 친구들과의 교류를 통해 정서적 지지를 형성했다. 또한 합리적이고 긍정적인 사고를 하려고 노력하는데, 예를 들어, 자신을 비난하는 생각을 하는 대신 상황을 객관적으로 해석하려는 작업을 하였다. 참여자들의 긍정적, 낙천적, 도움을 추구하는 성격 그리고 변화에 대한 욕구와 믿음이 이러한 ‘개인적 노력’을 가능케 하였다. 이와 더불어, 자퇴를 하거나 쉼터에 입소하면서 학교 및 부모 스트레스로 벗어나는 등의 ‘외적 변화’도 경험하였다. 다음으로 세 번째 단계인 ‘극복’에서 참여자들은 ‘개인적 노력과 외적 변화’로 인해 삶에 생기가 되살아나가고 마음이 편안해지고 점차 자해 행동을 덜 하게 되었다. 특히 참여자들은 우울, 불안, 화를 덜 느끼게 되었고 적응적인 행동을 할 수 있는 에너지를 되찾았다.

마지막으로 네 번째 단계인 ‘내적 성장’에서 참여자들은 ‘긍정적인 스트레스 대처방안’과 ‘긍정적이고 수용적인 자기 개념 형성’을 통해 내적으로 성장하였다. 이 전 단계가 자해 사고와 자해 행동에서 벗어나기 위해 노력하는 과정이었다면, 이 단계는 극복을 바탕으로 자신에 대해 긍정적이고 수용적인 자기 개념을 형성하고 새로운 것을 할 수 있다는 자신감을 얻게 되는 과정이다. 하지만 참여자 중 일부는 ‘극복’에 이르게 된 후에

도 외로움이나 무기력감 등을 극복하지 못하고 자해 행동이 재발하는 순환 과정에서 벗어나지 못했다.

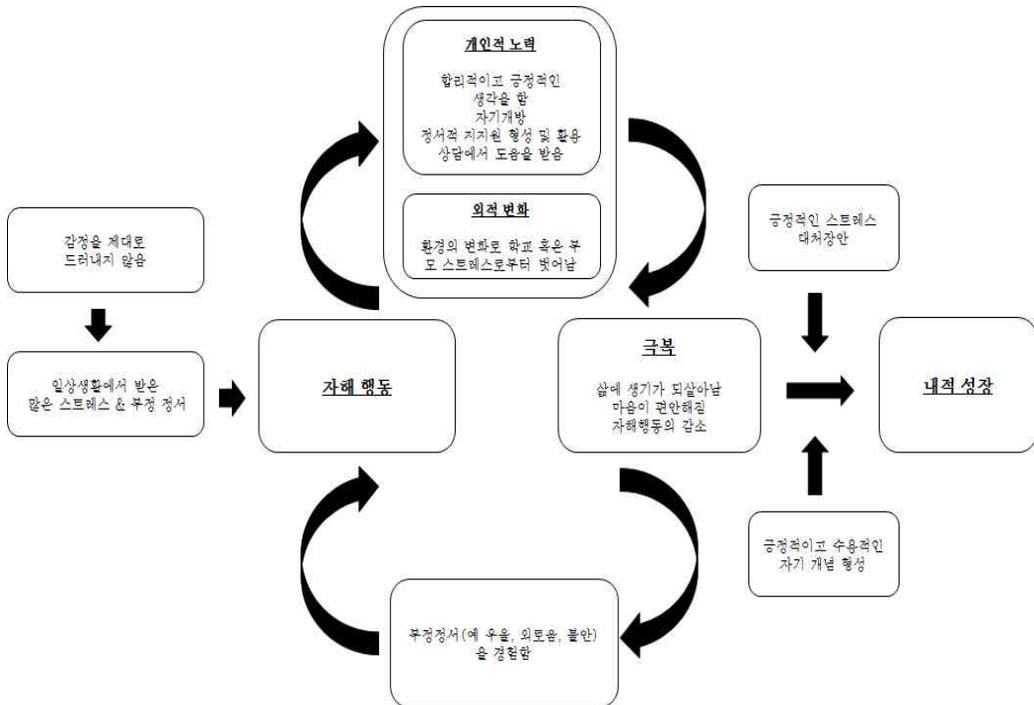


그림3. 자해와 극복 과정 모형

4. 프로그램 구성

가. 프로그램의 구성원리

자살·자해 위기청소년 상담개입 프로그램의 구성원리 및 구성요소 추출을 위해 선행연구를 고찰하고 자살·자해 위기청소년을 상담한 경험이 있는 현장전문가 및 자살·자해 위기를 상담을 통해 극복한 청소년 대상 심층면접 결과를 분석하였다. 우선, 현장전문가 10명을 대상으로 ‘자살·자해 위기청소년의 특성’, ‘자살·자해 위기청소년 진단 방법’, ‘자살·자해 위기청소년 접근 방법’, ‘자살·자해 위기청소년 초기, 중기, 후기 상담 개입 방법’, ‘자살·자해 위기청소년 상담 시 효과적인 치료요인’, ‘자살·자해 위기청소년 상담 시 장애요인’, ‘자살·자해 위기청소년 상담 시 지원방안’, ‘자살·자해 위기청소년 상담 개입 매뉴얼 개발 시 포함되어야 할 내용’에 대한 심층면접 결과를 분석하여 프로그램의 세부 목표를 설정하였다. 또한, 청소년 대상자 심층면접을 통해 ‘자살·자해 생각 및 시도의 이유’, ‘자살·자해 계획 및 시도 경험’, ‘자살·자해 시도 후 생각과 느낌’, ‘자해 시도 시 자살 의도’, ‘자살·자해 관련 보호요인 및 지지자원’, ‘자살·자해 상담 과정에서 도움이 된 부분’을 탐색하여 프로그램의 세부내용을 구성하였다.

본 연구에서는 다음의 구성 원리에 따라 프로그램 구성요소를 조직하고 이를 바탕으로 세부내용을 구성하였으며, 자살·자해 위기청소년 대상 개인상담 시 상담자들이 개입할 수 있는 구체적인 방안 및 활동을 제시하는 프로그램으로 회기를 구성하고 개발하였다.

1) 자살과 자해를 구분하여 프로그램을 구성한다.

DSM-5에서는 자살의도를 동반하지 않은 자해행동을 구분하여 논의하고 있으며 (American Psychiatric Association, 2013), 선행연구에서도 자해행동을 자살의도의 동반유무에 따라 자살적 자해와 비자살적 자해로 구분하고 있다(이동귀, 함경애, 배병훈, 2016; Favazza, 1996; Simeon & Favazza, 2001). 이러한 맥락에 따라 자살의도를 동반하지 않는 자해행동을 자살 및 자살의도를 가진 자해행동의 원인이 상이하고 따라서 이에 대한 구분과 차별적인 개입을 하는 것의 중요성이 강조되고 있다(김수진, 김봉환, 2015). 그러나 청

소년을 대상으로 하는 자살관련 프로그램은 상당수 존재하나, 자해 청소년을 대상으로 하는 상담 프로그램은 거의 전무한 실정이다. 또한, 실제 본 연구의 자살·자해 위기청소년을 대상 심층면접에서도 자살과 자해의 원인이 상이한 것으로 나타났다.

본 프로그램에서는 먼저 도구와 면접을 통해 자살(자살적 자해)과 자해(비자살적 자해)를 구분하였다. 이때 자해와 자살을 스크리닝 하는 도구는, 권혁진(2014)이 개발한 비자살적 자해 척도와 고효진, 김대진, 이홍표(2000)가 개발한 자살위험성 예측척도를 수정·보완하여 사용하였다. 이 도구를 통해서 내담자가 자살적 자해(자살)와 비자살적 자해(자해) 중 어떤 문제를 가지고 있는지 구분한다. 또한 비자살적 자해와 자살적 자해에 따라 차별적인 개입하기 위하여, 자살개입은 기존 한국청소년상담복지개발원에서 개발된 자살위기청소년 상담개입프로그램(배주미, 양윤란, 김은영, 2009)을 기초로 프로그램을 구성하였고 이와 차별적으로 자해를 구분하여 프로그램을 구성하였다. 자해 개입 내용을 구성하기 위하여, 자해청소년 심층면접 결과를 바탕으로, 초기에는 자해의 동기 및 욕구, 자해 동기에 따른 개입전략, 자해 후 감정 탐색, 자해 대체활동 찾기 등 자해관련 내용을 포함시켰다.

2) 근거기반이론을 기반으로 인지행동치료를 중심으로 한다.

자살·자해 위기청소년에 대한 개입방법들을 검증한 선행연구들에 따르면, 인지행동치료, 변증법적치료, 가족치료, 부모교육이 고위기청소년의 자살·자해를 다루는데 효과적인 것으로 나타났다(Glenn, Franklin, & Nock, 2015; Donaldson, Spirito, & Esposito-Smythers, 2005; Perepletchikova et al, 2011). 본 프로그램에서는 그 중에서도 특히 인지행동치료를 중심으로 하여 프로그램을 구성하였다. 인지행동치료는 자살 시도 및 자살의 원인이 되는 우울과 무망감을 감소시키고 자살 시도를 하지 못하도록 구체적인 행동계획을 실천하게 하여 자살위험을 감소시키는 것으로 보고되었다(조은경, 2010; Basco et al., 2006). 또한, 자해청소년의 경우 인지행동치료를 통해 청소년의 사고와 자해행동이 어떻게 서로 연결되어 있는지를 확인하는 과정을 통해 자해행동을 감소시키고, 자해가 아닌 다른 방법을 찾는 방법으로 접근이 가능하다(Yip, 2005; Zila & Kiselica, 2001). 또한 현장전문가 및 청소년 심층면접에서도 비합리적 신념변화, 구체적인 행동계획 수립 등 인지행동치료가 효과적이라고 보고되었다. 따라서 인지행동치료를 기반으로 하여 특히 중기관리에서 개인의 스트레스 대처방식을 인식하고 비합리적 신념 및 행동을 변화시켜나가는 것으로 프로그램을 구성하였다.

3) 초기, 중기, 후기 단계별 프로그램을 구성한다.

배주미 등(2009)은 자살위기청소년 개입과정을 초기관리, 중기관리, 후기관리로 구분하여, 단계별로 차별화된 개입이 이루어지도록 프로그램을 구성하였다. 초기관리에서는 자살 위험과 관련된 안전성 확보에 초점을 두었는데, 주로 자살위험 수준 평가, 자살관련 안전 관리시스템 마련, 자살의 이득과 손실 알기 등의 내용을 구성하였다. 중기관리에서는 스트레스 대처 및 문제해결 능력을 증진하고 사회적 지지망을 구축하는 내용으로 구성되었으며, 후기관리는 잠재력을 개발하는 내용으로 구성되었다. 배주미 등(2009)이 제시하였듯이 자살 개입 시 초기에는 자살과 관련된 안정성 확보가 주요하게 다루어져야 한다고 보고, 본 연구에서 초기, 중기, 후기관리로 구분하여 프로그램 내용을 구성하였다. 이는 현장전문가 심층면접에서도 단계별로 각기 다른 개입방법이 제시되었다는 결과와 일치한다.

이에 본 프로그램에서는 상담의 전 과정을 초기, 중기, 후기로 나누었을 때 각각의 과정을 단계별로 나누어 개입방법을 구분하였다. 구체적으로는 초기에는 ‘라포형성’, ‘위험수준 진단’, ‘상담구조화’, ‘안전확보’, ‘주호소문제 및 초기 자원탐색’이 가장 주요한 요인들로 나타났다. 상담의 초기단계에는 자살·자해의 위험수준 및 내담자의 증상을 파악하는 것이 중요하다. 그리고 특히, 초기단계에서 내담자와 라포를 형성하여 상담자와 내담자 간의 신뢰관계를 형성하는 것이 가장 중요한 것으로 나타났다. 따라서, 본 프로그램의 초기단계에서는 이를 반영하여 초기단계에 위험수준을 진단할 수 있는 구체적인 척도와 검사들을 제시하였고 라포형성을 위한 상담자의 태도에 대해서도 구체적으로 기술하였다. 다음으로, 중기단계에서는 ‘자살 및 자해원인에 대한 구체적인 탐색’, ‘내담자 상태점검’, ‘비합리적 신념 및 행동변화’가 주요한 요인으로 나타났다. 이에 따라 중기단계에서는 내담자의 자살 및 자해의 위험요인 및 원인에 대해 구체적으로 탐색하고 내담자가 갖고 있는 비합리적 신념 및 행동을 변화시키는 것을 주요내용으로 프로그램을 구성하였다. 끝으로 후기 단계에서는 ‘구체적인 대처방안 계획 및 실행’, ‘생활관리’ 등이 주요한 요인으로 나타났으며, 이를 프로그램의 주요내용에 반영하여 구체적으로 대처방안을 수립하고 실행할 수 있도록 돕고 상담 종결 후의 생활관리 부분까지 다루는 것으로 구성하였다. 이때 초기와 중기관리에서 주로 자살 및 자해 위기를 다루는 바, 초기와 중기관리에서 자살과 자해를 나누어서 내용을 구성하였다. 또한 중기와 후기관리는 자살 및 자해 증상이 감소된 상태에서 개입이 이루어지는 바, 자살 및 자해 문제를 가진 청소년의 심리적·행동적 문제, 즉 비합리적 신념, 스트레스 대처방법 등에 대해서 다룬다.

4) 자살·자해 청소년 상담 시 공감 및 진솔성 등 상담자의 역할을 강조한다.

현장전문가 대상 심층면접 분석결과, 상담자의 진솔성, 베풀주기, 적극적 경청과 같은 상담에서의 상담자의 무비판적이고 지지적인 태도가 자살·자해 상담에서 중요한 요인으로 작용하는 것으로 나타났다. 또한 청소년 대상자에 대한 심층면접 분석결과에서도 자해 위기 극복과정에서 공감 및 지지를 받고 있는 느낌 및 긍정적인 상담 경험이 중요하게 보고되었다. 이에 본 프로그램에서는 상담자의 태도와 관련된 부분을 프로그램의 주요한 구성요소로 반영하였다. 세부내용에 자살사고 및 행동, 자해에 대한 무비판적 경청과 상담자의 진솔성을 기반으로 자살사고, 행동 등에 대한 공감, 비자살적 자해의 동기 및 목적에 대한 공감, 내담자 행동에 대한 진솔하고 솔직한 태도를 포함시켰다. 또한, 후기관리에서는 내담자의 변화의 동기와 행동을 지지하고 변화에 대한 믿음, 삶의 의미와 새로운 목표에 대한 격려를 세부내용으로 구성하여 상담자 태도를 강조하였다.

5) 중기·후기 청소년을 대상으로 한다.

본 프로그램은 중기후기청소년을 대상으로 한다. 자살·자해 청소년을 상담한 경험이 있는 현장전문가 대상 심층면접 분석 결과, 초기 청소년의 경우 자살 및 자해관련 호소 사례가 많지 않고, 초기 청소년 대상으로 자살 및 자살 개입 보다는 자살 예방을 실시하는 것이 효과적이라고 보고하였다. 또한 문헌연구 및 현장전문가 연구결과, 초기보다는 중기와 후기청소년 대상으로 하는 프로그램이 구성되어야 한다고 보고되었다. 심층면접 결과에서 중기청소년에는 지지체계 구축, 자기이해가 중요하며, 후기청소년은 대학생 특성, 정보제공, 진로설계, 대인관계가 중요하다고 보고되었다. 그러나 심층면접에서 중기와 후기 청소년의 상담개입이 크게 구분되지 않는다는 의견이 있었지만 중기 청소년의 경우 후기 청소년에 비해 부모 상담과 상담 동기가 상대적으로 중요하기 때문에 프로그램 개발에 있어서 이러한 특성을 고려하여 반영하고자 하였다. 따라서 본 연구의 프로그램은 중기청소년과 후기청소년 단계별 차이를 구분하지 않고 제시된 내용, 지지체계구축, 자기이해, 정보제공, 진로설계 등 내용을 포함시켜 상담자들로 하여금 선택하여 사용하게 하였다.

6) 부모상담을 강화한다.

자살·자해 청소년 상담에 있어서 부모상담을 강화하였다. 자살·자해 청소년을 상담한 경험이 있는 현장전문가 대상 심층면접 분석 결과, 자살·자해 청소년을 보다 잘 이해할 수 있도록 부모상담 및 가이드를 통해 부모를 개입하여 상담을 강화하는 것이 효과적이라

고 보고하였다. 심층면접 결과에서 자살·자해 청소년에 영향을 미치는 부모의 태도와 관련하여 자해 행동에 대한 부모의 비난, 부모의 무관심, 역기능적 부모의 태도가 자살·자해 청소년에 부정적인 영향을 미치는 부모의 태도로 보고되었다. 이에 본 프로그램에서는 부모의 태도와 관련하여 부모가 청소년 자녀의 자살·자해 증상을 발견 했을 시 어떻게 해야 하는지, 자녀의 스트레스나 힘든 점을 부모에게 털어 놓았을 때 어떻게 자녀와 상호작용을 해야 하는 지 등 자살·자해 청소년 자녀 관계에서의 상호작용에 대한 내용 중심으로 프로그램에 반영하고자 하였다. 또한 자살·자해 위기 수준에 따라 부모가 어떻게 개입하고 행동해야 하는지에 대한 지침 및 안내를 포함시켰다. 나아가 부모와 자녀가 새로운 관계를 형성을 할 수 있도록 상담하는 방법을 제시하였다. 자해청소년 연구결과에서 알 수 있듯이 자해청소년은 부정적인 감정을 억압하다가 결국 더 이상 참을 수 없어서 자신에게 상처를 주는 경우가 많다. 이러한 경향을 가정에서도 그대로 나타날 가능성이 많다. 따라서 자해청소년이 부정적인 감정 등 다양한 감정과 스트레스를 자연스럽게 표현하고 공감받을 수 있는 가정 분위기를 형성하는 것이 근본적으로 필요하다. 이에 매뉴얼에서는 상담자가 부모로 하여금 청소년과 새로운 관계를 형성할 수 있는 전략을 제시하였다.

7) 상담자 소진 예방을 포함하여 구성한다.

상담자들이 자살 및 자해 위기 청소년을 대상으로 상담을 진행할 때 다른 위기상담에 비해 상담자의 불안과 소진이 높다(Ruskin, Sakinosfsky, Bagby, Dickens, & Sousa, 2004). 실제로 본 연구에서 상담자들을 대상으로 한 심층면접 결과에서도 자살·자해 청소년 상담 시 힘든 점으로 상담자의 불안과 상담자 소진이 큰 비중을 차지하였다. 또한 이는 내담자의 자살시도와 이에 대한 상담자의 부담감 등에서 비롯되는 것으로 나타났다. 이에 본 프로그램에서 상담자의 불안과 소진을 예방하기 위해 상담자 소진 예방을 프로그램 구성 요소로 포함하였다. 이를 위해 상담자가 불안으로 인한 비판 및 충고, 위로, 부정적 반응과 같은 불안반응, 상담 종결 후 상담자의 자기감정을 점검하고 상담자 스스로 부담감, 무기력 등과 같은 상담자 소진을 점검할 수 있게 하였다. 자기점검 외에도 동료, 슈퍼바이저, 자문위원과 같은 지지자원을 확보하는 것에 대한 내용을 포함하여 프로그램을 구성하였다. 상담자 자기점검과 지지자원 확보를 통해 자살·자해 위기 청소년 상담에 있어 상담자 소진예방과 상담자 보호가 가능하다.

나. 내용구성

1) 프로그램 구성모형

선행연구 고찰 및 현장전문가, 청소년 대상 심층면접 결과를 바탕으로 도출된 구성원리에 의하여 본 프로그램에서는 다음과 같이 프로그램을 구성하였다. 프로그램 구성 모형은 표 7에 제시되어 있다.

표 7. 프로그램 구성 모형

구분	회기	주요내용				
초기 관리	1~3	위험수준 판단				
		주호소 문제 및 위험사건(공통)				
		자살	자살 탐색	자해	자해 탐색	
			자살 보호요인 파악		자해 보호요인 파악	
			안전 확보		안전 확보	
		상담구조화				
		상담자 태도(적극적 경청)				
		상담자 자기점검				
중기 관리	4~8	자살	자살 위험평가 및 개입	자해	자해 위험평가 및 개입	
		비합리적 신념 및 행동변화				
		생활 스트레스 관리				
		기관연계 및 자원활용				
		상담자 태도(진솔성)				
		상담자의 자기관리				
후기 관리	9~10	생활계획 및 관리				
		문제해결 방식				
		긍정성 및 잠재력				
		종결다루기				
		상담자 태도(격려 및 지지)				
		상담자의 자기관리				

※ 회기수는 내담자의 위기수준에 따라 달라짐.

2) 프로그램 운영원리

먼저, 자살·자해 위기청소년 상담개입 프로그램 운영의 경우, 중기·후기 청소년을 대상으로 하고 있으며 개인상담 시 적합하므로 청소년상담복지센터 등 청소년 대상 상담기관을 중심으로 프로그램이 보급될 필요가 있다. 또한, 최근 청소년 자살·자해 문제, 특히 자해문제가 이슈화되고 청소년 자해에 대한 개입 프로그램이 미비한 바 자해청소년을 상담하는 상담자들을 대상으로 우선적인 보급이 필요할 것으로 보인다. 순차적이고 구체적으로 구성된 상담개입 프로그램으로 특히 초심상담자 및 자살위기청소년 상담 경험이 적은 상담자의 경우, 유용하게 활용될 수 있을 것으로 보인다.

다음으로, 프로그램 내용 구성은 자살·자해 위기청소년 대상 개인상담을 기준으로 상담단계에 따라 초기, 중기, 후기 관리로 나누어 구성되었으며, 각 회기는 50분을 기준으로 한다. 이에 프로그램은 초기, 중기, 후기에 따라 순차적으로 진행하여야 한다.

마지막으로, 프로그램의 내용은 구체적이고 다양한 기술, 효과적인 평가방법, 실제적인 지식, 활용도 높은 정보를 중심으로 구성하였다. 이를 위해 다양한 자료와 심리검사 및 척도, 개인 활동지 등을 포함하였다.

3) 프로그램 초안 세부내용

본 프로그램 세부내용은 선행연구 및 청소년상담복지센터 및 대학상담센터에 종사하며 자살·자해 위기청소년을 상담한 경험이 있는 현장전문가 및 상담을 통해 자살·자해 위기를 극복한 청소년 대상 심층면접 결과를 바탕으로 도출된 구성원리에 따라 구성요소를 도출하고 이를 토대로 프로그램을 구성하였다. 본 프로그램의 목적은 개인상담을 통한 자살·자해 위기청소년 대상 효과적 개입에 있다. 이러한 목적을 달성하기 위해 프로그램은 초기, 중기, 후기 관리로 나누어 구성되었으며 전체 10회기로 구성하였다. 다만, 10회기를 정하기는 하였으나, 회기는 청소년의 위기수준에 따라 유연하게 달라질 수 있다. 구체적인 내용은 제시된 표 8과 같다.

표 8. 프로그램 초안 세부내용

단계	목표	구성요소	세부내용
초기 관리	-자살 및 자해 안전성 확보	위험수준판단	- 비자살적 자해와 자살적 자해 평가 - 위기(고, 중, 저) 평가 - 기관연계(병원, 경찰, 쉼터 등) 여부 결정

단계	목표	구성요소	세부내용	
	- 신뢰감 형성	자살	자살관련 문제 탐색	- 주호소 문제 - 자살 관련 경험 탐색 - 자살사고 및 충동, 행동 탐색 - 생활사건(가족, 학교생활, 교사 및 또래관계, 소중한 사람의 죽음 등) 탐색
			보호요인 탐색	- 죽지 않을 이유 : 타인에게 도움 되는 느낌, 종교, 삶의 목표, 친구관계 등
			안전확보	- 자살방지 서약 - 지지체계 구축(가족, 친구 등 연계) - 위험 물건 없애는 등 주변 환경 안전성 확보
		자해	자해 관련 탐색	- 주호소 문제 - 자해 관련 경험 탐색 - 자해 행동 및 동기 탐색 - 생활사건(가족, 학교생활, 교사 및 또래관계, 소중한 사람의 죽음 등) 탐색
			보호요인 탐색	- 감정조절 및 스트레스 대처 방법 탐색
			안전확보	- 자해방지 서약 - 지지체계 구축(가족, 친구 등 연계) - 위험 물건 없애는 등 주변 환경 안전성 확보
		상담구조화	- 상담횟수, 비밀보장 - 상담 기대 및 욕구(상담자 및 내담자 역할 구조화) - 부모상담 구조화(비밀보장, 부모의 상담에 대한 기대 다루기)	
		기관연계 및 자원활용	- 지지체계(친구, 종교 등) 구축 및 활용 - 기관 연계	
		적극적 경청 (신뢰감)	· 자살에 대한 경청 및 공감 - 자살사고 및 경험에 대한 무비판적 경청 - 자살사고 및 행동의 원인에 대한 공감 · 자해에 대한 경청 및 공감 - 자해 목적에 대한 무비판적 경청	

단계	목표	구성요소	세부내용
		상담자 자기 점검	<ul style="list-style-type: none"> - 상담자 불안 및 부담감 점검 - 상담자의 불안한 반응(비판 및 충고, 위로 등 부정적 반응) 점검 - 상담기록
중기 관리	-스트레스 대처 및 문제해결력 증진 - 협력적 관계 수립	자살 위험평가 및 개입	<ul style="list-style-type: none"> - 자살 위험 지속성 평가 - 자살 사고 및 행동 파악 - 약물치료 점검: 약물치료 및 약물복용 체크
		자해 위험평가 및 개입	<ul style="list-style-type: none"> - 자해 위험 지속성 평가 - 자해 동기, 목적 및 자해 후 느낌 파악 - 자해 대체활동 하기 - 비자살적 자해 행동 점검
		비합리적 신념 및 행동 변화	<ul style="list-style-type: none"> - 주요 정서 인식하기 - 비합리적 사고 및 행동 다루기 - 새로운 대안방법 찾기
		생활 스트레스 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 생활스트레스 관리 중기청소년 : 자기이해, 학교 또래 관계 등 후기청소년 : 삶의 목표(의미), 대인관계 등 - 스트레스 대처방식 인식
		부모상담	<ul style="list-style-type: none"> - 부모 무관심 및 방관적 태도 다루기 - 자해에 대한 부모 대처방법 다루기
		기관연계 및 자원활용	<ul style="list-style-type: none"> - 지지체계(친구, 종교 등) 구축 및 활용 - 기관 연계
		깊은 공감 (진실성)	<ul style="list-style-type: none"> · 자살에 대한 경청 및 공감 - 자살 사고에 대한 경청 - 자살하고 싶은 구체적인 상황에 대한 경청 및 공감 · 자해에 대한 경청 및 공감 - 비자살적 자해 후 느낌 경청하기 - 비자살적 자해의 동기 및 목적에 대한 경청 및 공감
		상담자의 자기관리	<ul style="list-style-type: none"> - 상담자 소진 점검(부담감, 무기력 등) - 상담자-내담자 관계 점검(진솔성, 역전이 등) - 상담자 지지자원 확보(동료, 슈퍼바이저, 자문위원 등) - 개입의 성과 및 효과성 점검 상담기록

단계	목표	구성요소	세부내용
후기 관리	긍정적 자기개념	생활계획 및 관리	- 위험수준 재점검 - 건강한 생활습관 만들기
		스트레스 대처 방법	- 새로운 대안방법 찾기 - 새로운 문제해결 방법 배우기
		종결 다루기	· 종결 시점 정하기 - 위험수준 재점검 - 추수관리 - 종결 후 기관연계
		경청 및 공감	- 경청 및 공감
		상담자의 자기관리	- 종결 관련 자기 감정 이해

IV. 연구 결과

본 연구에서는 프로그램 개발 절차 모형에 따라 프로그램을 구성하고, 시범운영 후 그 효과를 평가하고자 하였다. 본 프로그램의 효과를 검증하기 위해, 먼저 자살 및 자해 청소년을 상담하는 청소년 상담복지센터에서 일하는 청소년 상담자 20명을 대상으로 참여자 관점 평가를 실시하였다. 또한 Wee센터에 종사하는 청소년상담자 6명을 대상으로 프로그램에 대한 질적 평가를 받았고, 전문가 2명에게 매뉴얼에 대한 감수를 받았다.

1. 참여자 관점 평가 결과

가. 연구 대상

본 연구의 대상은 청소년상담복지센터 현장전문가 20명을 대상으로 참여자 관점 평가를 실시 하였다. 이들은 지역 청소년상담복지센터 종사자로 센터장 4명, 팀장 6명, 상담원 10명으로 구성되었다.

나. 평가 도구

프로그램 내용 구성의 타당성과 적절성을 평가하고 더불어 프로그램 교육과정의 효과성을 평가하기 위해 이호준(2006)이 개발한 참가자 관점 평가 도구를 본 프로그램에 맞게 수정하여 사용하였다. 참가자 관점 평가 도구는 효과성, 참여성, 충실성, 신뢰성, 편의성의 다섯 영역으로 구성된다. 효과성은 프로그램이 얼마나 효과적이라고 지각되는가에 대한 평가이며, 참여성은 프로그램 참가자들이 프로그램의 내용구성 및 운영과정에 얼마나 주체적으로 참여할 수 있는가와 관련된다. 충실성은 이를 전달하는 강사의 준비성, 태도 등을 통해 참가자들이 느끼는 강의 전반에 대한 만족도를 측정한다. 신뢰성은 프로그램 운영 전반에 대한 만족도이며, 편의성은 주로 프로그램이 실시되는 장소의 여건과 관련된 요인이다. 이에 본 연구에서는 프로그램 내용 구성의 타당성과 적절성을 중심으로 평가하기 위해 이호준(2006)의 구성요인 중 효과성을 비롯하여 관련된 내용을 수정·보완하여 사용하였

다. 수정된 문항은 프로그램이 얼마나 적절하게 구성이 잘 되었는지의 효과성가과 현장에서 활용하기에 적절한지에 대한 활용성으로 구성되어 있다.

또한 회기별 프로그램 내용 구성에 대한 피드백과 수정, 보완 사항에 대해서 서술식으로 작성할 수 있도록 평가지를 구성하였다.

다. 평가 결과

프로그램 내용에 대한 평가는 리커트 방식의 5점 척도를 사용하여 측정하였다. 참여자들은 평균 4.05점으로 전반적으로 높은 만족도를 보였다. 구체적으로 살펴보면 프로그램의 효과성에서는 4.15점, 현장에서 프로그램의 활용성은 3.95점으로 나타났다. 프로그램 전체 만족도는 표 9와 같다.

표 9. 프로그램 전체 만족도

구분	평균
효과성	4.15
활용성	3.95

또한 프로그램의 회기별 만족도는 표 10과 같다. 청소년상담복지센터 현장전문가들은 본 프로그램의 내용이 목표를 달성하는 데 적절한 내용이었는가에 대한 질문에 초기단계 4.05점, 중기단계 4.2점, 후기단계 3.95점의 만족도를 보였다.

표 10. 프로그램 회기별 만족도

구분	평균
초기	4.05
중기	4.20
후기	3.95

프로그램에 대한 주관식 기술 내용은 다음과 같다. 먼저, 자살적 자해와 비자살적 자해에 대한 구분이 이루어진 것, 인지행동치료적 접근으로 다루는 점, 상담자의 대처방안이 구체적이고, 위험수준 판단, 정서인지행동 다루기 등 중요하고 필요한 내용들로 구성된 부

분이 만족스럽다고 평가하였다. 아쉬운 점은 인지행동 치료를 개입하는데 있어 인지 수준이 낮은 청소년에게 적용하는 것에 한계, 자발적이고 상담동기가 강한 청소년에게는 도움이 될 수 있으나 비자발적 청소년에게는 프로그램 적용에 어려움이 있음을 지적하였다.

둘째, 초기 단계(1회기~3회기)에서 상담자 보호에 관한 방법에 대한 내용이 도움이 되었고, 감정을 인식하고 행동과 신념에 초점을 맞춰서 진행이 되는 과정이 좋았다고 보고하였다. 초기단계에서 중위험과 고위험의 기준을 판단할 때 상담사의 주관이 포함될 수 있어 보완이 필요하다는 반응이 있었다. 전반적으로 초기 단계에서 비자살적 자해인지 자살적 자해인지에 대해 평가할 수 있는 것이 좋았고 고위기 상담 시 상담자의 태도와 보호에 대해 언급한 것이 도움이 될 것 같다는 의견이 많았다. 초기 단계에서 위험성 수준의 판단이 중요한 만큼 위험성 판단 기준을 구체화하여 개입기준의 구분도 구체적으로 제시될 필요가 있다는 의견이 있었다.

셋째, 중기 단계(4회기~8회기)에서는 자해 대체 활동을 찾는 것, 안전한 장소 찾기, 나를 힘들게 하는 것들의 목록 작성하기 등과 같이 자해 대신의 건강한 대안을 찾을 수 있도록 돕는 활동이 좋았다고 보고하였다. 인지행동치료에 대한 개입에 있어서 이전에 내담자와의 라포 형성과 사전계약을 잘 맺을 수 있도록 추가 활동이 구성되면 좋겠다는 보고가 있었고 자살·자해에 영향을 미치는 부정적 정서를 다루는데 있어서 정서분화가 어려운 청소년 대상자를 위한 활동이 추가되고 심리적 동기 이외의 환경적 요인을 고려한 개입 방안이 포함되기를 원하는 요구가 있었다.

넷째, 후기 단계(9회기~10회기)에서는 스트레스 대처방안을 청소년과 쉽게 논의할 수 있도록 하는 방법이 좋았고 생활습관 분석 및 관리에 대한 내용이 청소년 대상자에게 도움이 될 것 같다고 보고하였으나 삶의 목적 및 의미를 다루는 데 있어서 청소년과 작업하기에는 추상적이고 질문들이 어려울 수 있어서 중·고등학생들에게 맞는 쉬운 질문으로 구성되는 것이 필요하다는 의견들이 있었다.

2. 전문가 심층면접

프로그램과 매뉴얼의 효과성을 확인하기 위해 청소년상담복지센터 종사자 3명과 Wee센터 종사자 6명을 대상으로 프로그램 적용 및 매뉴얼 사용에 대한 심층면접을 진행하였다. 심층면접 질문 내용은 표 11과 같다. 질문은 크게 프로그램의 내용활용성, 운영 적절성, 효과성으로 구성되었다.

표 11. 심층면접 질문 내용

구성	질문내용
내용 활용성	‘초기단계’에서 도움이 되었던 부분과 어려웠거나 개선되었으면 하는 내용은 어떤 것이 있었나요?
	‘중기단계’에서 도움이 되었던 부분과 어려웠거나 개선되었으면 하는 내용은 어떤 것이 있었나요?
	‘후기단계’에서 도움이 되었던 부분과 어려웠거나 개선되었으면 하는 내용은 어떤 것이 있었나요?
운영 적절성	본 매뉴얼 운영 시 효과적일 것 같은 부분, 어려운 점 및 개선사항은 어떤 것이 있었나요?
효과성	본 매뉴얼이 자살·자해 청소년 상담 시 어떻게 활용되며 어떤 효과가 있을 것 같나요?

가. 내용 활용성

1) 초기단계

초기단계 내용활용성 측면에 대해 전문가들은 자살·자해의 위험수준을 구체적으로 평가할 수 있어 자살의도, 목적, 동기 파악에 효과적으로 활용할 수 있을 것 같다는 의견이 있었다. 또한 안전 스케줄을 작성하면서 생활을 기록하고 점검할 수 있는 부분이 효과적인 것 같다고 평가하였다. 활용성 증진을 위해 개선되어야 할 부분으로는 구체적인 질문과 청소년 유형별로 접근방법에 대한 가이드라인이 제시되면 좋을 것 같다는 의견이 있었다.

2) 중기단계

중기단계 내용활용성 측면에 대해 전문가들은 현장에서 활용 가능한 인지치료 활동지와 예시가 제시되어 있어서 좋았다는 의견이 많았다. 그러나 조금 더 구체적인 설명과 예시가 추가되면 좀 더 활용도를 높일 수 있을 것 같다는 의견이 있었다. 또한, 제시된 ‘%’와 같은 수치가 청소년 내담자에게 활용하는데 있어 어려울 수 있으므로 0~10점 척도로 바꾸는 방법 등 청소년들이 쉽게 쓸 수 있게 수정된다면 활용도를 높일 수 있을 것 같다는 의견이 있었다.

3) 후기단계

후기단계 내용활용성 측면에 대해 전문가들은 부모상담 부분이 있어 도움이 될 것 같고,

스트레스 대처방식을 알려주고 나만의 해결방법을 찾아보게 구성되어 있어 좋다는 의견이 있었다. 더불어, 실제적인 행동차원에서 건강한 생활양식을 형성할 수 있도록 구체적인 활동지가 제시되어 있어 현장에서의 활용도가 높을 것 같다는 의견이 있었다. 개선되어야 할 부분은 조금 더 구체적인 대처전략의 제시가 필요하며 실제 내담자와 상담을 할 때 참고할 수 있는 예시 등이 추가되면 좋을 것 같다고 평가하였다.

나. 운영 적절성

매뉴얼의 운영 적절성에 관하여서는 매뉴얼의 전반적인 내용과 구성이 중학생 이상의 발달단계에 맞춰져 있는 것으로 보여 초등학생 또는 인지능력이 부족한 청소년들에게는 적용하기 어려울 것으로 보인다는 의견이 있었다. 또한, 청소년 내담자에게 적합한 어휘선택과 제시문의 제공이 필요하다는 의견도 있었다. 기존 자살 및 자해 청소년을 상담할 때 활용할 수 있는 매뉴얼이 없어서 어려움이 있었으나 본 매뉴얼을 통해 체계적으로 상담할 수 있을 것 같다는 의견이 많았다. 또한 구체적인 전략과 단계에 따른 목표가 있어 활용도가 높고 해당 대상자들에게 운영이 적절할 것으로 나타났다. 매뉴얼의 보다 효과적인 운영을 위해서 구체적인 부모상담 내용의 추가와 상담자 소진예방 내용을 추가했으면 좋겠다는 의견이 있었다. 또한, 이론적 측면과 함께 참고할 수 있는 자료와 출처 제공을 통해 효율적인 운영이 가능할 것이라는 의견이 있었다.

다. 효과성

매뉴얼의 효과성에 대해 전문가들은 위기상황에서 다루어야 할 부분을 구체적으로 확인할 수 있고 표현이 어려운 내담자들에게는 활동지를 활용해 볼 수 있게 구성되어있으며, 이해가 쉬운 인치치료 도식 활동지를 통해 자살 및 자해 청소년에게 효과적인 상담을 제공할 수 있을 것으로 평가하였다.

3. 전문가 감수

개발된 프로그램 및 매뉴얼 수정 및 보완을 위하여 전문가 2인에게 감수를 받았다. 현장 전문가와 실제 청소년 심층면접을 통한 매뉴얼 제작은 적절하고 다른 매뉴얼과 차별화된

연구방법으로 보이나, 심층면접에서 파악된 결과를 매뉴얼에 충분히 반영하지 못한 부분이 있어 이에 대한 보완이 필요한 것으로 보인다는 의견이 있었다. 그리고 자살 및 자해를 구분하여 매뉴얼을 구성하여 매뉴얼의 활용성을 높일 필요가 있다고 제시하였다. 또한, 전반적인 상담과정과 대략적인 내용들이 매뉴얼에 포함되어 있으나, 상담자가 현장에서 실제적으로 활용할 수 있는 구체적인 상담자 표현 및 지시들이 보완되어야 한다는 의견을 제시하였다. 추가적으로 외국의 자해관련 매뉴얼과 활동지를 참고 및 활용할 필요가 있다는 의견이 있었다.

4. 고위기 상담개입 매뉴얼 수정 및 보완

청소년상담복지센터 현장전문가 참여자 관점 평가, 전문가 심층면접 내용, 전문가 감수 내용을 분석한 결과를 토대로 프로그램의 수정방향을 설정하였다. 그 내용을 아래와 같다.

첫째, 본 매뉴얼에서 초기관리, 중기관리, 후기관리를 회기로 구분하고 있는데, 내담자의 위험 수준에 따라 초·중·후기 관리가 달라질 수 있는 바, 회기 수 보다는 각 단계(초기, 중기, 후기)를 구분하는 위험수준의 기준을 추가하고자 한다. 이를 통해 자살·자해 청소년 개입 시 초기관리, 중기관리, 후기관리를 융통성 있게 운영되도록 할 필요가 있다.

둘째, 매뉴얼 내용 중 상담 및 개입기법, 활동 절차를 실제성 높은 활동과 지침서 및 활용방법을 추가하여 상담 매뉴얼의 활용성을 높이고자 한다. 특히 정서개입 부분에서 정서 분화와 인식을 도울 수 있는 활동을 추가 하고 한정된 감정을 인식하는 청소년들을 위해 다양한 감정과 정서에 대한 이해를 높일 수 있는 내용을 추가 제시하였으며, 인지행동 치료에 있어서 좀 더 쉽게 보완하였으며, 인지행동치료 전 사전계약 및 라포형성에 대한 오리엔테이션 내용을 추가하였다.

셋째, 자살·자해 고위기 청소년 상담 개입에 있어서 부모 상담과 상담자의 태도가 중요하므로 부모상담에 있어서 부모에게 알려야하는 고위험에 대한 기준을 제시하고 협력하는 방안을 강화하고자 하였으며, 상담자 태도에 있어서 상담자 자기관리, 적극적 경청, 공감 및 지지방법, 주 양육자에게 알리는 방법, 전달내용의 범위, 주요 타자와 협력하는 방법 등을 따로 제시를 하여 부모상담과 상담자의 태도 부분을 강화하고자 하였다.

넷째, 전반적으로 청소년 대상자들의 수준에 맞는 사례와 어휘를 선택하여 수정 보완하였다. 구체적으로 스트레스 대처 방법 및 삶의 목적과 의미 부분에서 청소년들이 이해하기 쉽게 간결화 하고 보완하였으며, 대상자들에게 맞는 자해의 다양한 사례와 정보에 대한 내

용을 추가하였다.

다섯째, 상담자들의 매뉴얼 사용의 편의성을 높이기 위해 자살과 자해 매뉴얼을 분리하여 제작하고자 한다. 자살과 자해의 개입이 공통된 부분이 있다 하더라도 자살과 자해의 상담개입이 다르기 때문에 구분하여 제작하여 매뉴얼의 가독성을 높이고자 했다.

고위기 자살·자해 상담개입 매뉴얼 수정사항과 수정된 프로그램 세부내용은 표 12와 표 13-1, 표 13-2와 같다.

표 12. 고위기 자살·자해 상담개입 매뉴얼 수정사항

영역	수정 사항
초기관리	<ul style="list-style-type: none"> ○ 구체적인 위험수준 제시 ○ 자살적 자해와 비자살적 자해 개입을 명료하게 제시 ○ 상담구조화 및 내담자 유형에 대한 구체적인 개입 방안 제시
중기관리	<ul style="list-style-type: none"> ○ 상담과정 중간 평가 추가 ○ 인지수준이 낮은 내담자를 위한 인지치료 활동지 추가 ○ 자해 대처활동에서 ‘자신을 아끼는 활동’ 추가 ○ 자해의 다양한 사례 및 정보 추가 ○ 자해 탐색 시 구조화된 질문리스트 추가 ○ 자해 동기별에 따른 개입방안 추가 ○ 자해 대안활동 예시 추가 ○ 자해에 영향을 미치는 환경적 요인 내용 추가 ○ 정서적 개입 강화 및 보완
후기관리	<ul style="list-style-type: none"> ○ 스트레스 대처 방법 및 대안활동 보완 ○ 추수관리 내용 추가 ○ 매주 상담 시 ‘나의 생활습관 분석’ 내용 추가
기타	<ul style="list-style-type: none"> ○ 활동지를 부록으로 분리하여 활용도 향상 ○ 매뉴얼 사용 지침 및 활용방법에 대한 내용 제시 ○ 부모상담 프로그램 구성 강화 ○ 상담자 태도 및 자기점검 구성 강화 <ul style="list-style-type: none"> - 상담자 자기관리, 적극적 경청, 공감 및 지지 방법 제시 - 주 양육자에게 알리는 방법, 전달 내용의 범위, 주요 타자와 협력하는 방법 - 상담자 소진예방을 위한 내용 추가

표 13-1. 고위기 자살·자해 상담개입 매뉴얼 세부내용

단계	목표	구성 요소	수정된 프로그램 세부내용	
			자살	자해
초기 관리	-자살 및 자해 안전성 확보 - 신뢰감 형성	위험 수준 판단	- 비자살적 자해 및 자살적 자해 평가 - 위기(고, 중, 저)평가 - 기관연계(병원, 경찰, 심터 등) 여부 결정	
		문제 탐색	- 주호소 문제 - 자살 관련 경험 탐색 - 자살사고 및 충동, 행동 탐색 - 생활사건(가족, 학교생활, 교사 및 또래관계, 소중한 사람의 죽음 등) 탐색	- 주호소 문제 - 자해 관련 경험 탐색 - 자해 행동 및 동기 탐색 - 생활사건(가족, 학교생활, 교사 및 또래관계, 소중한 사람의 죽음 등) 탐색
		보호 요인 탐색	- 죽지 않을 이유 : 타인에게 도움되는 느낌, 종교, 삶의 목표, 친구관계 등 - 내담자 강점 탐색	- 감정조절 및 스트레스 대처 방법 탐색 - 내담자 강점 탐색
		안전 확보	- 자살방지 서약 - 지지체계 구축(가족, 친구 등 연계) - 위험 물건 없애는 등 주변 환경 안전성 확보 - 안전계획 수립	- 자해멈출 준비 점검 - 지지체계 구축(가족, 친구 등 연계) - 위험 물건 없애는 등 주변 환경 안전성 확보 - 안전계획 수립
		상담 구조화	- 상담회수 - 비밀보장의 범위 - 상담기대 및 욕구(상담자 및 내담자 역할 구조화) - 동기파악이 잘 되지 않는 내담자, 무기력한 내담자 다루기 - 녹음에 대한 동의 안내 - 약물 치료 병행 시 상담 구조화 안내	
중기 관리	- 스트레스 대처 및 문제해결력 증진 - 협력적 관계 수립	위험 평가 및 개입	- 자살 위험 지속성 평가 - 약물치료 점검: 약물치료 여부, 약물 복용 체크 - 자살 사고 및 행동 파악 - 삶의 목적 및 의미 찾기	- 자해 위험 지속성 평가 - 자해 동기, 목적 탐색 및 이해 - 자해 후 느낌 파악 및 이해 - 자해 멈추기 목표 및 전략 세우기
		스트레스 관리	- 내담자의 환경과 생활스트레스 확인 - 구체적인 스트레스 요인 확인 - 생활스트레스가 내담자의 자살사고에 미치는 영향 파악	- 내담자의 환경과 생활스트레스 확인 - 구체적인 스트레스 요인 확인 - 생활스트레스가 내담자의 자해행동에 미치는 영향 파악

단계	목표	구성 요소	수정된 프로그램 세부내용	
			자살	자해
		감정 인식 및 변화	<ul style="list-style-type: none"> - 감정 명명하기 - 자살과 관련 감정 이해 - 자살 관련 부정적 정서, 생각 점검 - 우울, 무망감, 불안 등 부정적 정서 다루기 - 자살 시도 이후 정서 다루기 - 자기 돌봄을 통해 부정적인 정서 환기 	<ul style="list-style-type: none"> - 감정 명명하기 - 자해와 관련된 감정 이해 - 자해 관련 부정적 정서, 생각 점검 - 분노, 불안 등 부정적 감정 다루기 - 자해 이후 정서 다루기 - 자기 돌봄을 통해 부정적인 정서 환기
		비합리적 신념 및 행동 변화	<ul style="list-style-type: none"> - 자살사고 관련 비합리적 사고 탐색 - 자살사고 관련 인지적 오류 탐색 - 자살 관련 비합리적 사고 변화 - 긍정적인 행동 강화 	<ul style="list-style-type: none"> - 자해 관련 비합리적 사고 탐색 - 자해 관련 사고의 인지적 오류 탐색 - 자해 관련 비합리적 사고 변화 - 긍정적인 행동 강화
		기관 연계 및 자원 활용	<ul style="list-style-type: none"> - 지지체계(친구, 가족 등) 구축 및 활용 - 기관 연계 	
후기 관리	긍정적 자기개념	생활 계획 및 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 위험수준 재점검 - 나의 생활습관 분석하기 - 건강한 생활습관 만들기 	
		스트레스 대처 방법	<ul style="list-style-type: none"> - 효과적인 스트레스 대처방법 이해 - 새로운 문제해결 방법 배우기 	
		회복 탄력성	<ul style="list-style-type: none"> - 강점 및 탄력성 찾기 - 삶의 의미 및 목표 설정 	
		종결 다루기	<ul style="list-style-type: none"> - 종결 시점 정하기 - 위험수준 재점검 - 추수관리 - 종결 후 기관연계 	

표 13-2. 부모상담, 상담자 태도 및 자기점검, 상담자 소진 매뉴얼 세부내용

구분	목표	구성요소	세부내용	수정된 프로그램 세부내용
부모 상담	협력적 관계 수립	부모 상담	<ul style="list-style-type: none"> - 부모상담 구조화(비밀보장, 부모의 상담에 대한 기대 다루기) - 부모 무관심 및 방관적 태도 다루기 - 자해에 대한 부모 대처방법 다루기 	<ul style="list-style-type: none"> - 부모상담 구조화(비밀보장, 부모의 상담에 대한 기대 다루기) - 부모 무관심 및 방관적 태도 상담전략 - 구체적인 사례를 통해 자해에 대한 부모 대처방법 교육 - 부모에게 알려야 하는 고위험에 대한 기준 제시 - 자살·자해에 대해 부모에게 알리는 방법 - 부모-자녀 간 새로운 관계 형성을 위한 상담전략
상담자 태도 및 소진 예방	신뢰감 형성	상담자 태도	<ul style="list-style-type: none"> - 자살에 대한 경청 및 공감 - 자살사고 및 경험에 대한 무비판적 경청 - 자살사고 및 행동의 원인에 대한 공감 - 상담기록 - 상담자 소진 점검(부담감, 무기력 등) - 상담자-내담자 관계 점검(진솔성, 역전이 등) 	<ul style="list-style-type: none"> - 자살에 대한 경청 및 공감 - 자살사고 및 경험에 대한 무비판적 경청 - 자살사고 및 행동의 원인에 대한 공감 - 상담기록 - 상담자-내담자 관계 점검(진솔성, 역전이 등) - 주 양육자에게 알리는 방법, 전달 내용의 범위, 주요 타자와 협력하는 방법
	상담자 자기 점검	상담자 소진 예방	<ul style="list-style-type: none"> - 상담자 불안 및 부담감 점검 - 상담자의 불안한 반응(비판 및 충고, 위로 등 부정적 반응) 점검 - 상담자 지지자원 확보(동료, 슈퍼바이저, 자문위원 등) - 개입의 성과 및 효과성 점검 상담기록 - 종결 관련 자기 감정 이해 	<ul style="list-style-type: none"> - 상담자의 자해 및 자살청소년 상담 시 불안 및 부담감 점검 - 상담자의 불안한 반응(비판 및 충고, 위로 등 부정적 반응) 점검 - 상담자 소진 점검(부담감, 무기력 등) - 상담자 지지자원 확보(동료, 슈퍼바이저, 자문위원 등) - 개입의 성과 및 효과성 점검 상담기록 - 종결 관련 자기 감정 이해

V. 논의

본 연구는 청소년 상담자들로 하여금 자살 및 자해 위험 청소년에게 신속하게 대응할 수 있도록 자살 및 자해 위험 청소년 상담개입 프로그램을 개발하고자 하였다. 이를 위해 문헌연구, 현장 전문가 심층면접, 자해 경험이 있는 청소년 대상 심층면접을 실시하여 프로그램 주요 구성원리 및 요인을 도출하였다. 이후 도출된 구성원리 및 구성요인에 따라 프로그램을 개발하고, 시범운영을 실시한 후, 효과성 검증을 실시하였다. 효과성 검증을 위해 현장전문가 대상 참여자 관점평가, 자살 및 자해 위험 청소년 대상 사전사후검사 및 심층면접을 실시하였고, 전문가들의 감수를 통해 최종 프로그램을 수정·보완하였다.

프로그램의 개발은 김창대 외(2011)의 프로그램 개발 모형을 적용하여 기획, 구성, 실행 및 평가 절차에 따라 진행되었다. 기획단계에서는 청소년 자살 및 자해 상담개입 프로그램 개발을 위한 국내외 문헌을 조사하였다. 먼저, 청소년 자살 및 자해에 대한 정의 및 원인, 자살 및 자해 위험도 평가에 대해서 조사하였다. 또한 자살 및 자해 청소년의 상담개입방법 및 매뉴얼에 대해서 전반적으로 조사하였다. 문헌연구를 통해, 자살적 자해와 비자살적 자해에 따라 차별화된 개입이 필요하고 초기보다는 중후기청소년을 대상으로 개입이 이루어져야 한다는 시사점이 도출되었다. 이를 위해서는 자살 및 자해 위험이 있는 청소년이 어떤 과정을 통해 긍정적으로 적응하게 되는지, 특히 자해 위험에서의 극복과정에 대한 연구가 시급하였다. 이에, 본 연구에서는 먼저 자해 및 자살 위험 청소년 상담 개입 방안에 대해 도출하고자 자살 및 자해 위기 청소년을 상담한 청소년상담자 대상으로 심층면접을 실시하였다. 또한 자해 위험청소년이 상담을 통해 자해를 극복한 과정에 대한 모형을 도출해내고자 자해 경험이 있고 상담을 통해 긍정적으로 적응하고 있는 중후기 청소년을 대상으로 심층면접을 실시하였다. 심층면접 결과, 자살 및 자해 청소년 상담개입 시에는, 자살 및 자해 진단, 자살사고 및 행동 점검, 비합리적 신념변화, 구체적인 행동계획 수립, 버텨주기, 깊은 공감 및 수용 등의 상담기법이 효과적이며, 이러한 기법은 초기, 중기, 후기로 단계별로 차별화될 필요가 있다. 또한 자해청소년은 주로 스트레스로 인한 부정정서를 경험하고 감정을 억제하는 경향이 있는데, 자기치별을 하고 싶거나, 분노나 스트레스를 느낄 때, 살아있음을 느끼고 싶을 때, 마음을 알아주는 사람이 없다고 느낄 때 자해를 하는 것으로 나타났다. 이들은 상담자나 친구 등에게 정서적 지지를 구하고 합리적이고 긍정적인 사고를 하면서 자해행동이 감소하고 자신을 수용하는 등 내적으로도 성장하는 데, 이때 자

해행동의 부정적 측면을 인식하고, 공감과 지지를 받고 있는 느낌 등 긍정적인 상담경험을 하는 것이 변화를 촉진시키는 것으로 보고되었다. 이와 같은 심층 면접 결과를 토대로 다음과 같은 프로그램의 구성원리를 추출하고 프로그램 초안이 개발되었다.

프로그램은 먼저, 초기관리, 중기관리, 후기관리로 구성되었다. 초기관리는 자살 및 자해 관련 안정성 확보를 우선적 과제이므로 자살 및 자해 위험 평가를 하고, 안전성을 확보하기 위한 내용으로 구성되어 있다. 먼저, 평가를 통해 자해(비자살적 자해)와 자살(자살적 자해)을 구분하고, 위험수준을 파악한다. 구체적으로 자살에서는 자살사고, 충동, 행동 등 자살과 관련된 문제 및 위험수준을 파악하고, 죽지 않을 이유, 자살 방지 서약 등에 대해 다룬다. 자해에서는 자해의 동기를 우선적으로 파악하고, 자해 증상 및 정도, 자해 후 느낌, 자해의 보호요인 등 파악 및 자해관련 물건 없애기 등 안전성 확보를 다룬다. 중기관리에서는 자살 및 자해위기의 원인이 되는 생활스트레스를 다루고, 자살 및 자해와 관련된 부정적 감정과 비합리적 신념 및 행동을 인지행동치료를 통해 다룬다. 또한 내담자의 자살 위험을 감소시키기 위한 보호요인의 증가를 위해 지지체계 구축한다. 이때 자해증상을 가진 청소년은 비자살적 자해 행동의 동기 및 신념을 다루고, 자해 외에 다른 대체활동 찾도록 돕는다. 이러한 과정을 통해 내담자의 자살 및 자해 위기를 줄이고, 문제해결 능력을 증진시킨다. 후기관리에서는 일상생활의 적응과 긍정적인 자기 개념을 갖도록 일상생활을 점진하고 새로운 생활습관을 갖도록 하며, 새로운 스트레스 대처방법을 건설하도록 돕는 내용으로 구성되었다. 또한 개발된 프로그램에서는 상담자의 태도 다루기와 부모교육이 포함된다. 상담자의 태도에서는 진솔성, 베풀주기, 무비판적 경청 등 자살 및 자해 위기상담에서 취해야 하는 상담자의 태도에 대해서 제시하고 있다. 자살 및 자해위험이 해결되고 상담 목표가 달성되었다고 합의될 때 종결이 이루어지며, 내담자의 자살 및 자해 위기 재발을 방지하기 위한 추후 관리를 포함하였다.

본 연구에서 개발된 프로그램의 효과를 알아보기 위하여 최종 제작될 매뉴얼의 사용자인 청소년상담자 대상으로 참여자 관점 평가와 참가자 심층평가를 진행하였다. 먼저, 참가자 관점 평가 결과와 관련하여 청소년 상담자 20명을 대상으로 프로그램을 시범운영한 후 프로그램의 효과성과 활용성에서 5점 만점 중 평균 4.0점 이상으로 나타나 프로그램 구성 내용에 전반적으로 만족하는 것으로 나타났다. 또한 프로그램 회기별 만족도에서는 5점 만점 중 4.0점 이상으로 나타나 모든 회기에서도 만족하는 것으로 나타났다. 또한 실제 적용 과정에서의 문제점을 보완하기 위해 청소년 상담자 9명을 대상으로 매뉴얼을 실제 적용하는 과정에 대한 심층면접을 실시하여 매뉴얼을 수정·보완하였다. 마지막으로 수정·보완

된 매뉴얼은 전문가 2명의 감수를 받아 최종 확정되었다.

자살 및 자해 위기청소년 상담개입프로그램은 다음과 같은 점에서 의의를 찾아 볼 수 있다.

첫째, 자살 및 자해위기를 가진 청소년 상담에 대한 구조화된 프로그램과 매뉴얼을 개발함으로써 현장에서 청소년상담자들이 자살 및 자해 청소년 위기를 가진 청소년을 대상으로 신속하게 대처할 수 있도록 기여했다는 점이다. 최근 청소년 자살 및 자해 문제는 국가에서 대책을 수립하여 관리할 정도로 심각하고(2018 제 6차 청소년 기본계획, 여성가족부) 상담 및 학교 현장에서는 자살과 자해 문제를 가진 청소년이 급증하고 있다. 이처럼 자살 및 자해 청소년 상담의 요구가 급증하였음에도 불구하고 청소년상담 현장에서 적용할 상담 프로그램이 미비한 실정이다. 특히 상담자들이 자살 및 자해 위기 청소년들에 대한 상담에 불안과 소진이 높고(Ruskin, Sakinosfsky, Bagby, Dickens, & Sousa, 2004) 자살 위기 개입 매뉴얼이 부재하다는 점을 고려할 때(김은하, 전소연, 김다예, 도민정, 2015), 청소년 상담자로 하여금 내담자를 만나 단계별로 개입할 수 있도록 가이드라인을 제시한 것은 매우 의미가 있다. 예를 들어, 연구를 통해 개발된 프로그램을 통해 상담자들은 초기에는 내담자의 위기수준을 파악하고, 안전성 확보하는 것이 가장 우선적으로 이루어지도록 노력할 것이다. 이처럼 청소년상담자들은 프로그램을 통해 내담자의 자살 및 자해 위기를 효과적으로 다룰 수 있을 것이다.

둘째, 본 연구는 자살과 자해 프로그램을 구분하여 매뉴얼을 개발하였다는 것에 의미가 있다. 기존 선행연구에서는 자살과 자해가 구분 없이 연구되었으나 그 동기 및 원인이 달라 구분되어 연구되어야 한다는 의견이 최근 제기되고 있다(김수진, 김봉환, 2015; 이동훈 외, 2010). 특히 자살의도가 없는 청소년 자해가 급증하면서(해럴드 경제, 2018. 10.) 자해에 대한 개입에 관심이 많아지고 있다. 이에 청소년 자살과 자해를 구분하고 자살과 자해에 차별화된 개입 방안을 제시하였다는 점은 의의가 있다. 본 연구의 프로그램은 먼저 자살 의도가 있느냐 없느냐에 따라서 자살(자살적 자해)과 자해(비자살적 자해)로 구분하였으며, 이에 따라서 차별화된 프로그램 내용을 구성하였다. 사실 현장에서 자살과 자해는 외현으로 드러나는 증상이 비슷하여 자살과 자해를 구분하지 못하고 개입하는 경우가 많다. 따라서 본 연구에서 개발된 상담 프로그램은 상담자들로 하여금 내담자가 자살의 문제를 가지고 있는지 자해의 문제를 가지고 있는지를 판단하고, 맞춤형 개입을 진행하도록 도움으로써 상담효과를 증진시킬 것이다. 특히 자해 청소년에 대한 연구 및 상담개입이 부족한 실정에서 청소년상담자에게 자해 청소년 상담개입에 대한 가이드라인을 제시하였다는 점은

매우 시의적절하다고 볼 수 있다.

셋째, 본 연구는 현장의 의견을 반영하여 현장 적용성과 활용 가능성이 높은 프로그램 개발하였다는 점에서 의의가 있다. 먼저 청소년 상담자 10명을 대상으로 심층면접과 자해 경험이 있는 청소년 10명을 대상으로 심층면접을 통해 프로그램 개발에 대한 프로그램 구성원리 및 요서를 도출하였다는 점이다. 또한 개발된 프로그램 초안에 대해 현장전문가 4명의 감수를 받고 수정보완한 후, 상담자 20명의 참여자 관점평가 및 회기별 평가를 통해 수정·보완되었다. 또한 향후 자살 및 자해 청소년을 대상으로 시범운영 후 심층면접을 통해 내용을 추가로 수정·보완할 예정이다. 이처럼 구성요인 도출, 프로그램 초안 개발 및 수정 보완 등 프로그램의 개발의 전 과정에 걸쳐서 프로그램을 사용할 청소년 상담자들과 프로그램 사용의 대상이 될 청소년 내담자들의 의견 및 요구를 반영함으로써 현장에서의 활용성과 적용성을 극대화했다.

넷째, 자해 위기 청소년이 상담과정을 통해 극복되는 과정을 밝힘으로써 자해 위기 청소년을 상담하는 데 기초자료를 제공하였다는 점이다. 앞서 기술하였듯이 자해는 자살의도가 없다는 점에서 동기 및 욕구가 달라 극복 과정이 다름에도 불구하고 자해 위기 극복과정을 밝힌 연구는 없었다. 최근 청소년의 자해가 급증하고 있다는 점을 고려할 때, 본 연구결과는 자살의도가 없는 자해위기청소년을 효과적으로 상담하는데 있어 기초자료를 제공하였다는 점에서 큰 의의가 있다.

다섯째, 본 연구에서 개발된 프로그램이 중기청소년은 물론 후기청소년까지 포함하였다는 점에서 의의가 있다. 한국청소년상담복지개발원에서 최근까지 개발된 프로그램은 주로 초기와 중기청소년을 대상으로 했다. 그러나 청소년 기본법에 따르면 청소년은 9세에서 24세 이하의 사람으로 정의되어 있어 후기청소년을 위한 프로그램도 개발될 필요가 있다. 최근에 후기청소년에 대한 심리·정서적 문제에 대한 지원이 매우 시급하여(서미, 정익중, 이태영, 김지혜, 윤민지, 2018) 제 6차 청소년정책기본계획(2018-2022년)에서 후기청소년(또는 청년)에 대한 지원을 강조하는 등 후기청소년의 심리정서적 지원의 필요성이 강조되고 있다. 이러한 맥락에서 한국청소년복지개발원의 프로그램 대상이 후기청소년까지 확대될 필요가 있는 바, 본 연구 프로그램의 대상을 후기청소년까지 포함시켰다는 점은 매우 시의적절하다.

본 연구의 한계점 및 제언을 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 비자살적 자해와 자살적 자해를 스크리닝하는 척도가 표준화 과정을 거치지 않았다는 점이다. 물론 이 척도는 기 개발된 비자살적 자해척도(권혁진, 2014)와 자살위험성 예

측척도(고효진 등, 2000)를 활용하였지만 최종 수정·보완된 척도가 표준화 과정을 거치지 않았다. 따라서 후속연구에서 비자살적 자해와 자살적 자해를 스크리닝 하는 척도의 표준화 과정이 필요하다.

둘째, 제한적인 연구 일정으로 자살 및 자해 청소년을 대상으로 프로그램의 효과를 검토하고 평가할 수 없었다는 점이다. 사실 시범운영을 통해 매뉴얼을 직접 활용하는 상담자에게 효과적이라고 검증되었다 하더라도 상담자 역량, 내담자 심리적 요인 등 다양한 요인의 따라 효과는 달라질 수 있다. 따라서 개발된 매뉴얼에 따라 자살 및 자해 청소년을 상담했을 때 내담자의 변화를 체크하고, 현장의 피드백을 축적함으로써 지속적인 개선과 정교화 과정이 요구된다. 이때 정기적인 슈퍼비전을 통해 프로그램에 대한 의견을 교환하는 시스템을 마련함으로써 상담개입 프로그램의 타당성을 장기적으로 검증하는 것도 효과적일 것이다.

참 고 문 헌

- 권혁진 (2014). **비자살적 자해에 영향을 미치는 정서적·인지적 요인의 탐색**. 서울대학교 석사학위논문.
- 권혁진, 권석만 (2017). 한국판 자해기능 평가지(The Functional Assessment of Self-Mutilation)의 타당화연구: 대학생을 중심으로. **한국심리학회지: 임상심리 연구와 실제**, 3(1), 187-205.
- 강희양, 양경화 (2013). 청소년의 자살생각에 대한 경로분석: 우울과 자기개념을 중심으로. **상담학연구**, 14(1), 539-554.
- 고재홍, 윤경란 (2007). 청소년의 스트레스와 자살생각. **한국청소년연구**, 18(1), 185- 212.
- 고효진, 김대진, 이홍표(2000). 청소년 자살위험성 예측척도의 타당화 연구. **한국신경정신학회지**, 39(4). 680-690.
- 공성숙, 이정현, 신미연 (2009). 섭식장애 환자의 아동기 외상경험이 자해행동에 미치는 영향과 부모 간 갈등의 매개효과 분석. **정신간호학회지**, 18(1), 31-40.
- 교육과학기술부 (2011). **학교 및 교육기관에서의 학생자살위기관리프로토콜**.
- 교육과학기술부 (2007). **2007 학생정신 건강관리 계획**.
- 교육부 (2014). **2014 정서행동특성검사 매뉴얼**.
- 국민일보, “**청소년 자해는 ‘사회적 재난’ ... 대책마련 시급**“, 2018.09.20., <http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0012702378>
- 김기환, 전명희. (2000). 청소년 자살의 특성과 유형에 관한 연구. **한국아동복지학**, 9, 127-152.
- 김기현, 오병돈, 이경숙 (2013). **청소년 자살예방 정책 연구**. 한국청소년정책연구원 연구보고서, 1-218.
- 김도연, 손정탁 (2012). 마음챙김에 기반한 청소년 자살방지 프로그램이 자살사고, 우울 및 자기존중감에 미치는 효과. **한국심리학회지: 건강**, 17(2), 323-339.
- 김미예, 김정미 (2013). 청소년 자살생각에 영향을 미치는 정신건강요인. **청소년학연구**, 20(12), 267-293.
- 김성재, 오상은, 은영, 손행미, 이명선, 공역 (2007). **질적 연구로서의 포커스 그룹**. 서울: 군자출판사.

- 김수진, 김봉환 (2015). 청소년 내담자의 반복적 자해행동의 의미탐색: ‘고통으로 고통을 견디기’. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 27(2), 231-250.
- 김은하, 전소연, 김다예, 도민정 (2015). 대학상담자들의 자살예방과 자살위기개입 경험 질적 연구. **한국청소년연구**, 26(4), 177-206.
- 김원경 (2014). 한국 초, 중, 고등학생의 자살생각에 영향을 미치는 심리적 변인. **한국청소년연구**, 25(3), 199-231.
- 김옥수 (1997). 외로움(Loneliness)의 개념 분석. **간호과학**, 9(2), 28-38.
- 김인규, 조남정 (2006). 청소년 자살생각에 대한 구조모형 검증. **상담학연구**, 7(4), 1189-1202.
- 김진주, 조규관 (2011). 스트레스 및 스트레스 대처방식이 청소년의 자살생각과 자살계획에 미치는 영향. **상담학연구**, 12(1), 301-314.
- 김창대, 김형수, 신을진, 이상희, 최한나 (2011). **상담 및 심리교육 프로그램 개발과 평가**. 서울: 학지사.
- 김효창, 손영미 (2006). 노인 자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. **한국심리학회지: 문화 및 사회문제**, 12(2), 1-19.
- 노혜련, 김형태, 이종익 (2005). 가출청소년의 자살생각과 행동에 영향을 미치는 심리사회적 변인에 관한 연구. **한국청소년연구**, 16(1), 5-33.
- 메디컬옵저버, “[인터뷰]SNS에서 늘고있는 ‘#자해’ ...위로 필요한 청소년의 ‘자화상’”, 2018.10.24., <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=120626>
- 민윤기 (2005). 대학생의 자살위험요인 지각과 자살생각 평가. **학생생활연구(충남대학교취업지원센터)**, 31, 31-52.
- 박승민, 김광수, 방기연, 오영희, 임은미 (2012). 근거이론 접근을 활용한 상담연구과정. 서울: 학지사.
- 박준희 (2011). **자살행동 예방을 위한 핵심마인드풀니스 인지행동치료 프로그램 개발 및 효과: 자살고위험 여대생집단을 대상으로**. 명지대학교 박사학위 청구논문.
- 배도희, 우종민, 손명하, 이창수(2015). 컬럼비아 대학 자살 심각성 평가 척도의 신뢰도 및 타당도 연구: 알코올 의존장애 환자를 중심으로. **Journal of Korean Neuropsychiatric Association**, 54(2), 222-227.
- 배주미, 양윤란, 김은영 (2009). **자살위기청소년 상담개입프로그램 개발**. 서울: 한국청소년상담원.
- 박재산, 문재우 (2010). 우리나라 중·고등학생의 자살생각에 영향을 미치는 요인. **보건과**

- 사회과학, 27, 105-131.
- 서미, 정익중, 이태영, 김지혜, 윤민지 (2018). 후기청소년 지원방안에 관한 탐색적 연구, **청소년상담연구**, 26(1), 207-232.
- 성나경, 강이영 (2016). 청소년의 일상적 스트레스와 자해행동. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 28(3), 855-873.
- 성형모, 김정범, 박영남, 배대석, 이선희, 안현의 (2008). 한국어판 백 우울 설문지 2판의 신뢰도 및 타당도 연구. **생물치료정신의학**, 14(2), 201-212.
- 송인한, 권세원, 김현진 (2013). 청소년의 자살생각에 건강증진행동이 미치는 영향. **청소년학연구**, 20(9), 97-123.
- 심미영, 김교현 (2005). 한국 청소년의 자살생각에 대한 위험요인과 보호요인. **한국심리학회지: 건강**, 10(3), 313-325.
- 신민섭 (1992). **자살기제에 대한 실증적 연구: 자기 도피 척도의 타당화**. 연세대학교 박사 학위논문.
- 안세영, 김종학, 최보영 (2015). 대학생 자살생각 관련변인에 대한 메타분석. **한국심리학회지: 학교**, 12(3), 385-405.
- 우채영, 박아청, 정현희 (2010). 성별 및 학교 급별에 따른 청소년의 인간관계, 스트레스, 우울과 자살생각 간의 구조적 관계. **교육심리연구**, 24(1), 19-38.
- 윤소미, 이영호(2004). 한국판 무망감 우울증상 척도의 타당화연구: 청소년 대상으로. **한국심리학회지: 임상**, 23(4), 1051-1063.
- 이경진, 조성호 (2004). 청소년 자살고위험 집단의 심리적 특성. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 16(4), 667-685.
- 이귀숙, 장은희, 김은영 (2016). 청소년 자살예방 프로그램의 개발 및 적용효과. **청소년상담연구**, 24(2), 99-124.
- 이동귀, 함경애, 배병훈 (2016). 청소년 자해행동. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 28(4), 1171-1192.
- 이동귀, 함경애, 정신영, &함용미. (2017). 자해행동 청소년을 위한 단기개입 프로그램 개발 및 효과. **재활심리연구**, 24(3), 409-428.
- 이동훈, 양미진, 김수리 (2010). 청소년 자해의 이해 및 특성에 대한 고찰. **청소년상담연구**, 18(1), 1-24.
- 이호준. (2006). **참가자 관점 부모교육 평가척도의 개발 및 타당화 연구**. 서울대학교 박사 학위논문.

- 이혜림, 이영호 (2015). 청소년의 처벌민감성과 강화민감성이 불안, 우울, 자해행동에 미치는 영향: 스트레스와 통제가능성 귀인의 역할. **청소년학연구**, 22(12), 567-593.
- 이호준(2006). **참가자 관점 부모교육 평가척도의 개발 및 타당화 연구**. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 이훈진, &원호택. (1995). 편집성 척도 (Paranoia Scale) 의 신뢰도, 타당도 연구. **Korean Journal of Clinical Psychology**, 14(1), 83-94.
- 전경구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적한국판 CES-D개발. **한국심리학회지: 건강**, 6(1), 59-76.
- 조은경 (2010). **인지행동치료가 청소년의 우울과 자살생각에 미치는 영향**. 강원대학교 석사학위논문.
- 조한익, 차주연 (2013). 부모-자녀 의사소통과 청소년의 자살생각. **청소년학연구**, 20(11), 129-149.
- 지승희, 김명식, 오승근, 김은영, 이상석 (2008). **청소년 자살예방 프로그램 및 개입방안 개발**. 서울: 한국청소년상담원.
- 질병관리본부 (2015). **제11차(2015년) 청소년건강행태온라인조사**. 교육부, 보건복지부, 질병관리본부, Available from: <http://yhs.cdc.go.kr>
- 최윤정. (2012). 대학생의 스트레스와 자살생각과의 관계에 작용하는 보호요인의 조절효과. **한국청소년연구**, 23(3), 77-104.
- 통계청 (2016). **사망원인 및 사망원인통계결과**. 서울: 통계청.
- 통계청 · 여성가족부 (2014). **2014 청소년 통계**. 서울: 통계청.
- 통계청 · 여성가족부 (2018). **2018 청소년 통계**. 서울: 통계청.
- 황순길, 이귀숙, 이혜정 (2018). 초등학교 자살예방 및 생명존중 프로그램 개발과 효과성 검증. **청소년상담연구**, 16(1), 299-320.
- 한국건강증진재단 (2013). **사망원인통계분석 결과**.
- 한국보건사회연구원 (2013). **OECD 국가와 비교한 한국의 인구 집단별 자살률 동향과 정책 제언**. 한국보건사회연구원.
- 한국자살예방협회 (2014). **학생자살위기대응매뉴얼(교사용)**.
- 헤럴드경제, “[벼랑 끝 사람들-① 비극의 시작] ‘힘든데 곁에 아무도 없어요’ ...청소년 ‘자해놀이’ 급속 확산”, 2018.10.8. http://biz.heraldcorp.com/view.php?ud=20181008000417&ACE_SEARCH=1.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental*

- disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Basco, M. R, Thase, M, E., & Wright, J. H., (2006). *Learning Cognitive-Behavior Therapy*. 김정민 역.(2009). 인지행동치료. 서울: 학지사.
- Beck, A. T., Rush, A. J., 8c Emery.G., & Shaw, B. F. (1979). *Cognitive therapy of depression*.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 194.
- Beck, A. T. (1985). Cognitive Therapy, Behavior Therapy, Psychoanalysis, and Pharmacotherapy. In *Cognition and psychotherapy* (pp. 325-347). Springer, Boston, MA.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., &Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 861-865.
- Beck A.T.(1976). *Cognitive Therapy and the Emotion Disorders*. New York, InternationalUniversitiesPress.
- Beck.A.T., Kovacs. M. & Weissman.A (1979). Aseessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Comsulting and Clinic Psychology*. 42.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5-37.
- Berman, A. L., Jobes, D. A., &Silverman, M. M. (2006). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. American Psychological Association.
- Brent, D. A., Perper, J. A., &Allman, C. J. (1987). Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. *Jama*, 257(24), 3369-3372.
- Burke, T. A., Hamilton, J. L., Abramson, L. Y., &Alloy, L. B. (2015). Non-suicidal self-injury prospectively predicts interpersonal stressful life events and depressive symptoms among adolescent girls. *Psychiatry research*, 228(3), 416-424.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., &Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a

- theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267
- Conterio, K., & Lader, W. (1998). Bodily Harm: the Breakthrough Treatment for Selfinjurers.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Dimond, J. P., Shehan Poole, E., & Yardi, S. (2010, November). The effects of life disruptions on home technology routines. In *Proceedings of the 16th ACM international conference on Supporting group work* (pp. 85-88). ACM.
- Dobson, K. S., & Block, L. (1988). *Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies*. In k. S. Dobson(Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- 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(2), 113-120.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. JHU Press.
- Fortune, S. A., & Hawton, K. (2005). Deliberate self-harm in children and adolescents: a research update. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(4), 401-406.
- Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 1-29.
- Haines, J. & Williams, C. L. (2003). Coping and problem solving of self-mutilators. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 177-186.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- Kienhorst, C. W. M., De Wilde, E. J., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. G. (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(3), 222-228.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence.

- Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Bishop, G. K., Morse, J. Q., Tweed, J. L., Lynch, T. R., & Bastian, L. A. (1998). Efficacy of dialectical behavior therapy with borderline women veterans: A randomized controlled trial. In *annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC*.
- Krueger R. A., & Casey M. A. (2000) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.
- Lincoln, YS, & Guba, EG. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park. CA; Sage Publications.
- Linehan M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993. 15-19.
- Linehan, M., Heard, H., & Armstrong, H. E., (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- 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(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Koerner, K., Bown, M., Dimeff, L. A., Tutek, D., ... & Mar, C. (1998, November). University of Washington study of dialectical behavior therapy: A preliminary report. In *annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC*.
- Lloyd, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA.
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *The Lancet*, 360, 319-326.
- Marra, T. (2005). *변증법적 행동 치료* 신민섭, 박세란, 설순호, 황석현 역(2006), 시그마프

레스: 서울

- Martinson, D. (2002). *Why do people deliberately injure themselves?* Retrieved October 3, 2005, from <http://www.palace.net/~llama/psych/injury.html>.
- Mental Health Association of Illinois (2014). Self-injurious behaviors. Chicago, IL: Author.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive behaviour modification. *Cognitive Behaviour Therapy*, 4(4), 185-192.
- Metalsky, G. I., & Joiner, T. E. (1997). The hopelessness depression symptom questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 359-384.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., Wetzler, S., & Leigh, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Psychiatric Practice*, 3(2), 78.
- Morgan, D. L. (1997). *The focus group guidebook* (Vol. 1). Sage publications.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12-23.
- OECD. (2016). OECD Health Statistics 2016.
- Panos, T., Jackson, J., Hasan, O., & Panos, A. (2013). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24, 213-223.
- Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., & Miller, A. L. (2011). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for children: Towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours. *Child and adolescent mental health*, 16(2), 116-121.
- Pineda, J., & Dadds, M. R. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: A randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 851-862.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Reynolds, W. M. (1987). *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. Odessa, Florida:

- Psychological Assessment Resource.
- Ross, S., & Lee Heath, N. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 277-287.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Ruskin, R., Sakinosfsky, I., Bagby, R. M., Dickens, S., & Sousa, G. (2004). Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. *Academic Psychiatry*, *28*, 104-110.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cuttona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*(3), 472-480.
- Salkovskis, P. M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-Behavioural Problem Solving in the Treatment of Patients who Repeatedly Attempt Suicide a Controlled Trial. *The British journal of psychiatry*, *157*(6), 871-876.
- Sanson, R. A., Wiederman, W. W., & Sanson, L. A. (1998). The self-Harm Inventory(SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *54*(7), 973-983.
- Selekman, M. (2009). *The adolescent and young adult self-harming treatment manual: A collaborative, strengths-based brief therapy approach*. New York: WW Norton.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior therapy*, *23*(4), 730-741.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E., Jr. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicide behaviors. Part II. Suicide-related ideations, communication, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(3), 264-277.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors. *Self-injurious behaviors, assessment, and treatment*, 1-28.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrance Database of Systematic Reviews*, & Art. No.: CD005652. doi:

10.1002/14651858.CD005652.

- Strauss, A. & Corbin, J. (1988). *Shaping a new health care system*. San Francisco, FA; Jossey-Bass.
- Sutton, J. (2007). *Healing the Hurt Within 3rd Edition: Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds*. Hachette UK.
- Trautman, P. D. (1989). Specific treatment modalities for adolescent suicide attempters. *Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration (Ed.), Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide, 3*, 253-263.
- Walsh, B. W. (2005). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Wong JP, Steqrt SM, Ho SY, Rao U, Lam TH(2005). Exposure to suicidal behaviors among Hong Kong adolescents. *Soc Sci Med, 61*(3):591-9.
- Yip, K. S. (2005). A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. *Child and Adolescent Mental Health, 10*(2), 80-86.
- Yip K, Ngam M, Lam I. (2002). An explorative study of peer influence and response to adolescent self-cutting behavior in Hong Kong. *Smith Studies in Social Work, 72*, 379-401.
- Zila, L. & Kiselica, M. (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development, 79*(1), 46-52.

Abstract

Study on the Development of an Intervention Model for High-risk Youth : Suicide and Self-injury

As statistics show that suicide is the number one cause of death among Korean adolescents, suicide is a serious problem for teens and young people in Korea. In a worrying trend of increasing self-harm among teenagers, some are even posting their self-harming selfies on social media. This is a grave concern that requires immediate action considering that approximately 60% of adolescents who self-harm for the first time do it again (Kukmin Daily, September 20, 2018). However, few studies in Korea have covered interventions for suicide and self-injury of adolescents, while the bulk of studies on this issue have been conducted by foreign researchers. Therefore, this study aims to develop structured manuals for effective intervention for suicide and self-injury among adolescents.

The manuals were developed in a program we designed and ran in the following stages:

First in the planning stage, we examined previous studies on suicide and self-harm among adolescents including the definition and cause, risk assessment, intervention methods and manuals for intervention. The review of the literature drew lessons that intervention should differ based on whether the self-harm is suicidal and non-suicidal, and can be made more effective for mid-to-post-adolescents than for early adolescents. We also conducted in-depth interviews with youth counselors who have experience working with suicidal or self-harming adolescents as well as with those in their mid/post adolescence who have harmed themselves before. The interviews were then analyzed

using CQR and grounded theory methodologies. The result showed that suicide (suicidal self-injury) and self-injury (non-suicidal self-injury) require different approaches and different interventions. Effective counseling techniques included providing diagnosis of suicidal and self-harming behaviors, identifying suicidal ideation and behaviors, changing irrational beliefs, establishing concrete action plans, holding, and showing deep sympathy and acceptance. Techniques adopted should differ based on the stages of intervention from early to middle and later period. In addition, as self-harming adolescents often suppress negative emotions when distressed, they tended to inflict harm on themselves to punish themselves or feel alive, or when they feel anger or stress, or no one understands them. When provided with emotional support from a counselor or friends and assistance to help rational and positive thinking, they showed progress illustrated by self-acceptance and a drop in self-harming behaviors. In particular, positive counseling experience including bringing awareness to negative effects of self-injury and expression of sympathy and support facilitated the progress.

Secondly in the development stage, we produced a draft of the program with the components and principles drawn from the analysis during the planning stage. Reflecting the results of the in-depth interviews, the draft program was designed as follows: First, intervention was divided into early, middle, and later periods. In accordance with the priorities of securing safety of the suicidal and self-injuring client, early intervention focuses on assessment of self-injury (non-suicidal self-injury) and suicide (suicidal self-injury), risk assessment, and safety. The middle period intervention works on coping with stress, changing negative emotions and irrational beliefs/behaviors, building a support mechanism, and finding alternatives to self-harm, thereby reducing risks of suicide and self-injury and improving the client's problem solving ability. The later intervention intends to build a positive self-concept by developing healthy habits and skills to cope with stress. We also included positive attitudes of the counselor, prevention of burnout, and parent counseling.

Third, during the implementation and assessment stage, we ran a pilot-program to assess its effectiveness based on the draft, and revised it with feedback from experts. To examine the effectiveness of the program, we asked 20 youth counselors to provide

assessment from a user perspective as future users of a final manual to be developed. The result showed a high level of satisfaction with the average scores for the effectiveness and practicality higher than 4.0 points. We also interviewed nine youth counselors to receive their feedback about the experience of actually applying the manual, and complemented the manual reflecting the result. Finally after consultation with two experts about the revised manual, we came up with the two final manuals for suicide (suicidal self-injury) and self-injury (non-suicidal self-injury).

The programs and manuals developed in this study enable a more effective and timely intervention for suicidal and self-injuring adolescents. The guidelines are particularly welcomed considering that there has been no counseling guideline for self-harming youth thus far, which brings expectations that it will make a significant contribution to reducing self-injury among adolescents. To address remaining limitations and improve practicality of the manuals, further revisions and updates are required through monitoring of the effectiveness of intervention for suicidal/self-injuring youth and feedback from counselors.

