

고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 개발: 불안·우울

책임 연구자 : 소 수 연
공동 연구자 : 주 지 선
조 은 희
손 영 민
백 정 원



청소년상담연구 216

고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 개발 : 불안·우울

인 쇄 : 2020년 12월

발 행 : 2020년 12월

발 행 인 : 이기순

발 행 처 : 한국청소년상담복지개발원

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

T. (051)662-3130 / F. (051)662-3005

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

인 쇄 처 : 신일디앤피

비매품

ISBN 978-89-8234-828-0 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.

간행사

2019년 발표된 ‘세계행복보고서’에 의하면, OECD 국가 중 우리나라 청소년들의 행복지수는 54위로 주관적 행복감이 낮고, 2019년 여성가족부에서 보고한 청소년들 중 최근 1년 내 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 ‘우울감 경험률’이 27.1%로 전년도보다 상승하였다는 통계를 볼 때, 청소년의 불안·우울 문제는 심각한 사회 현상 중 하나입니다. 청소년기는 아동기에서 성인기로 발달하는 과도기 단계로 신체·정서·환경 변화가 급격하게 이루어져 다양한 스트레스에 노출되기 쉽지만, 정서적 불안정함을 조절하기 어려운 특성이 있어 불안과 우울을 자주 느끼게 됩니다. 특히 올해는 코로나19 팬데믹으로 코로나 블루라는 용어가 생길만큼 청소년들의 불안과 우울 문제가 심각하다는 보도들이 줄을 이었습니다. 따라서 바로 이 시점에 청소년기 불안·우울 증상을 조기 발견과 효과적인 개입은 매우 중요합니다.

이에 한국청소년상담복지개발원에서는 청소년상담 현장에서 사용할 수 있는 청소년 불안·우울 상담개입 매뉴얼을 개발하였습니다. 특히, 프로그램은 청소년 불안과 우울 개입에 효과적이라고 검증된 상담 이론을 토대로 모듈식으로 개발되었고, 비대면 상황을 고려하여 화상상담을 적용한 ‘블렌디드 상담’ 방법을 적용하여, 청소년상담 현장에 활용도가 높은 것으로 기대됩니다.

이를 위해 본 연구는 청소년 불안·우울 현황과 원인, 위험 수준 측정과 개입방법 등의 국내·외 문헌을 검토하였습니다. 또한, 불안·우울 청소년을 상담한 경험이 있는 청소년상담자와 불안·우울 문제로 상담을 받고 회복한 청소년들을 대상으로 심층면접을 실시하였습니다. 이를 바탕으로 프로그램과 매뉴얼을 구성하여 현장 및 학계 전문가들에게 효과성을 검증받았습니다. 이러한 과정을 통해 최종 개발된 ‘불안·우울 청소년 상담개입 매뉴얼’은 내년부터 전국 청소년상담복지센터를 중심으로 보급될 예정입니다.

본 연구를 위하여 설문과 인터뷰에 적극 참여해주신 전국 청소년상담복지센터 상담자들에게 깊은 감사를 드립니다. 아울러 연구를 위해 애써주신 공동연구자이신 주지선 교수님과 본원의 연구진들께도 깊은 감사를 드립니다.

본 연구를 통해 개발된 ‘불안·우울 청소년 상담개입 매뉴얼’이 청소년들이 심리적 고통에서 벗어나 건강한 사회 구성원으로 성장하는데 밑거름이 되고, 현장 전문가에게는 상담할 때 도움이 되는 매뉴얼이 되기를 기대합니다.

2020년 12월

한국청소년상담복지개발원 이사장 이기순 이 기 순

초록

청소년기는 아동기에서 성인기로 발달하는 과도기 단계로, 이 시기에는 신체적 성장뿐 아니라 인지적, 사회적 발달이 급격하게 이루어진다. 이와 같은 변화로 청소년들은 다양한 스트레스를 경험하고, 이는 불안이나 우울과 같은 부정적인 심리·정서 상태를 야기하기도 한다. 최근 여성가족부의 통계 자료에 의하면, 청소년들이 평상시 스트레스를 많이 느끼는 정도인 ‘스트레스 인지율’ 이 40.4%로 나타나 절반 가까운 청소년들이 스트레스가 많다고 지각하고 있었다. 또한 최근 1년 내에 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 ‘우울감 경험률’ 은 27.1%로 전년도인 2017년(25.1%)보다 2.0%p 높았으며, 무엇보다 우울과 상관이 높은 자살의 경우 청소년의 사망원인 1위로 제시된 것에서 보듯이 불안·우울 문제 청소년기에 있어 주요한 키워드임을 알 수 있다.

본 연구는 청소년기 주요 이슈인 불안·우울 문제 해결을 위해 초등학교 고학년 이상 청소년 대상(만9세-만24세)으로 상담개입 매뉴얼을 개발하였다. 이를 위해 첫째, 청소년 불안과 우울 감소에 효과적으로 개입할 수 있는 구조화된 개인상담 프로그램을 개발하고, 둘째, 개발된 프로그램을 청소년 상담자 및 전문가들을 대상으로 효과성을 검증하였다.

본 프로그램은 청소년 불안과 우울 문제 개입에 효과적이라고 검증된 인지행동치료, 변증법적 행동치료, 동기강화상담 이론을 토대로 개발되었다. 프로그램 개발은 기획단계, 구성단계, 실시 및 평가단계의 프로그램 개발절차모형을 적용하였다. 이러한 개발 절차에 맞추어 첫째, 기획단계에서는 청소년 불안과 우울 프로그램을 개발하기 위해 기존 선행 연구와 문헌 고찰을 통해 청소년 불안·우울의 원인과 특징을 파악하였고, 불안·우울 개입 시 적용되는 이론을 검토하였다. 그리고 청소년 상담 현장의 경험적 기초 자료를 얻고자 불안·우울 상담 경험이 있는 현장 전문가 368명을 대상으로 온라인 사전 요구도 조사와 상담 경험이 많은 현장 전문가 10명을 대상으로 심층면접을 실시하였다. 연구자들은 온라인 조사와 심층인터뷰를 통해 수집된 자료들을 합의적 질적 연구방법(CQR) 가이드에 따라 분석하였으며, 청소년 불안·우울 문제의 특성, 효과적인 상담개입 방법, 상담자에게 필요한 역량, 매뉴얼 포함 요구 내용 등의 내용을 도출하였다. 또한 불안·우울로 상담 받은 경험이 있는 청소년 8명을 심층 인터뷰하고 동일하게 합의적 질적 연구방법(CQR)으로 분석하여, 불안·우울 경험, 불안·우울에서 회복하는데 도움이 되는 보호자원, 상담경험 등의 내용을 도출하였다.

구성단계에서는 문헌 고찰 및 조사·인터뷰 내용을 토대로 프로그램 구성 원리를 도출하고, 개인상담 초기, 중기, 후기 등 단계별로 프로그램을 개발하였다. 상담초기는 내담자의

불안·우울 위기수준 평가, 위기개입 및 안전절차 수립, 상담관계 형성, 상담구조화와 사례 개념화가 주요 내용으로 구성되어있다. 특히 초기에서는 중기에 실시될 프로그램의 내담자 참여 준비를 위해 불안·우울 문제의 이해, 프로그램 개입 방안 등을 교육하는 것이 중요하다. 상담중기는 변증법적 행동치료(DBT) 이론을 토대로 내담자의 정서·인지·행동·대인관계 향상 기법 습득을 주요 목표로 구성되어 있다. 상담후기는 상담 종결 후 일상생활에서 불안·우울을 야기하는 스트레스 상황에 대한 대처방법 습득과 자기 강점에 대한 인식을 돕는 내용으로 구성하였다.

실시 및 평가 단계에서는 프로그램 초안을 바탕으로 프로그램 타당성 확보를 위해 청소년 상담경력 5년 이상인 상담전문가 10명과 학계전문가 2명을 대상으로 참가자 관점 평가 도구를 사용하여 효과성을 측정하였다. 측정 결과, 전체 프로그램 효과성은 5점 만점에 4.5점, 프로그램 활용성은 4.4점으로 나타나 현장에서 사용하기 적합한 것으로 나타났다. 또한 프로그램 회기별 기대 효과 점수는 전체 4.4점, 초기 4.3점, 중기 4.3점, 후기 4.6점으로 나타났다. 따라서 현장 및 학계 전문가들은 개발된 프로그램이 현장 적용도와 효과성에 대해 긍정적인 평가를 하였으며, 특히 청소년상담 현장에 부재한 불안·우울 문제 개입의 구조화된 개인상담 프로그램 개발에 대한 의미와 기대를 피력하였다. 이와 같은 전문가들의 피드백 수렴 내용을 토대로, 프로그램 내용을 수정·보완하여 최종 프로그램을 개발하였다.

본 연구의 의의를 기술하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서 개발한 프로그램은 청소년상담 현장에 적용 가능한 불안·우울 청소년 대상의 표준화된 개인상담 매뉴얼을 개발하였다는 점이다. 청소년상담 현장에서 불안과 우울은 내담자 호소문제 중 가장 많으며, 최근 코로나 19로 인해 ‘코로나 블루’ 라는 용어가 일상이 되는 등 청소년들의 불안과 우울 문제가 심각해지고 있는 시점에 프로그램이 개발된 것은 많은 시사점을 가진다. 둘째, 불안·우울 문제에 효과성이 입증된 상담이론을 현장에서 사용하고 있는 행동치료(DBT), 인지행동치료(CBT), 동기강화상담 원리와 기법을 토대로 프로그램을 개발하였다는 점이다. 상담현장에는 다양한 프로그램이 사용되고 있지만, 국내·외에서 효과성이 입증된 이론을 토대로 구조화된 개인상담 프로그램은 찾아보기 어렵다. 따라서 본 연구에서 개발된 프로그램을 적용하여 청소년들의 불안과 우울 문제 해결에 도움을 줄 것으로 기대한다. 셋째, 불안·우울과 관련성이 높다고 입증된 정서, 사고, 행동, 대인관계 등 4가지 영역의 모듈로 고안된 점이다. 불안과 우울 문제는 증상으로, 이를 유발시키는 다양한 원인이 존재한다. 따라서 내담자의 주 호소문제와 원인에 따라 모듈별로 개입할 수 있도록 내담자 맞춤형 적용이 가능하다. 넷째, 환경변화에 따라 비대면 상담이 요구되는 시기에 화상상담 및 전화 코칭 방법을 일부 포함하여 프로그램을 구성하였다는 점이다. 다섯째, 상담 단계별로 청소년 내담자에게 핵심

지지자원인 보호자가 가정에서 청소년을 지도할 때 참고할 수 있도록 보호자 상담 내용을 제시하고 있다는 점이다. 여섯째, 상담자 소진 관리방법을 부록에 수록하였다. 불안과 우울 문제에 대한 개입은 장기적인 상담으로 진행되는 경우가 많아 상담자가 심리적으로 소진될 가능성이 높다. 따라서 본 프로그램에서는 상담자가 소진 상태를 스스로 점검하고 관리할 수 있는 다양한 방안들을 포함하여 소진을 예방할 수 있도록 하였다.

이와 같은 의의에도 불구하고 시간의 제약으로 실제 상담 현장에서 본 프로그램을 적용하여 효과성을 검증하지 못한 점이 아쉬움으로 남는다. 이에 추후 불안·우울 청소년을 대상으로 개발된 프로그램을 적용하여 효과성을 검증하고, 청소년 상담 현장에 활용도를 높이기 위한 지속적인 연구가 필요할 것으로 보인다.

목차

I. 서론 1

- 1. 연구의 목적과 필요성 1
- 2. 연구과제 4

II. 이론적 배경 5

- 1. 청소년기 불안·우울에 대한 이해 5
 - 가. 청소년 불안·우울의 정의 5
 - 나. 청소년 불안·우울 관련 실태 및 현황 7
 - 다. 청소년 불안·우울의 원인 및 위험·보호요인 8
 - 라. 청소년 불안·우울의 주요 증상 11
 - 마. 청소년 불안·우울의 평가 12
- 2. 청소년 불안·우울 상담개입 14
 - 가. 불안·우울의 주요 개입 이론 14
 - 나. 국외 청소년 불안·우울 상담개입 프로그램 21
 - 다. 국내 청소년 불안·우울 상담개입 프로그램 24
 - 라. 시사점 28

III. 연구 방법 30

- 1. 프로그램 개발과정 30
- 2. 현장 전문가 대상 사전 요구조사 33
 - 가. 조사대상자의 인구사회학적 특성 33
 - 나. 조사대상자의 불안 청소년 상담 관련 특성 35
 - 다. 조사대상자의 우울 청소년 상담 관련 특성 38
- 3. 현장전문가 대상 심층면접 41
 - 가. 연구참여자 41
 - 나. 심층면접 질문지 작성 및 자료수집 42
 - 다. 자료 분석 43
 - 라. 분석 결과 43
 - 마. 심층면접 결과 요약 및 시사점 63

4. 불안·우울 경험 청소년 대상 심층면접	65
가. 연구참여자	65
나. 질문지 구성 및 자료 수집	66
다. 자료 분석	67
라. 분석 결과	67
마. 심층면접 결과 요약 및 시사점	77
5. 프로그램 구성	79
가. 프로그램 구성 원리	79
나. 프로그램 구성 내용	83

IV. 연구 결과 | 86

1. 현장전문가 평가	86
가. 평가자	86
나. 평가 방법	86
다. 평가 결과	86
2. 전문가 감수	88
3. 프로그램 매뉴얼 수정 및 보완	90

V. 논의 | 92

참고문헌 | 97

부록 | 111

1. 현장 전문가 대상 사전 요구조사 설문지	111
2. 현장전문가 심층면접 질문지	115
3. 청소년 심층면접 질문지	117
4. 프로그램 매뉴얼 평가지	119

Abstract | 120

표 목차 |

표 1. 인지행동치료를 근거로 한 국외 개입 프로그램	21
표 2. 변증법적 행동치료를 근거로 한 국외 개입 프로그램	23
표 3. 동기강화상담을 근거로 한 국외 개입 프로그램	24
표 4. 인지행동치료를 근거로 한 국내 개입 프로그램	25
표 5. 변증법적 행동치료를 근거로 한 국내 개입 프로그램	26
표 6. 동기강화상담을 근거로 한 국내 개입 프로그램	27
표 7. 조사대상자의 인구사회학적 특성	33
표 8. 조사대상자의 불안 청소년 상담 관련 특성	35
표 9. 조사대상자의 우울 청소년 상담 관련 특성	38
표 10. 현장전문가 심층면접 참여자 정보	41
표 11. 현장전문가 심층 면접 질문지	42
표 12. 청소년상담 현장전문가 심층면접 결과 생성된 범주 및 빈도	43
표 13. 청소년 심층면접 참여자 정보	65
표 14. 청소년 대상 심층면접 질문지	66
표 15. 청소년 대상 심층 면접 분석 결과	67
표 16. 프로그램 구성 모형	83
표 17. 프로그램 초안 세부내용	84
표 18. 불안·우울 청소년 상담 개입 프로그램 효과성 및 활용도 점수	87
표 19. 불안·우울 청소년 상담 개입 프로그램 회기별 효과성 점수	87
표 20. 청소년 불안·우울 문제 상담개입 매뉴얼 수정 방향	91

그림 목차 |

그림 1. 청소년 불안·우울 청소년 상담 개입 프로그램 개발 절차	31
--	----

I. 서론

1. 연구의 목적과 필요성

2019년 발표된 ‘세계행복보고서’에 의하면, OECD 국가 중 우리나라 청소년들의 행복지수는 54위로 나타났다. 세부 내용을 살펴보면, 행동과 생활양식, 물질적 행복은 상대적으로 높았지만, 주관적 행복은 낮은 것으로 보고되고 있다. 또한 2018년 ‘아동종합실태조사’에서는 우리나라 9세부터 17세 아동·청소년의 삶의 만족도가 10점 만점에 6.57점으로, OECD 회원국 평균 7.6점보다 1점정도 낮아 최하위를 기록한 것으로 나타났다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2018). 이외에도 OECD 회원국의 10세에서 24세 청소년들의 자살률을 비교한 결과, 인구 10만명당 8.2명의 청소년이 자살하는 것으로 보고되어 33개 회원국 중 10위로 나타났다(보건복지부, 중앙자살예방센터, 2020). 이처럼 최근의 다양한 통계 자료를 살펴보면, 우리나라 청소년들의 주관적인 심리·정서적 불행감이 높고, 이는 청소년들의 건강한 발달을 저해하고 심각한 경우 자살과 같은 사회적 문제로 귀결될 수 있으므로 지속적인 사회적 관심이 요구된다.

청소년기는 아동기에서 성인기로 발달하는 과도기 단계로 이 시기에는 신체적 성장뿐 아니라 인지적, 사회적 발달이 급격하게 이루어진다. 이와 같은 변화로 청소년들은 다양한 스트레스를 경험하고, 이는 불안이나 우울과 같은 부정적인 심리·정서 상태를 야기하기도 한다. 이와 관련된 최근 여성가족부의 통계 자료에 의하면, 청소년들이 평상시 스트레스를 많이 느끼는 정도인 ‘스트레스 인지율’이 40.4%로 나타나 절반 가까운 청소년들이 스트레스가 많다고 지각하고 있었다. 또한 최근 1년 내 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 ‘우울감 경험률’은 27.1%로 전년도인 2017년(25.1%)보다 2.0%p 높았으며, 무엇보다 우울과 상관성이 높은 자살의 경우 청소년의 사망원인 1위로 나타났다(여성가족부, 2019).

불안과 우울은 청소년들에게 다양한 방식으로 영향을 주며, 자신의 정서를 효율적으로 조절하지 못하는 시기이기 때문에 그로 인한 증상 및 문제를 조기에 발견하고 개입하지 않으면 심화될 수 있으므로 주의가 필요하다. 선행 연구 결과들을 보면, 우울한 아동·청소년들의 경우 슬픔 또는 불행감 이외에 불안장애, 반항적인 행동장애, 알코올과 같은 물질남용

문제가 함께 나타나는 공존장애를 경험하기도 한다(Wicks-Nelson, & Israel, 2009). 뿐만 아니라 낮은 자존감, 자기비하, 자아정체성의 혼란을 느끼기도 하며(최명구, 김누리, 2011), 낮은 학업수행, 사회적 위축과 원만한 대인관계 어려움 등 학교생활 부적응을 경험하기도 한다. 무단결석이나 반항적 행동, 분노 표출, 음주와 흡연 등 비행문제나 불면증, 편두통, 섭식장애와 같은 신체적인 고통으로 힘들어 하는 경우도 많다(고영빈, 이정봉, 남궁연, 김신혜, 2016; Cantwell & Baker, 1991; Downey & Coyne, 1990).

청소년기는 성장과정에서 다양한 스트레스를 경험하게 되므로, 이에 따른 불안반응을 보일 가능성이 높다. 즉 불안은 청소년기에 흔하게 나타나는 정서일 수 있지만, 정도가 지나치게 심각하거나 지속될 경우에는 불안장애와 같은 병리적인 상태에 이르게 되기도 한다. 나아가 이와 같은 현상이 지속되면 성인기에 만성적인 불안장애나 우울장애로 이어질 수 있다(Ferdinand & Verhulst, 1995; Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, Harrington, Milne, & Poulton, 2003). 더 심한 경우, 청소년기 불안은 우울장애, 해리 및 히스테리 반응, 신체화 장애 등과 동반되어 나타나기도 한다(김봉년, 2007; 하은혜, 오경자, 송동호, 2003). 정신과를 방문한 아동·청소년들 중 사회공포증, 분리불안장애, 범불안장애, 공황장애, 특정 공포증과 같은 불안장애로 진단된 경우, 어지러움이나 심계항진, 복통, 갑갑함, 가슴통증, 떨림과 같은 신체증상을 동반하는 것으로 보고되기도 한다(이호준, 김성미, 임주현, 권선영, 정철호, 2009).

그리고 불안과 우울은 공병률이 높아 두 개의 증상이 함께 나타나는 경우가 많다. 예를 들어, 범불안장애(Generalized Anxiety Disorder; GAD)로 진단된 사람 중 60% 이상은 일생 동안 한 번 이상의 주요우울장애(Major Depressive Disorder; MDD)를 경험한다고 한다(Moffitt et al., 2007). 더욱이 불안과 우울은 치료 측면에서도 유사한 기체에 반응한다는 보고들이 있는데, 삼환계 항우울제(Tricyclic Antidepressants; TCAs), MAO 억제제(Monoamine Oxidase Inhibitors; MAOIs), 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors; SSRIs)등과 같은 약물은 불안과 우울에 모두 효과적임을 알 수 있다(Burrows, Judd, & Norman, 1994). 이는 불안과 우울 문제가 동시에 나타날 가능성이 있고, 이에 대한 치료 요인이 유사함을 의미한다.

지금까지 불안과 우울 개입 심리치료 관련 연구들을 살펴보면, 인지행동치료(Joormann, Kosfelder, & Schulte, 2005), 변증법적 행동치료(Meygoni & Ahadi, 2012), 마음챙김에 기초한 인지치료(Britton, Shahar, Szepsenwol, & Jacobs, 2012), 대처기술훈련(Jones, Perkins, Cook, & Ong, 2008) 등과 같은 치료법에 모두 반응하는 것으로 나타나, 불안과 우울이 근본적인 메커니즘이나 위험 요인을 공유할 가능성이 있다는 주장이 꾸준히 제기되어 왔다(육근영, 2015). 국내 아동·청소년 심리치료 효과 검증에 대한 메타연구에서 인지행동치료가 .80의

큰 효과 크기를 보였는데, 안정성계수 역시 186으로 높은 편이었다(구훈정, 최승미, 권정혜, 2012). 이외에도 인지행동치료의 효과성은 많은 국내·외 연구들에서 입증되었다(채정호, 김원, 유태열, 2003; 권정혜, 이재우, 2001; 허유정, 최영희, 박기환, 2003; Lycons & Woods, 1991; Miller & Berman, 1983). 이렇듯 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy: CBT) 이외에 국내 연구들 중 불안과 우울 감소에 효과성을 인정받고 있는 근거 기반 치료방법으로는 마음챙김 기반 스트레스 감소(Mind : MBSR), 마음챙김 기반 인지치료(MBCT), 수용-전념 치료(ACT)등이 있는데, 모두 인지행동치료를 기반으로 한 치료방법들이다. 최근에는 자살 및 자해행동과 같은 우울문제나 경계선 성격장애, 정서불안장애 등의 기분장애 치료에 변증법적 행동치료(Dialectical Behavioral Therapy: DBT)가 효과적이라는 연구 결과들이 보고되고 있다(Stoffers, Völm, Rücker, Timmer, Huband, & Lieb, 2012). 변증법적 행동치료는 변증법 철학, 선불교 철학, 인지행동치료 이론을 기반으로, 정서, 인지, 행동, 대인관계, 자기조절 등 전반적 정서조절 문제(pervasive emotion regulation disorder) 완화에 초점을 맞추는 치료 방법으로(Linehan, 1993), 특정 목표 행동이 유지될 수밖에 없는 행동 기능을 파악하여 건강한 행동으로 대체하는 기법 습득을 통해 변화에 이르도록 한다. 마지막으로 동기강화상담(Motivational Interviewing, MI)은 내담자 스스로 자신의 행동 변화에 대한 양가감정을 탐색하고 해결해가도록 상담자가 조력함으로써 내담자의 자발적인 변화를 이끌어내는 방법으로(Miller & Rollnick, 2002), 청소년의 스마트폰 중독, 불안과 우울, 분노 등의 정서조절문제 개입에 효과적이라는 다수의 연구들이 보고되고 있다(권문희, 2009; 권민정, 2017; 김금숙, 2015; 김성애, 이동형, 2017). 특히 청소년 내담자들은 자발적으로 상담에 참여하기보다 부모나 교사 등 주변인들에 의해 의뢰되는 비자발적인 경우가 많다. 따라서 상담 동기를 향상시키는 동기강화상담은 청소년들의 상담 참여 동기를 높인다는 면에서 매우 의미있는 방법이다.

본 연구는 이와 같은 청소년기 주요 정서문제이자 다양한 적응 문제를 일으키는 불안과 우울에 효과적으로 개입할 수 있는 개인상담 기반의 표준화된 프로그램을 개발하는 것이 목적이다. 앞에서 살펴본 바와 같이 청소년기 불안과 우울 문제 해결은 사회적 이슈인 자살 및 자해, 비행, 학업 문제를 예방하고 해소하는데 핵심적인 역할을 할 것이다. 그러나 청소년 대상 불안과 우울관련 연구들은 많지만, 현재 청소년상담 현장에는 청소년을 대상으로 효과성이 지속적으로 확인된 표준화된 개인상담 프로그램은 거의 없다. 이에 본 연구는 청소년의 불안과 우울 감소에 효과적이라고 검증된 인지행동치료와 변증법적 행동치료, 동기강화상담 이론 및 기법을 토대로 청소년 상담 현장의 전문가들이 사용할 수 있는 표준화된 개인상담 프로그램과 매뉴얼을 개발하는 것이 주요 목적이다.

2. 연구과제

본 연구의 과제는 다음과 같다.

첫째, 청소년 불안과 우울 감소에 효과적으로 개입할 수 있는 구조화된 개인상담 프로그램을 개발한다.

둘째, 개발된 프로그램을 청소년 상담자 및 전문가들을 대상으로 효과성을 검증한다.

II. 이론적 배경

1. 청소년기 불안·우울에 대한 이해

가. 청소년 불안·우울의 정의

불안(Anxiety)과 우울(Depression)은 인간이라면 누구나 경험할 수 있는 심리적 정서이다. 일반적으로 불안은 ‘마음이 편하지 않고 알 수 없는 막연함에 대해 나타나는 불쾌한 정서’를 뜻하며, 우울은 ‘걱정과 근심 등으로 약간의 슬픔과 활기가 없는 정서’ 상태로 정의할 수 있다. 이와 같은 불안과 우울은 서로 매우 밀접한 관련성이 있으며, 공병률이 높은 것으로 알려져 있다(이유현, 2017; 이은경, 송미경, 2018; 하은혜, 오경자, 송동호, 2003; Fawcett & Kravitz, 1983).

불안은 두려움이나 공포와는 구별되는 정서이다. 즉, 현재의 즉각적인 위협에 대한 경고 반응이 두려움이라면, 불안은 위협적일지도 모르는 사건이나 상황을 자신이 통제할 수 없을 것이라고 지각하게 되는 미래지향적 정서이다(Wicks-Nelson & Israel, 2014). 불안은 생리적 각성이 동반된 긴장감과 걱정의 감정 상태로, 위협적인 상황에 대해 대처하고 행동하도록 만든다는 동기부여 측면에서 적응적인 정서라고 할 수 있다(Spielberger, 2010). 불안은 스트레스를 받는 상황에서의 걱정으로 인한 슬픔, 고통, 지각과 같은 반응으로 나타나는데, 특히 청소년기는 성인으로의 발달과정 중에 있으므로, 학업, 가족, 또래관계 등 다양한 상황에서 불안과 같은 정서를 경험하게 된다. 선행연구에 따르면, 불안은 ‘정상적 불안’과 ‘병적인 불안’으로 구분되는데, 정상적 불안은 불안이 경험되는 위협가능성으로부터 자신을 보호하기 위해 안전하고 조심스럽게 행동하게 되는 적응적 반응을 의미한다. 반면 병적인 불안은 현실적 위협 가능성이 매우 낮음에도 불안을 느끼거나 실체가 없는 상황 또는 실체가 사라진 뒤에도 지속적으로 불안을 느끼는 부적응적인 반응을 일컫는다(권석만, 2012). DSM-5(미국 정신의학회 정신건강 진단 및 통계편람, 제5판)에서는 부적응적 반응을 보이는 불안을 불안장애로 명명하고, 분리불안장애, 선택적 무언증, 특정 공포증, 사회불안장애, 공황장애, 광장공포증, 범불안장애 등을 하위범주로 포함시키고 있다(American Psychiatric Association, 2013). 특히 청소년기에 나타나는 병적인 불안은 우울장애, 해리 및 히스테리 반응, 신체화

와 같은 장애를 동반하기도 하므로(김봉년, 2007; 하은혜, 오경자, 송동호, 2003), 불안을 조 기 발견, 개입하는 것이 고위험의 정신병리를 예방할 수 있는 지름길이다(장진영, 신현균, 2019). 더욱이 청소년들은 발달 환경(학교, 가정, 학업, 친구관계, 수면 등)에서 느끼는 불안 반응의 정도가 심각해질 경우, 이를 치료하지 않으면 성인기까지 이어져 만성적인 우울장애, 불안장애와 같은 병적인 불안으로 이어질 수 있으므로 더욱 주의를 기울일 필요가 있다(Ferdinand & Verhulst, 1995; Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, Harrington, Milne, & Poulton, 2003).

Beck(1974)은 우울이란 인간 누구나 흔하게 경험할 수 있는 것이지만, 외로움과 슬픔, 사고력과 주의력 저하, 불면증 등 인지적이고 신체적인 증상이 함께 나타나 일상생활에 영향을 줄 수 있으므로 주의를 기울여야 할 정서적 상태라고 하였다. 우울은 슬픔과는 차이가 있는데, 슬픔은 상실감에 의한 정서적 반응이고, 우울은 그러한 심각한 기분을 느낄 수 있는 확실한 이유가 없으나 오랫동안 지속적으로 드는 불행한 기분으로 정의된다(Kalat & Shiota, 2006). 반면 권석만(2012)은 슬픈 기분과 무력감, 죄책감, 상실감, 절망감 등과 같은 고통스러운 정서적 상태를 우울로 정의하였으며, 이주은(1995)은 우울을 스트레스 사건에 의한 가벼운 정서적 반응부터 정신치료적 개입이 필요한 병리적 반응까지 연속선상의 정서 반응으로 보았다. 즉 우울은 인간의 성장 과정에서 흔히 경험하게 되는 정서임과 동시에 지각, 인지, 사고, 태도, 대인관계에 이르기까지 매우 광범위하고 장기적으로 영향을 미치는 부정적 정서 상태라고 정의할 수 있다(Joiner & Mental, 1993). DSM-5에서는 우울의 병리적 상태를 우울장애로 명명하고, 하위범주에 주요우울장애, 지속성 우울장애, 월경전불쾌감장애 등을 포함시켰다(American Psychiatric Association, 2013). 특히 우울은 청소년기 학업 및 사회 문제, 비행과 약물 오남용, 섭식장애, 자살, 자해 등의 문제와 매우 밀접한 관련이 있으며, 문제가 조기 해결되지 않을 경우 성인기까지 이어질 수 있어(Lehman, 1985) 사전 예방과 개입이 필요하다(배정미, 2006).

지금까지 살펴본 불안과 우울 모두 인간의 성장과정에서 일상적으로 느낄 수 있는 정서지만, 위험 수준이나 기간 등 심각한 정도에 따라 병리적 상태가 될 수 있다. 불안과 우울은 서로 밀접하게 연관되어, 어느 하나만 따로 분리되어 경험되지 않는 경우가 많다. 특히 청소년의 경우, 신체적, 환경적으로 많은 변화를 경험하는 시기이므로 불안과 우울 정서를 자주 경험할 가능성이 있고, 비행과 같은 일탈과도 관련성이 높아 정신건강 분야의 매우 중요한 문제 유형으로 주목받아 왔다(박영신, 김의철, 2003; 장택용, 2015).

나. 청소년 불안·우울 관련 실태 및 현황

불안과 우울은 내재화된 정신장애의 대표적인 문제로, 불면, 피로감, 초조와 같은 신체적 증상을 야기하며, 슬픔, 무력감, 집중력 감퇴, 비현실적 감각 등의 정서 및 사고 장애를 일으킬 수 있다(APA, 1994). 이와 같은 정신건강 문제는 성장 중인 청소년들에게는 가정이나 학교 등 사회 적응 측면에서 어려움을 불러일으킴으로 조기 발견과 개입에 각별한 관심을 기울일 필요가 있다(이창호, 강석영, 이동훈, 2013). 실제로 2017년 건강보험심사평가원의 보건의로 빅데이터에 따르면, 불안장애 및 우울증으로 입원과 외래치료를 받는 사례가 증가하는 것으로 나타났다. 구체적으로 불안장애로 입원하거나 외래 치료를 받은 사례가 2013년 525,516명에서 2017년에 633,862명으로 20.6% 상승하였으며, 우울증도 2013년 591,148명에서 2017년에 680,169명으로 15.1%가 증가한 것으로 나타나 우리나라 국민들이 불안과 우울 문제로 어려움을 겪고 있음을 알 수 있다(건강보험심사평가원, 2017). 또한 서울시 소아청소년 정신보건센터의 아동·청소년 정신건강 실태 조사에서는 조사대상자 2,672명 중 25.71%가 행동장애(주의력결핍 과잉행동장애, 적대적 반항장애, 품행장애), 1.95%가 조증 및 경조증, 주요우울장애, 기분부전장애 등의 기분장애를 경험하고 있다는 통계를 보고하고 있다(조수철 등, 2006).

한편, 재난을 경험한 청소년 212명을 대상으로 한 정신건강 관련 설문 조사에서는 정신건강, 또래 및 가족과의 문제가 주 호소문제로 가장 많았으며, 정신증적 증상과 관련해서는 불안(76.89%), 우울(51.42%), 주의집중력(50.94%) 문제 순으로 높게 나타났다. 또한 이와 같은 정신증적 문제를 보이는 청소년들의 55.194%는 심리치료나 의료개입이 필요하며, 이는 국가적 재난 이후의 소아청소년 대상 대응체계 마련이 시급함을 보여주는 결과이다(박민욱, 2019.3.18.). 최근에는 전 세계적으로 유행하는 코로나19 바이러스감염증 확산으로 많은 사람들이 불안감을 느끼고 있으며, 이로 인해 우울과 같은 2차적 정서 반응을 경험하는 사람들이 점차 증가하고 있다. 여성가족부(2020)에 따르면, 청소년상담1388(전화상담, 문자상담, 온라인상담)로 도움을 받는 청소년들이 점차 늘고 있으며, 대인관계, 정신건강, 학업·진로 문제로 상담서비스를 주로 이용한다고 밝혔다. 또한 코로나19 바이러스감염증이 국가재난 ‘심각’ 단계 수준이었던 2020년 3~9월에는 청소년 정신건강과 관련된 우울·위축, 강박·불안, 충동·분노조절과 관련된 상담 건수가 2019년 3~9월 대비 69.6% 증가한 것으로 나타났다. 구체적으로 우울 및 위축 문제는 17,120건에서 30,983건, 강박 및 불안 문제는 7,338건에서 14,982건, 충동 및 분노조절 문제는 952건에서 1,211건으로 증가하였다.

청소년기에 나타나는 정신과적 문제 중 가장 높은 비율을 차지하는 것은 불안과 우울로

인한 정서장애이다(석종철, 1999). 청소년기에 불안장애로 진단을 받은 경우, 약 96%가 1개 이상의 신체증상(어지러움, 심계항진, 복통이나 복부 불편감, 가슴 통증, 답답함, 떨림 등)을 보이며, 불안장애의 심각 정도에 따라 나타나는 신체증상의 개수와 증상 정도도 달라져 서로 밀접하게 영향을 주고 있다(이호준, 김성미, 임주현, 권선영, 정철호, 2009). 불안으로 인한 이와 같은 신체증상은 성인기의 신체화 장애까지 이어질 가능성이 있어, 불안으로 인한 문제 개입 시 고려할 필요가 있다(신현균, 2006; 장진영, 신현균, 2019). 또한 청소년이 경험하는 우울 증상은 매우 다양한 형태로 나타난다. 예를 들어, 수면장애, 식욕부진, 의욕상실, 무기력, 또는 반항적이고 폭력적인 행동 등의 형태로 드러나며, 이러한 우울 증상들은 학교 생활이나 가정, 또래관계 등의 어려움으로 이어질 수 있으므로 성인기 우울과는 다른 접근과 개입이 필요할 것으로 보인다(김진주, 2011).

다. 청소년 불안·우울의 원인 및 위험·보호요인

청소년기 불안을 일으키는 원인은 크게 생물학적 및 유전적 요인과 개인적 및 사회적 요인(가족, 학교), 인지적 요인으로 구분하여 설명할 수 있다. 먼저 생물학적 요인으로는 자율신경계 및 교감신경계의 활성화로 인해 신체적, 생리적 불안이 나타나며, 대뇌 호르몬 이상으로 불안장애가 발생하게 된다. 유전적으로는 가족 중에 불안장애를 가진 사람이 있을 경우 우 영향을 받을 수 있으며, 특히 불안장애를 가진 부모는 자녀에게도 불안장애를 발달시킬 수 있다는 보고가 있다(Wicks-Nelson & Israel, 2014). 두 번째로 개인적 요인은 개인적인 특성(trait), 가치관, 사회적 여건, 심리적 상태 등의 차이로 불안을 느끼는 정도가 다를 수 있는데 그 정도를 증재하는 주요 요인으로는 대인관계, 자아존중감, 행복감, 사회적 지지와 자존 등이 있다(이상영, 정진욱 외, 2015). 또 다른 연구에서는 타인의 평가나 반응에 대해 민감성과 취약성을 가진 내현적 자기가 사회불안 위험요인이라고 보았으며(권석만, 한수정, 2000), 이와 같은 특징을 가진 청소년은 대인관계 행동 측면에서 회피적인 것으로 나타났다(정남운, 2001). 한편 타인의 평가와 반응에 민감하게 반응을 보이는 거부민감성도 사회불안의 위험요인 중 하나로 보고되고 있다. 거부민감성은 항상 거부당하는 것에 과민하고 민감하게 반응하는 인지-정서적 취약성이 특징이다(홍상환, 박혜정, 2013). 그 밖에도 협소한 또래 관계망을 가지고 사회적 접촉에 제한적인 특징을 지닌 행동억제 기질 또한 사회불안의 위험요인으로, 사회 적응에 어려움의 원인이 될 수 있다(Jones, Briggs, & Smith, 1986). 세 번째, 사회적 요인은 가족요인과 학교 요인으로 나누어 살펴볼 수 있다. 가족요인으로는 부모와의 애착 정도와 부모의 부재 여부, 부모의 불안 정도, 가정의 경제적 상황 등이 주요 원

인이다(강현아, 2011; 김은이, 오경자, 2014; Brook & Schmidt, 2008; Malgorzata & Agnieszka, 2015; Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997). 즉 부모와의 불안정 애착을 형성했을 경우, 부모를 상실했거나 부모가 이혼했을 경우, 가정이 경제적으로 빈곤한 경우 등이 사회불안 일으킬 수 있다고 본다. 학교 요인으로는 따돌림과 같은 학교 폭력, 또래관계에서의 어려움, 학업성적 등의 스트레스가 청소년들 불안의 원인이 된다(권은경, 2018; 석지은, 이소연, 2018; 이유현, 2017; 조성진 등, 2001). 특히 또래관계에서 따돌림을 경험한 청소년들은 경험하지 않은 집단에 비해 자기주장이나 공감성이 낮은 반면, 사회 불안 수준은 높은 것으로 나타났으며(이규미, 구자경, 김은정, 이시형, 2001), 학업에 대한 스트레스는 시험 불안의 원인이 되는 것으로 보고되고 있다(이은영, 박양리, 현명호, 2008). 네 번째로는 불안의 인지적 요인으로, 자신과 타인, 환경에 대해 비합리적이고 역기능적으로 인지하는 역기능적 사고나 비합리적 신념, 부정적인 자동적 사고나 냉소적인 적대감, 자기비난이나 사후 반추사고 등이 해당된다(김진경, 2008; 신현숙, 2006; 이유현, 2017). 특히 사후 반추사고는 자책이라는 하위유형을 매개로, 과거 자신에 대한 자서전적기억의 구체성을 감소시키는데 영향을 준다(Ricarte, Ros, Latorre, Munoz, Aguilar, & Hernandez, 2016).

한국보건사회연구원(2015)에 따르면, 만 14세에서 18세 이하의 청소년들이 느끼는 사회·심리적 불안 정도는 연령이 증가할수록, 남성일수록 불안 정도가 커진다고 보고하고 있다. 또한 개인적 측면에서 학업문제, 미래에 대한 불안 문제 요소가, 사회적 측면에서는 교육과 입시제도의 변경, 정치 및 대외관계, 안전문제 등이 개인적 측면 불안 요소와 맞물려 불안이 나타난다고 하였다. 또한 청소년들은 학교생활에서 친구로부터 따돌림 경험이 있을 경우, 자아존중감과 목표달성 가능성이 낮다고 생각할 경우, 가정과 학교 등에서 소속감이 낮고 자신의 삶에 대해 느끼는 주관적 행복감이 낮을 경우, 사회에서의 평등 정도와 사회 안정성이 낮다고 느낄 경우, 어려움에 있을 때 주변으로부터 도움을 받을 가능성이 낮을 경우, 일상에서 마음을 털어놓고 상의할 수 있는 사람이 적을 경우 등에서 사회·심리적 불안을 느끼는 정도가 높다고 보고하였다(이상영, 정진욱, 황도경, 손창균, 윤시몬, 채수미, 차미란, 김효진, 2015).

우울의 원인은 환경적 측면에서 충격적인 사건이나 사소하게 스트레스를 주는 미세한 생활사건 및 사회적 지지체계의 결핍 등이 우울 정서의 촉발이 될 수 있다(권석만, 2012). 청소년기 우울의 원인은 불안의 원인과 유사한 사회적 요인과 인지적 요인으로 설명된다. 첫째, 청소년기 우울의 사회적 요인으로는 친구, 학업 및 교사와의 관계, 부모요인이 우울을 촉발시키게 된다. 친구관계로 인한 요인에서는 또래와의 좋은 관계를 유지하는 또래애착, 친밀감의 수준 정도가 우울감을 느끼는 심각정도에 영향을 미치며(윤명숙, 조혜정, 이현희,

2009; 이미현, 2014), 또래관계를 부정적으로 인지하는 청소년일수록 우울을 더 많이 경험하게 되는 특징을 보인다(이정선, 이형실, 2012). 학업에 의한 요인으로는 높은 학업적 스트레스나 낮은 학업 성취가 우울을 증가시키는 원인으로 보고되고 있으며(노충래, 김설희, 2012; 송연주, 이상수, 김대현, 함경애, 이동훈, 2014; 신용태, 황순택, 2016; 유진이, 2010), 학업에 대한 만족도가 낮은 집단에서 우울증상에 관한 위험률이 더 높게 나타나는 특징을 보인다(조성진 외, 2001). 학교생활과 관련된 요인으로는 또래관계 이외에도 교사와의 관계 실패나 부적응 관계를 갖게 될 경우 우울과 높은 상관을 나타냈다(조운숙, 이경남, 2010). 부모와 관련된 요인으로는 부모-자녀관계에서 친밀감과 존경이 낮거나, 부모가 엄격하다고 지각하게 될 경우, 부모의 양육태도가 비일관적이고 처벌적이며, 과잉기대가 높을수록 청소년의 우울증상이 심각해진다고 보고되고 있다(김동영, 박기정, 김효원, 2015; 정소희, 2016). 그 밖에도 부모가 우울감을 갖고 있거나 이혼 또는 갈등이 있는 경우(김미선, 정현희, 2017; 유안진, 이점숙, 서주현, 2004; 정익중, 박민아, 2013), 가정이 경제적으로 어려울 경우(강현아, 2011; 김은이, 오경자, 2014; 송연주 외, 2014) 등이 청소년기 우울의 원인으로 설명되며 불안과 유사한 요인들이 많음을 알 수 있다. 두 번째로 청소년기 우울의 인지적 요인으로는 부정적이고 비판적인 사고를 주요 원인으로 보았다. 특히 자기 자신이나 미래, 자신이 처한 주변 환경 등에 대해 부정적인 자동적 사고와 인지왜곡이 심할수록 우울이 높아지며(김신하, 김춘경, 2006), 기억을 회상함에 있어서 긍정적 기억보다는 부정적 사건을 과일반화하여 떠올리게 되면서 우울하게 된다는 특징이 있다(도상금, 최진영, 2003; 이해림, 최윤경, 2012; 조성연, 2019).

앞서 살펴본 청소년기 불안과 우울의 원인을 종합적으로 정리하면 다음과 같다. 청소년기 불안장애의 주요 위험요인은 불안-거부적 애착관계, 부모의 불안, 행동적 억제 유형 기질, 충격적 또는 부정적 스트레스 사건, 양육태도 등이었으며, 우울장애의 주요요인은 가족요인, 선행 정신병리나 질환이 있는 경우, 스트레스 사건, 우울증 삽화 초발 시기, 불안장애와의 공존, 사회적지지 부족, 부모의 불화 및 이혼, 부모-자녀 갈등, 부모의 낮은 교육수준이나 직업적 불안정성, 부모의 알콜리즘 등이 원인임을 확인할 수 있었다(김시형, 이동훈 외, 2018; 하은혜, 오경자, 송동호, 강지현, 2003). 한편, 불안장애와 우울장애가 공존하는 청소년들의 경우 고등학교 여자 청소년이 우울과 불안장애에 취약하며, 낮은 사회경제적 수준, 부모의 사망과 이혼, 음주 및 흡연, 신체질병 등이 유의미한 위험요인이라는 점에서 상담개입에서 성별적 차이를 고려할 필요가 있다(하은혜, 오경자 외 2003). 불안 및 우울과 관련된 국내 성차 연구에서는 초등학교(4~6학년) 시기에는 차이를 보이지 않다가(조수철, 이영식, 1990; 최진숙, 조수철, 1990) 중학교 시기부터 여학생이 더 높은 비율로 발견되어 고등학교

까지 유지된다고 보고하였다(신민정, 정경미, 김은성, 2012; 최인재, 2007; 하은혜, 오경자, 송동호, 2003).

이상에서 살펴본 청소년의 불안과 우울에 관한 원인과 특징들은 주로 청소년의 환경적 또는 사회적 요인과 개인내적, 인지적 요인에서 촉발되는 경우였다. 이들 요인 중 환경적, 사회적 요인이 불안과 우울에 미치는 영향이 큰 것에 반해 상담 개입을 통해 변화를 만드는 것은 쉽지 않을 것이다. 따라서 청소년 불안 및 우울에 미치는 요인 중 개인내적인 측면에 초점을 두어 개인상담 시 활용할 수 있는 프로그램을 개발하는 것은 의미가 있다.

라. 청소년 불안·우울의 주요 증상

청소년기에 나타나는 불안과 우울은 성인기에 나타나는 명확한 불안·우울 증상과는 다소 차이를 보인다. 청소년기의 불안과 우울의 증상은 다른 형태로 위장되어 나타나거나 다른 질환과 공존하여 나타나는 경우가 많다(신재은, 1999). 불안과 우울을 경험하는 청소년은 그렇지 않은 청소년보다 성적저하, 주의집중문제, 품행문제, 공격성, 대인관계문제, 분노, 공포증, 짜증, 신체 증상 등의 정서, 행동문제들을 나타내는데 이런 문제행동들이 불안·우울 증상을 파악하기 어렵게 만든다(김현숙, 2013). 또한 불안·우울 문제를 경험하는 청소년들은 다양한 문제를 복합적으로 보이는 공존 증상을 보이게 되는데 전술한 문제행동들이 불안·우울 문제와 함께 나타나 위험수준이 높아져 자해, 자살생각으로 이어지기도 한다(권석만, 2013).

청소년의 불안, 우울 문제와 함께 연구된 주제는 주의집중문제, 행동문제, 학업문제, 자살생각 등이 있다. 불안, 우울 문제를 가지고 있는 청소년들은 주로 주의집중문제를 가지게 되어 학교에서의 사회적, 학업적인 기능에서 손상을 보인다(이린아, 최종옥, 2013). 청소년기 대표적인 주의집중 문제 중 하나인 주의력결핍과잉행동장애 ADHD와 우울·불안의 관계에 대한 연구에서는 ADHD로 진단된 아동 중 약 30~40%가 우울문제를 보이며(김형숙, 2007) 우울장애를 경험하는 청소년에게 ADHD가 함께 나타날 확률이 25%~33.5%에 이르는 것으로 나타났다(Baldwin & Dadds, 2008; 김현주, 2017 재인용).

불안, 우울 문제를 경험하는 청소년들은 갈등상황에서 비효율적이거나 공격적인 해결방법을 많이 사용하고(Dodge & Richard, 1982) 슬픔과 고통의 기분을 방어하기 위해 외현화 문제를 일으킨다(Beyer & Loeber, 2003). 불안, 우울장애와 행동장애를 함께 가지고 있을 경우 내재화, 회현화 행동 모두에서 부적응의 행동을 보이며 내재화, 외현화 문제가 상호작용하여 청소년 정서·행동에 더욱 악영향을 미치게 된다(Wollston, 1989). 또한 불안·우울은

학교생활적응에 영향을 미치는 중요한 심리적 변인이다(박정현, 이미숙, 2014). 시험성과 과제에 대한 스트레스가 높을수록 불안 및 우울 수준이 높게 나타났으며(강인성, 2004), 이러한 스트레스는 2년 뒤까지도 불안과 우울에 영향을 미치는 것으로 나타났다(임자성, 채규만, 2005). 또한 학업스트레스 생긴 청소년의 우울감은 다시 학업성적 저하, 또래관계 문제, 학교생활에서 위축문제 나타나게 하며 학교생활 전반에 걸쳐 부적응 문제를 보이게 한다(이혜정, 김수연, 김혜원, 2013).

우울은 자살을 예측하는 가장 강력한 요인으로 자살에 영향을 미치는 심리적 변인들 중 가장 큰 요인으로 나타났다(박혜정, 2009, 박은옥, 2009, 김혜원, 조성연, 2011, 고기숙, 이지숙, 2013). 청소년의 경우 강한 충동적 성향으로 자살이 전체 사망 요인 중 가장 많은 비율을 차지하고 있으며 다른 연령대 보다 자살 생각을 많이 하는 것으로 나타났다(청소년백서, 2018).

이렇듯 청소년기 불안·우울 문제는 그 영역의 문제와 함께 다양한 부적인 문제들을 양산함으로 청소년의 건강한 발달에 악영향을 미치므로 청소년의 불안, 우울 문제에 개입할 수 있는 프로그램 개발이 절실하다.

마. 청소년 불안·우울의 평가

청소년기 정신병리 현상 중 내재화 문제인 불안과 우울의 진단에는 강도, 빈도, 지속성 공존 증상의 수 등이 고려된다.(Garber, 1984). 과거 DSM-IV(1995)에서는 현상학적으로 드러나는 증상에 초점을 두고 사회적 기능이 손상되었을 때에만 장애로 진단하였다. 따라서 청소년의 불안과 우울은 정서장애로 분류되어 발달장애, 행동장애, 신체장애와는 구분된 장애로 이해되었다. DSM-IV의 진단체계로 청소년들의 문제행동과 정신건강의 정적인 상태는 명확히 나타낼 수 있었지만 청소년기 발달상황에 대한 역동적인 측면이 고려되지 못했다. 또한 하나 이상의 문제를 가지고 있는 청소년들에 대한 진단을 어렵게 함으로써 그들이 적절한 시기에 조치 받지 못하게 했다는 견해도 있다(김현주, 2017).

DSM-5(2013)는 DSM-IV와 달리 청소년기 정신장애를 하나의 범주로 따로 구분하지 않고, 20개 정신장애 범주 안에 하위 장애 범주가 포함되어 있는 양식을 취한다. 이는 이전의 범주적 진단 체계의 단점을 보완하기 위해 차원적 평가를 도입하여 청소년의 주 증상과 다양한 공존 증상을 심각도 차원에서 평가하고 있다. 차원적 평가는 청소년을 이해하는 과정이 복잡해 질 수 있다는 단점이 있지만, 차원적 분류에서는 하나의 진단이 아닌 양적인 차원 위에 구분점을 설정하여 장애를 설명하기 때문에 복합적인 문제를 보이는 청소년을 이해하

는데 더 적절한 방법이 될 수 있다(권석만, 2013).

청소년의 불안과 우울의 진단에도 범주적 진단보다는 차원적 평가로 청소년의 개인의 복합적인 문제에 적절히 개입해야 하므로, 주로 청소년의 정서문제를 진단하기 위해 사용된 평가도구는 아동·청소년 행동평가척도 YSR(Youth Self Report)이다. YSR은 대표적인 차원적 분류방식으로 아동·청소년의 사회적 적응 및 정서, 행동문제를 자기보고식의 표준화된 형태로 기록하게 된다. 국내에서는 2010년부터 만 11-18세 청소년을 대상으로 표준화된 ASEBA(Achenbach System of Empirically Based Assessment) 한국판 YSR을 사용하고 있다. 표준화된 한국판 YSR은 내재화 문제인 불안/우울, 위축/우울, 신체 증상과 외현화 문제인 공격성, 규칙위반, 사고 문제, 사회적 미성숙, 주의집중문제, 기타문제 등으로 구분하여 양적인 차원 위에 임상과 준임상 기준점을 설정하여 청소년의 문제행동에 접근하고 있다.

ASEBA YSR의 경우, 다양한 연구 결과들을 통해 불안과 우울을 측정하는데 보편적으로 사용되는 표준화 검사이나, 문항이 많아 불안이나 우울 문제를 호소하는 청소년에게 사용하기에는 어려움이 따를 수 있다. 이에 우리나라 보건복지부(2018)에서는 최신 심리측정방법인 문항반응이론을 적용한 컴퓨터화 된 개인 맞춤형 검사(Computerized Adaptive Test: CAT) 알고리즘을 개발하고 적은 수의 문항으로 불안·우울을 측정하며 무료로 제공되는 한국형 우울 불안 평가 문항 척도를 개발하였다. 한국형 우울 장애 선별 도구(K-DEP)는 12문항으로 한국형 불안 장애 선별 도구(K-ANX)는 11문항으로 구성되어 있으며, 각 문항별 세부내용은 이해하기 쉽게 서술되어 있어 ASEBA YSR은 보다 청소년 임상현장에서 불안·우울을 평가하기에 더욱 편리할 것이라 보인다.

그러나 ASEBA YSR가 오랜 시간에 걸쳐 검사의 신뢰도가 검증된 반면, 한국형 우울 불안 평가 문항 척도는 청소년에 대한 검사 신뢰도가 축적되지 않았다. 따라서 한국형 우울 불안 평가 문항 척도가 청소년에게 적용하기 편리하다고 하여 ASEBA YSR을 대체하기에는 더 많은 시간이 필요할 것으로 보인다. 따라서 본 연구에서는 ASEBA YSR를 청소년 불안·우울 상담 개입 프로그램의 평가 도구로 사용하고, 불안·우울에 대한 면밀한 평가가 필요한 경우 관련 검사를 추가로 실시할 것을 제안한다.

2. 청소년 불안·우울 상담개입

가. 불안·우울의 주요 개입 이론

1) 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy)

인지나 인지과정을 변화시킴으로써 심리적 장애나 증상을 개선하려는 접근에는 Ellis를 중심으로 하는 RET(Rational Emotive Therapy), Beck을 중심으로 하는 인지치료(Cognitive Therapy: CT), 행동주의적 접근에서 발전된 Meichenbaum의 자기교시훈련(Self-Instructional Training: SIT)이 있다. 이들 세 가지 인지적 접근은 통합되고 있으며, 인지적 접근만으로는 심리치료에 한계가 있기 때문에 행동적 기법을 접목한 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy: CBT)가 활용되고 있다(안창규, 1995).

CBT는 부정적이고 역기능적인 생각과 행동을 보다 적응적으로 변화시키는 것을 목적으로 하는 구조화된 심리치료기법이다(신민섭 등, 2018). CBT는 인지 모델을 근거로 하며, 주변 환경과 사건의 의미에 대한 인지적 평가가 개인의 정서와 행동에도 영향을 미친다고 가정한다. 즉 개인이 경험한 사건 자체보다 사건에 대한 인지 차원의 부정적인 평가와 해석이 문제를 발생시킨다고 보기 때문에 인지적 사고의 특성을 확인하고 평가하는 과정이 매우 중요하다(고윤정, 2015). CBT는 유연한 사고를 통해 외부 상황을 객관적으로 인식하도록 하여 보다 적응적인 행동을 하도록 변화시키며(Fraser, Richman, & Galinsky, 1999), 인지적 재구조화를 통해 역기능적 사고를 수정하고 증상을 감소시킨다(노영희, 2008).

CBT는 내담자를 우울하게 하는 부정적인 자동적 사고와 역기능적 신념을 찾아내고 변화시키기 위하여 다양한 구체적 기법들, 예를 들면 A-B-C기법, 소크라테스식 대화법, 일일기록표 방법, 설문지 검사기법, 일기쓰기, 하향 화살표법 등이 활용되고 있다. 또한 내담자의 부적응적 행동을 변화시키기 위하여 자기생활 관찰표 작성하기, 긍정적 경험을 체험하고 평가하기, 대처기술 훈련하기, 자기주장 훈련하기, 사회적 기술 훈련하기, 의사소통기술 훈련하기, 문제해결법 훈련하기 등 행동적 기법이 적용되기도 한다(원호택 등, 2000).

CBT가 우울에 활용되기 시작한 것은 1970년대부터지만, 최근 들어 우울증에 대한 CBT의 효과와 집단치료의 효율성에 대해 많이 연구되고 있다. CBT는 항우울 약물치료보다 더 효과가 있으며(Butler & Beck, 2000), 삼환계 항우울제와 동등하거나 그 이상의 지속적인 효과가 있고(Rehm, Wagner, & Ivens, 2001), 우울의 취약요인인 반추를 감소시켜 우울이 개선되는 효과가 있는 것으로 밝혀졌다(Watkins, 2009). CBT는 청소년들의 우울에도 비슷한 효과

를 보이고 있으며(Harrington, Whittaker, & Shoebriidge, 1998), 행동치료가 효과적임을 보여 준다.

2) 변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy)

변증법적 행동치료(Dialectical Behavioral Therapy: DBT)는 변증법 철학, 선불교 철학, 인지행동치료를 기반으로 하는 치료 체계이며(최현정, 2018), 정서, 인지, 행동, 대인관계, 자기 조절 등 전반적 정서조절 문제(pervasive emotion regulation disorder) 완화에 초점을 맞추고 있으며, 궁극적으로는 ‘살만한 삶’이라는 치료 목적을 가지고 있다(Linehan, 1993). DBT의 변증법 철학에서는 세상에 절대 진리란 없으며 양 측면 모두가 참일 수 있다는 세계관을 가지고, 어떠한 현상을 이해할 때 다양한 관점에서의 사실을 받아들이고 중도의 해결책을 추론하고자 한다. 모순적인 상황에서 변증법으로 생각하고 행동하는 지혜로운 마음(wise mind; Linehan, 2015)을 이루기 위하여 마음챙김(mindfulness)이라는 선불교의 수행 방식을 적용한다. 또한 DBT의 원리는 변화와 수용을 위한 핵심 치료 전략에서 잘 나타난다. 특정 목표 행동이 유지될 수밖에 없는 행동의 기능을 파악하고, 이 기능을 건강한 행동으로 대체하기 위한 노출, 인지수정, 수반성 관리, 기술 훈련, 전념하기 등의 인지행동주의 전략을 적용하며, 어떤 문제 행동이 유지되거나 변화하기 어려운 이유를 변환 작용, 체험 회피, 기술 부족, 정서조절 어려움, 조작적 조건 형성, 과거력 및 고전적 조건 형성 등 행동주의 개념으로 설명하고 구체적인 변화의 방법을 적용하고 있다(최현정, 2018).

DBT의 개발자인 Linehan은 1980년대부터 자살 행동 혹은 자살 의도가 없는 자해 행동 완화에 관한 효과적인 개입을 개발하고자 하였으며, 1987년에 경계선 성격장애를 위한 DBT를 소개하였고 1993년 치료 체계를 갖추었다(Linehan, 1993). 이 표준화된 DBT는 개인 DBT, 24주간의 집단 DBT 기술 훈련, 전화 코칭, 치료진 자문팀이라는 네 가지 체계로 구성되어 있다. 이 네 가지 체계에 대해 구체적으로 살펴보면, 첫째 개인 DBT는 관찰 일지 점검, 체인 분석과 해결 분석, 해결 분석의 난제를 해결하기 위해 주 1회 50분간 일대일 작업으로 이루어진다.

둘째, 집단 DBT는 마음챙김 기술, 고통 감내 기술(distress tolerance skills), 정서조절 기술, 그리고 대인관계 효율성 기술의 4가지 기술 훈련을 24주간 매주 1회씩 실시한다. 서울 DBT 연합(Seoul DBT Coalition, 2017)에 따르면 ‘마음챙김 기술’ 훈련에서는 지혜로운 마음과 변증법 원리에 대해 배우고, 마음챙김 방법(what skills)과 태도(how skills)를 익힌다. 마음챙김 방법에는 관찰하기, 기술하기, 참여하기의 세 가지와 마음챙김 태도에는 평가하지

않기, 온전히 하나씩, 효과적으로 세 가지가 제시되어 있다. ‘고통 감내 기술’은 즉각적인 위기 상황에서 위해를 최소화하고 시간을 벌기 위한 기술로 위기 생존 기술과 장기적으로 삶에 대한 감내력을 증진시키는 온전한 수용 기술로 구성되어 있다. ‘정서조절 기술’은 팩트 체크, 반대로 행동하기, 문제 해결이 주요한 기술이며, 가장 중요한 정서 조절 기술로 감정 챙김을 제시한다. 또한 정서 조절의 취약성을 완화하기 위한 연습(ABC PLEASE)으로 자궁 연습(자신감 쌓기, 긍정 경험 쌓기, 미리 연습) 안아파수식(안 돼요 물질, 아프면 병원, 파이팅 운동, 수면 챙겨, 식사 챙겨)이 있다. 대인관계 및 환경과의 작용에서 벌어지는 문제는 정서 조절을 어렵게 하므로 대인관계 효율성 기술은 환경 속에서의 문제 해결 전략을 훈련한다. ‘대인관계 효율성 기술’은 자기주장 기술을 넘어서 효과적으로 문제를 해결하는 기술에 방점이 있다. 원하는 것을 얻기 위한 기표주보집단협상(기술하기, 표현하기, 주장하기, 보상하기, 집중하기, 단단하게, 협상하기, DEARMAN) 기술, 관계 유지를 위한 친심원해(친절하게, 관심보이기, 원만하게, 이해심 보이기, GIVE) 기술, 그리고 자기 존중감을 지키기 위한 금가진자(사과 금지, 가치관 지키기, 진솔하게, 자타 공평, FAST) 기술이 있으며, 그 외에 구체적인 대인관계 문제 해결 상황으로 기술을 활용하여 관계를 만드는 방법과 원치 않는 관계를 끊는 방법의 절차를 제시하고 있다.

셋째, 전화 코칭은 기술 적용과 문제 해결의 일반화를 위한 치료 형태로 회기 밖에서 훈련을 연장하고 적용할 수 있도록 도우며, 위기 상황에서 위기 생존 기술의 활용을 촉진하고, 치료 관계에서 어려움을 보이는 개인에게 일종의 치료자-내담자 연결고리로 기능한다 (Linehan, 1993).

넷째, 치료진 자문팀은 치료 관계에 어려움을 보이거나 위기 행동이 잦은 내담자와의 작업에서 핵심적인 역할을 담당한다. 자문팀은 치료자 간의 또래 자문을 바탕으로 치료자의 한계를 자각하고 변환 작용과 평가 없는 태도를 점검하며, 공동의 해결책을 마련하여 내담자와 치료자 모두에게 안전한 치료 대책을 마련해 주기 때문에 ‘치료’를 넘어 ‘치료 체계’가 된다.

이상의 표준 DBT에 관한 연구 이외에 개인 DBT 혹은 집단 DBT 기술 훈련에 대한 개별적인 적용이나 효과 검증을 위한 연구가 진행되기도 하였으며, 집단 DBT 기술 훈련의 경우 다양한 구성과 길이로 적용과 변형을 보이고 있다(Linehan, 2015).

또한 DBT는 자살 자해를 보이는 경계선 성격장애 내담자를 넘어 섭식장애, 물질 사용 문제 등 여러 조절 문제에 적용되었으며, PTSD, 기분장애 등의 치료에도 적용되어 이에 대한 효과를 검증하는 연구가 진행되었다(최현정, 2018). 즉 28개 연구의 메타분석에서 DBT는 treatment as usual(TAU)에 비하여 중등도에서 높은 효과 크기로 경계선 성격장애 환자의

분노, 자해 행동, 정신건강 문제에 도움이 된다고 보고되었다(Stoffers, Völm, Rücker, Timmer, Huband, & Lieb, 2012), 섭식장애에 대한 효능(Lynch, Gray, Hempel, Titley, Chen, & O'Mahen, 2013; Rahmani, Omidi, Asemi, & Akbari, 2018), 물질 사용 문제가 있는 HIV/AIDS 환자의 사례 연구를 통해 DBT의 효과가 보고되었다(Wagner, Miller, Greene, & Winiarski, 2004). 또한 아동 성학대 경험과 관련된 PTSD 환자의 증상이 완화되었으며(Steil, Dittmann, Müller-Engelmann, Dyer, Maasch, & Priebe, 2018), 가정폭력 피해 여성의 우울, 무망감, 고통감을 낮추고 사회적응을 높였다(Iverson, Shenk, & Fruzzetti, 2009). 주요우울장애 진단 환자의 증상이 완화되고 자살 경향을 낮추었으며(Meygoni & Ahadi, 2012), 양극성 장애 진단 성인의 기술 및 심리적 웰빙 수준을 높이고 정서 반응성을 낮추었다(Eisner, Eddie, Harley, Jacobo, Nierenberg, & Deckersbach, 2017).

특히 DBT는 청소년의 자살 및 자해 행동에 효과가 있는 것으로 나타났다. 12주 개인 DBT에 가족 기술 훈련, 그리고 코칭으로 구성된 DBT-A(DBT-Adolescent)는 자살 의도 없는 자해 행동을 지닌 경계선 성격장애 진단 청소년에게 도움이 되는 것으로 나타났다(Miller, Wyman, Huppert, Glassman, & Rathus, 2000). 자살 및 자해 행동을 보이는 청소년과 가족에게 지역사회 기반 15주의 기술 훈련은 청소년의 우울, 분노, 해리, 자해 행동을 감소시켰으며 부모 역시 이들의 문제행동이 완화되었다고 보고하였다(Woodberry & Popenoe, 2008). 거식장애와 폭식장애 청소년의 증상을 감소시켰으며(Safer, Couturier, & Lock, 2007), 양극성 장애 청소년의 우울 증상과 자살사고, 조증, 정서조절 문제를 완화하였다(Goldstein, et al., 2015), 임신한 청소년의 우울감을 완화하였고(Kleiber, Felder, Ashby, Scott, Dean, & Dimidjian, 2017). 보호관찰소 청소년과의 치료적 협력 관계를 달성하는데 도움이 되었으며(Fasulo, Ball, Jurkovic, & Miller, 2015), 길거리 청소년의 회복탄력성과 자기 존중감, 연결감을 높이고, 우울, 무망감, 불안을 낮추는 것으로 보고되었다(McCay, et al., 2015).

국내 청소년을 대상으로 DBT에 관한 효과성 검증 연구 결과 공격성을 감소시키고 자아 존중감을 향상시켰으며(진다슬, 손정락, 2013), 우울감이 감소되었으며 자기조절 능력과 대인관계 능력이 증진되었다(권혜미, 2013). 정서지능이 낮은 대학생의 정서 지능과 정신건강이 향상되었고 대인관계 문제 수준이 감소되었다(최초롱, 손정락, 2014). 오수미(2017)는 양극성 장애 성향 대학생을 대상으로 단회기 DBT를 실시한 결과 기분 기복의 양극성 증상이 감소한 것으로 나타났고 한 달 후에도 지속 되었으며, 부정 정서 및 들뜨는 긍정 정서에 대한 정서조절 곤란이 감소한 것으로 나타나 단회기 프로그램만으로 양극성 장애의 핵심인 기분 기복이 감소됨을 확인하였다.

이상의 국내외 DBT 효과성 검증에 관한 연구를 살펴볼 때, 자살 및 자해, 섭식문제, 조울증

등의 문제 증상과 임신 및 보호관찰, 가출 등의 다양한 문제 상황에 처한 청소년에게 증상을 완화 시키고, 불안과 우울 등의 정서적인 측면에서 도움을 주는 것으로 나타났다.

3) 동기강화상담(Motivational interviewing)

동기강화상담(Motivational Interviewing, MI)은 Miller와 Rollnick(1991)이 개발한 상담모델로, 내담자 스스로 자신의 행동 변화에 대한 양가감정을 탐색하고 해결해가도록 상담자가 조력함으로써 내담자의 자발적 변화를 이끌어 내는 내담자 중심의 지시적인 상담방법이다 (Miller & Rollnick, 2002). 즉 상담자는 내담자가 스스로 변화할 수 있도록 분위기를 조성하고 내담자의 변화 동기인 느낌, 관점, 인생 목표, 가치관 등을 강화하여 자신의 변화를 선택하고 결정할 수 있도록 돕는 상담이다.

이를 위해 상담자와 내담자는 협동 정신, 유발성, 자율성의 세 가지 기본정신을 바탕으로 상담에 임하게 된다. 협동 정신은 상담자가 내담자의 관점을 존중하고 내담자와 파트너 정신으로 상담을 진행하는 것으로, 내담자의 관점을 잘못되었다고 판단하고 내담자가 보지 못하거나 인정하려고 들지 않는 현실을 억지로 깨닫고 수용하게 만드는 직면과 대응되는 상담의 접근방법이다. 유발성은 변화에 대한 동기는 내담자의 내면에 내재하여 있다고 보고 내담자의 느낌, 관점, 인생 목표, 가치관을 통해 내담자의 변화 동기를 강화하는 것을 의미한다. 이는 내담자의 변화에 필요한 동기를 강화하고 내담자의 부족한 부분을 채우고자 하는 교육과 대응되는 상담의 접근방법이다. 그리고 자율성은 내담자에게 스스로 일을 선택하고 결정할 수 있는 선택의 자유권과 능력이 있다는 것을 인정하고 이를 상담자가 내담자에게 표현함으로써 내담자의 선택 자율권을 촉진하는 것을 의미하며, 상담자가 내담자의 역할을 알려주는 권위적인 상담과 대응되는 상담 접근방법이다(Miller, et al., 2002).

MI의 원리는 공감 표현하기, 불일치감 만들기, 저항 다루기, 자기효능감 지지해 주기의 네 가지로 구분된다. 첫째, ‘공감 표현하기’는 로저스의 반영적 경청 및 공감적 이해와 같이 상담자가 내담자의 입장에서 변화하고자 할 때 양가적인 감정을 느끼는 것이 너무나도 자연스럽고 정상적인 것임을 인정해 주고 경청과 수용의 태도로 대함으로써 내담자의 변화를 촉진하는 원리이다. 이를 통해 상담자가 제공하는 안전하고 지지적인 분위기 속에서 내담자는 자신의 문제를 탐색하고 문제의 해결점에 이를 수 있게 된다. 둘째, ‘불일치감 만들기’는 내담자의 현재 행동과 가치관 간의 불일치감을 증폭시키는 방법으로, 반영적 경청을 통해 내담자가 자신의 현실 상황을 직면하여서 변화하고자 하는 마음이 생길 수 있도록 내담자 스스로가 자신의 변화에 대해 논쟁을 하게 하는 상담 원리이다. 셋째, ‘저항다루기’는

문제해결의 과정에서 내담자가 주저하고 혼란스러워 하는 것을 자연스러운 것으로 이해하고, 내담자에게 문제를 되묻거나 다시 생각해보게 함으로써 내담자의 저항에 직접 맞서지 않고 내담자의 저항과 함께 구르거나 흘러가도록 하는 상담 원리이다. 마지막으로, ‘자기 효능감 지지해 주기’는 사람의 변화능력에 대한 상담자의 신념을 통해 내담자가 어떤 특정 과제를 성취하고 성공시킬 수 있다는 자기 능력에 대한 자신감을 가지고 적응·변화해 나갈 수 있도록 하는 원리이다. 이와 같은 MI의 원리는 상담과정 전체에 스며들어 적용되며, 치료가 진전되는 과정에서 새롭게 나타나는 과제나 치료가 어려운 상황일 때 유용하다 (Miller & Rollnick, 2002).

행동의 변화단계는 전숙고단계(precontemplation stage), 숙고단계(contemplation stage), 준비단계(preparation stage), 실행단계(action stage), 유지단계(maintenance stage)로 구분한다 (Prochaska & Norcross, 2001). 전숙고단계는 자신의 행동 문제점에 대해 전혀 깨닫지 못하여 자신의 문제행동을 변화시킬 의도가 없기 때문에 변화해야 하는 것에 대해 불쾌하게 느끼는 단계이며, 숙고단계는 사람들이 자신의 문제를 인정하여 그 문제를 해결할 방법에 대해 진지하게 생각하게 시작하여 자신의 문제에 대한 원인을 찾아 가능한 해결책을 모색하려고 노력하지만, 변화에 대한 양가감정을 강하게 느껴 행동의 변화까지는 결심하지 못한 상태이다. 준비단계는 변화가능성에 대한 믿음이 형성되고 자기효능감이 증가함에 따라 앞으로 있을 변화를 준비하는 단계이다. 실행단계는 약속한 계획을 실행에 옮겨 자신의 행동을 변화시키는 단계로, 계획의 실행에 대한 지지나 자기효능감을 필요로 한다. 유지단계는 자신의 문제에 대해 변화를 계속해서 유지해 나가는 단계이며, 이를 통해 달성한 목표가 유지되고 지속적인 삶의 발전이 이루어지게 된다(권정옥, 신성만, 2010).

이를 크게 두 단계의 변화단계로 나누어 살펴볼 수 있다. 첫 번째 단계는 변화 동기를 구축하는 것을 목표로 하는 과정으로 내담자가 자신의 양가감정을 해결하여 변화하고자 하는 의지, 능력, 준비를 갖추어 가는 단계이며, 전 숙고단계에 있는 내담자들이 숙고단계를 거쳐서 준비단계까지 오도록 상담장면에서 도움을 받게 되는 단계이다. 두 번째 단계는 변화에 대한 결심을 강화하고 그것을 달성하기 위한 계획을 세우는 단계로, 준비단계에서 변화에 대한 동기가 구축되었을 때 실행단계와 유지단계까지 나아가는 단계를 뜻한다(Miller., et al, 2002).

MI의 네 가지 기본적인 상담기법 또는 초기상담기술로 OARS, 즉 열린 질문하기(Open Question), 인정하기(Affirming), 반영하기(Reflecting), 요약하기(Summarizing)가 있다. 상담자는 열린 질문을 통해 내담자에게 특정한 반응을 요구하지 않으며 행동 변화 대화를 촉진한다. 그리고 인정하기를 통해 내담자의 어려움을 진심으로 인정함에 따라 내담자의 자기효능감이 증진되며, 반영하기를 통해 양자 간의 공감적 관계를 강화하며 내담자의 문제를 깊게

탐색한다. 마지막으로 요약하기를 통해 내담자가 이야기한 내용을 치료자가 정리하고 전달하여, 내담자가 본인의 상황을 더 잘 이해하도록 돕는다. 네 가지 기본 기법은 내담자들이 양가감정을 탐색하고 변화의 이유를 분명하게 확인할 수 있도록 도와준다. 그리고 OARS에 뒤따르는 변화 대화(change talk)는 앞의 네 가지 방법을 통합한 기법으로, 더 지시적인 특성을 보인다. 현상 유지의 단점 말하기, 변화의 장점 말하기, 변화 가능성에 대한 낙관적인 자세에 대해 스스로가 생각하고 표현하기, 변화하고자 하는 의도와 열망, 의지력, 실천 의욕에 대해 표현하기 등의 변화 대화를 통해 내담자는 불일치감을 느끼게 되고, 이를 일치감으로 바꾸려는 변화 동기가 생긴다.

이상을 통해 MI에서 중요한 것은 기술이 아니라 내담자를 대하는 태도와 정신으로 내담자와 협력적인 관계를 맺고, 공감적 반응으로 자율성을 지지해 주며, 내담자가 가지고 있는 변화에 대한 동기를 유발하는 것임을 알 수 있다(Miller, et al., 2012). 특히 저항을 최소화하고 양가감정을 변화를 위한 동기로 이용하며, 상담자가 정한 목표가 아닌 내담자가 그들의 가치관이나 자율성을 가지고 구체적이고 실천 가능한 목표를 세울 수 있도록 상담자가 도와준다는 측면에서 비자발적인 청소년 내담자들에게 MI의 접근 방식은 도움이 된다. 이와 관련해 이규미(2008)는 학업문제, 성격문제, 가정문제, 친구문제, 가출, 폭력, 약물 문제를 가진 청소년을 대상으로 MI의 기법과 기본원리를 근거로 반구조화 MI 프로그램을 실시한 결과, 상담 시 동기 수준이 높아졌을 뿐만 아니라 상담자와의 작업동맹이나 상담자에 대한 애착 발달에 유의한 차이가 있는 것으로 보고하였으며, 청소년 상담에서 초기 동기 형성에 MI가 도움이 됨을 확인하였다.

또한 최근에는 인터넷 중독이나 스마트폰 중독, 흡연 등 특정 문제와 정서 관련 문제에 MI를 적용한 프로그램이 실시되고 있다. MI를 활용한 집단상담은 아동과 청소년의 인터넷 중독, 충동성과 권태감, 스트레스, 불안과 우울을 감소시켰으며, 자기통제력과 동기 수준이 향상되었다(김남조, 2009; 신성만, 류수정, 김병진, 이도형, 정여주, 2015; 이지나, 신지현, 2020; 이지혜, 2012; 정명희, 2006). 그리고 스마트폰 중독 수준뿐만 아니라 불안과 우울이 감소되었고, 스마트폰 건전 사용과 자기조절력의 하위요인인 정서조절의 증진에 긍정적인 효과가 있었다(권민정, 2017; 김성애, 이동형, 2017). MI 프로그램은 흡연에 대한 지식과 흡연에 대한 태도, 흡연에 대한 자기조절 효능감에 대한 변화를 보였으며(김시현, 김보현, 2020; 신은선, 2014; 장경오, 강정화, 2018), 학교 밖 청소년의 진로준비 행동 향상을 향상시키는 데 효과적인 개입인 것으로 확인되었다(박지현, 2018). 또한 MI를 적용한 분노조절프로그램은 청소년의 자기효능감 및 분노조절 능력 향상, 변화 준비도를 향상시켰으며(권문희, 2009), 학습된 무기력 성향을 가진 청소년의 우울 감소 및 진로태도성숙도를 향상시켰다(김

금숙, 2015).

청소년의 심리적 발달 특성상 자율성과 정체성을 발달시키는 시기이므로, 권위를 보이는 대상에게 의존하면서도 반항하며 그 과정에서 양가감정을 가진다. 또한 대부분의 청소년 상담은 부모나 교사의 권유 또는 의뢰로 진행이 되어, 비자발적인 청소년 내담자들은 상담에 대한 동기가 낮고 행동 변화에 대해 망설이거나 시도하기 어려운 경우가 많다. 이러한 이유로 청소년 내담자의 상담 동기를 높이고, 지속적이고 적극적으로 참여하여 상담 목표에 도달하고자 하는 것은 청소년 상담 효과성을 결정하는 중요한 요인이 되고 있다. 이러한 측면에서 이상의 선행 연구들은 청소년 상담 특성인 비자발성에 대한 개입으로 MI의 적용이 효과적이며 효율적임을 알 수 있다.

나. 국외 청소년 불안·우울 상담개입 프로그램

국외에서 청소년 불안·우울과 관련하여 인지행동치료의 관점에서 개입한 프로그램을 살펴보면, 전반적으로 불안과 우울이 높은 청소년을 대상으로 10회기~15회기 정도 프로그램 개입을 하는 것으로 나타나 회기 수에는 큰 차이가 없다. 대부분의 프로그램은 행동기술을 습득한 후 우울증상 변화와 상관관계를 나타내었으며, 개인 상담과 집단을 동시에 진행하는 프로그램이 다수였고 부모교육이 함께 제공되고 있었다.

표 1. 인지행동치료를 근거로 한 국외 개입 프로그램

저 자	대 상	회기	주요 구성내용	주요 변인 및 결과
Roberts et al (2003)	우울 증상이 높은 11~13세 청소년 90명	12회기 집단	- 인지재구조화 - 사회기술훈련 - 대처기술, 문제해결 기술	• 불안 및 우울 감소
Ginsberg et al (2002)	우울장애와 불안장애 청소년	10회기 집단 + 개인	- 왜곡된 생각 파악 - 긍정적인 생각, 감정 연습 - 태도에 대한 비용-이득 분석 - 부정적 생각에 직면 - 자기패배적 믿음 수정	• 불안 및 우울 감소
Clarke et al (2001)	우울 증상이 높은 13~18세 청소년 94명	15회기	- 인지재구조화 - 부모와 관련된 믿음 체계에 중점적으로 접근	• 우울 감소 • 6개월 후 추후 검사에서 효과 유지
Wong et al (2020)	불안 증상이 높은 12~19세 중국 청소년 136명	① CBT: 8회기	CBT - 불안정서 및 신체반응 인식	• CBT 처치만 받은 집단에 비해 부모가 CBT-PI를 추가적으로 받은 집단의

저 자	대 상	회기	주요 구성내용	주요 변인 및 결과
		② CBT-PI: 5회기 집단	<ul style="list-style-type: none"> - 대처 계획 세우기 - 적응적 인지 및 행동 전략 배우기 - 표현 훈련 및 문제해결 과제 노출 - CBT-PI(부모관여) - BT와 동일한 구성에 더하여 부모의 불안, 가족 수용, 부모의 관여, 노출 행동 지도 팁 추가 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 불안이 더 감소하였음 • CBT와 CBT-PI를 추가적으로 받은 집단에서 부정적 인지 정서 전략의 사용이 감소하였음
Webb et al (2019)	주요 우울 삽화를 경험한 13-18세 여자 청소년 33명	12회기 개인	<ul style="list-style-type: none"> - 인지 재구조화 - 행동 활성화 - 매 회기마다 인지 기술과 행동 기술이 우울증상에 미치는 영향력 파악 - 내담자와 상담자가 자기보고식으로 인지 및 행동 기술 점수와 BDI 측정 	<ul style="list-style-type: none"> • 행동 기술 습득이 우울 증상 변화와 상관을 나타내며 매 회기마다 우울 증상 개선을 예측함. • 인지기술 습득은 우울 증상 변화와 상관이 나타나지 않음.
Villabø et al (2018)	분리 불안 장애, 사회 불안 장애, 범불안장애 기준을 충족하는 7-13세 노르웨이 아동 및 청소년 165명	14회기 개인+집단	<ul style="list-style-type: none"> - 불안 관리 기술 습득 - 개인 프로그램: 불안 상황에 노출 치료 - 집단 프로그램: 그룹 내 상호작용 활용, 글쓰기 과제 활용 	<ul style="list-style-type: none"> • 개인과 집단 프로그램 둘다 불안 감소에 효과적 • 분리불안장애의 경우 14회기 때는 집단 프로그램이 개인 프로그램보다 높은 효과를 보였으나 2년 후 추후 검사에서 동등한 효과를 보임 • 집단 프로그램이 개인 프로그램에 비해 중도탈락률이 낮음
Dietz et al (2014)	주요우울장애 기준을 충족하는 13-18세 청소년 107명	12~16회기 개인	<ul style="list-style-type: none"> - 인지 재구조화에 중점을 둠 - 행동활성화 기법 사용 - 문제 해결 기술 훈련 	<ul style="list-style-type: none"> • 어머니의 우울 증상과 청소년의 문제 해결 능력 간의 관계를 CBT 효과가 매개함 • 오직 어머니의 우울 증상이 경미할 때만 청소년의 문제 해결 능력이 증가 • 청소년의 문제 해결 능력은 치료 회기 동안의 개선과 관련 • 어머니의 우울증상이 낮

저 자	대 상	회 기	주요 구성내용	주요 변인 및 결과
				을 때만 청소년의 문제해결 능력에 CBT의 간접적 효과가 나타남
Spence et al (2011)	불안 장애 기준을 충족하는 12~18세 청소년 115명	12회기 개인	<ul style="list-style-type: none"> - 심리교육 - 이완훈련 - 불안증상 재인식 - 인지 재구조화 - 점진적 노출 - 자기 강화 - 부모를 위한 양육전략 획득에 초점 	<ul style="list-style-type: none"> • 온라인 프로그램과 오프라인 프로그램 집단 모두 불안 증상 감소 • 불안 증상 감소는 6개월, 1년 후에도 유지되었으며 두 가지 프로그램 사이에 차이는 미미함

변증법적 행동치료를 근거로 한 해외 프로그램의 경우, 다양한 방법으로 진행되고 있음을 알 수 있다. 정기적인 상담을 통하여 대처기술을 훈련하는 프로그램으로 6회~24회기, 분기별 회기 등 다양하게 구성되어 있음을 알 수 있다. 감정에 대한 마음챙김, 삶에 대한 도전적인 자세 훈련, 고통 인내 훈련 등으로 구성되어 있다.

표 2. 변증법적 행동치료를 근거로 한 국외 개입 프로그램

저 자	대 상	회 기	주요 구성 내용	주요 변인 결과
Fischer et al. (2015)	4주 안에 폭식 삽화, 1년 내 자살 또는 자해 시도를 경험하거나 발달 연령의 적정 체중을 넘어서는 14~17세 청소년 7명	24회기/ 개인	<ul style="list-style-type: none"> • 정서 조절 훈련 • 회기 평가와 피드백 • 섭식 습관을 추적하는 일기 카드 사용 	<ul style="list-style-type: none"> - 폭식 및 관련 인지 증상 감소 - 토하기 감소 - 비자살적 자해 행동 감소 - 우울 수준은 유지됨
Hashim et al. (2013)	만성 신장질환을 갖고 있는 16~18세 청소년 7명	6회기/ 개인	<ul style="list-style-type: none"> • 감정에 대한 마음챙김, 정서적 회피의 부적 강화, 도전적인 삶의 경험에 대한 타당화, 대처를 위한 ABC 기술, 연쇄분석, 감정 추적을 위한 일기 카드 사용 	<ul style="list-style-type: none"> - 우울 감소
Pisterello et al. (2012)	한 번 이상의 비자살적 자해, 자살 시도, 혹은 3개 이상의 경계선 성격장애 진단 기준 충족 18~25세, 대학생 63명	1년 동안 1주 1회기/ 개인상담 집단 교육	<ul style="list-style-type: none"> • 고통 인내 및 타당화 기술 • 정서 조절 훈련 • 대인관계 효과성 훈련 • 마음챙김 훈련 	DBT 처치를 받은 집단이 다른 집단에 비해 우울 증상 유의미하게 감소

동기강화프로그램은 양가감정을 변화시키려는 내적동기를 강화하고 심리교육을 제공함과 동시에 대안적 사고를 할 수 있는 프로그램으로 제공되고 있다. 8회~36회기 사이로 진행되며 개인 상담과 집단상담을 동시에 사용하고 있다

표 3. 동기강화상담을 근거로 한 국외 개입 프로그램

저자	대상	회기	주요 구성 내용	주요 변인 결과
Aviram et al. (2016)	CBT를 받은 적이 있는 범 불안장애 성인 30명	15회기/ 개인	<ul style="list-style-type: none"> • 상담자가 높은 지지 수준 제공 • 회기 중 상담자가 지속적으로 맥락 특수적(context-specific) 동기강화상담을 제공 • 동기강화상담에 대해 슈퍼비전을 받으면서 회기진행 	일반적 동기강화 상담과 달리 맥락 특수적 동기강화 상담을 받은 내담자 집단은 걱정 수준이 감소
Keeley et al. (2016)	주요우울장애 진단을 받은 18세 이상 성인 168명	36회기/ 개인 상담 + 집단 교육	<ul style="list-style-type: none"> • 동기강화상담의 핵심 기술 교육 • 변화 대화 • 이끌어내기-제공하기-이끌어내기 기술 • 우울 정서에 대한 반영적 경청 	우울 증상 감소

다. 국내 청소년 불안·우울 상담개입 프로그램

국내에서 청소년 불안·우울과 관련하여 인지행동치료, 변증법적 행동치료, 동기강화상담을 근거로 개입한 국내 개입 프로그램의 저자, 대상, 회기 및 진행방법, 주요 구성내용, 주요 변인 및 결과를 살펴보면 다음과 같다.

인지행동치료를 근거로 한 국내 개입 프로그램은 주로 불안, 우울 등의 정서 문제를 가진 청소년이나 가출, 게임 과몰입, 비만 등 특정 문제를 가진 청소년을 대상으로 하였으며, 6회기에서 12회기의 집단상담 방식으로 진행이 되었다. 프로그램의 주요 구성내용은 부정적·자동적 사고의 탐색 및 논박, 긍정적·합리적 사고로의 전환, 문제 해결 기술 습득, 효과적인 감정표현 및 조절 기술 습득, 자기개방 및 자기효능감 증진, 이완 훈련, 스트레스 대처방법 등에 관련된 내용으로 이루어져 있었으며, 이를 통해 불안 및 우울이 감소될 뿐만 아니라 자살사고가 감소하였으며 자기통제력, 자아존중감, 대인관계 능력 등이 향상되는 효과가 있는 것으로 나타났다.

표 4. 인지행동치료를 근거로 한 국내 개입 프로그램

저 자	대 상	회기/방식	주요 구성내용	주요 변인 및 결과
김채순 (2012)	우울 경증 이상 청소년	10회기/ 집단	- 행동 변화 그래프 작성 및 자기강화 - 자기교시 훈련 - 자동적 사고 식별 - ABCDE 적용 - 효과적인 감정표현 연습 - 긍정적 자기진술 연습	- 우울 감소 - 자기통제력 향상
유지희 (2009)	우울증 고위험군 중학생	12회기/ 집단	- 인지행동적 접근을 통한 왜곡된 사 고 수정 - 사회학습이론을 통한 대인관계, 문제 해결 기술 습득	- 우울 감소 - 대인관계 능력 향상 - 자살사고 감소
류은수 (2006)	여자가출 청소년	8회기/ 집단	- 나의 생각 알아보기 - 자신과 생활 속 인지적 왜곡 발견 - 부정적 생각 바꾸기 및 대안적 방안 탐색	- 불안 및 우울 감소 - 자아존중감 향상
하은혜 외 (2004)	우울 및 불안장애 중학생	6회기/ 집단	- 인지재구조화 - 자기효능감 증진 - 자기개방 및 자기표현	- 불안 및 우울 감소 - 자기개념 변화 - 부정적 또래 표상 감소
곽미숙 (2003)	게임 과몰입 남자 고등학생	9회기/ 집단	- 이완활동을 통한 스트레스 대처 - 부정적 생각 탐색, 긍정적 생각으로 전환 - 효과적인 의사소통 방법 연습	- 불안 및 우울 감소
이성자 (2003)	비만 여자 중학생	8회기/ 집단	- 자신의 신체상 탐색 - 신체상에 대한 자동적 사고 탐색, 파 악, 평가 - 자동적 사고를 합리적 사고로 전환 - 중간·핵심 신념 탐색 - 긍정적 신체상 발견	- 우울 감소 - 신체상 및 자아존중감 향상, 역기능적 태도 감소

다음으로, 변증법적 행동치료를 근거로 한 국내 개입 프로그램은 우울이나 공격성이 높은 청소년을 대상으로, 7회기에서 9회기의 집단상담 방식으로 진행이 되었다. 표준적인 형태의 변증법적 행동치료는 내담자의 동기를 고취시키는 개인 심리치료와 내담자들의 심리적 대처기술을 가르치는 집단 기술 훈련으로 구성되는데, 국내 프로그램에서는 마음챙김 기술, 고통 감내 기술, 정서조절 기술, 대인관계 효율성 기술을 주요 내용으로 한 집단 기술 훈련을 적용하고 있었다. 매 회기 마음챙김을 연습하고 과제로 제시하며, 자기 위안, 현실 수용, 고통 감내의 장·단점 탐색 등을 통해 고통 감내 기술을 익히도록 하였다. 감정을 이해하고

조절하며 정서적 고통을 줄이기 위한 정반대의 행동을 시도해 보는 정서조절 훈련과 관계를 유지하기 다양한 방법 및 자존감을 향상시키기 위한 대인관계 기술 습득에 관련된 내용으로 구성되어 있었다. 이를 통해 우울감과 공격성의 감소뿐만 아니라 자기조절력과 대인관계 능력, 자아존중감이 향상되는 것으로 나타났다.

표 5. 변증법적 행동치료를 근거로 한 국내 개입 프로그램

저 자	대 상	회기/방식	주요 구성내용	주요 변인 및 결과
권혜미 (2013)	우울 고위험군 중학생	7회기/ 집단	<ul style="list-style-type: none"> • 마음챙김 기술 : 마음챙김 연습(Mindful Breathing), 마음 중심 잡기(세 가지 마음 상태), “What”및“How”기술 • 고통 감내 기술 : Mindful Breathing, 고통 감내 연습(숨 관찰하기, 살짝 미소짓기, 나의 오감으로 위안 받기, 고통 감내의 장·단점 찾기) • 정서조절 훈련 : Mindful Breathing, 감정 조절 연습(감정에 대해 바로 알기, 감정일기, 부정적 감정으로 인한 영향 줄이기, 감정에 노출되기, 반대로 행동하기, 긍정적인 감정늘리기) • 대인관계기술 : Mindful Breathing, 대인관계 기술 연습하기(나의 관계 성향 알아보기, 원하는 일과 해야 하는 일 구분하기, 내가/상대가 원하는 것 구분하기, 방해요인 날려버리기, 간단한 부탁하기, 갈등상황 극복하기) 	<ul style="list-style-type: none"> - 우울감 감소 - 자기 조절력 증가 - 대인관계 능력 향상
진다슬, 손정락 (2013)	공격성 높은 중학생	9회기/ 집단	<ul style="list-style-type: none"> • 마음챙김 기술 : 기술훈련의 이론과 목표 설명, 변증법적 행동치료 이론 소개, 마음챙김 기술 배우기(세 가지 마음상태), 과제 확인, ‘What’기술과 ‘How’기술 • 고통 감내 기술 : 마음챙김 연습, 과제 확인, 자기 위안, 현실 수용 기술 • 정서조절 기술 : 마음챙김 연습, 과제 확인, 감정스피드 게임, 자신의 감정 이해하기, 정서적 고통 줄이기, 정반대 행동하기 • 대인관계 기술 : 마음챙김 연습, 과제 확인, 관계를 유지하기 위한 지침, 자존감을 유지하기 위한 지침 	<ul style="list-style-type: none"> - 공격성 감소 - 자아존중감 향상

마지막으로, 동기강화상담을 근거로 한 국내 개입 프로그램은 일반 청소년 또는 인터넷 중독 청소년을 대상으로 하였으며, 집단상담으로 진행된 프로그램과 개인상담으로 진행된 유일한 프로그램이 있었다. 집단상담으로 진행된 프로그램은 8회기에서 16회기로 프로그램에 따라 회기 수에서 차이가 크게 나는 편이었으며, 프로그램 구성내용은 내담자가 자발적으로 변화 행동을 향해 나아갈 수 있도록 하기 위해 동기강화상담의 변화단계에 따라 전속고단계, 숙고단계, 준비단계, 실행단계, 유지단계인 5단계로 구성되었다. 전속고단계에서는 자기 인식과 자기표현 증진, 변화에 대한 동기를 구축하는 내용이 포함되었으며, 숙고단계는 변화에 대한 양가감정의 탐색과 문제행동에 대한 장단점을 파악하는 내용으로 구성되었다. 준비단계에서는 자기효능감을 높이고 대안을 탐색해 나가며, 행동단계에서는 변화를 위한 계획과 구체적인 행동전략을 세우고 추진해나가며, 유지단계에서는 변화에 대한 마음을 강화하는 내용이 포함되어 있었다. 반구조화 된 개인상담으로 진행된 이규미(2008)의 프로그램은 동기강화상담의 네 가지 기본 원리인 공감 표현하기, 불일치감 만들기, 저항 다루기, 자기효능감 향상을 기본으로 구성되었다. 집단상담 프로그램을 통해 우울 및 불안이 감소하였으며, 인터넷 중독, 스트레스, 충동성 등이 감소하였으며, 자기통제력과 진로태도성숙도가 증가에 효과가 있는 것으로 나타났으며, 개인상담을 통해서도 청소년 내담자들의 상담에 대한 초기 동기형성에 도움이 되는 것으로 나타났다.

표 6. 동기강화상담을 근거로 한 국내 개입 프로그램

저자	대 상	회기/방식	주요 구성 내용	주요 변인 및 결과
이지혜 (2002)	저소득층 인터넷 중독 청소년	16회기/ 집단	<ul style="list-style-type: none"> • 전속고단계 : 자기인식향상 및 자기표현능력증진, 나의 환경 인식하기, 나의 인터넷 사용습관 탐색하기, 인터넷 중독 예방 교육프로그램, 꿈과 비전 탐색하기, 변화에 대한 동기 구축 • 숙고단계 : 삶의 중요한 영역 탐색, 변화에 대한 양가감정 탐색, 문제행동의 이득vs손실 파악 • 준비단계 : 자기효능감 높이기 & 꿈을 이루기 위한 올바른 인터넷 사용 탐색, 인터넷 사용 이외의 대안활동 탐색 및 스트레스 해소 방법 탐색, 삶의 가치관 명료화 • 행동단계 : 변화계획-구체적 행동 전략 수립, 변화의 방해요인을 찾고, 변화 계획 수정 • 유지단계 : 미래비전발표 및 변화가능성에 대한 긍정적 마음 강화 	<ul style="list-style-type: none"> - 인터넷 중독 위험도 감소 - 지각된 스트레스 감소 - 자기통제력 증가 - 불안 및 우울 감소

저자	대 상	회기/방식	주요 구성 내용	주요 변인 및 결과
정명희 (2008)	인터넷 중독 고등학교 3학년	8회기/ 집단	<ul style="list-style-type: none"> • 변화를 위한 자신감 확인, 긍정적인 언어로 표현하기, 변화자원 탐색, 양가감정 표현, 과거와 미래의 모습에 대한 인식, 현실 유지의 손해와 변화 이득 살펴보기, 불일치감을 발달시키고 변화 대화 이끌기, 대안 탐색하기 	<ul style="list-style-type: none"> - 인터넷 중독 감소 - 충동성 감소 - 우울 감소
김금숙 (2015)	고등학교 1학년	12회기/ 집단	<ul style="list-style-type: none"> • 전숙고단계 : 게임을 통한 상호신뢰감 형성, 성장 발달사를 통한 자기이해, 표현예술치료를 통한 자기상 인식 및 자기표현능력 증진, 자기감정 탐색, 환경적 요소 탐색을 통한 자기이해 및 환경이해 • 숙고단계 : 자신의 꿈과 비전 탐색, 과거 및 미래의 모습에 대한 양가감정 탐색, 변화의 중요성 및 변화의 자신감 측정, 변화에 대한 동기 강화, 변화를 위한 영역 및 변화 단계 인식 • 준비단계 : 현실 유지의 손해와 변화 점검, 대안 모색 및 다짐, 변화 다짐. 자기효능감 증진, 변화 위한 해결책 탐색 • 행동단계 : 가치관 명료화, 장점 및 사회적 지지자원 탐색 • 유지단계 : 변화의 중요성 및 자신감 파악, 변화에 대한 긍정 마인드 강화 	<ul style="list-style-type: none"> - 우울 감소 - 진로태도 성숙도 향상
이규미 (2008)	청소년	개인상담 진행 중 반구조화 형태로 일부 회기 적용	<ul style="list-style-type: none"> • 공감 표현하기 : 공감과 경청 등 • 불일치감 만들기 : 변화에 대한 양면 감정 표현 • 저항 다루기 : 저항을 다루면서 변화 대화 이끌기 • 자기효능감 향상 : 변화에 대한 내담자의 유능감 다루기 	<ul style="list-style-type: none"> - 초기 상담동기 향상

라. 시사점

앞서 선행 연구와 개입 프로그램에 대한 세부내용을 종합해 볼 때 다음과 같은 시사점을 도출할 수 있다.

첫째, 청소년의 정서 문제 중 불안과 우울은 청소년 시기에 가장 빈번하게 경험할 수 있는 정서이면서도 서로 밀접하게 관련되어 있어 공병률이 높기 때문에 불안과 우울을 통합

적인 관점에서 접근하는 것이 필요하다.

둘째, 국외 및 국내 불안 및 우울 개입 프로그램을 개관한 결과, 국내에서는 이규미(2008)의 연구 외에는 대부분 집단상담 프로그램의 형태로 개발되어 운영되고 있으며, 이에 대한 효과성 검증 연구가 진행되고 있었다. 그러나 고위기 청소년 내담자의 정신건강 문제가 심각해지고, 다양한 호소문제에 따른 불안과 우울의 증상에 대한 개별적인 개입이 이루어져야 함에도 불구하고, 상담 현장에서는 구조화된 개인상담 개입 프로그램이 부재한 상황이다. 이러한 현실을 고려할 때 청소년 상담자들이 개인상담에서 활용할 수 있는 구조화된 개입 프로그램이 시급하며, 특히 청소년의 특성을 고려한 이론적 근거를 가진 개입 프로그램의 개발이 필요하다.

셋째, 개입 프로그램의 이론적 근거에는 청소년의 발달상 특성과 상담에 대한 비자발성이 고려되어야 한다. 청소년 내담자를 상담할 때는 무엇보다도 상담 초기에 대한 상담 동기를 높이고 변화에 대한 저항이나 양가감정을 다루는 것이 필요할 것이다. 이러한 측면에서 동기강화상담은 다른 이론들을 준비시키기 위한 동기의 기초를 다지는 도입 부분에 사용하면 효과적이므로(이규미, 2008), 청소년 내담자가 상담에서 협력적인 관계를 맺고 변화에 대한 동기를 가지며 상담에서의 목표를 자율적으로 결정하며 이를 실행해 나갈 수 있도록 하는데 도움을 줄 수 있을 것이다.

넷째, 상담 초기의 동기강화상담 적용과 더불어 상담 중기와 후기에는 인지행동치료와 변증법적 행동치료의 기법을 활용함으로써, 청소년 내담자가 스스로 정한 목표나 행동이 변화의 과정으로 나아갈 수 있도록 도울 수 있을 것이다. 동기강화상담과 인지행동치료를 통합하여 적용하였을 때 변화 동기와 정서조절에 효과적이며(박준영, 2016), 인지행동치료보다 정신건강 증진에 보다 효과적이라는 연구 결과(임정아, 2020)를 통해 동기강화상담과 인지행동치료의 통합적 접근은 불안과 우울을 가진 청소년들에게 보다 나은 접근 방법임을 알 수 있다. 인지행동치료의 사고, 정서, 행동의 변화를 촉진하는 다양한 기법과 전략을 통해 구체적인 행동 계획과 기술을 습득함으로써, 청소년 내담자가 가진 불안과 우울에 관련된 비합리적 신념을 변화시키고 역기능적인 감정과 행동 변화를 유도해 낼 수 있을 것이다. 더불어 변증법적 행동치료의 마음챙김 기술이나 고통 감내 기술을 통해 변화에 대한 양가감정을 수용하고 변화의 과정을 감내하며 정서조절과 대인관계 효율성 기술 등의 훈련을 통해 목표로 하는 변화로 나아갈 수 있을 것이다.

III. 연구 방법

1. 프로그램 개발과정

가. 프로그램 개발 절차

본 연구는 청소년 불안우울 상담 개입 매뉴얼 개발을 위해 상담 전공 박사 3명, 사회복지 전공 박사 1명, 사회복지 박사 과정 1명, 총 5명으로 연구팀을 구성하였다. 연구팀 구성 후 청소년 불안우울 상담 개입 프로그램 개발을 위해 청소년 불안우울 실태와 원인을 파악하고 선행연구를 검토하였다. 다음으로 전국 청소년상담복지센터에 종사하고 있는 상담자를 대상으로 사전 요구조사를 실시하여 불안우울 청소년의 주 호소문제와 그 문제에 대한 상담의 구조와 내담자에게 사용하고 있는 이론과 기법을 확인하였다. 그리고 불안우울 청소년 관련 연구를 통한 문헌 고찰과 사전 요구조사 결과분석을 기반으로 면접 설문지를 구성하여, 청소년상담복지센터, 위(Wee) 센터, 대학상담센터에 종사자 중 불안우울 문제로 상담을 실시한 경험이 있는 전문가들과 불안·우울 문제로 상담받은 경험이 있는 청소년들을 대상으로 심층면접을 실시하였다. 면접 내용은 전사하여 합의적 질적 연구 방법(Consensual Qualitative Research, CQR)으로 분석하였다. 합의적 질적 연구 방법은 다른 질적 연구 방법들이 가진 추상적이고 모호하다는 단점을 극복하기 위해 공동연구진 간의 동등함 속에 상호존중을 통한 합의를 강조(Hill et al., 2005)하며, 연구자의 주관성을 보완하기 위해 여러 기법을 포함하고 있다(지승희, 오혜영, 2013). 또한 프로그램 개발의 근거가 되는 심층면접 자료가 인구사회학적 차이가 있는 면접자들로부터 얻은 질적 자료이기 때문에 연구진 간의 합의를 통해 범주화하여 객관적 지표로 정리가 가능한 합의적 질적 연구 방법이 본 연구를 진행하는데 가장 적합하다고 판단하였다. 마지막으로 개발한 프로그램에 대해 상담심리 박사 2인과 청소년상담복지센터 팀장 이상 현장 전문가 10인의 평가 후 최종 수정을 거쳐 프로그램을 개발하였다.

나. 프로그램 개발 과정

본 연구의 프로그램 개발 과정은 김창대 외(2011)의 프로그램 개발 및 평가모형 검증절차에 따라 진행하였고, 구체적인 프로그램 개발 절차는 아래 <그림 1>과 같다.

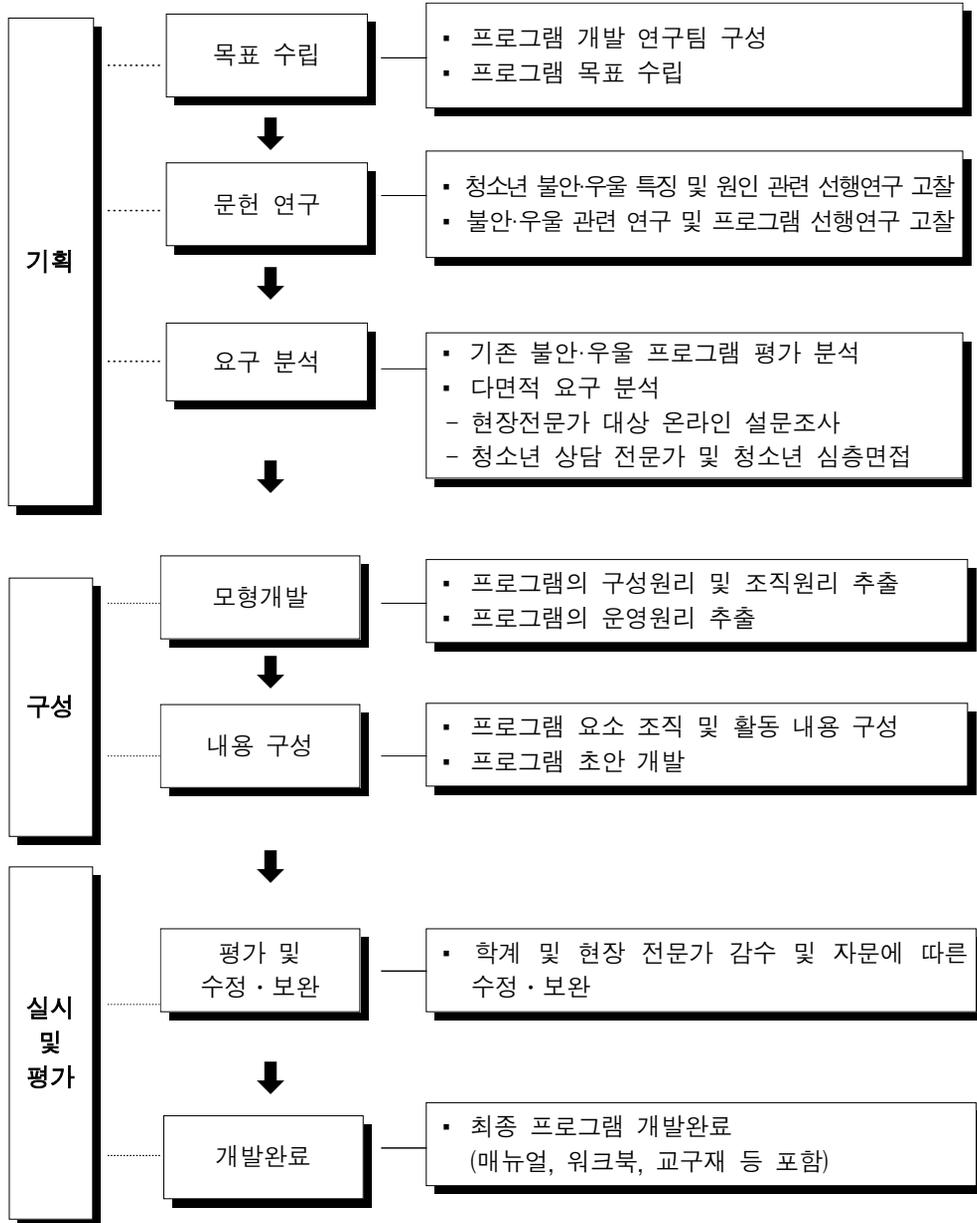


그림 1. 청소년 불안·우울 청소년 상담 개입 프로그램 개발 절차

1) 기획단계

청소년 불안과 우울 개입 프로그램을 개발하기 위해 연구팀 구성 후 기존 선행 연구와 문헌 고찰을 통해 청소년 불안·우울의 원인과 특징을 파악하였고, 불안·우울 개입 시 적용되는 이론을 검토하였다. 연구팀은 적지 않은 청소년들이 불안과 우울을 복합적으로 경험하고 있다는 사실을 선행연구를 통해 확인하였고, 초등학교 고학년(5학년) 이상 청소년들의 불안과 우울에 함께 개입할 수 있는 프로그램으로 개발하기로 합의하였다.

연구팀은 청소년 불안·우울 프로그램 개발에서 실제 청소년 상담 현장의 경험적 기초자료를 얻고자 청소년 불안·우울 상담 개입을 진행하고 있는 현장 전문가들을 대상으로 온라인 사전 요구조사와 심층면접을 진행했다. 먼저 온라인 사전 요구조사 결과를 분석하여 청소년 불안·우울 상담 개입의 진행 방식과 심리평가 종류, 적용하는 상담 이론과 기법 등에 대해 확인하였다. 그 후 조사결과를 바탕으로 반 구조화된 질문지를 제작하여 상담경력이 높고 청소년 불안·우울 상담경험이 많은 현장 전문가 10명을 섭외하여 심층 면접을 실시하였다. 연구팀은 심층면접에서 나타난 결과를 분석하여 본 연구에서 개발할 프로그램의 이론적 기반을 인지행동치료와 변증법적 행동치료로 합의하였고, 청소년 상담현장에서 유용하게 사용할 수 있도록 모든 회기를 모듈식으로 하는 프로그램을 개발하기로 하였다.

2) 구성단계

프로그램 구성단계에서는 연구팀이 청소년 불안과 우울 개입 프로그램 개발을 위해 기획 단계에서 합의한 내용을 바탕으로 기본 원리를 도출하였으며 초기개입, 중기개입, 후기개입 단계의 총 10회기 프로그램을 구성하기로 결정하였다. 청소년 불안·우울 문제에 대한 개입의 효과가 10회기의 개입으로 충분하지 않을 경우 상담자와 내담자의 계약 및 협의로 추가 진행할 수 있게 하였다. 초기개입은 청소년 불안·우울 수준 평가, 주 호소문제 확인, 상담 안전 절차 수립, 상담구조화, 연계 계획 수립, 부모상담으로 구성하였고, 중기개입은 내담자의 정서·인자·행동 변화와 사회기술 훈련, 부모상담으로 구성하였다. 마지막으로 후기개입은 청소년 불안·우울 수준 평가, 스트레스 대처행동 습득, 부모상담으로 구성하였다.

3) 실시 및 평가

본 프로그램의 타당성 확보를 위해 전체 프로그램 구성 후 프로그램을 실제적으로 사용

할 현장 전문가를 대상으로 평가와 상담 전문가로부터 감수를 실시하였다. 프로그램 효과를 입증하기 위해 불안·우울 청소년을 대상으로 각 회기를 실시하고 통계적 기법을 사용하여 사전·사후 심리검사 결과를 비교하는 것이 적절하나 코로나-19 확산 등으로 시범운영에 어려움이 나타났다. 따라서 본 연구에서는 현장 전문가와 전체 프로그램 만족도와 회기별 구성 등에 대해 평가와 감수로 프로그램을 최종 수정·보완하였다.

2. 현장 전문가 대상 사전 요구조사

불안·우울 문제를 겪고 있는 청소년의 주 호소문제와 그에 대한 상담 개입 방안을 확인하기 위해 온라인 설문 방식으로 현장 전문가 대상 사전 요구조사를 실시하였다. 온라인 사전 요구조사는 청소년상담복지센터 종사자를 대상으로 2020년 3월에 2주간 실시하였으며, 자체 행정망인 CYS-Net 및 개인 메일을 통해 지속적으로 조사 참여를 독려했다. 전국 청소년상담복지센터 종사자 중 불안·우울 청소년 상담경험이 없는 인원을 제외한 최종 요구조사 응답자는 368명으로 나타났다.

가. 조사대상자의 인구사회학적 특성

조사 대상자의 일반적 특성을 확인하기 위하여 성별, 연령대, 지역, 교육수준, 센터유형, 직급, 상담경력, 센터근무경력을 확인하였다. 그 결과는 아래의 <표 7>과 같다.

표 7. 조사대상자의 인구사회학적 특성

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
성별	남	73	19.8
	여	295	80.2
연령대	20대	57	15.5
	30대	130	35.3
	40대	118	32.1
	50대	59	16.0
	60대 이상	4	1.1
지역	수도권	85	23.1
	경상권	126	34.2
	충청권	68	18.5

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
지역	전라권	68	18.5
	강원권	14	3.8
	제주권	7	1.9
교육수준	일반학사 취득	70	19.0
	석사학위 취득	281	76.4
	박사학위 취득	17	4.6
센터유형	시·도 센터	120	32.6
	시·군·구 센터	248	67.4
직급	시간제 동반자	38	10.3
	전일제 동반자	67	18.2
	상담직 팀원	168	45.7
	상담직 팀장	67	18.2
	센터장	18	4.9
	기타	10	2.7
상담경력	1년 미만	38	10.3
	1년이상 2년미만	40	10.9
	2년이상 3년미만	35	9.5
	3년이상 4년미만	51	13.9
	4년이상 5년미만	35	9.5
	5년 이상	169	45.9
센터근무경력	1년 미만	80	21.7
	1년이상 2년미만	44	12.0
	2년이상 3년미만	40	10.9
	3년이상 4년미만	36	9.8
	4년이상 5년미만	33	9.0
	5년 이상	135	36.7

조사 대상자의 성별은 전체 응답자 368명 중 남성 73명(19.8%), 여성 295명(80.2%)으로 남
성보다 여성의 비율이 5배 이상 높은 것으로 나타났다.

조사 대상자의 연령대는 30대가 130명(35.3%)으로 가장 많았으며, 다음으로 40대 118명
(32.1%), 50대 59명(16.0%), 20대 57명(15.5%), 60대 이상 4명(1.1%) 순으로 나타났다. 조사 대

상자의 거주 지역은 부산, 대구, 울산, 경북, 경남을 포함하고 있는 경상권이 126명(34.2%)으로 가장 많았으며, 서울, 경기, 인천을 포함하는 수도권 85명(23.1%), 대전, 세종, 충북, 충남을 포함하는 충청권과 광주, 전북, 전남을 포함하는 전라권은 68명(18.5%)로 동일하게 나타났다. 다음으로 강원권 14명(3.8%), 제주권 7명(1.9%)이었다.

교육 수준에서는 석사학위 취득이 281명(76.4%)로 가장 많았으며, 일반학사 70명(19.0%), 박사학위 취득 17명(4.6%)이었다. 센터 유형으로는 사군구 센터에 소속된 응답자가 248명(67.4%)로, 시도 센터 소속 응답자 120명 보다 높은 것으로 나타났다. 조사 대상자의 직급은 팀원이 168명(45.7%)으로 가장 많았으며, 팀장 67명(18.2%), 전일제 동반자 67명(18.2%), 시간제 동반자 38명(10.3%), 센터장 18명(4.9%), 기타 10명(2.7%) 순이었다. 조사 대상자의 상담경력과 센터 근무경력은 5년 이상이 가장 많은 것으로 나타나 불안우울과 같은 고위기 청소년 내담자 상담의 경우, 센터 내 숙련된 상담자가 주로 개입하고 있음을 알 수 있다.

나. 조사대상자의 불안 청소년 상담 관련 특성

조사 대상자의 불안 청소년 상담 관련 특성은 아래의 <표 8>과 같다.

표 8. 조사대상자의 불안 청소년 상담 관련 특성

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
불안 상담 경험	예	330	89.7
	아니오	35	9.5
	무응답	3	0.8
주당 내담자 상담 실시 횟수	1회	197	53.5
	2회	34	9.2
	3회	13	3.5
	4회	3	0.8
	5회 이상	17	4.6
	무응답	104	28.3
내담자 상담 종결 회기 수	10회기 이내	58	15.8
	11~15회기	108	29.3
	16~20회기	44	12.0
	21~25회기	32	8.7
	26회기 이상	22	6.0

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
내담자 상담 종결 회기 수	무응답	104	104
	가족	53	14.4
내담자 불안 관련 호소문제	일탈 및 비행	3	0.8
	학업	15	4.1
	진로	17	4.6
	성	3	0.8
	성격	27	7.3
	대인관계	137	37.2
	기타 외모, 건강염려 학교생활 등)	9	2.4
	무응답	104	28.3
실시한 심리검사 종류 (중복측정)	MMPI	211	35.9
	SCT	106	18.1
	HTP	45	7.7
	TCI	31	5.3
	BDI/BAI	25	4.2
	ASEBA	19	3.2
	PITR, Rorschach	7	1.2
	MLST, U&I	4	0.7
	KFD	17	2.9
	무응답	122	20.8
적용 이론 및 기법	인지행동치료	198	44.7
	인간중심상담	28	6.3
	계슈탈트상담	11	2.5
	현실치료	14	3.2
	해결중심상담	11	2.5
	행동치료	9	2
	변증법적 행동치료	10	2.3
	기타	57	12.8
내담자 불안 문제의 상담 개입 역량 수준	무응답	105	23.7
	매우 우수	-	-
	우수	55	14.9

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
내담자 불안 문제의 상담 개입 역량 수준	보통	145	39.4
	미흡	58	15.8
	매우 미흡	6	1.6
	무응답	104	28.3
불안 문제를 호소하는 내담자에게 효과적인 상담 이론 및 기법	인지행동치료	164	38.8
	인간중심상담	16	3.8
	게슈탈트상담	9	2.1
	현실치료	11	2.6
	해결중심상담	5	1.2
	행동치료	12	2.8
	변증법적 행동치료	6	1.4
	기타	83	19.6
	무응답	117	27.7

전체 조사대상자 368명 중 불안 청소년 내담자를 상담했던 경험이 있는 응답자는 330명으로, 전체 89.7%로 나타났다. 주당 불안 문제를 호소하는 내담자에게 제공했던 상담 횟수는 주 1회가 197명(53.5%)으로 가장 많았고, 주 2회가 34명(9.2%), 주 5회 이상이 17명(4.6%), 주 3회가 13명(3.5%), 주 4회가 3명(0.8%) 순으로 나타났다. 청소년상담복지센터에 소속되어 있는 종사자일 경우, 상담 서비스 제공의 효율적 측면 및 실적을 고려할 수밖에 없기 때문에 주 1회 상담이 가장 많이 나타난 것으로 보인다. 내담자 상담 종결 회기 수는 11회기~15회기가 108명(29.3%)로 가장 많았고, 다음으로 10회기 이내 58명(15.8%), 16회기~20회기 44명(12.0%), 21회기~25회기 32명(8.7%), 26회기 이상 22명(6.0%) 순으로 나타나 15회기 이내가 전체 상담 인원의 절반을 넘는 것으로 나타났다.

내담자 불안 관련 호소문제에서는 대인관계가 137명(37.2%)으로 가장 많았고, 다음으로 가족이 53명(14.4%)로 나타나 청소년 내담자의 불안 관련 호소문제는 대인관계와 가족 영향이 가장 많은 것으로 나타났다. 불안 문제에 사용하는 심리검사는 MMPI가 211명(35.9%)로 가장 많았고, SCT 106명(18.1%), HTP 45명(7.7%), TCI 31명(5.3%), BDI/BAI 25명(4.2%), ASEBA 19명(3.2%), KFD 17명(2.9%), PITR, Rorschach 7명(1.2%), MLST, U&I 4명(0.7%) 순으로 나타났다. 센터에 내방하는 청소년의 경우 문제가 있을 때 전체의 문제를 확인할 수 있는 MMPI와 호소문제 양상을 보다 면밀하게 관찰할 수 있는 개방형 질문 검사지인 SCT가 많이 쓰이는 것으로 보이며, 적극적으로 참여하지 않는 내담자의 호소문제를 확인하기 위하

여 그림검사나 성격검사를 함께 하는 것으로 보인다.

불안 호소문제를 가진 내담자 상담 시 가장 많이 사용되는 이론 및 상담기법은 인지행동 치료 기법이 198명(44.7%)으로 가장 많았으며 인간중심, 게슈탈트, 현실치료, 해결중심치료, 행동치료, 변증법적 행동치료 등은 큰 차이가 나타나지 않았다. 즉 불안 호소문제 내담자 개입 시 인지행동기법이 가장 선호되는 것이 확인되며 나머지 치료방법에 대해서는 상담자 개인의 판단에 따라 치료 기법을 적용하는 것으로 보인다.

다. 조사대상자의 우울 청소년 상담 관련 특성

조사 대상자의 우울 청소년 상담 관련 특성은 아래의 <표 9>와 같다.

표 9. 조사대상자의 우울 청소년 상담 관련 특성

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
우울 상담 경험	예	239	64.9
	아니오	56	15.2
	무응답	73	19.8
주당 상담 실시 횟수	1회	165	44.8
	2회	26	7.1
	3회	10	2.7
	4회	2	0.5
	5회 이상	17	4.6
	무응답	148	40.2
내담자 상담 종결 회기 수	10회기 이내	43	11.7
	11~15회기	80	21.7
	16~20회기	40	10.9
	21~25회기	27	7.3
	26회기 이상	30	8.2
내담자 우울 관련 호소문제	무응답	148	40.2
	가족	75	20.4
	일탈 및 비행	4	1.1
	학업	3	0.8
	진로	6	1.6
	성	1	0.3

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
내담자 우울 관련 호소문제	성격	35	9.5
	대인관계	89	24.2
	기타 (외모, 건강염려 학교생활 등)	7	59.8
	무응답	148	40.2
실시한 심리검사 종류 (중복측정)	MMPI	170	29.1
	SCT	101	17.3
	HTP	47	8.1
	TCI	33	5.7
	BDI/BAI	29	5
	ASEBA	6	1
	PITR, Rorschach	5	0.8
	MBTI	19	3.3
	KFD	11	1.9
	무응답	162	27.8
적용 이론 및 기법	인지행동치료	140	32.2
	인간중심상담	46	10.6
	게슈탈트상담	8	1.8
	현실치료	7	1.6
	해결중심상담	7	1.6
	행동치료	4	0.9
	기타	72	16.6
내담자 우울 문제의 상담 개입 역량 수준	무응답	151	34.7
	매우 우수	-	-
	우수	48	13.0
	보통	131	35.6
	미흡	37	10.1
	매우미흡	4	1.1
우울 문제를 호소하는 내담자에게 효과적인 상담 이론 및 기법	무응답	148	40.2
	인지행동치료	117	28.0
	인간중심상담	36	8.6
	게슈탈트상담	7	1.7

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
우울 문제를 호소하는 내담자에게 효과적인 상담 이론 및 기법	현실치료	10	2.4
	해결중심상담	2	0.5
	변증법적 행동치료	2	0.5
	행동치료	4	1.0
	기타	78	18.7
	무응답	161	38.6

전체 조사 대상자 368명 중 우울 청소년 내담자를 상담했던 경험이 있는 응답자는 239명으로, 전체 대상자의 64.9%로 나타났다. 주당 우울 문제를 호소하는 내담자에게 제공했던 상담 횟수는 주 1회가 165명(44.8%)으로 가장 많았고 주 2회가 26명(7.1%), 주 3회가 10명(2.7%), 주 4회가 2명(0.5%), 주 5회 이상이 17명(4.6%)로 나타났다. 불안 청소년 상담과 마찬가지로 기관에 소속되어 있는 상담자의 특성으로 주 1회 상담이 가장 많았다. 내담자 상담 종결 회기 수는 11회기~15회기가 80명(21.7%), 다음으로 10회기 이내 43명(11.7%), 16회기~20회기 40명(10.9%), 26회기 이상 30명(8.2%), 21회기~25회기 27명(7.3%)순으로 나타나 불안 내담자 상담과 유사하게 15회기 이내 상담 회기 종결이 전체의 응답자의 절반 이상으로 나타났다.

내담자 우울 관련 호소문제에서는 대인관계가 89명(24.2%)으로 가장 많았고 다음으로 가족 75명(20.4%), 성격 35명(9.5%) 순으로 대부분의 청소년 우울이 대인관계, 가족, 성격 문제인 것으로 나타났다. 우울 관련 내담자 심리검사에서는 MMPI가 170명(29.1%)로 가장 많았고 SCT 101명(17.3%), HTP 47명(8.1%), TCI 33명(5.7%), BDI/BAI 29명(5.0%), MBTI 19명(3.3%), KFD 11명(1.9%), ASEBA 6명(1.0%), PITR, Rorschach 5명(0.8%) 순으로 나타났다. 불안 문제 청소년과 마찬가지로 MMPI와 SCT를 많이 쓰는 것으로 나타났지만 우울 청소년의 경우 무기력한 경우가 많아 검사를 제대로 완성하지 못하는 경우가 발생하여 그림검사를 불안 청소년 내담자 보다 많이 쓰이는 것으로 보인다.

우울 호소문제를 가진 내담자 상담 시 가장 많이 사용되는 이론 및 상담기법은 인지행동치료 기법이 140명(32.2%)으로 가장 많았으며 다음으로 인간중심이 46명(10.6%)로 나타났다. 게슈탈트, 현실치료, 해결중심치료, 행동치료, 변증법적 행동치료 등은 큰 차이가 나타나지 않았다. 내담자 불안 문제 상담 개입 역량 수준을 묻는 질문에 보통이 131명(35.6%)로 가장 많았고 우수 48명(13.0%), 미흡 37명(10.1%), 매우 미흡 4명(1.1%) 순으로 나타나 불안 문제 개입과 마찬가지로 상담자 본인의 우울 문제 상담 개입 역량에 자신감이 없는 것으로 나타

났다. 우울 문제를 호소하는 내담자에게 효과적인 상담 이론 및 기법을 묻는 응답에서는 실제 현장에서 사용되고 있는 기법의 응답과 유사하게 인지행동치료가 117명(28.0%)명으로 가장 높았으며 다른 이론 및 기법에 대해서는 큰 차이가 나타나지 않았다.

3. 현장전문가 대상 심층면접

가. 연구참여자

본 심층면접에 참여한 현장전문가는 비확률 표본추출방법인 편의표본 추출법(convenience sampling)으로 청소년상담복지센터, 위(Wee) 센터, 대학상담센터 등에서 불안·우울 청소년 상담 경험이 있는 상담전문가들로 구성하였다. 심층면접 대상자 선정 시 최대 편차법 원리(maximum variation)를 적용하여 청소년 불안·우울 개입의 같은 현상에 대해서도 다양한 배경 변인을 가진 현장 전문가를 선정하기 위해 노력하였다. 전체 심층면접 대상은 총 10명으로 본 연구와 같은 질적 연구를 진행하는데 있어 적합한 규모(Hill et al., 2005)로 구성되었으며, 이들에 대한 인구통계학적 정보는 <표 10>과 같다. 면접 진행 시 참여의사 확인 및 동의서를 받아 진행하였다.

표 10. 현장전문가 심층면접 참여자 정보

구분	지역	소속	직급	성별	연령대	상담경력
1	서울	대학상담센터	상담교수	여	40대	20년
2	서울	청소년상담복지센터	청소년동반자	여	30대	5년
3	서울	위(Wee) 센터	전문상담교사	여	40대	13년
4	경기	청소년상담복지센터	센터장	남	40대	15년
5	경기	위(Wee) 센터	전문상담교사	남	40대	15년
6	경기	위(Wee) 센터	전문상담교사	여	40대	15년
7	대구	대학상담센터	상담교수	여	50대	15년
8	대구	청소년상담복지센터	팀장	남	30대	10년
9	전남	청소년상담복지센터	팀장	여	40대	15년
10	제주	청소년상담복지센터	팀장	여	40대	15년

나. 심층면접 질문지 작성 및 자료수집

현장 전문가 대상 심층면접은 불안·우울 청소년 접수면접부터 추수상담까지 전체 상담 개입 과정을 탐색하고자 <표 11>과 같이 심층 면접 질문지를 작성하였다. 심층 면접 질문지 문항은 주 연구자 5인이 청소년 불안·우울 상담 관련 선행연구와 사전 요구조사를 근거로 하여 초안을 작성한 뒤 검토하고 수정하여 최종 선정되었다. 최종 확정된 질문지는 Krueger와 Casey(2000)이 제시한 질문방식에 따라 도입질문, 전환질문, 주요질문, 마무리질문의 순으로 구성되었으며, 개방형의 질문방식으로 구성하였다.

표 11. 현장전문가 심층 면접 질문지

구분	내용
도입질문	<ul style="list-style-type: none"> • 불안 및 우울 문제 있는 청소년의 고위기 수준과 심각성 정도 • 불안 및 우울 문제 상담 진행 시 사용되는 평가도구
주요질문	<ul style="list-style-type: none"> • 불안 및 우울문제를 가진 청소년 개인상담 진행 사례 경험 <ul style="list-style-type: none"> - 내방 경로와 계기 - 주호소문제와 촉발사건 - 상담 진행 과정(초기, 중기, 후기)에서 개입했던 주요 기법 • 불안 및 우울문제 상담 사례가 위기문제(자해, 자살 등) 연결 시 개입방법 • 불안 및 우울문제 개인상담 시 가장 효과적이라고 생각되는 상담기법 • 말았던 사례를 종결했다면 그 이유(합의 및 조기종결)와 상담 성과 파악 방법 • 불안 및 우울문제 청소년 개인상담 진행과정에서의 내담자 보호자원 • 불안 및 우울문제 청소년 개인상담 시 방해 및 저해 요인 • 불안 및 우울문제 청소년 상담사례의 전문기관 연계 경험과 연계 시 유의점
마무리질문	<ul style="list-style-type: none"> • 불안 및 우울 문제 청소년 상담 시 도움 되는 상담자 요소와 상담 후 자기관리 • 불안 및 우울 문제 상담 개입 매뉴얼에 반드시 포함되었으면 하는 내용

현장전문가 심층면접은 2020년 4월부터 5월까지 반구조화된(semi-structured) 형식으로 현장전문가 개인별로 각 60~90분씩 실시되었으며, 총 10명이 참여하였다. 면접 진행은 상담을 전공한 박사 또는 석사 1명이 전화 면접을 하였으며, 합의적 질적 연구 가이드(Hill et al., 2005)에 따라 사전 교육 후 면접을 실시하였다. 현장전문가 심층 면접은 실시 전 참여자 전원에게 녹음에 대한 동의를 구하여 심층면접 전체 과정이 녹음되었고, 면접이 끝난 후 축어록 형태로 전사되어 분석 자료로 사용되었다.

다. 자료 분석

전사된 자료는 전체 연구진이 축어록을 읽어가면서 내용의 의미를 파악하고 주제별로 범주화하는 과정을 반복적으로 실시하였다. 범주화하는 과정에서 각각의 의미단위들을 유사성, 구별성, 관련성 등을 기준으로 검토하면서 의미가 정확히 전달되는지와 각 의미들을 대표할 수 있는 내용으로 범주화 되었는지 살펴보았다(Morgan, 1997). 도출된 영역과 범주 및 빈도는 교육학 박사 2인의 감수를 통해 결정되었으며 다른 연구진의 검토로 최종 수정되었다.

라. 분석 결과

청소년 불안 및 우울문제 청소년상담에 관해 현장전문가를 심층면접하고, 이를 합의적 질적 연구 방법으로 분석한 결과, 총 4개의 영역, 11개의 하위영역, 42개의 범주가 생성되었다. 생성된 범주의 빈도는 Hill(2012)이 제안한 빈도 분류 방법에 따라 9~10개는 ‘일반적’, 6~8개는 ‘전형적’, 2~5개는 ‘변동적’으로 표기하였고, 그 결과는 <표 12>에 제시하였다.

표 12. 청소년상담 현장전문가 심층면접 결과 생성된 범주 및 빈도

영역	하위영역	범주	빈도
불안·우울 문제에 대한 이해	주호소 문제	청소년 불안·우울 문제의 기저 원인	변동적(4)
		학업 및 진로 스트레스	전형적(6)
		대인관계 스트레스	변동적(3)
		가정환경 요인	전형적(6)
		자살·자해 문제(병리적 증상)	전형적(7)
	불안·우울 문제 평가 방법	불안·우울검사	변동적(3)
		표준화된 성격검사	전형적(8)
		종합심리검사	변동적(2)
		임상적인 판단	변동적(4)
	상담경로	부모 및 기관을 통한 의뢰	변동적(5)
		자발적으로	변동적(2)
	보호요인	내담자의 상담 동기와 강점	변동적(3)
		부모와 가족의 협조	전형적(6)
		상담자의 지지	변동적(4)
		긍정적인 친구관계	변동적(4)

영역	하위영역	범주	빈도
	위험요인	경제적지원	변동적(3)
		비협조적인 교사와 또래	변동적(2)
		비협조적인 가족	일반적(9)
		부정적 자기인식	변동적(2)
상담 개입	상담 초기단계	상담구조화 및 상담관계형성	전형적(6)
		공감	변동적(4)
		감정과 경험 표현하기	변동적(2)
		부모교육과 상담	전형적(7)
		위기사례 개입 및 연계	전형적(7)
		다양한 활동	변동적(4)
	상담 중기단계	자기 인식 및 이해	전형적(6)
		비합리적 신념다루기	변동적(4)
		긍정적인 피드백	변동적(2)
		부모 교육	변동적(3)
		정서안정화 기법	변동적(3)
	상담 후기단계	행동기법	변동적(3)
부모-자녀 관계개선 및 현실문제 다루기		변동적(4)	
상담자에게 필요한 역량	사례관리능력	상담관계형성	전형적(7)
		사례이해 및 성찰	변동적(5)
		자원 활용능력	변동적(2)
	상담자 자기관리능력	소진관리	변동적(5)
		상담·수퍼비전 받기	변동적(3)
매뉴얼 포함 요구 내용	-	불안·우울 관리방법	전형적(6)
		지지자원 및 주요기관과 협력방안	변동적(5)
		단계별·유형별 개입방법 안내	변동적(3)

1) 불안·우울 문제에 대한 이해

불안·우울 문제에 대한 이해 영역에서는 현장전문가들이 불안 및 우울 문제를 어떻게 이해하고 있는지와 관련된 범주들로 구성되었다. 주호소문제, 불안·우울 문제 평가방법, 상담경로, 보호요인, 위험요인 5개의 하위영역과 19개의 범주로 정리되었다.

가) 주호소 문제

주호소 문제의 하위영역에는 5개의 범주가 생성되었다. 청소년 불안·우울 문제의 기저 원인, 학업 및 진로 스트레스, 대인관계 스트레스, 가정환경 요인, 자살·자해문제(병리적증상)가 이에 해당된다.

(1) 청소년 불안·우울 문제의 기저원인

이 범주는 상담자가 상담 시 청소년들의 전반적인 문제의 기본에 불안과 우울이 기저에 잠재되어 있다고 보고하였다. 이러한 심리적인 문제는 개인의 문제 뿐 만 아니라 더 나아가 학교생활, 대인관계와 사회에 부정적 영향을 미친다고 보고하였다.

“자신의 일상이나 학업, 대인관계에 문제가 있을 때 우울과 불안을 의심해봐야 할 것 같아요. 위기사안이 나타나는 경우를 보면 여러 가지 영역이 있겠지만 학업적인 무력감과 이에 대한 동기가 떨어지는 부분이 있을 것 같고 또 본인의 일상생활 수준의 변화가 급격히 진행됩니다(참여자 H).”

(2) 학업 및 진로 스트레스

이 범주는 불안과 우울을 야기하는 문제로 학업 및 진로 스트레스가 있었으며, 학교생활을 하는데 있어, 반 친구들의 따돌림과 괴롭힘의 문제, 성적, 가족과의 관계가 영향을 미치는 것으로 보고하였다.

“진로에 대한 문제가 생기면서 자기한테 있는 문제는 그런 것을 하고 싶은데 어떻게 보면 여건이 너는 어떻게 보면 니 스스로 먹고 살아야하기 때문에 원하지도 않는 자격증을 따거나 어떤 공부를 특출나게 잘하는 게 아니면 전문계나 이런 곳으로 연계되어서 자립할 수 쪽으로 몰아넣으니까. (중략) 반항을 액션을 막 심하게 하고 나면 또 들어와서 혼자 화가 주체되지 않을 때 물건을 집어 던졌는데 그렇게 행동하지 않으면 계속 울고 자기는 버림받았다. 저주받았다는 이야기를 너무 하니까 심리적으로 위태로웠던 상황이었어요. 아마 진로에 대한 어떤 그런 것이 왔던 상황이었습니다(참여자 B).”

“이 아이는 제가 보기에 목표는 아주 높더라고요. 학업이나 이런 부분에서 진로나 아마 부모님의 기대감이 컸던 것 같아요. 그런데 거기에 비해 자기의 낮은 성취감이나 그리고 진로 미결정 상태에서 물론 잘하지 못하니까 아무래도 그런 자신감이 없어서(참여자 J).”

(3) 대인관계 스트레스

이 범주는 상담자가 기저원인으로 대인관계스트레스가 영향을 미친다는 것을 중점으로 하고 있다. 대인관계 스트레스는 학업에 영향을 주고, 더불어 학교생활과 연관성이 높기 때문에 내담자 대인관계가 불안·우울에 중요한 요인이라고 보고하였다.

“마음의 여유가 없고 본인의 가정환경을 친구들에게 계속 숨기게 되니까 친구들을 편하게 만날 수가 없다고 했어요. 친구들이 만나자고 해도 계속 숨게 되고 그러다보니 혼자 있는 게 편해졌다고 했어요. 이런 상황이 반복되다 보니까 우울해지고 죽고 싶다는 생각까지 가게된 것 같아요(참여자 G).”

(4) 가정환경 요인

이 범주는 상담자가 기저원인으로 가정환경요인이 영향을 미친다는 것을 구조화하고 있다. 청소년의 일상 가운데 가장 큰 부분을 차지하는 가정환경 요인은 청소년의 정신건강 영역에 큰 영향을 미치는 것으로 보고하였다.

“우울이 심해지는 이유는 부모하고 사이가 안 좋을 수 있거든요. 모든 아이들이 부모와 사이가 좋지 않거든요. 근데 그 부모하고 사이가 안 좋은 아이가 친구들과도 사이가 안 좋더라고요. 그러면 우울이 깊더라고요(참여자 F).”

“결정적인 것은 중학교 2학년 때 할머니가 본인을 키워줬는데 굉장히 잘해주고 했는데. 엄마와 굉장한 다툼이 있었나 봐요. 그러면서 할머니가 엄마와 다툼 이후에 같이 살던 할머니가 지방으로 내려가시고 떨어지면서 그 상실감을 엄마하고도 나눌 수 없고 아버지와 갈등이 있으니까 그런 이야기를 하지 못하고 혼자 가지고 있으면서 약간의 트라우마 이런 상처가 생긴 것 같아요(참여자 J).”

(5) 자살·자해 문제(병리적 증상)

이 범주는 상담자가 청소년 불안·우울 문제를 상담 시 주 호소하는 문제로 자살·자해와 같은 병리적 증상임을 구조화 하고 있다. 불안·우울 문제를 가지고 있는 청소년의 경우, 자살 또는 자해 문제가 동반하는데 이는 생명과 관련된 위험요인이므로 신속한 개입이 필요하다.

“불안감이나 우울감을 스스로 어느 정도 통제할 수 있는 친구들도 있지만 보통 자해라던가. (중략) 거식증. 토하는 행동으로 나타나는 친구를 만났었거든요. 그래서 그렇게 자해든 거식증이

든 다른 행동적인 표현을 할 뿐이지(참여자 A).”

“자살사고가 있었던 것을 부모님에게 들키게 되어 부모님이 놀라서 데리고 온 경우가 있었 습니다(참여자 D).”

“자해나 자살 시도가 많아지고, 잠이 안 오고 그다음에 이제 숨쉬기도 좀 힘든 거 같다. 그 다음에 친구를 따라서 자기도 죽고 싶다. 불안으로 인해서 무호흡이나 호흡곤란이 와서 119에 실려 가는 친구 그런 게 호소 문제였어요(참여자 D).”

나) 불안·우울 문제 평가 방법

불안·우울문제 평가 방법 영역에서는 참여자들이 문제 평가를 하는 데 있어, 어떠한 도구를 활용하고 있는지에 관련한 범주들로 도출되었다. 불안·우울검사 활용, 표준화된 성격 검사활용, 종합심리검사활용 임상적인 판단 하위영역 안에서 4개의 범주로 정리되었다. 표준화된 성격검사를 활용하는 것까지 상담자가 다양한 상황에 맞추어 문제를 평가함을 알 수 있었고, 주로 활용할 수 있는 범주들이 구조화되었다.

(1) 불안·우울검사

표준화된 불안·우울검사를 활용하는 것으로 본 범주에서는 나타났다. 한국판우울척도, 일상생활척도 등을 활용하는 것으로 보고되었다.

“자기 자신의 상황을 알아야 할 때는 BDI를 사용하거든요(중략) 그리고 보통 제가 우울이나 불안이라는 것을 정확한 진단을 내리기 위해서는 MMPI를 많이 사용합니다(참여자 B).”

(2) 표준화된 성격검사

이 범주는 상담자가 청소년 불안과 우울문제 상담 시 주로 사용하는 성격검사 활용하는 것을 구조화하여 나타났다. 주로 사용하는 성격검사는 MMPI와 SCT를 사용하는 것으로 보고되었다.

“MMPI나 SCT를 먼저 사용하고요. 아니면 꼭 도구 아니더라도 접수 면접에서 그런 부분을 파악해서 필요시에는 바로 검사를 하는 것들을 사용하거든요 도구적이라면 MMPI나 SCT 주로 빨리 사용해요(참여자C).”

(3) 종합심리검사

이 범주는 상담자가 직접 검사를 하는 것이 아닌 지역의 병원 또는 기관에서 심리검사를 전체적으로 하는 것으로 보고되었다.

“이 친구는 약물 복용을 병행했기 때문에 병원에서 종합심리검사를 받았어요(참여자 E).”

(4) 임상적인 판단

이 범주는 상담자가 검사를 활용하는 것이 아닌 내담자와 상담을 통하여 판단되는 정신 건강 상태를 파악하여 임상적인 판단을 하는 것으로 나타났다. 불안이나 우울을 나타내는 신체적인 증상과 심리적인 증상을 통하여 판단의 근거가 되는 것으로 보고되었다.

“신체적인 증상이 대중교통을 이용하지 못 할 정도로 극도의 불안, 신체적인 반응, 식은땀을 흘리거나 너무 불안을 신체적으로 많이 느끼고, 그리고 자살 충동 이런 부분이 있어서. 그리고 이 친구가 행동적으로 드러나는 문제 중 하나가 평상시에는 감정을 표현하지 않고 억압하다가 한꺼번에 폭발하는 부분이. 특히 가족들. 다른 곳에서 그런 행동을 잘 보이지 않는데... 그런 부분에 대한 심리적인 조절이 필요하다고 생각해서 약물치료를 병행했어요(참여자E).”

다) 상담경로

상담경로의 하위영역에는 2개의 범주가 생성되었다. 부모 및 기관을 통한 의뢰와 자발적인 의뢰가 이에 해당한다.

(1) 부모 및 기관을 통한 의뢰

불안·우울의 문제의 경우, 자발적으로 의뢰되어 오기 보다는 가족 또는 학교 Wee 클래스나 다른 기관을 통해 의뢰되어 오는 경우가 많았다. 이는 학교에서 전교생을 대상으로 하는 정서 행동검사 등을 실시하여 스크리닝 되어 의뢰되는 경우가 해당된다.

“어머님이 학교에도 알린 날 저희 쪽에도 연락이 와서 긴급하게 상담을 신청하셔서 이제 진행한 사례예요(참여자 A).”

“학교 선생님들이 의뢰를 했더라도 이런 사례들은 선생님들도 부모님한테 먼저 연락을 해요. 일반 비행이 아니다보니까 부모님이 꼭 알아야 하는 내용이거든요. 부모님이 선생님께 이야기를 듣고 저희한테 오시더라고요(참여자 C).”

(2) 자발적으로

“자발적으로 온 아이였어요. 제가 학교에 오면 1학년 대상으로 상담 교실을 운영해요. 상담의 전체적인 이용 안내가 전반적인 내용이면서 상담에 대해서 부정적인 인식을 낮춰주기 위해서 한 반 전체 아이들을 대상으로 안내하는 그런 교실을 각반마다 하거든요. 이 아이도 마찬가지로 신입생으로 들어와서 그것을 듣고 용기 내서 자발적으로 상담실에 왔어요(참여자 J).”

라) 보호요인

보호요인의 하위영역에는 5개의 범주가 생성되었다. 내담자의 상담동기와 강점, 부모와 가족의 협조, 상담자의 지지, 긍정적인 친구관계, 경제적지원이 이에 해당한다.

(1) 내담자의 상담 동기와 강점

이 범주는 상담자가 상담 진행시, 내담자가 상담을 지속적으로 할 수 있는 동기와 강점을 제시하는 단계로, 청소년 본인이 가지고 있는 고유한 강점과 상담을 하겠다는 의지 자체를 중요하게 생각하는 것으로 보고되었다.

“처음부터 자기가 용기 내서 온 아이잖아요. 그래도 우울, 불안감이 있지만, 에너지 자체가 아예 바닥인 아이는 아니었던 것 같아요. 자기의 어떤 에너지원. 이런 것들이 하나의 자원이었던 것(참여자 J).”

(2) 부모와 가족의 협조

상담자들은 불안·우울 청소년들이 회복되는데 가족의 협조와 지지가 상담의 변화과정에 긍정적인 영향을 미치고 있음을 보고하였다. 이와 같은 부모의 협조를 이끌어내기 위해 내담자 부모를 대상으로 상담이나 교육이 필요하다.

“가족의 협조가 있으면 다른 사례들보다 훨씬 빨리 변화가 오더라고요(참여자 A).”

“부모님과 관계는 문제가 특별히 많지는 않았지만. 그게 이 아이의 보호요인 중에 하나였는데. 부모님이 관심도 많으시고 애정이 있더라고요. 부모님도 관심과 애정을 좀 더. 이 친구에 대해서 조금 더 주의를 기울여서 한 것(참여자 D).”

(3) 상담자의 지지

이 범주는 상담자가 청소년 불안과 우울문제 상담을 할 때 도움이 되는 것은 상담자의 지

속적인 지지임이 보고되었다. 이와 같은 지지는 상담자뿐만 아니라 학교 담임 선생님이나 상담교사의 지지도 긍정적인 요인임을 확인하였다.

“담임 선생님하고 두 번에서 세 번 정도 통화를 했고 첫 상담은 거의 1시간 정도 전화로 거의 개인상담을 하듯이 통화를 드렸고요 학교 담임 선생님의 역할도 중기 이후에는 좀 많은 역할을 하셔서 이 아이가 학교에서 뛰쳐나가는 경우도 있었거든요 근데 그런 일이 없게끔 그래서 중기 이후에는 학교에서 아침부터 오후까지 다 수업을 마칠 수 있게끔 도와주신 부분이 있고요 (참여자 C).”

(4) 긍정적인 친구관계

본 범주는 상담의 과정에서 보호요인으로 긍정적인 친구관계로 구조화되었으며, 지지적인 친구관계를 유지된 경험이 내담자에게는 중요한 지지관계가 되고 있는 것으로 보고되었다.

“또래관계로서 부정적인 영향도 미친 또래가 친구가 있었지만 그때 같이 이 아이를 네다섯 명이 같이 이제 보호해 주고 지지해주는 친구들이 있거든요 내담자가 또래관계가 나쁘거나 뭐 문제가 있었던 아이는 아니어서 또래관계 영향도 많이 미쳤다고 생각이 들어요(참여자 C).”

마) 위험요인

위험요인의 하위영역에는 3개의 범주가 생성되었다. 비협조적인 교사와 또래 비협조적인 가족, 부정적 자기인식이 이에 해당한다.

(1) 비협조적인 교사와 또래

이 범주는 청소년들이 불안과 우울문제를 해결하는 데 있어, 주변자원의 내용을 이야기 하고 있으며, 내담자의 주된 생활공간인 학교에서 교사와 또래의 비협조가 청소년들에게는 부정적인 요인으로 작용하는 것으로 보고하였다.

“담임 선생님이 이 아이에 대한 이해가 낮아서. 이 아이의 문제행동만 보고 아이에 대한 이해가 낮다 보니까 아이에 대해 적극적으로 협조하기보다는 왜곡해서 받아드리거나 이런 방해 요인이 있죠(참여자 J).”

(2) 비협조적인 가족

이 범주는 청소년들의 상담 지속에 있어 위험요인으로 비협조적인 가족을 구조화하였으

며, 비협조적인 부모의 이해 또는 부모의 정신건강 문제가 청소년을 지지하는데 방해 요인임을 알 수 있었다.

“어머님의 우울과 높은 불안은 초반기에 내담자의 문제를 좀 원래 이게 원인 제공을 되기도 했고요(참여자 C).”

“어머니가 집에 계셔도 협조적이었다면 그렇게까지 않았을 텐데 우리가 열심히 아버지와 아이가 상담하고 노력하는데 어머니가 댁에서 계속 ‘그거 뭐 하러 가’, ‘그거 안돼’ 이렇게 방해를 하셔서 안 오시면 상담을 안 한다고 한 것이고 상담에 대해서도 두려워하시는 것 같아요. 보호자분들도 그냥 사춘기니까 지나가는 문제이겠지 생각하고 싶어 하시는 것 같아요. 그게 방해가 되요(참여자 F).”

“보통 부모님들이 정신과 병원은 절대 안 된다고 하는 경우가 많아요. 기록에 남는다. 이거는 절대 안 된다. 약물을 복용하지 않는 상담은 허용되지만 절대 정신과 병원은 안 된다고 하는 부모님들이 많아서 굉장히 방해되고 있어요(참여자 G).”

(3) 부정적인 자기인식

내담자가 생각하는 부정적인 자기인식이 불안과 우울이 지속적으로 나타나는 요인으로 보고되었다. 이는 일상생활 전반에 영향을 미친다는 것으로 보고되었다.

“내담자 본인도 ‘제가 유난인건가요’ 이렇게 생각하고 ‘선생님도 저 지켜우신가요’ 이런 반응을 해요. 그래서 그런 것이 조금 안타깝기도 하고 이런 시선이나 의식들이 달라져야 한다고 생각하고 이게 방해물인 것 같아요(참여자 A).”

2) 상담개입

상담개입에 관한 영역에서는 참여자들이 불안 및 우울 문제를 상담단계별로 어떻게 상담하고 있는지와 관련된 범주들로 도출되었다. 상담 초기단계, 상담 중기단계, 상담 후기단계의 하위영역 안에서 총 13개의 범주로 정리되었다.

가) 상담 초기단계

상담 초기단계의 하위영역에는 총 6개의 범주가 생성되었다. 상담구조화 및 상담관계형성, 공감, 감정과 경험 표현하기, 부모교육과 상담, 위기 사례 개입 및 연계, 다양한 활동으

로 나타났다. 이들의 핵심적 내용은 주로 청소년들과의 친밀한 상담관계 형성을 위해 다각적인 노력을 기울인다는 것과 청소년 주변 환경 요소(부모, 학교, 병원 등)들을 상담의 지지자원으로 활용하려는 작업이 필요하다는 점이었다.

(1) 상담구조화 및 상담관계 형성

이 범주는 상담자가 청소년 불안과 우울문제 상담 시 상담 초반에 중요하게 여기는 작업들로 주로 내담자와의 첫 만남에서 상담을 구조화 하고, 내담자와 신뢰관계(라포)를 형성하는데 중점을 두는 것으로 보고하였다. 특히 자해문제와 연결되어 있는 경우 내담자와의 라포형성에 초점을 두어 청소년 내담자가 자신의 어려움을 편하게 이야기 할 수 있도록 하는 상담관계형성의 중요성을 강조하는 것으로 보고하였다.

“구조화에 엄청 신경을 많이 썼던 것 같아요. 상담실이라는 곳에서는 말 그대로 아이한테 신뢰를 주기 위해서 저도 휴대폰이나 이런 것들을 하나도 안 들고 맨손으로 갔거든요. 그냥 너랑 나랑 구두로만 이야기하고 나와 이야기 하고 있는 것에 대해서 누가 알 수 있으니까 상담실도 제일 조용한 곳으로 가고 간식이나 남자아이다 보니 이 친구의 관심거리를 미리 준비해서 이야기하고 처음에 구조화시키기 위해 라포형성에 많이 신경을 쓴 것 같아요(참여자 B).”

“초기는 이 아이가 자해를 하는 상황이어서 아이와 라포형성 하면서 아이가 지금 겪는 어려움을 이야기하도록 초점을 두었고요(참여자 F).”

“초기에는 규칙적으로 상담센터를 내방하게 하는게 중요해요. 그래서 라포형성이 매우 중요합니다. 또 생활습관을 규칙적으로 할 수 있게 이끌어주는 것이 필요하죠(참여자 G).”

(2) 공감

참여자들은 상담초기단계에서 청소년의 불안과 우울문제를 상담할 때 ‘공감’의 중요성을 경험한다고 보고하였다. 청소년 내담자들이 상담자가 그들의 편이라고 느끼도록 감정적으로 공감하면서 충분히 이야기를 들어주어 상담자와의 유대감을 갖게 하는데 공감이 필요하다고 보고하였다.

“너 혼자가 아니다 같이 선생님이 네가 자해를 하든, 토하는 행동을 하든, 너의 그 상황을 알고 있다. 지켜봐줄게. 그런 유대감, 라포 이런 것들도 다른 사례에 비해서 더 필요한 것 같아요. 우울, 불안을 많이 호소하는 청소년들한테는 더 필요한 것 같아요(참여자 A).”

“공감ियो 이 친구의 이야기를 잘 들어준 것. 경청과 공감. 그리고 표현하게 한 것. 그것이 컸던 것 같아요 자기 이야기를 할 수 있으니까. 누군가 자기 이야기를 들어주는 것이 이 친구한테 컸던 것 같아요(참여자 D).”

(3) 감정과 경험 표현하기

참여자들은 트라우마를 경험하거나 긴급한 위기상황으로 상담이 의뢰된 청소년들의 경우, 우울감이나 불안감 같은 정서를 확인하여 다루었고, 그들이 경험한 상처나 트라우마를 이야기를 통해 표현할 수 있도록 돕는 작업을 초기에 하게 된다고 하였다.

“이 친구 사례는 우선 긴급 위기 상담이어서 학교에 도움을 요청하는 과정에서 내담자가 느꼈을 상처라든가 우울감, 불안감들을 같이 확인하고 다루는 것을 주로 많이 했어요 (중략) 아이들이 학교생활 속에서 계속 같이 있잖아요. 그 과정에서 느꼈던 감정들 그것들을 같이 확인하고 그런 것들을 초반에 많이 했어요(참여자 A).”

“초기에는 트라우마 경험에 대해서 잘 표현하도록 돕고 그 다음에 플래시백을 어떻게 처리할 것인가에 대해서 이야기를 나누고 죽음이라는 주제에 대해서 이야기를 많이 나눴어요(참여자 D).”

(4) 부모교육과 상담

참여자의 대부분은 청소년의 불안과 우울문제를 다룰 때 부모교육과 상담이 매우 중요함을 보고하였다. 부모교육을 통해 자녀의 불안과 우울 관련 증상에 대해 어떻게 대처를 해야 하는지 교육과 약물치료의 필요성, 자녀와의 효과적인 의사소통 방법, 학교와의 연계 방법 등을 안내하는 시간이 반드시 필요하다고 하였다. 더불어 부모가 가지고 있는 어려움을 들어주는 등의 상담을 통해 가족 내의 역동을 파악하고 이를 지지자원으로 활용하는 것이 도움이 된다고 보고하였다.

“아버님이 지지 자원이 되실 수 있는 상황이어서 아버님은 또 별도로 만나서 지지해 줄 수 있는 부분들? 그런 것들을 아버님께 좀 별도로 헤드렸고, 어머니는 위안과 안정에 대한 부분들로 좀 안정화 작업들을 했던 게 방향이었어요(참여자 C).”

“청소년이기 때문에 부모상담을 병행해서 진행했었습니다. 약물이 필요하다고 생각되는 경우 권유를 하면서 약물 치료에 대한 교육을 하기도 했습니다(참여자 D).”

“부모한테 아이가 그런 우울한 증상이 나왔을 때 어떻게 대처해야 하는지 알려드리는 것이 첫째였어요 그것은 어떤 상담 치료에서도 다 제공되는 것이었어요(중략) 보통 이런 상황에 오신 부모님들도 힘들어 하시거든요 본인의 인생사가 힘든 경우가 많아요 그러니까 아이는 아이대로 이야기를 들어주고 부모님은 따로 시간을 정해서 부모님의 힘든 이야기를 들어주면서 이 가족의 역동을 파악하게 돼요(참여자 F).”

(5) 위기사례 개입 및 연계

참여자들은 불안과 우울증상으로 자살 및 자해 이슈 등이 있는 고위기 청소년들은 약물 치료를 상담과 함께 병행하는 것이 필요함을 보고하였다. 참여자들은 상담 초반에 약물치료가 왜 필요한지 내담자에게 설명이 필요하다고 했으며, 약물치료를 받을 수 있는 경제적 지원이 필요한지 여부 등을 확인하고 이에 대한 지원도 함께 이루어져야 한다고 보고하였다. 또한 약물을 처방 받을 수 있는 병원을 기관차원에서 직접 연계하거나 지역에서 가까운 정신건강복지센터, 자살예방센터 등을 연결하여 상담과 함께 약물치료를 지속적으로 유지할 수 있도록 하는 것이 중요하다고 하였다.

“초반에 학교 폭력 피해사건으로 정신과 진료를 3주에 한 번, 2주에 한 번, 이렇게 받는 상황이어서 내담자에게 토하는 행동에 대해서 의사 선생님께 이야기를 하라고 해서 도움 받을 수 있도록 해 놓은 상태이긴 해요 자해를 하지 않겠다는 서약서를 받았고요 서약서를 해도 자살이 아닌 자해는 충동적으로 할 수 있다는 것을 언급했어요(참여자 A).”

“이 친구가 자살예방센터에 간 이유가. 아버지가 경제적 지원을 안 해주고 내가 알아서 해라. 형도 대학원을 다니는 상황이라서 경제적 지원을 해줄 수 없어서. 이 친구가 자살 이슈가 있니까 그걸로 신청하면 40만원 지원받을 수 있다. 병원을 꾸준히 다니게 했고, 저희 지역에 자살 예방센터가 있어요(참여자 E).”

“아이가 중간에 심해져서 외부 기관에. 어머니를 만나서 상담하고 치료기관에 우울 약물치료와 병행했으면 좋겠다고 생각해서 연계하기도 했어요(참여자 J).”

(6) 다양한 활동

참여자들은 초기단계 상담에서 청소년들의 불안 및 우울 수준을 낮추기 위해 다양한 활동을 한다고 보고하였다. 다양한 활동으로는 청소년들이 좋아하는 게임이나 연예인, 웹툰, 아이돌 가수 이야기를 함께 나눈다거나, 외부 체험 프로그램을 한다거나, 음악 및 미술치료

활용하기도 하고, 눈동자 훈련(EMDR), 학교 선배나 교수님들과의 멘토링 활동 등이 이루어진다고 하였다.

“게임이나 연예인 얘기를 주로 많이 합니다. 저는 롤 게임 같은 걸 실제로 해 보기도 했구요 요즘 아이들이 좋아하는 방탄이나 엑소 이야기도 하고, 여자아이들은 요즘 웹툰도 많이 보기 때문에 저도 아이들이 많이 보는 유명한 웹툰 같은 걸 찾아보기도 합니다(참여자D).”

“불안 수준을 낮추기 위해 음악치료나 미술치료를 활용하는 것이 도움이 될 것 같아요 저는 내담자에게 눈동자를 움직이는 기법인 EDRM을 실시했었는데 불안함이나 우울함이 높은 친구는 시야가 굉장히 좁아요 그래서 눈동자 훈련을 함으로써 시야를 확장하는 훈련을 계속 했습니다(참여자G).”

나) 상담 중기단계

상담 중기단계의 하위영역에는 총5개의 범주가 생성되었다. 자기 인식 및 이해, 비합리적 신념 다루기, 긍정적인 피드백, 부모교육, 정서안정화 기법이 이에 해당된다. 상담 중기단계 범주에서 핵심 내용은 청소년들이 갖고 있는 불안과 우울 증상을 경험하는 자신을 이해하고, 그것을 불러일으키는 사고나 신념을 찾아 대처할 수 있는 전략을 찾도록 도우며, 일상 생활에서 스스로 문제 상황을 통제할 수 있도록 호흡법, 긴장이완법 등을 연습하여 활용할 수 있도록 돕는 작업이 이루어진다고 하였다.

(1) 자기 인식 및 이해

참여자들은 청소년 내담자들이 자신이 지닌 우울감이나 불안감에 대한 정서를 인식하고 자기 자신을 이해하도록 상담 중간단계쯤에서 작업하게 된다고 보고하였다. 예를 들면, 현실치료의 선택이론원리를 이용한다거나, 관계 속에서 자신을 이해할 수 있도록 돕기 위해 ‘조하리 창(Johari’s window)’ 과 같은 기법을 활용하기도 하고, 마음 챙김 명상 기법을 활용하여 불안과 우울 감정에 머무르게 하는 등의 방법들을 활용하여 현재 자신의 상태와 감정을 이해하도록 작업한다고 보고하였다.

“지금 우울감이나 불안감도 현실 치료적으로 말하면 그런 감정들조차도 ‘내가 선택 한 거야’ 이런 이야기를 많이 한 것 같아요 (중략) 익숙한 감정을 선택하는 것일 수도 있고 네가 그런 감정을 선택해서 그런 행동으로 옮겨가서 이것저것을 너한테 안 좋은 행동들로 선택하는 것이라고 이야기를 많이 했어요 (중략) 그 상황에서 불안감이 올라온다거나 느껴진다면 ‘아,

내가 또 익숙한 감정을 선택하고 있구나.’ 빨리 생각의 전환을 해서 다른 것을 해볼 수 있게. 감정을 조금 뒤로. 현실 치료적 상담에서 감정을 뒤로 보내고 다른 것을 직면해라 다른 것을 해 볼 수 있도록. 감정을 조금 희석 시키자고 이야기를 하거든요(참여자 A).”

“자기 인식이나 자기 점검이 조금 필요한 아이라고 생각이 들었거든요. 친구들은 자기를 싫어 하지 않는데 이 아이는 그 친구에 대해서 자기가 보이는 것과 자신이 가지고 있는 마음이 조금 다르다고 생각. 자기 점검이나 타인에 대한 신뢰라던가 이런 것이 약하다고 생각이 들었어요(참여자 J).”

(2) 비합리적 신념다루기

참여자들은 상담 중기단계에서 주로 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)와 합리적정서행동치료(Rational Emotive Behavior Therapy, REBT)을 활용한다고 보고하였다. 청소년들이 갖고 있는 부정적 사고나 비합리적인 신념, 감정을 찾아내어 사고의 전환 및 대처전략을 찾도록 돕는 작업이 이루어진다고 보고하였다.

“중기로 가서 CBT를 중심으로 부정적인 사고 감정. 대처 전략 이런 것을 중기의 앞부분에 다루고(중략) 부정적 사고를 탐색을 많이 했어요. 근데 그런 탐색하고 그다음에 그거에 따른 감정다루기. 그다음에 그런 부정적인 사고랑 감정이 나왔을 때 어떻게 이제 대체 전략을 어떻게 할 것이냐(참여자 I).”

“사고가 그 상황 속에서 내가 진로를 생각하지만 말 그대로 그런 진로가 아니더라도 내가 하고 싶으면 추후에도 할 수 있으니깐 지금 못해도 괜찮다고 사고를 전환하면 어떠냐고 질문법 이든 논박이든 비합리적 신념을 확인하고 예외적인 상황을 찾아볼 수 있도록 그런 것을 많이 한 것 같아요. 예들 들어 기록지 적기가 힘들지 적고 나면 자기 스스로 컨트롤 되는 것 같다고 저는 느꼈거든요.(중략), 페이스북이나 이런 것에 자기감정 일기를 많이 썼던 친구라서 글 쓰는 것을 조금 좋아했던 친구라 기록지를 활용하니 효과가 있었던 것 같아요(참여자 B).”

(3) 긍정적인 피드백

참여자들에 따르면, 불안 및 우울 문제를 가진 청소년들에게는 성인이 생각하는 작은 일들로 상처 받고 표현하지 못하기 때문에 이런 점에 대해 충분히 이야기를 들어줘야하고, 더불어 학업 성취와는 상관없이 청소년 내담자가 가지고 있는 강점을 발견하여 긍정적인 피드백을 해주었을 때 상담에 도움이 되었다고 보고하였다.

“그 내담자와의 어떤 그 관계에서는 그 너무 작은 일이라고 성인들이 생각하는 일로 청소년은 상처받고 밖으로 표현을 못 했던 것들이 있어요 이 청소년이요. 그거에 대해서 얘기를 들어 주고, 그리고 이제 성적인 부분도 있어서 근데 청소년은 그걸 제대로 못 알고 있더라고요(참여자 C).”

“이 아이가 손재주가 있더라고요. 만드는 것을 잘 만들고 피드백이 긍정적으로 왔어요. 그러니까 아이가 좋아하더라고요. 집에서는 항상 낮은 피드백을 받아가 이런 것을 받으니까. 공부와 상관없이 이렇게 받으니까 아이가 표정도 좋아지고(참여자 J)”

(4) 부모 교육

참여자들은 상담 초기단계에서와 마찬가지로 중기단계에서도 부모에 대한 개입의 중요성을 강조하였다. 즉, 부모에게 현재 자녀의 상태와 그에 따른 부모의 역할, 지속적인 치료가 되지 않았을 때 문제와 어떻게 지도해야 하는지 등과 같은 구체적인 지침을 교육하여 상담에서의 지지기반으로 활용한다고 보고하였다.

“외부 환경에 대한 지지기반을 만들어 놓는 게 굉장히 효과적인 거 같아서 부모 상담이 굉장히 큰 역할을 했어요(참여자 C).”

“중기에는 부모님한테 아이가 어떤 상황이고 어떤 도움이 필요한지 설명하는데 많은 시간을 보내고요 (중략) 그래서 제가 부모님하고 아이하고 셋이 강점 찾기를 했는데, 제가 찾아준 강점이 어머니가 생각하지 못했던 강점이었어요. 그래서 셋이 서로 써서 교환하는 것을 했는데 어머니가 그 종이를 가지고 가고 싶다고 하시면서 ‘선생님이 우리 아이에 대해서 이렇게 섬세한 것까지 찾아주신 것에 대해 너무나 고맙다.’ 고 이야기했어요. 그래서 저는 그것이 매우 효과적이었다고 생각해요(참여자 F).”

(5) 정서안정화 기법

참여자들은 불안·우울 문제를 가진 청소년들에게 명상이나 호흡법, 신체적인 긴장과 이완을 느껴보게 하는 연습, 심상 기법 등 정서안정화 기법들을 상담 중에 함께 연습 해보고 이를 일상에서 활용할 수 있도록 작업했던 것이 도움이 되었다고 보고하였다.

“명상이나 신체이완을 연습시키기도 합니다. 주로 호흡이나 발끝을 긴장, 이완하는 연습을 합니다(참여자 D).”

“호흡법도 알려주고 잠도 안 오고 불안하기도 하고 이제 수면제를 안 먹고 잘 수 없다고 막 이러니까 호흡법도 이제 같이하고 그런 것들을 했던 거 같아요 초기에는(참여자).”

다) 상담 후기단계

상담 후기단계의 하위영역에는 총2개의 범주가 생성되었다. 행동기법, 부모-자녀관계 개선 및 현실문제 다루기가 그 내용이다. 상담 후기단계 범주에서 핵심 내용은 주로 청소년들이 상담 장면을 떠나서 일상으로 돌아갔을 때 적응이 가능하도록 실천적 방법을 연습하고 불안과 우울 증상으로 정체되거나 미뤄졌던 진로나 학업 등의 현실적 도움이 필요하다는 것이다.

(1) 행동기법

상담 후기단계에서 참여자들은 주로 청소년 내담자가 경험하는 불안을 감소시키기 위한 방법으로 행동기법을 활용한다고 보고하였다. 예를 들면, 불안의 위계수준을 정하여 단계적으로 불안을 감소시켜가는 체계적 둔감법을 적용한다거나, 불안 또는 우울한 생각이 올라올 때 고무줄을 손목에 가지고 있다가 튕겨 그 순간을 전환하게 하는 방법 등이다.

“좋은 행동기법 중에 대표적인 것이 싫어하는 사람들에게 본인이 억지로 웃거나 아니면 억지로 그런 행동을 하지 않게 하고 그런 것들에 대해서 본인이 행동함으로 인해서 들어오는 불안감에 대해서 한 번 적어보라고 했어요 그러니까 자기가 원하지도 않는 상황에서(중략) 예를 들어 왼쪽 손목에 고무줄 같은 것을 많이 달아놨어요 내가 우울하거나 불안하거나 나쁜 생각이 들 때 다른 생각이 들 때 고무줄을 튕기라고 처음에는 ‘아이 왜 해요?’ 이렇게 이야기했지만, 나중에는 그때마다 튕기는 것이 자기 버릇처럼 되었는데 그러면 이제 고무줄을 볼 때마다 저랑 상담했던 것이 기억나니까 행동에 조금 제제가 되었다고 하고 그런 부분도 있었던 것 같아요(참여자 B).”

“불안에 대한 위계수준을 정해서 각 위계마다 그 장면에 머무르게 하고 그 다음에 힘이 생기면 그 다음단계로 넘어가는 체계적 둔감법을 많이 사용했어요(참여자 G).”

(2) 부모-자녀 관계개선 및 현실문제 다루기

참여자들은 상담 후기단계에서도 부모의 개입에 대한 중요성을 강조하였다. 다만 단순히 부모 측면뿐만 아니라 자녀와의 관계에서 어떻게 소통해야 하는지 상호작용적인 측면을 다루는 것을 중요하다고 보고하였다. 또한 청소년들이 가진 현실적인 문제, 즉 학교생활, 진

로, 직업 등과 같은 당면한 고민들을 다루어 일상생활에서 적응할 수 있도록 개입하는 것이 필요하다고 보고하였다.

“마지막으로 아이와 부모가 어떤 식으로 상호작용을 하면서 앞으로 이런 똑같은 상황이 되었을 때 해결하는 방법을 실습하는 것으로 저는 마지막에는 셋이 앉아서 셋이 하는 집단 상담 처럼. (중략) 회복적 생활교육에 나오는 서클을 경험을 했거든요. 마치 서클을 하는 방식으로 부모모임하고 아이하고 앉아서 셋이 했었어요(참여자 F).”

“후기에는 사실은 진로 이 친구가 내년에 학교생활을 어떻게 하고 그다음에 졸업하면 무엇을 할 것인지. 종결 시점에는 이런 부분에 대해서 많이 나왔어요. 현실로 많이 돌아와서 이 아이가 고등학교 2학년, 3학년으로 현실에서 준비해야 할 것들(참여자 D).”

3) 상담자에게 필요한 역량

상담자에게 필요한 역량이라는 영역에서는 크게 2개의 하위영역(사례관리능력, 상담자 자기관리 능력)과 5개의 범주가 도출되었다. 사례관리능력이라는 하위영역에서는 상담관계형성, 사례이해 및 성찰, 자원 활용능력이라는 범주가 생성되었으며, 상담자 자기관리능력이라는 하위영역에서는 소진관리, 상담수퍼비전 받기 등의 범주가 생성되었다.

가) 사례관리능력

사례관리능력에는 상담관계형성, 사례이해 및 성찰, 자원 활용능력의 범주가 도출되었다. 이 범주에서의 핵심내용은 불안 및 우울 문제를 가진 청소년이 상담에 지속적으로 참여할 수 있도록 신뢰관계를 형성해야 하고, 내담자를 전체적 맥락에서 이해하려는 노력과 장기적으로 견뎌주는 힘, 사례 속에서 상담자 자신의 마음이 어떠한지 들여다 볼 수 있어야 하며, 불안과 우울 증상에 관한 전문적 지식 및 사례에 대한 경험 등이 필요하다는 것이다.

(1) 상담관계형성

참여자들은 불안과 우울문제를 가진 청소년들에게는 특히 안정감을 갖도록 하는 것이 상담에서 중요하다고 보고 상담관계형성에 관한 역량이 상담자에게는 반드시 필요하다고 보고하였다. 즉, 상담자의 언어적, 비언어적 태도의 중요성과 상담에 참여한다는 것에 대한 지지와 전반적인 수용 자세 등이 있어야만 상담이 유지될 수 있다고 보고하였다.

“상담자의 안정감이 굉장히 큰 역할을 하는 거 같아요 개인적인 중에 하나로 안정감을 갖지 못하면 특히 불안이 높은 사람을 다루기에는 굉장히 어려움이 있어서 이 부분이 굉장히 필요하다고 생각 들어요(참여자 C).”

“내담자가 상담관계를 편안하고 안전하게 느낄 수 있도록 상담자의 언어적, 비언어적 태도가 매우 중요해요. 상담에 참여하는 것에 대한 지지와 전반적인 수용의 자세가 상담자에게 있어야 한다고 생각합니다(참여자 H).”

(2) 사례이해 및 성찰

참여자들은 불안과 우울문제를 가진 청소년 사례를 대할 때 전문적 지식과 경험을 바탕으로 그리고 전체적인 맥락적 이해가 필요하며, 상담 진행 과정에서 상담자가 어떤 마음과 자세로 개입하고 있는지 등에 관한 성찰 능력이 필요하다고 보고하였다.

“우울에 중요한 경험이라든지 역동들이 있을 텐데 그런 것을 파악하고 그런 것들을 접촉하려고 노력하려고 그래야지 공감되니까. 전체적인 것을 파악하는 능력이 필요해요. 제가 상담을 길게, 꾸준히 가야 한다고 하니까. 제가 급한 마음, 그것에 대한 부담감이. 저도 조금 높은 거죠 (참여자 E).”

(3) 자원 활용능력

참여자들은 청소년 불안·우울 문제 상담 시 학교 담임 선생님이나 다문화지원센터 등과 같은 다른 외부 전문 기관과의 연계할 수 있는 능력이 필요하다고 보고하였다.

“담임 선생님과 긴밀한 협조가 상담자한테 필요할 것 같더라고요. 담임 선생님의 협조에 따라서 아이가 굉장히 도움을 받을 수 있고 많은 영향을 받아서. 담임 선생님과 긴밀한 협조 체계를 가져야 한다고 상담자의 중요한 태도일 것 같고요. (중략) 외부 전문 기관에 연계하는 것도 중요하더라고요. 적절하게 연계를 하는 그런 자세도 저는 필요하다고 생각해요(참여자 J).”

나) 상담자 자기관리능력

상담자 자기관리능력의 하위영역에는 소진관리와 상담·수퍼비전 받기의 범주가 생성되었다. 이 하위영역에서의 핵심 내용은 상담자 자신을 보호할 수 있도록 소진에 대한 관리가 필요하며, 상담자 스스로에 대한 상담과 사례 수퍼비전 받기, 새로운 이론 공부하기를 지속하는 관리 능력이 필요하다는 것이다.

(1) 소진관리

참여자들은 자기관리능력으로 소진관리의 중요성을 보고하였다. 예를 들어 내담자와 자신을 분리하는 것, 내담자를 만나는 동안 소진되었던 자신을 힐링 할 수 있는 시간을 갖는 것이 필요하다는 것이다.

“내담자와 나를 분리하는 것. 그런 것이 아닐까요. 이게 전문성이겠죠(참여자 D).”

“사실 이런 아이들은 긴 회기 동안 만나는 동안 저도 소진되고 하니까. 이것을 나눌 수 있는 소진된 마음을 나눌 수 있는 그런 힐링의 시간 그런 것이 필요한 것 같고(참여자 D).”

(2) 상담·수퍼비전 받기

참여자들은 자기관리를 위해 상담과 수퍼비전을 받거나, 사례에 적용해 볼 수 있는 새로운 이론 등을 지속적으로 공부하는 것이 필요하다고 보고하였다.

“상담자가 많은 사례를 경험했다라도 그 전문적인 수퍼비전을 받는다는가, 공부를 하지 않았으면 사례를 잘 볼 수 없어서 계속 슈퍼비전이나 공부를 사례에 대해서 학습하고 공부하는 태도는 굉장히 중요할 것 같고요(참여자 C).”

“상담받고, 수퍼비전 받은 것이 도움이 되고 공부를 더 해야겠다. 요즘 또 트라우마 문제가 많이 나타나잖아요 그것도 우울, 불안하고 관련이 많은 것 같아요 그래서 새로운 것이 나오면 더 보고 이것을 아이들한테 접목하는 것을 해야겠다는 생각이 들고요(참여자 D).”

4) 매뉴얼 포함 요구 내용

매뉴얼 포함내용 영역에서 3개의 범주가 생성되었다. 불안·우울 관리방법, 지지자원 및 주요기관과 협력방안, 단계별·유형별 개입방법 안내가 이에 해당한다.

가) 불안·우울 관리방법

이 범주는 상담가가 청소년 불안과 우울문제 상담 시 관리방법에 있어 필요성을 느끼고 있음이 보고되었고, 실제 매뉴얼이 제작되면서 필요로 하는 것으로는 불안과 우울을 관리하며 직접적인 개입방법에 대한 필요성이 보고되었다. 특히, 위기문제에 직면하였을 때, 불안과 우울을 다룰 수 있는 실질적인 기법의 필요성이 보고되었다.

“개입 모형을 개발해주시면 도움이 될 거 같아요. 예를 들면 불안과 우울 높았을 때 어떤 요인으로부터 시작이 될 수 있고, 그 다음에 그런 것들이 이제 내적으로 쌓였을 때 행동화 될 수 있는 문제는 어떤 것들이 있어서 그런 것들로 인해서, 우리가 뭐 불안을 얘기 한다든가, 우울 예 측해본다 라던가, 그런 것들에 대한 어떤 모형을 좀 만들어 주시면 좋을 거 같고요(참여자 C)”

“우울, 불안에 대해서 인지 행동적 접근으로 그런 것들을 탐색하고 일상생활에서 도전하고 경험하면 이것을 해결할 수 있도록(참여자 E).”

나) 지지자원 및 주요기관과 협력방안

이 범주는 상담자가 불안·우울문제 상담 시, 지지자원과 주요기관과 협력방법을 구체화 하고 기술적인 부분을 요구하는 내용으로 도출되었다. 불안·우울 문제를 가진 청소년들은 상담 단계별 상담가가 예측하지 못하는 어려움을 가지고 있으며, 더불어 주변의 지지자원이 다양할수록 내담자와 상담자의 상담이 원활하게 진행되는 주요한 자원이 되는 것으로 나타났다. 더불어 청소년들의 상담과정에 부모상담 동반의 필요성이 보고되었다.

“부모나 가족이나 주변 또래나 이런 것에 대한 코칭 부분. 아까 주변 자원들이 많이 보호 자원으로 사용할 수 있는데. 다른 사례보다 더 높을 수 있어요. 이 친구들은 주변의 지지자원이 더 많으면 많이 변하기 때문에 그런 것들에 대해서 코칭이나 교육할 수 있는 간단한 매뉴얼 이런 것들도 같이 포함되면 좋을 것 같다고 생각해요. 보호자 교육이나 주변 자원에 대한 어떤 코칭 내용이 있으면 좋을 것 같아요(참여자 A).”

“학부모 상담이 병행하면 좋거든요. 근데 그게 학교일지라도 심각한 경우는 학부모 상담을 하게끔 하는 매뉴얼이 필요할 것 같아요. 학부모 상담이 학부모 개인 상담은 아니더라도 아이를 위해서 서로 공감대 형성하면서 아이를 위해 같이 나아가는 것(참여자 D).”

다) 단계별·유형별 개입방법 안내

이 범주는 상담가가 불안·우울 청소년 상담 시, 단계별, 유형별 개입계획 필요함을 보고 하였다. 불안·우울 상담 시, 위기문제에 적극적이면서도 효율적인 개입을 위한 단계별 유형별 개입방법이 요구되었다. 특히, 증상별 개입뿐만 아닌 초·중·고 재학특성별 필요성에 대한 요구도도 보고되었다.

“아이들이 증상은 다르지만 거기에 우울이나 불안이 섞여있는 사례들이 많거든요. 그러면

저기서 이야기 되었던 많은 이야기들이 이 아이를 병원으로 보내는 것이 정말 도움이 되는 것 일까라는 고민을 많이 해요 근데 병원으로 보낼 수밖에 없는 게 우리한테 매뉴얼이 없어요 그런 아이들을 어떻게 상담을 할 것인가. 어떻게 대처해야 할 것인가 상담자가. 그래서 저는 지금 절실한 매뉴얼이라고 생각해요(참여자F).”

마. 심층면접 결과 요약 및 시사점

본 연구에서는 청소년 불안 및 우울 상담개입 프로그램 개발을 위해 청소년상담 현장에서 불안 및 우울 문제를 가진 청소년을 상담한 경험이 있는 현장전문가 10명을 대상으로 심층면접을 실시하였다.

심층면접을 실시한 결과, ‘불안·우울 문제에 대한 이해’, ‘상담개입’, ‘상담자에게 필요한 역량’, ‘매뉴얼 포함 요구 내용’ 등 4개 영역이 도출되었다. 첫 번째 영역인 ‘불안·우울 문제에 대한 이해’는 ‘주호소 문제’, ‘불안·우울 문제 평가 방법’, ‘상담경로’, ‘보호요인’, ‘위험요인’ 등 5개 하위영역과 총 19개 범주로 분류된다. ‘주호소 문제’ 하위영역에서는 범주로 ‘자살·자해 문제(병리적 증상)’가 가장 많이 보고되었으며, 다음으로는 ‘가정 문제’와 ‘학업 및 진로 스트레스’로 나타났다. 이는 청소년기의 불안과 우울문제가 심각해질 경우, 자살과 자해의 행동을 표출될 수 있음을 시사한다. 또한 청소년기에 가장 많은 부분을 차지하는 과업인 학업 및 진로 스트레스와 부모자녀 관계, 부부 문제 등의 가정문제가 청소년들의 불안과 우울 문제와 관련이 높음을 시사한다. ‘불안·우울 문제 평가 방법’의 하위영역 범주에서는 ‘표준화된 성격검사 활용’이 전형적으로 가장 많이 보고되었으며, 다음으로는 상담자의 경험에 의한 ‘임상적 판단’이 변동적으로 보고되었다. ‘상담경로’ 하위영역의 범주에서는 ‘부모 및 기관을 통한 의뢰’가 가장 많이 보고되었으며, ‘자발적으로’ 상담에 참여한 청소년들도 있었다. ‘보호요인’ 하위영역 범주에서는 ‘부모와 가족의 협조’가 가장 전형적으로 보고되었으며, ‘상담자의 지지’, ‘긍정적인 친구관계’가 동일하게 변동적 빈도로 보고되었다. ‘위험요인’ 하위영역 범주에서는 ‘비협조적인 가족’이 일반적 빈도로 나타났다. 이와 같은 결과는 청소년 불안 및 우울 문제 상담에서 부모나 가족의 협조, 상담자의 지지, 긍정적 또래관계가 긍정적인 영향을 줄 수 있음을 시사한다.

두 번째 영역인 ‘상담개입’은 ‘상담 초기단계’, ‘상담 중기단계’, ‘상담 후기단계’ 등 3개 하위영역으로 정리되었다. ‘상담 초기단계’ 하위영역 범주에서는 ‘부모교육과 상담’, ‘위기사례 개입 및 연계’가 동일한 수준으로 높게 나타났으며, 다음으로 ‘상담구조화 및 상담관계형성’이 전형적으로 높게 나타났다. 이는 불안과 우울 문제가 약물

복용이 필요한 수준으로 심각한 수준에 있거나 자살 및 자해와 같이 생명을 미치는 긴급한 문제와 연결되기 때문에 부모 교육, 병원과 같은 다양한 전문기관 또는 청소년 주변 환경 자원과의 연계가 중요함을 의미한다. 또한 상담에서 가장 기본적으로 중요하게 다루어지는 ‘상담구조화와 상담관계형성’은 상담의 성과를 좌우할 수 있다는 점에서 상담자들이 상담 초기단계에서 핵심적으로 다루는 작업임을 보여준다. ‘상담 중기단계’에서는 ‘자기 인식 및 이해’가 가장 높게 나타났으며, 다음으로 비합리적인 신념다루기가 높게 나타났다. 이를 통해 청소년상담 현장에서 상담자들이 불안 및 우울문제 상담 개입에 효과적으로 알려진 인지행동기법(CBT)이나 합리적 정서행동치료(REBT)를 주로 사용하고 있음을 확인할 수 있었다. ‘상담 후기단계’에서는 ‘부모-자녀 관계개선 및 현실문제 다루기’와 ‘행동기법’이 변동적 수준의 빈도로 나타났다. 이는 상담 종결이 가까운 시점에는 부모-자녀관계와 같은 대인관계 또는 진로 계획 등 현실적인 문제가 수면 위로 떠오르게 됨을 알 수 있다. 또한 청소년과 부모가 일상생활에서 불안과 우울문제를 다룰 수 있는 기법들을 습득하도록 하는 작업이 필요함을 시사한다.

세 번째 영역인 ‘상담자에게 필요한 역량’은 청소년의 불안 및 우울 문제를 상담할 때 요구되는 상담자의 주요 역량을 질문한 내용으로, ‘사례관리능력’과 ‘상담자 자기관리능력’, ‘자원 활용 능력’ 등 3개 하위영역이 도출되었다. ‘사례관리능력’ 하위영역 범주로는 ‘상담관계형성 능력’이 가장 많았으며, 다음으로 ‘사례이해 및 성찰 능력’이 변동적 수준의 빈도를 보였다. 이와 같은 결과는 비자발적인 특성이 있는 청소년 상담, 특히 불안과 우울의 문제가 내재되어 있는 경우 상담자와의 신뢰로운 관계 형성이 매우 중요함을 의미한다. 따라서 상담자는 청소년 내담자의 특성을 잘 이해하고 상담 동기를 향상시킬 수 있는 다양한 기법들에 대해 고민할 필요가 있다. 또한 청소년기 불안 및 우울 문제는 상담을 통해 증상이 호전되었다가도 다시 회귀하는 경우가 있으므로, 상담자는 이를 상담 중에 예민하게 확인하고, 내담자의 역동뿐만 아니라 상담자 자신에 대해서도 세심하게 알아차리고 모니터링하는 것이 중요하다. ‘상담자 자기관리 능력’ 하위영역 범주에는 ‘소진관리’가 변동적 빈도 수준에서 높게 나타났다. 이는 불안과 우울이라는 주제 자체가 상담자에게 전이될 수 있고, 또한 장기 상담의 가능성이 있으므로 상담자의 에너지가 고갈될 수 있어 상담자 스스로 이에 대한 관리 능력이 필요함을 시사한다.

네 번째 영역인 ‘매뉴얼 포함 요구 내용’은 현장전문가들이 본 프로그램에 포함되었으면 하는 내용을 면접한 결과이다. 이 영역의 하위영역은 도출되지 않고, ‘불안우울 관리방법’, ‘지지자원 및 주요기관과 협력방안’, ‘단계별·유형별 개입방법 안내’ 등 3개의 범주가 도출되었다. 이중 ‘불안우울 관리방법’이 전형적으로 가장 높게 나타났다. 이는 상

담자가 상담 장면에서 청소년들의 불안 및 우울 문제 개입을 위한 효과적이고 구체적인 상담 기법이 포함되기를 기대하는 것으로 해석된다. 다음으로 ‘지지자원 및 주요기관과 협력 방안’ 이 변동적 수준의 빈도로 높게 나타났다. 이는 청소년 불안 및 우울 문제가 상담뿐 아니라, 청소년을 둘러싼 주변 환경과의 연계와 협력이 동시에 개입되는 것이 효과적임을 의미한다. 따라서 상담자들이 청소년들의 환경을 다루는 방법에 대한 내용을 매뉴얼에 포함 해줄 것을 기대하는 것으로 보인다.

4. 불안·우울 경험 청소년 대상 심층면접

가. 연구참여자

본 심층면접에 참여한 청소년들은 비확률 표본 추출방법인 편의표본 추출법(convenience sampling)으로 전국 청소년상담복지센터 상담자들에게 추천받은 8명이었다. 참여자와는 전화면접으로 각각 1회~2회로 진행되었다. 면접 진행 시 심층면접 대상 청소년에게 참여의사 확인 및 동의서를 받아 진행하였다. 구체적인 참여자 정보는 <표 13>과 같다.

표 13. 청소년 심층면접 참여자 정보

구분	성별	연령	학력	주요증상	상담경험
1	남	19	학교밖	우울로 인한 일상생활이 어려움	1년
2	여	17	고1	대인관계 문제	3년
3	여	22	대학교재학	지속적인 자해 및 충동	2년
4	여	19	고3	지속적인 우울	1년
5	남	18	학교밖	일상생활이 어려움	3년
6	여	20	대학교재학	우울로 인한 일상생활이 어려움	2년
7	남	17	고1	미래에 대한 불안	2년
8	남	18	고2	불안·우울	6년

나. 질문지 구성 및 자료 수집

불안·우울 청소년 대상 심층면접은 불안·우울 청소년이 상담과정의 경험을 탐색하려는 목적으로 수행되었다. 특히 본 심층면접은 청소년기에 경험한 불안이나 우울 문제로 상담을 받고 회복한 청소년들을 대상으로 실시하였다. 이는 이들의 불안이나 우울 경험과 상담 경험을 생생하게 듣고 이들이 회복하게 된 주요 요인을 파악하기 위해서이다. 심층 면접 질문지 문항은 주 연구자 5인이 청소년 불안·우울 상담 관련 선행연구와 사전 요구조사를 근거로 하여 초안을 작성한 뒤 검토하고 수정하여 최종 선정되었다. 최종 확정된 질문지는 Krueger와 Casey(2000)이 제시한 질문방식에 따라 도입질문, 전환질문, 주요질문, 마무리질문의 순으로 구성되었으며, 개방형의 질문방식으로 구성하였다. 청소년 대상 심층면접은 2020년 5월부터 6월까지 반구조화된(semi-structured) 형식으로 청소년 개인별로 약 1시간에서 1시간 30분간 총 8명으로 이루어졌다.

면접 진행은 상담 및 사회복지를 전공한 주 연구진이 전화면접 방식으로 진행자로 참여하였고, 합의적 질적연구 가이드(Hill et al.,2005)에 따라 사전 교육 후 면접을 실시하였다. 청소년 대상 심층면접은 실시 전 참여자 전원에게 녹음에 대한 동의를 구하여 심층면접 전 과정이 녹음되었으며, 면접이 끝난 후 축어록 형태로 전사되어 분석 자료로 사용되었다. 세부적인 심층면접 질문 내용을 <표 14>와 같다.

표 14. 청소년 대상 심층면접 질문지

구분	내용
도입질문	<ul style="list-style-type: none"> • 불안 및 우울 문제 경험의 시기 • 불안 및 우울 문제를 알게 된 계기 또는 사건
주요질문	<ul style="list-style-type: none"> • 우울 및 불안 문제경험 <ul style="list-style-type: none"> - 주요증상 - 갈등, 문제 발현 양상 - 불안우울 발생 시 주변 보호 및 지지자원 여부 • 불안 또는 우울 극복 과정에서 상담경험 <ul style="list-style-type: none"> - 상담을 받게 된 계기 - 상담을 통해 불안 또는 우울을 극복한 요인 - 상담과정에서 도움이 된 것과 아쉬운 점
마무리질문	<ul style="list-style-type: none"> • 불안·우울을 극복하고 달라진 점 • 불안·우울을 마주하는 나의 마음의 변화

다. 자료 분석

전사된 자료는 전체 연구진이 축어록을 읽어가면서 내용의 의미를 파악하고 주제별로 범주화하는 과정을 반복적으로 실시하였다. 범주화하는 과정에서 각각의 의미단위들을 유사성, 구별성, 관련성 등을 기준으로 검토하면서 의미가 정확히 전달되는지와 각 의미들을 대표할 수 있는 내용으로 범주화 되었는지 살펴보았다(Morgan, 1997). 도출된 영역과 범주 및 빈도는 교육학 박사 2인의 감수를 통해 결정되었으며 다른 연구진의 검토로 최종 수정되었다.

라. 분석 결과

불안이나 우울을 경험하여 회복한 청소년들을 심층면접하여 이를 합의적 질적 연구 방법으로 분석한 결과, 총 4개의 영역, 11개의 하위영역, 42개의 범주가 생성되었다. 생성된 범주의 빈도는 Hill(2012)이 제안한 빈도 분류 방법에 따라 9~10개는 ‘일반적’, 6~8개는 ‘전형적’, 2~5개는 ‘변동적’으로 표기하였고, 그 결과는 <표 15>에 제시되었다. 청소년 대상 면접 결과는 3개영역과 8개 하위영역, 26개의 범주로 결과가 도출되었다.

표 15. 청소년 대상 심층 면접 분석 결과

영역	하위영역	범주	빈도
불안·우울 경험	불안·우울 양상	불안과 우울을 함께 나타남	변동적(5)
		불안과 우울이 따로 나타남	변동적(3)
	불안·우울로 인한 발생 문제	대인관계 회피	변동적(3)
		일상생활의 어려움	변동적(3)
		자살 및 자해생각(사고) 및 시도	전형적(6)
		미래에 대한 암담함과 두려움 느낌	변동적(2)
	상담 계기	친구의 관심과 권유	변동적(2)
		선생님의 권유	변동적(5)
	불안·우울의 원인	대인(친구)관계 문제	변동적(4)
		가족환경 문제	변동적(4)
		학교생활 및 학업의 어려움	변동적(3)
		자신에 대한 불만	변동적(2)
	보호자원	-	가족과 학교선생님의 지지
긍정적 또래관계			변동적(5)
개인적 특성			변동적(3)

영역	하위영역	범주	빈도
상담 경험	상담 기간	1년 - 3년 미만	전형적(6)
		3년 이상	변동적(2)
	불안·우울 극복에 도움이 된 요인	상담	변동적(5)
		약물치료와 상담의 병행	변동적(2)
	상담에서 변화된 것 (효과/결과)	상담자와의 신뢰관계	전형적(7)
		불안·우울 증상 감소	변동적(3)
		불안·우울 감정 경험 시 대처 가능	변동적(5)
		감정조절 및 자기이해	전형적(6)
	상담에서 아쉬운 점	사과의 변화	전형적(6)
		상담자의 존중하지 않는 태도	변동적(3)
제한적인 상담시스템		변동적(4)	

1) 불안·우울 경험

불안·우울 경험에 대한 불안·우울 양상, 불안·우울 주요증상, 상담계기, 불안·우울의
원인과 관련된 4개의 범주들로 구성되었다. 하위영역에서는 불안과 우울을 함께 나타남, 불
안과 우울이 따로 나타남, 현장전문가들이 불안 및 우울 문제를 어떻게 이해하고 있는지와
관련된 범주들로 구성되었다. 주호소문제, 불안·우울 문제 평가방법, 상담경로, 보호요인,
위험요인 5개의 하위영역과 19개의 범주로 정리되었다.

가) 불안·우울 양상

주호소 문제의 하위영역에는 2개의 범주가 생성되었다. 불안과 우울이 함께 나타남, 불안
과 우울이 따로 나타남이 이에 해당된다.

(1) 불안과 우울이 함께 나타남

이 범주는 청소년이 불안과 우울이 어떻게 발현되는지를 알아보는 범주로 불안과 우울이
함께 나타나는 경우이다. 상담 계기는 불안 또는 우울 문제로 시작하였지만 상담하는 과정
에서 불안과 우울이 함께 나타나는 것을 알 수 있다.

“처음에는 불안한 걸로 시작했는데, 학교에서 진단 같은 것을 받으니까 우울과 불안 두 개
다였어요(참여자 G).”

“처음에 우울증으로 먼저 상담을 시작했는데 병원에 가보니 불안도 있어 상담을 같이 진행했어요(참여자 B).”

(2) 불안과 우울이 따로 나타남

청소년들은 불안과 우울이 따로 나타났음을 보고하였다.

“가정에서 받는 스트레스가 쌓여 있었고 고등학교 2학년 때 그 스트레스들이 학업 스트레스와 함께 오면서 제 우울감이 폭발했었죠. 그때부터 공부도 뛰고 다 내려놨어요. 우울한 것은 거의 없었고요. 불안했죠(참여자 C).”

나) 불안·우울로 인한 발생 문제

불안·우울 증상을 경험하면서 발생하는 문제 범주가 도출되었다. 대인관계 회피, 일상생활의 어려움, 자살 및 자해 생각(사고) 및 시도, 미래에 대한 암담함과 두려움을 느끼는 것으로 나타났다.

(1) 대인관계 회피

이 범주는 불안·우울의 주요한 증상으로 대인관계회피에 영향을 미친다는 것을 나타내고 있다. 불안 및 우울 청소년의 경우, 나타나는 증상으로 사람과의 관계에서 어려움으로 나타났다. 관계에 있어 어려움은 사람을 기피하는 현상으로 나타났다.

“우선은 다 회피하고 싶었던 것 같고 사람이랑 원활한 대화가 잘 되지 않았고 사람을 마주 보지 못했어요(참여자 A).”

“사람이랑 원활한 대화가 잘 되지 않았고 사람을 마주 보지 못했어요(참여자 F).”

(2) 일상생활의 어려움

이 범주는 내담자가 불안·우울로 인해 일상생활이 어렵다는 보고를 하였다. 청소년들은 학교를 가기가 어렵다든지 공부를 제대로 못 하겠다든지 등 일상생활이 제대로 이루어지지 않는다고 하였다.

“그냥 무슨 수행평가를 하더라도 못할 것 같고 뒤처질 것 같고 다른 사람 눈치 보여서 두려워하고 불안해하고. 그러니까 저의 의지와 상관없는 외적인 것. 쓸데없는 것까지 걱정하면서. (중략) 네. 학업이 제일 컸어요. 이번에는 2월에는 안 그랬어요. 근데 휴학하기 전에도 약간 이런 증상을 보였었는데. 그때 책을 읽어야 하는 수행평가에서 책을 안 읽거나 시험 기간인데 시험공

부를 안 하고 일부러 점수를 망쳐놓고 ‘아 나는 못 하나’ 스스로 이런 것을 보이거나. 악순환의 연결. 반복이었던 것 같아요...(중략) 우울은 무기력했던 것 같아요. 모든 것에 의욕이 없고 왜 해야 하는지 모르겠고(참여자 A).”

“어떤 일을 시작하려고 하면 ‘내가 이런 것들을 해도 될까?’ 라는 생각을 하면서 그 생각만 하다가 일을 안했어요. 또 그런 우울감이 들면 학교에서 바로 조퇴하고 집에 왔어요(참여자 B).”

(3) 자살 및 자해 생각(사고) 및 시도

이 범주는 불안·우울을 가지는 고위기 청소년인 경우, 자살자해 위기를 함께 가지고 있다고 보고되었다. 불안과 우울이 습관적으로 자해를 하게 만들고, 끊임없는 자살과 자해 생각(사고)이 떠올라 시도하게 된다고 보고되었다.

“보통 건강한 일반인이면 자해에 대해서 아무런 생각을 하지 않잖아요? 전 제가 우울증에 걸렸다고 인지했던 그 날부터 하루 종일 자해를 하고 싶다는 생각을 했어요. 너무 자해에 대한 생각으로 가득 차 있으니 치료를 받아야 되겠다는 생각을 스스로 하게 된 거 같아요(참여자 C).”

“그리고 자해도 하고 정상 수준은 아니었죠. 자해 흉터나 아니면 Wee클래스 그런 곳에 많이 불러간다거나. 그런 것 때문에 친구들이 신기하게 쳐다보는 것 같았어(참여자 G).”

(4) 미래에 대한 압담함과 두려움 느낌

이 범주는 청소년이 불안과 우울 주요증상으로 미래에 대한 압담함과 두려움을 느끼는 것으로 보고되었다.

“미래에 대한 압담함, 그리고 지금 당장 무엇을 해야 할지 모르는 그런 느낌. (중략) 자신감도 많이 떨어졌고..그리고 두려웠어요(참여자 A).”

“그냥 심리적으로 불안했던 것 같아요. 행동으로 그렇게 느껴지지 않았는데 다른 사람이 보기에 정상적인 애처럼 보이고 그럴 수 있어도 사람마다 심리를 모르잖아요. 이야기를 잘 안 하면. 그래서 사춘기고 그제 또 고등학교 올라가서 어떻게 취업준비를 하고 이런 것에 불안했던 것 같아요. 일찍부터...(중략)...그냥 제 자신이 자꾸 불안하니까 제가 자연스럽게 깨달은 것 같아요. 행복하지 않으니까. 자꾸 불안하기만 하고(참여자 F)”

다) 상담계기

상담계기 영역에서는 청소년이 어떻게 상담을 받게 되었는지와 관련된 범주로 도출되었다. 친구의 관심과 권유, 선생님의 권유 2개의 범주로 정리되었다.

(1) 친구의 관심과 권유

상담을 받게 된 계기로 학교 친구와 가족의 권유로 보고되었다. 주변 친구들이 기분과 태도의 변화를 느끼고 상담 권유를 하는 것으로 보고되었다.

“너무 매일매일 옛날이랑 다른 모습을 보이니까 친구들이 무슨 일 있냐고 물어봐서 저의 감정을 조금 이야기했더니 너무 심한 것 같다. 왜냐면 저도 그런 감정을 느낄 때에 약간 일시적인 거고 누구나 다 그렇다고 생각했어요. 약간 생리처럼 왔다가 가는 그런 것으로 가볍게 생각했는데. 근데 친구가 들어보니까 이거는 너무 심한 것 같다. 상담을 받아야겠다고 하면서 Wee클래스에 가서라도 상담을 받아보라고 이야기했어요. 그래서 그 이야기를 듣고 내가 센터를 찾아갔어요(참여자 D).”

(2) 선생님의 권유

학교 담임선생님이나 Wee클래스 상담선생님으로부터 상담을 권유받은 것으로 보고되었다.

“처음에 담임선생님께 우울하고 불안 때문에 힘들다고 말씀을 드렸어요. 담임선생님이 제 이야기를 들으시고 학교 wee클래스 선생님께 말씀을 드렸더니 지금 상담센터를 소개해주셨어요. 그래서 상담을 받게 되었어요(참여자 B).”

“저도 처음에는 제가 불안한건지 우울한건지 잘 몰랐는데. 학교에서 인터넷 조사를 하잖아요. 저한테 생각나는 대로 클릭을 했는데 이게 wee클래스에서 불러서 고위험군이라 해서 그것에 대해서 많이 생각해보다 내가 많이 불안하구나 우울하구나 조금 깨달았던 것 같아요(참여자 H).”

라) 불안·우울의 원인

불안·우울의 원인 영역에서는 참여자들이 원인이 무엇인지를 알 수 있는 범주들로 도출되었다. 대인(친구)관계의 문제, 가족환경의 문제, 학교생활 및 학업의 어려움, 자신에 대한 불만 4개의 범주로 나타났고, 이러한 범주는 불안과 우울이 시작되는 원인과 밀접한 관련이 있는 것으로 보고되었다.

(1) 대인(친구)관계 문제

대인관계 문제가 불안과 우울에 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 크게 관계문제와 같은 친구문제와 학교 안에서의 변화 등이 내담자에게 불안함과 동시에 무기력함을 느끼게 하는 원인으로 보고되었다.

“학교 친구 문제 때문에 우울감과 불안감을 많이 느끼게 된 것 같아요(참여자 B).”

“나중에 친구들이랑 문제가 생기고 그러다 보니까 불안한 마음이 더 커졌던 것 같아요(참여자 D).”

“중학교 1학년 때인 것 같아요. 학교를 바꿨잖아요. 초등학교에서 중학교로. 그러다 보니까 학교 시스템 같은 것도 적응이 안 되고 선생님이 다른 과목마다 바뀌어서 들어오는 것도 적응이 안 되고 약간 그런 것들 때문에 약간 불안함도 많이 느꼈고 구석에서 무기력함도 많이 느낀 것 같아요(참여자 H).”

(2) 가족환경 문제

가족의 문제가 참여자의 불안과 우울 원인에 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 기존에 가지고 있는 스트레스가 가족 안에서 특정 문제 상황이 지속되면서 불안과 우울이 심해진다는 것으로 보고하였다.

“기존 가족과 있었던 스트레스들이 학업 스트레스와 합쳐지면서 폭발했었죠(참여자 C).”

“많은 이유가 있었는데. 일단 제 주변에 정상적이라고 표현할 수 있는 어른이 한 분도 없었고 성희롱과 성추행 같은 범죄를 겪었는데 거기에 대해서 2차 가해를 가족들에게 받았거든요. 거기에 소중한 것들을 하나씩 놓을 수밖에 없는 상황이. 완벽을 추구하는 정서하고 반대되니까 자책을 많이 했던 것 같아요(참여자 E).”

(3) 학교생활 및 학업의 어려움

불안과 우울의 원인으로 학교생활 및 학업의 어려움이 제시되었다. 학교성적 문제, 학교 중단 문제 등의 뜻대로 되지 않을 때 학교생활로 인한 어려움이 보고되었다.

“기본적으로 제가 인정받고 싶은 욕구가 많은 것 같아요. 중학교 때는 가능했고 또 달콤한 보상들 제가 공부를 잘하는 거나 아니면 학교생활을 잘하면 달콤한 보상 칭찬들이 따라왔기 때문에. 좋았고 그게 당연했던 것 같아요. 제 의식 아래에서. 근데 고등학교 가니까 다 전국에서

잘한다는 아이들이 모여서 하다 보니까 이게 제 뜻대로 안 되더라고요. 중학교에 비하면 턱없이 부족하고 그래서 스스로 채찍질하면서 더해야 해 더해야 하다가... 그래도 언 안 될 거야 속으로 생각이 들면서 그때부터 시작한 것 같아요. 근본적인 원인은 제가 학업적인 면에서 제 스스로 어느 정도 잘하는 위치에 있지 못하다는 느낌. 왜 잘해야 하는지 그때는 몰랐죠. 안잘 해도 되는데(참여자 A).”

“졸업장은 필요하다고 생각했는데, 그러다가 한 2학년쯤에 심해지다 보니까 자퇴를 한 번 하려고 했어요. 근데 그쯤에서 엄마하고 상담 선생님이 말리시고 다른 것을 한 번 찾아봐라 해서 학업중단 숙려제를 다녔고 지금은 대안학교를 거쳐서 위탁교육을 받고 있어요(참여자 G).”

(4) 자신에 대한 불만

면접 참여자들은 스스로의 문제, 자기 자신의 문제로 불안과 우울이 생겼다고 보고하고 있다.

“특별한 원인이라기보다는 걱정이 많아서.. 그냥 제 자신이 자꾸 불안하니까 제가 자연스럽 게 깨달은 것 같아요. 행복하지 않으니까. 자꾸 불안하기만 하고(참여자 F).”

2) 보호자원

보호자원 영역에서는 참여자가 느끼는 불안과 우울상황에 자원이 되는 어떠한 보호자원이 있는지와 관련된 범주들로 구성되었다. 가족과 학교선생님의지지, 긍정적 또래관계, 개인적 특성, 3개의 하위범주로 정리되었다.

(가) 가족과 학교선생님의 지지

이 범주는 청소년 참여자의 불안·우울에 지지가 되는 보호자원으로 가족과 학교선생님의 지지가 있다는 것으로 보고되었다.

“상담선생님, 학교 선생님, 부모님의 도움이 컸던 것 같아요. 옆에서 해주는 격려의 말이 제일 도움이 되었어요(참여자 B).”

“엄마가 많이 도와줬어요. 처음 제가 우울하다고 엄마에게 이야기 했을 때 엄마의 반응이 좋지 않았어요. 제가 이해가 안 된다는 식이었죠. 하지만 제가 말하는 걸 잘 들어주셨고 제가 우울증을 치료하고 싶어서 상담센터나 병원을 가고 싶다고 하면 같이 가주셨어요(참여자 C).”

(나) 긍정적 또래관계

청소년들은 불안이나 우울로 힘들 때 친구를 많이 찾고, 그들로부터 위로는 받은 경험이 있다는 보고를 하였다.

“저는 부모님보다 먼저 생각나는 사람이 제일 친한 친구 2명이었어요(참여자 A).”

“저는 친구들한테 가장 많이 위로를 받는 것 같아요 근데 친구들한테 항상 우울하거나 그런 감정이 들 때 항상 이야기를 하는 것은 아닌데. 정말 힘들 때 이야기를 한 번씩 하면 친구들이 많이 따뜻한 말도 해주고 조언도 해주고 하면서 위로를 받는 것 같아요(중략)저는 친구들한테 가장 많이 위로를 받는 것 같아요 근데 친구들한테 항상 우울하거나 그런 감정이 들 때 항상 이야기를 하는 것은 아닌데. 정말 힘들 때 이야기를 한 번씩 하면 친구들이 많이 따뜻한 말도 해주고 조언도 해주고 하면서 위로를 받는 것 같아요(참여자 D).”

(다) 개인적 특성

청소년들의 개인 특성, 개인의 힘, 그 자체가 보호자원이 된다는 것을 범주화하고 있다.

“제 의식 아래에 항상 더 나아지려고 행복하려고 하는 그런 원초아·초자아를 잡아쥔 것 같아요 그냥 어떤 사람의 말을 들어서 결정적인 사건이 있어서 그렇게 느낀 것은 아니고 ‘아, 이거는 안 되겠다’ 라고 뇌리에 스쳤어요(참여자 A).”

“저는 뭔가 하려고 할 때 정도를 벗어나지 않아요 예를 들어 탈선은 저와 전혀 맞지 않는 단어죠 그래서 우울감으로 자해를 너무 하고 싶을 때도 자해는 하면 안 된다는 생각이 강하게 들었어요 또 SNS에 검색을 해보면 자해가 전혀 우울증에 도움이 되지 않는다. 중독만 될 뿐이다 등의 글을 읽으니 자해를 하는 게 겁났어요(참여자 C).”

3) 상담경험

상담영역에 대한 영역에서는 상담기간, 불안·우울 극복에 도움이 된 요인, 상담에서 변화된 것, 상담에서 아쉬운 점을 4개의 하위영역과 11개의 범주로 정리되었다.

가) 상담기간

상담기간은 1년~3년 미만과 3년 이상으로 두 가지의 범주로 분석되었다.

나) 불안·우울 극복에 도움이 된 요인

본 범주의 하위영역에는 2개의 범주가 생성되었다. 상담, 약물치료와 상담의 병행이 이에 해당된다.

(1) 상담

이 범주는 청소년의 불안·우울 극복에 도움이 된 요인으로 상담이 영향을 미친다고 보고하였다. 처음에는 상담을 하기 어려웠으나 지속적인 상담이 도움이 된다고 제시하였다.

*“오빠가 저와 원인은 다르지만 우울증을 겪었던 적이 있어서. 그때 도움을 받았던 선생님을 아빠가 기억하고 있어서 그 선생님하고 바로 연결이 되어서 바로 상담을 하게 되었어요
(참여자 E).”*

“상담자체가 너무 좋았던 기억밖에 없어서. 딱히 아쉬웠던 점이 없었던 것 같아요 병원 퇴원을 하고 나서. 6월 말에 퇴원하고 나서는 상담쌤이랑 계속 정기적으로 상담을 했어요. 일주일에 한 번 정도 근데 그것으로 인해서 많이 괜찮아졌던 것 같아요(참여자 H).”

(2) 약물치료와 상담의 병행

“정신 병원하면 많이 심각해 보이잖아요. 그리고 이게 신경계 약이니까 교란이 오지 않을까 많이 걱정하고 괜찮더라고요 (중략) 저는 오히려 의욕도 없고 무기력에서 빠져나가게 된 것은 약물의 도움이 많이 커요. 60%정도 그거를 가속화되게 한 것이 상담인 것 같아요(참여자A).”

“저 병원도 다니고 있어서 약 계속 먹고 있어요(참여자 D).”

다) 상담에서 변화된 것(효과 및 결과)

상담에서 변화된 것의 하위영역에는 5개의 범주가 생성되었다. 상담자와의 신뢰관계, 불안·우울 증상 감소, 불안·우울 감정이 올라올 때 대처 방법 습득, 감정조절 및 자기이해, 사고의 변화가 이에 해당한다.

(1) 상담자와의 신뢰관계

이 범주는 청소년이 상담 시 상담자와 청소년의 신뢰관계 형성이 상담에서 변화 된 것이라고 보고하였다.

“제 고민에 대해 상담선생님들이 제가 고민을 하면 함께 고민을 해주시고 정말 저를 도와주
기 위해서 최선을 다하셨어요 무엇보다 저와 함께하는 고민하는 모습이 저에게 큰 힘이 되었
죠 그 마음들이 너무 고맙고 나를 위해 최선을 다해서 도와주는 사람이 있다는 게 너무 든든
했어요 의지가 많이 됐죠(참여자 C).”

“저는 옆에 있다는 것을 알려주는 것. 특별히 무슨 말을 해주지 않아도 어떤 말이든 들으면
이 사람이 내 옆에 있구나. 나를 떠나지 않을 것 같구나. 이런 생각이 드는 말이 필요한 것 같아
요 (중략) 저는 자주 만나주는 것이 좋은 것 같아요 뭐 나쁜 선택을 할 수도 있는 거고 딱히
그런 우울한 이야기를 하지 않아도 일상대화를 함으로써 그런 우울한 생각이 들지 않도록 해주
는 것. 그리고 내가 옆에 있다. 나에게 기대도 된다. 이런 느낌을 자주 만나서 믿음을 주고 싶다
는 생각이예요(참여자 D).”

(2) 불안·우울 증상 감소

이 범주는 상담을 통해 변화 된 것 중에 하나로 불안·우울 증상의 감소로 보고하였다. 상
담을 하면서 불안을 느끼는 횟수가 줄어들고 예민하고 불안함이 감소하였다고 보고하였다.

“불안감을 느끼는 정도도 엄청 많이 낮아졌고 그런 감정이 들 때마다 어떻게 생각해야 하는
지 선생님이 알려주셨어요 그리고 그런 감정이 들 때 어떤 행동을 하면 좋을지. 불안하고 몸이
떨리고 숨이 안 쉬어지는 그런 상황에서 어떻게 진정을 하는지. 그런 방법을 다 알려주셔서. 그
런 감정이 느끼는 횟수도 그리고 정도도 많이 낮아졌어요(참여자 D).”

“진짜 많이 달라진 것은 조금 유순해졌어요 이게 사람이 감정적으로 많이 예민해져 있으면
행동도 그렇게 나올 수밖에 없더라고요 왜냐면 잠도 못 자니까 예민해지고 더군다나 우울하고
불안하니까 무엇이든 날이 서있고 그랬는데 이제 그런 것이 줄어드니까(참여자 H).”

(3) 불안·우울 감정 경험 시 대처 가능

면접 참여자들은 상담을 통해 불안·우울 감정이 올라올 때 대처할 수 있었다고 보고하
였다. 즉 상담에서 불안과 우울에 대한 다양한 대처방법의 습득함으로써 일상생활에서 이를
활용하여 부정적인 감정을 감소시키는데 도움이 되었다고 보고하였다.

“상담 선생님이 불안한 마음이나 우울감이 들 때 취미생활을 가지는 게 좋다고 하셨어요 그
래서 불안하거나 우울할 때 노래를 듣거나 책을 읽으니 조금 나아졌어요 그리고 감정이 안 좋
아질 때 커터 칼 자해와 약물 자해도 했었는데 그럴 때마다 상담선생님이 그냥 자라고 하셨어
요. 그래서 요즘은 그럴 때 그냥 자기 때문에 자해는 하지 않아요(참여자 B).”

(4) 감정조절 및 자기이해

청소년들은 상담을 통해 변화된 것 중 감정조절 및 자기이해라고 보고하였다. 상담을 통해 언제, 어떤 상황에서 불안과 우울을 느끼는지 알게 된 것 자체만으로도 도움이 되었다고 이야기하고 있다.

“상담을 통해서 울고만 있었던 제가 울음을 그칠 수 있게 어떻게 해야 하는지에 대해 배운 것 같아요 제 감정을 털어내는 방법과 상황을 자연스럽게 흘려보내는 것. 그런 것들을 배우니 우울한 상황에서 제가 우울감에 빠져 있는 게 아니라 그 상황에서 제가 할 수 있는 게 있다는 걸 알게 됐어요(참여자 C).”

“제가 원하는 것이 있을 때 불안하다는 것을 상담을 통해서 알게 되었어요 그리고 표현하는 방법도 배우게 되었고 제가 모르는 저의 감정, 생각 같은 것도 잘 캐치해서 알려주시는 것 같고 (참여자D).”

(5) 사고의 변화

상담을 통해 사고의 변화가 있다고 보고하였다. 상담이전에는 우울하고 불안한 상황을 잘 떨쳐버리지 못했다고 한다면, 상담 후에는 불안과 우울을 다룰 수 있다는 생각의 변화가 생겼고 이ру인해 자존감이 높아졌다고 보고하였다.

“저는 항상 자존감도 낮고 급급했거든요 근데 불안함이 줄어들고 조금 우울한 것이 줄어들다 보니 점점 자신감이 생긴 것 같아요 나는 할 수 있어 내가 할 수 있는 거야. 이런 자신감도 많이 생긴 것 같아요 (중략)... 대학교 들어간 것 자체가 저에게 도전이라서. 왜냐면 남들보다 1년 일찍 간 거잖아요 더군다나 저는 학교를 다니지 않아서 입시를 도와줄 사람이 한 명도 없었어요 저 혼자 스스로 했는데 그것 자체만으로도 도전인 것 같아요(참여자 H).”

마. 심층면접 결과 요약 및 시사점

본 연구에서는 청소년 불안 및 우울 상담개입 프로그램 개발을 위해 상담센터에서 불안 및 우울문제로 상담을 받은 경험이 있는 청소년 8명을 대상으로 심층면접을 실시하였다.

심층면접을 실시한 결과, ‘불안·우울 경험’, ‘보호자원’, ‘상담경험’ 등 3개 영역이 도출되었다. 첫 번째 영역인 ‘불안·우울 경험’은 ‘불안·우울 양상’, ‘불안·우울 주요증상’, ‘상담계기’, ‘불안·우울의 원인’ 등 5개의 하위영역과 총 12개 범주로 분류된다. ‘불안우울양상’에서는 ‘불안과 우울이 함께 나타남’이 많이 보고되었다. 처음 상

담을 시작할 때는 불안 또는 우울 개별적인 문제로 시작되었지만, 상담을 진행하는 과정에 불안과 우울이 함께 나타남을 알 수 있었다. 청소년에게 불안과 우울문제는 개별적 접근이 아닌 함께 접근해야 되는 문제임을 시사한다.

‘불안·우울 주요증상’에서는 ‘자살 및 자해생각(사고) 및 시도’의 빈도가 높았으며, 그 다음으로 ‘대인관계회피’, ‘일상생활의 어려움’으로 보고되었다. 불안 우울의 문제는 자살자해생각 및 시도 문제가 동반되기에 고위기 청소년을 위한 다각적인 상담개입이 요구됨을 시사한다. ‘상담계기’는 ‘선생님의 권유’가 많았으며, (상담)교사가 학생의 불안과 우울문제에 민감하게 알고 있어야 함을 시사한다. ‘불안·우울’의 원인을 보면 대인(친구)관계 문제, ‘가족환경문제’, ‘학교생활 및 학업의 어려움’, ‘학교생활 및 학업의 어려움’, ‘자신에 대한 불만’순으로 보고되었다. 이는 불안우울의 문제는 개인문제보다 학교, 가족과 같은 환경적인 요인에 영향을 많이 받음을 알 수 있다. 이는 상담에 있어 가족 등 다양한 체계를 고려한 개입방법이 필요함을 시사하고 있다.

세 번째 영역인 ‘보호자원’은 ‘가족과 학교선생님의 지지’, ‘긍정적 또래관계’순으로 변동적 수준의 빈도를 보였다. 이와 같은 결과는 보호자원에서 많은 지지를 받는 것은 긍정적이 주변관계임을 알 수 있다. 이와 같은 결과를 통해 청소년에게는 신뢰로운 관계형성이 매우 중요함을 의미한다. 따라서 상담자는 불안과 우울 문제가 발생할 때, 내담자의 주요 보호자원을 마련 할 수 있는 방법을 활용하는 것이 중요하다.

네 번째 영역인 ‘상담경험’은 청소년이 불안·우울 상담을 하면서 경험한 내용을 면접한 결과이다. ‘상담기간’, ‘불안·우울 극복에 도움이 된 요인’, ‘상담에서 변화된 것(효과/결과)’의 하위영역으로 구성되어 있다. ‘상담기간’에 대한 하위영역으로 ‘1년~3년 미만’이 전형적인 빈도로 보고되었고, ‘3년 이상’이 그 다음으로 보고되었다. 불안·우울 상담의 경우, 일상생활기저에 있기 때문에 상담이 지속적으로 수행된다는 것을 알 수 있다. ‘불안·우울 극복에 도움이 된 요인’으로는 ‘상담’과 ‘약물치료와 상담의 병행’변동적으로 보고되었다. 극복에 도움이 된 요인으로 상담으로 보고된 것 같이, 청소년과 상담개입을 통해 다양한 대처방법을 배우고 심리적으로 안정을 취할 수 있음을 시사한다. ‘상담에서 변화된 것(효과/결과)’는 네 가지 범주가 제시되었는데 ‘상담자의 신뢰관계’ ‘감정조절 및 자기이해’, ‘불안·우울 감정이 올라올 때 대처방법 습득’, ‘불안·우울 증상감소’의 변동적 빈도로 보고되었다. 이러한 결과는 내담자의 불안과 우울을 감소하는데 있어 상담자와의 신뢰관계를 기반으로 대처방법을 습득하고 이로 인하여 감정조절에 효과가 있는 것으로 볼 수 있다. 이에 불안과 우울을 개입하는 경우, 청소년들이 스스로 감정변화를 알고 적절한 대처방법을 활용할 수 있는 방법을 연습하는 것이 중요함을 알 수 있다.

5. 프로그램 구성

가. 프로그램 구성 원리

본 연구에서는 청소년 불안·우울 상담개입 프로그램의 구성 원리 및 구성 요소 도출을 위해 선행연구들을 고찰하고, 불안·우울 청소년을 상담한 경험이 있는 현장 전문가와 상담을 통해 불안·우울 문제를 극복한 청소년들을 대상으로 한 심층면접 내용을 분석하였다. 청소년 상담 현장 전문가들에게는 불안·우울 청소년의 특징과 효과적인 상담 요인 등을 질문하여, ‘불안·우울 문제에 대한 이해’, ‘상담 단계별 개입방법’, ‘불안·우울 내담자 상담 시 상담자에게 필요한 역량’, ‘불안·우울 상담개입 매뉴얼에 포함되어야 할 내용’ 등의 결과를 도출하였다. 또한 불안이나 우울을 경험하고 상담을 통해 극복한 청소년들을 면접하여, 상담 계기나 불안·우울의 원인 등을 탐색한 ‘불안·우울 경험’, ‘불안·우울로 인한 상담 경험’ 등을 탐색하였다.

이와 같은 방법을 통해 분석한 결과들을 토대로 청소년 불안·우울 경험과 극복 과정을 정리하고, 프로그램의 목표와 세부 내용을 구성하였다. 이렇게 도출된 프로그램의 구성 원리는 다음과 같다.

1) 불안·우울 청소년에게 효과가 검증된 변증법적 행동치료(DBT)를 기반으로 프로그램을 구성한다.

대부분의 불안과 우울 관련 증상은 초기 개입이 이루어지지 않아 오랜 기간 지속되어 만성적인 경우가 많으므로, 이를 극복하는 데는 많은 시간과 노력이 필요하다. 특히 청소년의 불안이나 우울은 발달 특성 상 가족이나 또래관계 등 사회적 요인에 영향을 많이 받으며(김은이, 오경자, 2014; 윤명숙, 조혜정, 이현희, 2009; 이미현, 2014), 이들은 발생 상황에 합리적이고 이성적인 사고와 판단을 하는 것이 어렵다(신현숙, 2006; 이유현, 2017). 또한 불안·우울 문제를 경험하는 청소년들은 갈등상황에서 비효율적이거나 공격적인 해결방법을 많이 사용하고(Dodge & Richard, 1982), 다양한 문제가 복합적으로 나타나는 공존 증상을 보이는 경우가 많아 문제 행동들이 불안·우울 문제와 상호작용하여 자해나 자살 생각으로 이어지는 등 위험 수준이 높아지기도 한다(권석만, 2013). 따라서 이와 같은 고위기 불안·우울 문제 해결을 위해서는 청소년기 발달 특성을 고려하여 문제해결 기법을 습득하는 등 체계화되고 구조화된 개입방법이 효율적인 것으로 보인다.

이에 본 연구에서는 자살 및 자해, 섭식문제, 조울증 등의 증상과 임신, 보호관찰, 가출 등의 다양한 문제 상황에 처한 청소년들의 불안과 우울 감소에 효과가 검증된 변증법적 행동치료(Dialectical Behavioral Therapy: DBT)를 적용하여 프로그램을 개발하였다. 즉 대인관계 기술과 같은 기법 습득, 관찰 일지 점검 등 과제 수행, 변화가 어려운 환경을 수용하는 고통감내 기술과 마음챙김 기술, 부정적인 정서를 통제할 수 있는 정서조절 기술, 합리적 사고를 위한 인지변화 기술 등을 내담자가 습득함으로써 보다 안정적인 정서를 유지하고, 합리적인 판단 능력을 습득하여 지혜로운 선택과 결정을 하는데 초점을 두고 프로그램 내용을 구성하였다. DBT의 치료 원리에 따라 내담자가 상담에서 습득한 방법들을 일상생활에서 지속적으로 연습하도록 과제를 부여하고, 이를 다음 상담 회기에 상담자와 내담자가 함께 확인하는 체계로 프로그램을 운영하도록 하였다.

2) 개인상담에 적용할 수 있도록 초기, 중기, 후기 단계별로 프로그램을 구성한다.

본 프로그램은 불안·우울 문제를 겪고 있는 청소년들의 특성을 고려하여 개인상담에서 사용하는 구조화된 내용으로 구성되었다. 불안이나 우울과 같은 내재화된 특성의 청소년들은 자신의 문제나 고통을 집단에서 공개적으로 다루는 것에 불편함을 느낀다. 그리고 청소년상담 현장에서 불안이나 우울과 같은 동일한 정서 문제를 가진 내담자들을 발굴하여 집단으로 진행하는 것은 여러 현실적인 문제들로 운영하기 어려운 실정이다. 따라서 본 프로그램에서는 개별 내담자를 대상으로 운영될 수 있도록 내용을 구성하였고, 개인상담 진행 과정에 따라 상담 초기, 중기, 후기 등 단계별로 프로그램을 구조화하여 제시하였다. 상담 단계별 세부 내용은 다음과 같다.

첫째, 상담 초기는 내담자의 불안·우울의 위험수준 평가와 안전계획 수립, 신뢰로운 상담관계 형성, 평가 결과에 따른 상담구조화와 상담 목표 수립 등으로 구성되었다. 특히 상담 초기는 이후 상담 진행의 토대가 되는 중요한 단계이므로, 상담자들의 이해를 돕기 위해 불안·우울 청소년들의 특성 이해 및 상담관계 방법을 수록하였다. 또한 내담자의 상담 동기와 참여도를 향상시키기 위해 심리교육 내용을 포함하였다. 심리교육 내용에는 내담자의 자기 문제 이해, 본 프로그램에서 사용되는 상담 방법과 목표 등을 청소년이 이해하기 쉽게 안내함으로써 상담 동기를 제고하고자 하였다.

둘째, 상담 중기는 변증법적 행동치료(DBT) 기법을 활용하여 정서 조절, 합리적 사고, 행동 변화, 대인관계 형성 영역으로 구성되어 있다. 프로그램 순서는 내담자 또는 문제 특성에 따라 달리 적용할 수 있으며, 각 프로그램마다 연습 세션을 포함하여 상담에서 습득한

기법을 회기 사이에 일상에서 시도해 볼 수 있도록 하였다. 특히 중기는 ‘마음근육 키우기’ 라는 목표로, ‘정서 근육 키우기’, ‘생각 근육 키우기’, ‘행동변화 근육 키우기’, ‘대인관계 근육 키우기’ 로 명명하여 청소년들이 프로그램을 통해 건강한 마음을 소유할 수 있다는 희망을 가지고 상담에 참여하도록 하였다. 불안·우울 내담자들은 불안감과 무기력감, 우울감과 같은 정서에 사로잡혀 다른 대안적인 사고나 행동, 문제 해결을 어려워한다. 따라서 마음챙김과 주위 환기하기 등으로 부정적인 정서를 인식, 수용, 조절할 수 있도록 ‘정서조절’ 프로그램을 제일 먼저 제시하였다. 다음으로 ‘합리적 사고’ 로, 부정적 정서에 영향을 미치는 비합리적인 사고를 찾아 대안적 사고로 전환하는 활동에 초점을 맞춰 구성하였다. 특히 이 영역에서는 내담자가 상황을 이성적으로 판단하고 합리적인 판단을 할 수 있는 방법들을 탐색하고 연습해보도록 하였다. 세 번째 ‘행동 변화’ 는 내담자가 긍정적인 행동을 증진시키는 방법을 습득하여 불안·우울한 감정에서 벗어날 수 있도록 프로그램을 구성하였다. 마지막 ‘대인관계 향상’ 영역에서는 청소년 내담자들의 불안·우울과 가장 관련이 많은 가족, 또래와의 관계 패턴을 살펴보고, 효과적인 갈등 해결 방법을 습득, 연습해보도록 구성하였다.

셋째, 상담 후기에는 중기에 습득했던 여러 기법들을 스트레스 상황에서 어떻게 적용할 것인지를 상담자와 함께 정리하여 상담 종결 이후 일상생활에서 필요한 시기에 사용할 수 있도록 응급상자 만드는 활동을 개발하였다. 또한 자기 장점과 잠재력을 찾아보고, 불안·우울로 힘들었던 경험이 미래 삶에 디딤돌이 될 수 있다고 재해석하여 수용할 수 있도록 하였다. 마지막으로 상담 초기에 실시했던 평가를 실시하여 상담 성과를 확인하고, 추수상담을 약속하면서 마무리 한다.

3) 불안·우울 청소년 개입의 핵심 요소인 정서·인지·행동·대인관계 패턴 변화를 위해 모듈별 프로그램을 구성한다.

선행 연구들에서 살펴본 바와 같이 불안·우울은 증상의 원인과 드러나는 행동 문제는 매우 다양하다. 따라서 불안이나 우울 수준 평가 결과가 유사하더라도 내담자의 개인적 특성이나 환경적 상황에 따라 문제 양상이 다르므로, 내담자마다 상담 개입의 방향과 세부적인 프로그램 활용에 차이가 있을 수밖에 없다. 이에 본 프로그램은 기본적으로는 변증법적 행동치료를 토대로 내용을 구성하되, 내담자의 문제 양상과 개인적 특성에 따른 맞춤형 개입이 가능하도록 모듈식으로 개발하였다. 물론 표준화된 매뉴얼이므로 프로그램 활용에 대해 기본적인 방법을 제시하지만, 상담자는 여러 상황들을 고려하여 상담중기 단계에서 행동

변화 내용을 먼저 실시하고, 다음으로 정서조절 프로그램을 적용할 수도 있다. 상담자의 매뉴얼 활용을 돕기 위해 매뉴얼에 문제 유형별 프로그램 운영 방안 예시를 제시하였다.

4) 상담 단계별로 보호자 상담 및 교육 내용을 포함하여 구성한다.

청소년상담 현장의 상담자들을 대상으로 실시한 조사와 심층면접 내용들에서 공통적으로 도출된 내용이 부모 또는 보호자 상담 개입 방안이다. 사실 청소년 상담에서 가장 중요한 지 자원인 보호자를 상담 장면에서 참여시키는 것이 상담의 효과성을 높일 수 있지만, 초심 상담자일수록 부모 상담을 부담스러워하거나 효과적인 개입 방안을 고민하고 있었다. 이에 본 프로그램에서는 부모 또는 보호자 상담이나 교육을 할 때 자녀 문제를 어떻게 이해시키고, 상담 과정에서 협조자로 초대할 수 있는지에 대한 방안을 상담 단계마다 제시하였다. 특히 본 프로그램은 상담에서 습득한 기법들을 내담자가 일상생활에서 연습하고 시도해야 하므로, 이에 대한 보호자의 지지적인 태도와 격려가 매우 중요하다. 매뉴얼에는 상담 개입 프로그램과 활동의 특성과 의미를 부모 또는 보호자가 이해할 수 있도록 설명을 제시하였고, 상담자가 활용할 수 있는 멘트도 수록하였다.

5) 상담자 소진 예방 및 관리 방안을 제시한다.

불안·우울 문제의 경우, 내담자의 문제 위험 수준이 높거나 이로 인해 장기간 상담을 진행하게 되어 상담자가 소진되기도 한다. 예를 들어, 내담자의 불안·우울과 같은 부정적인 정서가 상담자에게 전이되기도 하고, 내담자 증상이 호전되는데 많은 시간이 필요하여 상담 기간이 길어져 지치기도 한다. 따라서 불안·우울 청소년을 상담하는 상담자는 지속적으로 스스로 소진에 대한 점검을 하고, 다양한 대처방안을 시도함으로써 예방할 수 있어야 한다. 이와 같은 소진 예방 및 관리는 궁극적으로 내담자 복지를 위한 방안이므로 핵심적인 상담자의 전문성이라고 볼 수 있다.

이에 본 프로그램 매뉴얼에 상담자 소진관리 및 자기돌봄 장을 부록으로 제시하여, 고위험 내담자를 상담할 때 경험할 수 있는 상담자의 소진 관련 내용과 이에 대한 예방 활동들을 제시하였다. 즉 ‘상담자 자기점검 체크리스트’를 통해 소진 여부를 객관적으로 평가해보고, 상담자가 소진을 예방할 수 있도록 정서적 관리와 전문성 관리 방안들을 구체적으로 기술하였다.

특히 본 프로그램은 불안·우울 문제를 가진 청소년 내담자뿐 아니라 상담자도 활용할

수 있는 방법들이다. 따라서 상담자가 프로그램 내용을 자신에게 적용해보고, 추후 경험한 효과를 내담자에게 설명하거나 내담자와 상담자가 함께 사용할 수 있다.

나. 프로그램 구성 내용

1) 프로그램 구성 모형

본 프로그램에서는 선행연구 고찰, 현장전문가와 청소년들을 대상으로 실시한 심층 면접한 결과들을 토대로 <표 16>과 같이 프로그램을 구성하였다.

표 16. 프로그램 구성 모형

단계	회기	주요 내용
상담 초기	접수면접 및 1회기	상담관계 형성
		불안·우울 수준 평가
		내담자 안전계획 수립
	2회기~3회기	상담구조화 및 상담목표 설정
상담 중기	4회기~8회기	보호자 상담 및 교육
		정서조절 방법 습득
		합리적 사고 방법 습득
		행동변화 기법 습득
		대인관계 형성 기법 습득
상담 후기	9회기~10회기	스트레스 대처 행동 습득
		긍정적 자기개념 형성
		상담 종결 및 추수상담 계획
		보호자 상담 및 교육

2) 프로그램 운영 원리

본 프로그램의 주요 적용 대상은 불안 또는 우울을 경험하는 초등학교 고학년(5학년) 이상의 청소년이다. 특히 청소년상담복지센터 청소년 내담자들의 특성과 상담 환경을 고려하여 프로그램을 개발하였으므로, 청소년상담 현장에 적용도가 높을 것으로 보인다.

앞에서 기술한바와 같이 본 매뉴얼은 불안 또는 우울 문제를 가진 내담자를 대상으로 개인상담에서 사용할 수 있는 표준화된 모듈별 프로그램을 제시하고 있다. 따라서 내담자의

특성에 따라 적합한 개입방법을 선택하여 활용할 수 있다. 개인상담 10회기로 초기·중기·후기로, 각 회기마다 50분을 기준으로 구성되어 있다. 그러나 실제 상담 회기 수는 내담자 문제 특성 및 상담 상황에 맞게 조절하여 융통성 있게 사용할 수 있다.

프로그램 내용을 청소년상담 현장에 적용하기 쉽게 매뉴얼과 워크시트를 개발하였고, 매뉴얼에 워크시트 사용 방법 및 경우에 따라 상담자 멘트를 수록하여 상담자들의 활용도를 높이고자 하였다.

3) 프로그램 초안 구성 내용

앞에서 기술한 본 프로그램의 구성 원리와 구성 모형, 운영 원리를 토대로 프로그램 세부 내용을 구성하였다. 본 프로그램의 목적은 개인상담을 통해 불안·우울 문제를 겪고 있는 청소년들이 스스로 정서를 조절하고 합리적인 사고를 통해 자신의 행동을 결정하고 문제 상황을 해결하도록 돕는 것이다. 이와 같은 목적을 달성하기 위해 프로그램을 초기, 중기, 후기로 단계별로 구성하였다. 구체적인 프로그램 내용은 <표 17>와 같다.

표 17. 프로그램 초안 세부내용

단계	회기	목표	주요 내용	세부 내용
상담 초기	접수 면접 및 첫 회기	- 위기수준 평가 - 신뢰감 형성 - 위기 개입 및 안전절차 수립	상담관계 형성	- 신뢰로운 상담관계 맺기
			위험수준 평가	- 불안·우울 수준 평가 - 위험·보호요인 평가
			안전계획 수립	- 위기상황 대처방법 탐색 - 안전 서약서 작성
상담 초기	2회기 ~ 3회기	- 상담구조화 및 심리교육 - 사례개념화	상담구조화 및 상담목표 설정	- 상담구조화 - 프로그램 안내 심리교육 - 상담 목표 설정
			보호자상담 및 교육	- 자녀의 불안·우울에 대한 이해 - 보호자 자신에 대한 이해
상담 중기	4회기 ~ 8회기	- 정서·인지·행동· 대인관계 향상기법 습득	정서조절 방법 습득	- 마음챙김 기법 습득하기 - 주의 환기하기 - 자기 위안하기 - 정반대로 행동하기 - 보호자 상담 및 교육
상담 중기	4회기 ~		합리적 사고 방법 습득	- 생각의 중요성 이해하기 - 부정적인 생각 찾기

단계	회기	목표	주요 내용	세부 내용
	8회기			<ul style="list-style-type: none"> - 탐정처럼 생각하기 - 지혜로운 생각 찾기 - 보호자 상담 및 교육
			행동변화 기법 습득	<ul style="list-style-type: none"> - 행동 변화의 중요성 이해하기 - 행동변화 방향 정하기 - 긍정적인 행동 증진하기 - 보호자 상담 및 교육
			대인관계 형성 기법 습득	<ul style="list-style-type: none"> - 대인관계 패턴 평가하기 - 긍정적인 대인관계 방법 찾기 - 갈등·타협 기술 습득하기 - 보호자 상담 및 교육
상담 후기	9회기 ~ 10회기	<ul style="list-style-type: none"> - 스트레스 대처 방법 습득 - 자존감 향상 및 미래계획 설계 - 상담 종결 및 추수상담 계획 수립 	스트레스 대처 행동 습득	<ul style="list-style-type: none"> - 예상되는 스트레스 알아차리기 - 스트레스 상황에 사용 가능한 응급 상자 패키지 만들기
			긍정적 자기개념	<ul style="list-style-type: none"> - 강점 인식 - 미래 계획 수립
			상담 종결 및 추수상담 계획	<ul style="list-style-type: none"> - 상담 성과 평가 - 추수상담 안내
			보호자상담 및 교육	<ul style="list-style-type: none"> - 상담 성과 설명 - 종결 후 스트레스 대처 방안 공유
부록		상담자 소진관리 및 자기 돌봄		<ul style="list-style-type: none"> - 상담자 전문성 관리 - 상담자 정서 관리

IV. 연구 결과

1. 현장전문가 평가

가. 평가자

현장전문가 평가 대상자는 총 10명으로, 청소년 상담경력이 5년 이상이면서 청소년 불안 우울 경험이 많은 청소년상담복지센터 팀장 이상인 자 중 지역 균형을 고려하여 선정하였다. 프로그램 평가에 대한 편의(bias) 발생을 줄이기 위해 모든 평가자에 대해 평가 관련 교육을 실시하였다.

나. 평가 방법

프로그램 구성의 적절성과 효과성을 평가하기 위한 평가도구는 이호준(2006)이 개발한 참가자 관점 평가 도구에서 효과성 항목의 문항을 본 프로그램 평가에 적합하게 수정한 후 현장 활용성 문항을 추가하여 사용하였다. 이호준(2006)의 평가 도구의 세부항목은 총 5가지로 프로그램 전반에 대한 효과성, 충실성, 참여성, 신뢰성, 편의성을 파악할 수 있도록 구성되어 있다. 본 연구의 목적이 불안우울을 경험하는 청소년의 상담 개입 프로그램 개발이기 때문에 이호준(2006)의 평가도구에서 효과성 항목을 제외한 다른 항목은 연구팀에서 평가항목으로 적절치 않다고 판단하였다. 본 연구에서 개발된 프로그램이 향후 청소년상담복지센터에서 불안우울 청소년을 대상으로 사용될 것이기에 현장 활용성 문항을 추가하여 최종 평가 문항을 구성하였다. 마지막으로 주관식 문항을 만들어 각 회기별 평가에 대해 기술하게 하였다.

다. 평가 결과

프로그램 구성의 효과성 평가는 개발된 프로그램이 청소년 상담 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을지를 확인하는 질문으로 전혀 아니다(1점), 그렇지 않다(2점), 보통이다(3점), 그렇다(4점), 매우 그렇다(5점)로 5점 Likert 척도를 사용하여 측정하였다. 현장 전문가 10명의

전체 프로그램 효과성 관련 점수의 평균은 4.5점으로 비교적 높은 점수가 나타났다. 프로그램의 전체 효과성 및 활용성 점수 평균은 아래의<표 18>과 같다.

표 18. 불안·우울 청소년 상담 개입 프로그램 효과성 및 활용도 점수

구분	평균 점수(5점 만점)
전체 프로그램 효과성	4.5점
프로그램 활용성	4.4점

프로그램 회기별 구성내용이 적절하게 구성되었는지를 묻는 회기별 효과성 전체 평균 점수는 4.4점으로 나타났고, 초기회기 4.3점, 중기회기 4.3점, 후기회기 4.6점으로 나타나 회기별 개입 효과성에서 크게 차이를 보이지 않았다. 프로그램 회기별 효과성 점수는 <표 19>와 같다.

표 19. 불안·우울 청소년 상담 개입 프로그램 회기별 효과성 점수

구분	평균 점수(5점 만점)
전체 평균	4.4점
초기	4.3점
중기	4.3점
후기	4.6점

이밖에 프로그램 회기에 대한 자유롭게 기술하도록 한 주관식 평가 내용은 다음과 같다. 첫째, 초기단계에서는 내담자 심리교육 방안과 부모교육 방안, 변증법적 행동치료의 기술인 서약하기에 대한 긍정적인 평가 내용이 있었다. 추가 요구 사항으로는 우선 상담에 협조적이지 않은 내담자나 검사를 받기 싫어하는 내담자와 그 부모를 어떻게 참여시킬 것인지에 대해 추가 기술을 요구하였다. 프로그램 초기단계에 상담에 거부적인 부모와 내담자 참여를 촉진시키는 기술이 나타나 있지만 현장 종사자들이 바로 사용할 수 있도록 별도의 시트지를 마련해줄 것을 요구하는 내용이었다. 두 번째로는 불안·우울 청소년과 신뢰관계는 단기 간에 이루어지지 않기 때문에 중기단계까지 신뢰관계 형성을 위한 활동을 추가했으면 좋겠다는 의견이 있었다.

둘째, 중기단계에서는 각 회기가 정서·인자·행동·대인관계 기술 향상에 대해 모듈식으로 되어 있어 내담자의 상황이나 상담시간에 맞춰 현장에서 활용도가 높을 것 같다는 긍정적 평

가와 불안우울 청소년 개입을 위해 인지행동치료와 변증법적 행동치료의 기법이 적절하게 표현 되었다는 의견이 많았다. 추가 요구사항으로는 청소년 내담자가 중기 단계 프로그램의 의도를 잘 알 수 있도록 회기별 활동 내용의 주제와 내용을 보다 이해하기 쉽게 기술해달라는 요청과 프로그램 활동 내용이 너무 많으므로 간소화를 요청하는 의견도 있었다.

셋째, 후기단계에서는 이전 상담단계에 습득한 상담 내용을 일상생활에서 사용할 수 있게 하여 상담 종료 후에도 청소년 내담자에게 프로그램의 효과를 지속시킬 수 있다는 점과 상담자 소진관리에 대해 다루고 있다는 점을 긍정적으로 평가하였다. 추가 요청사항으로는 프로그램 활동 내용이 반복적으로 내담자 강점을 탐색하는 것에 목적을 두고 있어 프로그램에 대한 내담자의 흥미가 떨어질 수 있어 변경이 필요하다는 의견과 현장 여건 상 추수상담에 대한 안내보다는 상담 재의뢰나 위기상황 시 도움 요청하기 등의 내용이 포함되었으면 하는 의견이 있었다.

2. 전문가 감수

본 연구는 제시된 프로그램 개발 절차에 따라 구성된 청소년 불안우울 상담개입 프로그램 내용 구성의 적절성과 현장 활용성 등에 대해 감수를 받았다. 감수에 참여한 전문가들은 총 12명으로, 5년 이상의 청소년상담 경력을 가진 현장 전문가 10명과 인지행동치료를 기반으로 상담과 교육을 하는 분야 대학 교수 2명이었다. 감수를 위해 사용된 질문지는 5점 리커트(Likert) 척도(전혀 아니다=1점, 매우 그렇다=5점)와 서술형 질문으로 구성되었으며, 서술 질문에는 프로그램 구성 내용의 목적 부합 적절성과 각 단계별(초기, 중기, 후기) 내용의 적절성, 그리고 현장 활용의 적합성 정도로 구성되었다. 추가적으로 기타 의견을 작성하게 하여 구체적인 프로그램 수정 방향에 참고하고자 하였다. 감수 결과, 전체 평균이 4.4점으로 나타났으며, 프로그램 단계별 내용 적절성은 상담초기와 중기 4.3점, 상담후기 4.6점으로 높게 나타났다. 또한 청소년상담 현장에서의 활용 적합성 정도에 대해서는 4.3점으로 나타나 전반적으로 높은 평가를 받았다.

서술형으로 평가된 내용 중 긍정적인 평가는 현장에 있는 상담자가 다루기 어려워하는 청소년 불안우울 문제를 중심으로 구성되어 청소년상담 현장에서 유용하게 활용할 수 있을 것이라는 내용이었다. 또한 세부적으로 구조화된 워크시트가 제시된 점, 모듈식의 안내, 상담자의 이해를 돕는 Tip과 멘트, 사례 제시, 연습과 과제제시, 심리측정 도구의 유목화, 상담의 전반적 흐름을 3단계로 나누어 핵심적 요소를 포함하고 있다는 점, 그리고 부모상담의 주제와 활용 가능한 시트지가 포함되었다는 점 등을 본 프로그램의 좋았던 점으로 평가하

였다. 반면, 아쉬웠던 점으로는 구성된 프로그램이 초등학생들 고학년들에게는 다소 어려울 수 있어 적용할 수 있는 청소년 연령대를 고려하였으면 좋겠다는 의견이 있었으며, 부모 상담 및 교육 부분에서 보다 구체적인 기술 교육과 비밀보장 한계 고지 등의 내용을 포함하여 부모가 자녀의 상담과정을 더욱 조력할 수 있도록 하면 좋을 것 같다는 내용이 제시되었다. 또한 모듈 형식으로 제시된 프로그램의 경우 활용 방법이나 예시가 제시되었으면 하는 내용과 종결 후 재발방지에 대한 내용이 강조되어 안내될 필요가 있음을 제시해 주었다. 그 밖에도 코로나19 감염증으로 인해 대면상담이 어려운 상황에서도 프로그램을 활용할 수 있도록 내용이 추가되었으면 한다는 의견도 제시되었다.

상담단계별 내용에 대한 평가 의견은 다음과 같다. 첫째, 초기 단계의 구성 내용에서는 불안우울 문제를 가진 청소년의 위험행동을 평가하여 개입할 수 있도록 안전계획 수립 등의 위기개입이 포함되어 있어 좋았다는 의견과 상담자들이 유용하게 활용할 수 있는 팁이 있어 좋았다는 의견이 있었다. 그리고 일반적인 상담 개입 내용을 축약하고, 청소년의 불안우울 문제 중심의 개입 내용에 초점되는 구성이 필요하다는 의견을 제안해 주었다. 그 밖에도 심리검사의 유용성과 필요성 제시, 위기상황에서의 전화상담 활용 방안을 청소년상담 현장에 맞게 제시, 내담자 문제행동 분석 부분의 예시 포함, 보호자상담 및 교육 부분의 구체화 등에 관한 의견이 제시되었다. 둘째, 중기 단계의 구성 내용에서는 정서, 생각, 행동, 대인관계의 4가지 영역이 모듈 형식으로 제시되어 현장에서 활용하기 유용하다는 의견이 있는 반면, 각 모듈의 상호관계성을 추가 설명하면서 상담 현장에서 어떻게 활용할 수 있는지 활용방법을 함께 제시해 주면 좋겠다는 의견이 있었다. 또한 각 모듈별 하위 기법들이 청소년의 불안우울 문제에 어떻게 작동하는지 활동 목적과 효과 등을 추가하여 상담자들이 기법을 다양한 상황에서도 정확히 적용할 수 있도록 보완할 필요가 있다는 의견도 제안해 주었다. 그 밖에도 대인관계 모듈 내용에서 최근 청소년들이 빈번하게 이용하는 사회적 관계망(SNS)에서 보이는 관계적인 측면 등도 팁으로 제시해 주었으면 하는 의견이 있었으며, 변증법적 행동치료(DBT)의 내용이 일부 상담자들에게 다소 어렵게 느껴질 수 있어 보다 쉬운 설명과 친절한 안내가 필요하다는 의견도 있었다. 셋째, 후기 단계의 구성 내용에서는 꼭 필요한 내적 통합의 요소가 잘 담겨져 있다는 의견이 있었다. 추가적으로 내담자의 강점 찾기 부분에서 활용할 수 있는 성격강점검사 등의 참고자료를 더 제시해 주면 좋을 것 같다는 의견이 있었으며, 상담 종결 후에도 불안우울 문제를 모니터링하게 하여 위기 행동의 재발 위험신호가 관찰되었을 시 어떻게 대처해야 하는지 교육하는 개입 내용이 포함되었으면 하는 의견을 제안해 주었다.

프로그램 초안에 대한 전문가의 공통적인 의견을 요약해 보면, 개발되는 프로그램 내용이

기존의 프로그램과는 차별성을 갖도록 변증법적 행동치료(DBT)의 특성을 더욱 부각하여 기술할 필요가 있다는 점, 그리고 상담 진행 과정에서 돌발적으로 발생할 수 있는 상황들에 대해서도 상담자들이 대처할 수 있는 더 많은 팁의 제공이 필요하다는 점, 또한 부모 상담이 청소년 불안·우울 문제를 다루는데 매우 중요한 만큼 부모의 불안과 우울을 다룰 수 있도록 구체적인 부모상담 개입 기술에 관한 내용이 더 추가 되었으면 하는 것 등으로 정리해 볼 수 있다.

3. 프로그램 매뉴얼 수정 및 보완

본 연구의 진행 절차에 따라 청소년상담복지센터의 현장 전문가와 인지행동치료 분야를 전공한 대학교수의 감수 내용을 분석하여 이를 토대로 다음과 같이 프로그램의 수정 방향을 설정하였다.

첫째, 상담 초기 관계형성 등에 이론적 근거가 되는 변증법적 행동치료(DBT)의 특성에 초점을 맞춰 보완하였으며, 상담 단계별로 부모 상담 개입에 제시 멘트와 내용을 보완하였다. 또한 본 프로그램을 현장의 상황이나 내담자 문제 특성에 맞게 활용할 수 있는 방안에 대한 내용을 추가적으로 기술하였다.

둘째, 상담 초기 단계 내용 중, 위험수준을 평가하는 심리검사 척도의 유용성과 필요성을 제시하였고, 한국판 불안과 우울 검사 부분에서는 검사대상을 표기하여 제시하였다. 상담 구조화 부분의 내용에서는 불안과 우울 문제를 보이는 청소년 특성에 따라 상담자가 어떠한 역할을 해야 하는지에 초점을 두고 재구성하였으며, 심리교육 부분에서는 내담자가 위기 상황일 경우 전화 상담을 어떻게 활용하도록 교육하는지의 내용을 추가하여 보완하였다. 내담자의 안전과 관련된 내용에서는 긴급 상황 시 연계 내용을 추가하였다. 또한 보호자 상담 또는 교육에 활용할 활동 시트지를 추가하였다.

셋째, 상담 중기 단계에는 모듈식 프로그램 활용 방안을 예시를 들어 제시하여 상담자들의 이해를 돕도록 보완하였고, 각 모듈에 제시된 연습문제를 청소년 상황에 적합하게 활동적인 내용으로 예제와 팁을 추가하였다. 그 밖에도 대인관계 모듈 부분에서 최근 청소년의 온라인 네트워크 현상을 반영하는 팁을 제시하였다.

넷째, 상담 후기 단계에는 상담 장면에서 유용하게 활용할 수 있도록 내담자 성격강점 검사 등의 참고자료를 추가로 제시하였으며, 상담 종결 후에 불안·우울 증상의 재발에 대한 구체적인 대처 방안 내용과 활동을 추가하였다.

표 20. 청소년 불안·우울 문제 상담개입 매뉴얼 수정 방향

영역	수정 방향
상담 초기	<ul style="list-style-type: none"> ● 본원 개발 자살·자해 위기 청소년 상담매뉴얼 활용 관련 팁 제공 ● ‘상담자 태도 및 역할’ : DBT에서의 상담자 역할 특성 설명 추가 ● 상담구조화를 불안·우울 청소년 특성을 초점화 하여 보완 ● 심리교육 부분에 위기상황에서 전화상담 활용 방안을 현장 및 현실에 맞게 추가 ● 안전상태 확인하기 내용은 매 회기마다 활용할 수 있음을 TIP으로 제시 ● 내담자 안전계획에 유관 기관 정보 추가 ● 보호자가 자녀의 상담을 조력할 수 있도록 역할과 기술 교육 내용 추가
상담 중기	<ul style="list-style-type: none"> ● 모듈별 프로그램 활용 방안 설명 및 예시 추가 ● 각 모듈별 하위 기법들의 작동 매커니즘 설명 추가(활동 목적, 어떤 효과가 있는지 등) ● 모듈별 연습문제에 청소년 연령과 문제 상황에 적절한 활동 중심의 예제 추가 ● 대인관계 모듈에 최근 청소년 특징(SNS 사용 등) 반영하여 팁 제시
상담 후기	<ul style="list-style-type: none"> ● 내담자의 강점 찾기 부분에 성격강점검사 등을 활용할 수 있도록 참고자료 제시 검토 ● 불안·우울 문제 재발 관리 내용을 추가하여 위기상황 시 대응방법 제시
기타	<ul style="list-style-type: none"> ● 매뉴얼 내용에 불안·우울 문제를 보이는 청소년 특성을 초점화하여 내용 제시 ● 각 단계별 구성 내용이 필요한 이유와 효과에 대한 내용 추가하여 설명 ● 현장에 적용 가능토록 보다 구체적인 설명과 안내 ● 매뉴얼 전반에 부모상담 중요성과 구체적 방안을 추가하여 제시

V. 논의

본 연구는 청소년의 주요 정서문제인 불안과 우울의 효과적인 개입을 위한 개인상담 기반의 프로그램을 개발하는 것이 목적이다. 이를 위해 문헌연구, 현장전문가 대상 설문조사와 청소년상담자 및 청소년 대상 심층면접을 통해 요구분석을 실시하였다. 조사 및 면접 결과를 토대로 프로그램 구성 및 운영 원리를 도출하였으며, 이를 기반으로 프로그램의 요소를 추출하고 세부 프로그램 내용을 구성하였다. 이렇게 개발된 프로그램 초안을 현장 및 학계 전문가에게 평가와 자문을 받아 프로그램을 수정·보완한 후 최종 확정하였다.

프로그램 개발 과정은 김창대 외(2011)의 프로그램 개발 및 평가 모형을 적용하여 기획, 구성, 실시 및 평가 절차에 따라 진행되었다. 기획단계에서 청소년의 불안·우울에 대한 특징과 원인, 불안·우울 관련 개입 이론과 상담 프로그램에 대한 문헌연구를 통해 기존 불안·우울 프로그램에 대한 평가와 분석을 실시하였다. 그리고 전국 청소년상담복지센터에 종사하는 현장전문가 368명을 대상으로 불안·우울 청소년 내담자 상담 경험과 개발 매뉴얼에 포함해야 할 내용 등을 설문 조사하였다. 또한 청소년상담복지센터, Wee센터, 대학상담센터에 종사하는 청소년 상담자 10명을 대상으로 청소년 불안·우울 문제의 특성, 효과적인 상담 개입방법, 상담자에게 필요한 역량, 매뉴얼 포함 요구 내용 등에 대한 심층면접을 실시하여, 합의적 질적 연구방법(CQR)으로 면접 내용을 분석하였다. 그리고 불안·우울로 상담을 받은 경험이 있는 청소년 6명을 대상으로 불안·우울에 대한 경험, 보호자원, 상담 경험 등을 심층면접하여 결과를 정리하였다. 구성단계에서는 이렇게 다양한 상담 경험과 요구 분석 결과를 토대로 불안·우울 청소년 상담개입 프로그램의 구성 원리와 요소를 도출하고, 상담 초기, 중기, 후기 단계별 모듈식 프로그램 초안을 개발하였다. 또한 상담 단계별 상담 목표와 주요 내용, 세부 활동 내용에 대한 표준화된 개입 절차를 위해 매뉴얼과 워크시트를 개발하였고, 각 단계에는 청소년 상담에 꼭 필요한 부모 또는 보호자 상담·교육 내용이 포함되어 있으며, 부록에는 상담자 소진 예방 및 관리, 내담자 자원 파악, 지역사회 자원 연계 등의 내용을 수록하였다. 마지막 실시 및 평가단계에서는 현장전문가 10명과 학계 전문가 2명을 대상으로 프로그램의 적절성과 현장의 적용성과 각 단계별 프로그램 내용에 대한 평가와 자문을 받았다. 이와 같은 전문가들의 피드백을 수렴하여 프로그램을 수정·보완하였다.

이와 같은 과정을 통해 개발된 불안·우울 상담개입 프로그램의 목적과 구성 내용은 다음과 같다.

첫째, 프로그램의 목적은 변증법적 행동치료(DBT)를 기반으로, 불안·우울 청소년 대상 개인상담 시 변화의 동기를 향상시키고, 불안·우울로 인한 정서, 사고, 행동, 대인관계 문제 대처 방법을 습득하도록 하여 스트레스 상황을 잘 극복할 수 있도록 표준화된 불안·우울 상담개입 매뉴얼을 제공하는 것이다. 둘째, 프로그램의 주요 단계는 개인상담 진행 과정에 따라 상담초기, 상담중기, 상담후기 단계로 구성하였다. 기본적으로 내담자를 처음 대면하는 접수상담부터 상담 종결까지 진행 흐름에 맞추어 10회기로 이루어져 있으나, 실제 진행 회기는 내담자나 상담 상황에 맞추어 유연하게 활용할 수 있다. 그리고 상담 단계별로 부모 또는 보호자 상담 및 교육 내용이 포함하여 제시하였다. 셋째, 상담초기 단계는 불안·우울 관련 내담자의 위험 수준을 평가하여 안전계획을 수립하는 것을 최우선 목표로 설정하였다. 이후 신뢰로운 상담관계를 형성하면서 내담자의 상담의 동기를 강화하고, 내담자 호소 문제를 파악하여 상담 구조화를 하도록 구성하였다. 이때 중기부터 실시될 프로그램 참여를 준비시키기 위해 DBT 이해를 돕는 심리교육을 실시한다. 상담 초기 부모교육에서는 자녀의 불안·우울 위기 수준 및 문제 원인에 대한 이해를 돕고 부모의 양육방식을 점검할 수 있도록 하였다. 넷째, 상담중기 단계는 본격적으로 불안·우울에 대한 개입이 이루어지는 단계로, 변증법적 행동치료(DBT) 이론을 토대로 정서 조절, 합리적 사고, 행동 변화 및 대인관계 향상 등 4개의 영역에 대한 기법을 습득하도록 구성하였다. 세부적으로 내담자가 마음챙김과 주의 환기하기 등을 통해 부정적 정서를 바라보고 수용하고 조절할 수 있도록 ‘정서조절 프로그램’, 부정적 정서에 영향을 미치는 비합리적인 사고를 탐색하여 대안적 사고를 모색해보는 ‘합리적 사고 프로그램’으로 구성되었다. 그리고 행동 활성화 기법과 강화 등을 통해 행동을 촉진하는 ‘행동 변화 프로그램’, 내담자가 가족과 또래와의 관계 패턴을 탐색하여 갈등 해결 방법을 다루는 ‘대인관계 향상 프로그램’이 포함되어 있다. 각 프로그램마다 습득한 기법을 내담자가 일상생활에서 반복적으로 연습하도록 하고, 부모 또는 보호자 상담 및 교육을 통해 이를 지원할 수 있도록 하였다. 다섯째, 상담후기 단계에서는 스트레스 상황에서 앞서 배운 기법을 활용하여 자신만의 대처방법을 연습하고 내재화할 수 있도록 하였으며, 일상으로 복귀한 이후에도 잘 적응할 수 있도록 내담자의 긍정성과 잠재력을 강화하는 내용으로 이루어져 있다. 그리고 상담의 성과를 점검하고 추수상담에 대한 안내를 하도록 하였다.

본 연구에서 개발된 프로그램 효과성 측정을 위해 프로그램의 주요 사용자인 청소년상담 복지센터의 상담 경험이 많은 상담자 10명, 변증법적 행동치료와 청소년 상담 전문가인 학

계 전문가 2명을 선정하였다. 이들에게 본 연구를 통해 개발된 프로그램 매뉴얼을 제시하고, 참가자 관점 평가 척도를 사용하여 평가하도록 하였다. 먼저 청소년상담자의 프로그램 적절성과 활용성에 대한 평가 결과는 5점 만점 중 4.5점과 4.4점으로 나타나, 효과성과 활용성을 높게 평가하였다. 상담 단계별 프로그램의 적절성은 초기 4.3점, 중기 4.3점, 후기 4.6점으로, 대체로 프로그램 구성 내용이 적절한 것으로 평가되었다. 그리고 학계 전문가는 적절성 4.5점, 활용성 4점, 상담 단계별 적절성은 상담 초기 4점, 중기 4.5점, 후기 4.5점으로 전반적으로 프로그램의 적절성과 활용성을 긍정적으로 평가하였다. 그러나 본 프로그램에 대한 서술식 평가에 구체적인 수정 및 보완사항이 명시되어 있어 관련 내용을 수정하였다. 주요 수정 내용은 첫째, 상담 초기에 위험수준 평가에 사용하는 도구에 대한 설명과 절단점을 제시하여 기관 내에서 개입 가능한 사례인지 판단하는 기준을 제시하였다. 둘째, 불안·우울 문제를 경험하는 내담자에게는 자살이나 자해와 같은 생명에 위협을 초래하는 위기상황이 수시로 발생할 수 있다. 따라서 DBT에서 활용하는 전화코칭 기법을 추가하여 내담자가 위기 상황에 대처할 수 있는 방안을 제시하였다. 셋째, 상담중기 단계에서 상담자의 프로그램 적용성 및 활용성을 높이기 위해 모듈별 프로그램 적용에 대한 내담자 주요 문제에 따른 예시를 제시하였다. 넷째, 각 단계별 매뉴얼 기술을 할 때 프로그램의 목적과 활동에 대한 효과를 추가로 기술하였다. 이는 상담자가 프로그램의 목적과 효과를 충분히 인지한 후 내담자에게 적용하는 것이 내담자의 참여도를 높이고, 개입의 효과성을 높일 수 있으므로 매뉴얼 전반에 동일하게 이와 같은 설명을 추가하기로 하였다.

본 연구를 통한 불안·우울 청소년 상담개입 프로그램 개발의 의의는 다음과 같다.

첫째, 청소년상담 현장에 활용할 수 있는 불안·우울 청소년 대상의 표준화된 개인상담 매뉴얼을 개발하였다. 실제로 청소년상담 현장에서 정신건강 관련 문제 중 불안과 우울은 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 최근 코로나 19로 인한 비대면 수업과 사회적 거리두기의 여파는 불안과 우울 문제를 더욱 증폭시키고 있다. 이러한 사회적·현실적 이슈를 반영하여 정서 조절에 취약한 청소년을 타겟으로 공병률이 높은 불안과 우울의 두 가지 정서 문제를 통합적인 관점으로 접근하였다. 또한 불안과 우울에 영향을 미치는 요인 중 환경적·사회적 요인이 크지만 상담 개입을 통해 변화를 만드는 것이 쉽지 않기에 개인내적인 측면에 초점을 두어 개인상담 시 활용할 수 있는 프로그램을 개발하는 것이 의미가 있으며(이규미, 2008), 청소년기 정신병리 현상 중 내재화 문제인 불안과 우울의 강도, 빈도, 지속성, 공존 증상의 수 등을 고려할 때(Garber, 1984) 개인상담 개입이 더 적절한 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 불안·우울과 관련된 기존 상담개입 프로그램의 대부분은 집단상담 프로그램으로, 청소년 내담자의 상담에서 보이는 특성과 불안·우울 문제에 대한 개입의 특징을

고려할 때 불안·우울에 관한 개인상담 기반의 구조화되고 표준화된 프로그램을 개발한 점이 의미가 있다.

둘째, 불안·우울 문제에 효과성이 입증된 상담이론을 토대로 프로그램을 개발하였다. 본 연구에서는 불안·우울 등 심각한 정서적, 병리적 문제 개입에 효과가 있는 변증법적 행동치료(DBT)를 주요 이론적 토대로 프로그램을 개발하였다. 상담의 초기와 후기단계에는 동기강화상담(MI)을 적용하였으며, 중기단계에는 변증법적 행동치료(DBT)와 인지행동치료(CBT)의 원리와 기법을 활용하였다. 상담에 비자발적이고 상담에서의 목표와 동기가 낮으며, 변화에 대한 심리적 저항이 높은 청소년 내담자의 특성을 고려하여 MI의 원리와 기법인 공감 표현하기, 불일치감 만들기, 저항다루기, 자기효능감 향상을 활용하였다. 즉 내담자에 대한 공감과 경청을 기본 원리로 하면서, 상담 초기단계에 내담자의 변화에 대한 양가감정을 드러내게 하고, 이에 대한 저항을 다루면서 상담과정에서의 목표의식을 갖고 상담에 자발적이고 적극적으로 참여하도록 이끈 후, 상담 후기단계에서 변화에 대한 내담자의 유능감을 다루는 구조화된 과정을 포함하였다. 이와 같은 상담 초기와 후기 단계의 내용 구성은 상담에 대한 준비도, 상담자에 대한 긍정적 기대, 작업동맹 등이 상담이 지속되게 하는 요인이 된다는 김현미(2007)의 연구결과와 맥을 같이 하고 있다. 그리고 상담 중기단계에서는 불안·우울 청소년의 본격적인 정서 조절 및 행동 수정을 위해 DBT와 CBT의 기법을 활용하여 프로그램을 구성하였다. 불안과 우울 개입 심리치료의 인지행동치료에 대한 효과(권정혜, 이재우, 2001; 채정호, 김원, 유태열, 2003; 허유정, 최영희, 박기환, 2003; Lyons & Woods, 1991; Miller & Berman, 1983; Joermann, Kosfelder, & Schulte, 2005)와 변증법적 행동치료의 효과(권문희, 2009; 권민정, 2017; 김금숙, 2015; 김성애, 이동형, 2017; Meygoni & Ahadi, 2012; Stoffers, Völm, Rücker, Timmer, Huband, & Lieb, 2012)는 이미 여러 연구에서 검증된 바 있다. 따라서 본 연구에서는 청소년들의 정서, 사고, 행동, 대인관계의 측면에서 불안·우울 문제 개입에 접근하였으며, 각 영역의 새로운 대안을 상담 장면에서 연습하고 과제 제시와 수행에 대한 점검을 통해 반복적으로 습득하여 내재화할 수 있도록 프로그램을 구조화하였다.

셋째, 불안·우울은 문제로 인한 증상이며, 이 증상을 유발시키는 데는 다양한 원인이 존재한다. 이에 본 프로그램은 불안·우울과 관련성이 높다고 입증된 정서, 사고, 행동, 대인관계 등 4가지 영역의 모듈로 고안되었다. 따라서 청소년의 개인적 특성과 호소문제 원인에 따라 회기 수와 프로그램 내용을 선택하여 유연하게 적용할 수 있도록 하였다.

넷째, 최근 코로나19 감염증이 확산으로 인해 상담의 패러다임도 변화가 필요한 시점이다. 본 연구에서는 이와 같은 환경적 변화에 선제적으로 대응하기 위해 DBT에서 활용되는

기법 중 하나인 전화코칭을 위기 상황에 적용할 수 있도록 제시하였다. 즉 내담자가 일상생활을 하면서 불안·우울로 인한 자살이나 자해, 공황과 같은 고위기 상황에 효과적으로 대응하도록 전화코칭 방법을 제한적으로 사용할 수 있는 지침을 포함하였다.

다섯째, 상담 단계별로 보호자상담 시 필요한 교육 내용과 가정에서 자녀를 지도할 때 참고해야 하는 사항들을 프로그램에 포함하였다. 이를 통해 상담자가 보다 쉽게 부모 또는 보호자 상담 및 교육을 진행할 수 있도록 하였고, 내담자의 상담 진행 과정을 부모가 이해하고 함께 변화할 수 있도록 함으로써 청소년상담의 중요한 지지 자원인 보호자를 적극 활용할 수 있도록 하였다. 선행 연구에 따르면(양미진, 2005), 청소년 내담자 부모들의 상담에 대한 관심과 적극성, 상담과정 중 상담자와의 관계발전, 상담실 내방에 대한 심리적·물리적 접근성, 상담과정에서의 성과 등이 상담 지속에 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 특히 불안·우울의 위기 수준이 높은 청소년의 경우, 보호자의 협조와 지지가 필수적이므로 보호자 상담의 중요성을 반영하여 상담 단계마다 관련 내용을 추가하였다.

여섯째, 불안·우울은 장기적으로 진행되는 상담인 경우가 많으므로 상담자가 심리적으로 소진될 가능성이 크다. 이에 상담자의 소진을 점검하고 예방할 수 있도록 소진 관련 체크리스트와 척도를 제시하였으며, 전문적·정서적 소진 관리방법을 부록에 수록하였다.

마지막으로 본 연구의 제한점과 제언을 살펴보면 다음과 같다.

우선, 본 프로그램은 초등학교 고학년(5학년) 이상 청소년을 주요 적용 대상으로 설정하였다. 그러나 청소년의 인지능력이나 심리적·정서적 발달 수준에 따라 적용에 어려움이 있을 수 있으므로 향후 학교 급별 또는 발달 수준에 따른 세부적인 프로그램을 추가 개발하는 것을 고려해 볼 필요가 있다.

다음으로, 프로그램의 효과성 검증을 위해서는 본 프로그램으로 일정 회기 동안 개인상담을 진행한 기간이 필요하나, 연구 일정상 이를 진행하지 못하였다. 대신 개발 프로그램에 대한 청소년상담 현장 및 학계 전문가의 평가와 자문으로 대체하여 평가를 실시하였다. 추후에는 상담 현장에서 불안·우울 청소년을 대상으로 본 프로그램을 적용하여, 프로그램의 효과를 확인할 필요가 있다. 이에 연구진은 본 연구에서 개발된 프로그램을 청소년상담 현장에 적용하여 효과성을 검증하는 2년차 연구를 2021년에 수행할 계획이다. 이와 같은 효과성 검증과 현장 의견 수렴을 통해 지속적으로 프로그램을 보완하고 개선함으로써 청소년 상담현장에 청소년 불안·우울 개입의 고품질 상담 서비스 체계를 구축할 수 있을 것으로 기대한다.

참 고 문 헌

- 강현아 (2011). 빈곤이 위협한 지역사회환경을 통해 청소년의 우울 및 불안에 미치는 영향. *사회복지연구*, 41(3), 327-348.
- 건강보험심사평가원(2017).
<https://opendata.hira.or.kr/op/opb/selectRfrm.do?rfrmTpCd=&searchCnd=&searchWrd=&sno=11200&pageIndex=1> 에서 검색
- 고영건, 김지혜, 김진영, 박 경, 서혜희, (2013). *이상심리학*. 서울: 학지사.
- 고영빈, 이정봉, 남궁연, 김신혜. (2015). 소아 편두통의 우울 및 불안성향. *대한소아신경학회지*, 23(3), 122-128..
- 고윤정(2015). 사회불안장애 여대생을 위한 인지행동치료와 수용전념 치료의 효과. 명지대학교 대학원 박사학위논문.
- 곽미숙(2003). 인터넷 게임 과다몰입 청소년을 위한 인지행동적 집단상담 프로그램이 고등학생의 우울과 불안에 미치는 효과. *경성대학교 대학원 석사학위논문*.
- 구훈정, 최승미, & 권정혜. (2012). 국내 아동 청소년 심리 치료 효과 검증 연구의 방법론적 고찰과 메타분석: 학회지 게재 논문을 중심으로 (1995-2010). *Korean Journal of Clinical Psychology*, 31(1), 43-73.
- 권문희(2009). 동기강화 분노조절프로그램의 효과성 연구. 아주대학교 대학원 석사학위논문.
- 권민정(2017). 스마트폰 중독 예방을 위한 동기강화집단상담 프로그램 개발: 초등학교 고학년을 대상으로. *용문상담심리대학원대학교 국내석사학위논문*.
- 권석만 (2012). *현대 이상심리학*, 서울: 학지사.
- 권석만, 한수정 (2000). 자기애성 성격장애: 지나친 자기 사랑의 함정. 서울: 학지사.
- 권은경 (2018). 학습부진학생의 자기조절학습요인이 학습동기에 미치는 영향. *한국디지털정핵학회; 디지털융복합연구*, 16(3), 113-119.
- 권정옥, 신성만 역(2010). *동기강화 집단상담 매뉴얼*. 서울: 마인드프레스.
- 권정혜, & 이재우. (2001). 우울증의 인지행동치료. *인지행동치료*, 1(1), 1-22.
- 권태연(2015). 아동·청소년 우울 예방 프로그램 효과에 관한 메타분석. *사회복지연구*, 46(3), 35-64.

- 권혜미(2013). DBT(Dialectical Behavior Therapy)가 우울성향의 청소년들의 우울감, 자기조절, 대인관계에 미치는 효과. 건국대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김금숙(2015). 동기강화집단상담 프로그램이 학습된 무기력 성향을 가진 특성화고 학생들의 우울과 진로태도성숙도에 미치는 효과. 경성대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김남조(2009). 청소년의 인터넷중독실태와 동기강화 집단상담의 효과. 한동대학교 대학원 석사학위논문.
- 김동영, 박기정, 김효원. (2015). 한국 청소년의 우울증상과 부모자녀관계. 소아청소년정신의학, 26(2), 120-128.
- 김미선, 정현희 (2017). 초기 청소년이 지각한 부모의 부부갈등과 우울의 관계에서 교사애착과 또래애착의 매개효과, 청소년학연구, 24(1), 167-194.
- 김봉년 (2007). 소아-청소년기 불안 장애. 대한치과마취과학회지, 7(2), 101-106.
- 김봉년. (2007). 정신건강전문: 유난히 산만한 내 아이, 혹시 ADHD?-주의력결핍과잉운동증 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD). 건강생활, 2007(55), 42-43.
- 김선하, 김준경 (2006). 사회-환경적 변인과 인지적 변인이 청소년의 우울에 미치는 영향의 경로분석. 아동학회지, 27(6), 249-261.
- 김성애, 이동형(2017). 동기강화 집단상담이 SNS 중독경향 여중생의 변화동기 및 스마트폰 건전사용에 미치는 효과. 청소년상담연구, 25(2). 253-271.
- 김시현, 김보현(2020). 동기강화상담이론을 적용한 집단미술치료 프로그램이 흡연 청소년의 흡연지식, 태도 및 자기조절 효능감과 금연에 미치는 효과. 미술치료연구, 27(2), 333-356.
- 김시형, 이동훈, 최준섭, 이도영 (2018). 청소년의 학교적응과 우울, 불안의 관계에서 모와 부애착의 조절효과. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 30(4), 1301-1326.
- 김은이, 오경자 (2014). 가족내 위험요인이 청소년의 정서·행동문제에 미치는 영향: 실행기능의 매개효과. 한국청소년연구, 25(2), 79-113.
- 김진경 (2008). 아동의 일상적 스트레스에 따른 불안 우울: 매개변인 탐색을 중심으로. 제5회 한국청소년패널 학술대회 자료집. 37-59. 한국청소년정책연구원.
- 김진주 (2011). 청소년의 스트레스, 부모-자녀 의사소통, 우울 및 자살행동 간의 구조적 관계분석. 동아대학교 대학원 박사학위논문.
- 김채순(2012). 수용전념 및 인지행동 심리치료 프로그램이 청소년의 우울증, 심리적 수용 및 자기통제에 미치는 영향. 창원대학교 대학원 박사학위논문.
- 김현주. (2008). 청소년 자살위험성에 영향을 미치는 요인. 한국아동복지학, (27), 69-93.

- 노영희(2008). 게임중독 아동의 자기통제력 향상을 위한 인지행동 집단미술치료 연구. 서울 교육대학교 대학원 석사학위논문.
- 노충래, 김설희 (2012). 중학생의 학업스트레스와 학업성적이 심리적안녕감에 미치는 영향: 자아존중감과 우울불안에 대한 개인요인 및 사회적 지지요인의 매개효과를 중심으로. 한국아동복지학, 39, 39-68.
- 도상금, 최진영 (2003). 외상 경험 및 우울과 자서전적 기억의 일반화 경향성. 한국심리학회; 임상, 22(2), 321-341.
- 류은수(2006). 인지 행동적 집단치료가 가출청소년의 자아존중감, 우울, 불안, 분노에 미치는 효과. 성신여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 박민욱 (2019.3.18.). “재난 경험한 소아청소년, 체계적 정신건강 대응 필요” - 추가적인 상담 및 심리치료(41.04%) 또는 의학적 치료(14.15%) 권고 받아. 메디파나뉴스.
- 박영신, 김의철 (2003). 청소년 일탈행동의 형성과 변화에 대한 고찰. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 9(1), 81-114.
- 박준영(2016). 동기강화 인지행동치료가 청소년의 인터넷 중독에 미치는 효과. 한동대학교 대학원 석사학위논문.
- 박지현(2018). 학교 밖 청소년을 위한 동기강화 집단상담 프로그램 효과 검증. 학습자중심 교과교육연구. 18(20), 569-590.
- 배정미 (2006). 우리나라 청소년의 정신건강 실태 조사. 정신간호학회지, 15(3), 308-317.
- 보건복지부, 중앙자살예방센터 (2020). 자살예방백서(발간번호 11-135200-001635-10). <http://www.spckorea.or.kr/sub.php?menukey=12&id=notice&idx=312> 에서 검색
- 보건복지부, 중앙자살예방센터 (2020). 자살예방백서.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원 (2018). 아동종합실태조사(정책보고서 2019-17). http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=350493&page=1 에서 검색
- 보건복지부, 한국보건사회연구원 (2018). 아동종합실태조사.
- 석종철 (1999). 통계로 본 청소년 문제와 상담. 서울: 도서출판 한글.
- 석지은, 이소연 (2018). 아동·청소년의 사회불안에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인에 관한 메타분석. 정서·행동장애연구, 34(3), 225-250.
- 송연주, 이상수, 김대현, 함경애, 이동훈 (2014). 학업성취 수준과 가정의 경제적 수준에 따른 우울, 불안, 스트레스의 차이. 교육종합연구, 12(1), 29-50.
- 신민섭, 이미소, 도레미, 이정은, 조민지, 옥정, 유희정, 김재원, 김봉년(2018). 컴퓨터 3D 계

- 임 기반 청소년 우울증 인지행동치료 프로그램의 개발 및 효과성 검증. 인지행동치료, 18(4), 355-375.
- 신민정, 정경미, 김은성 (2012). 한국 청소년들의 우울 및 불안에 대한 성차 연구: 발현시기와 연령별 변화를 중심으로. 한국심리학회지: 임상, 31(1), 93-114.
- 신성만, 류수정, 김병진, 이도형, 정여주(2015). 인터넷 중독 청소년을 위한 동기강화상담 집단프로그램 개발 및 효과. 상담학연구, 16(4), 89-109.
- 신용태, 황순택 (2016). 자기회귀교차지연모형을 통한 청소년의 정신건강문제와 학교생활적응간의 인과관계 검증. 청소년복지연구, 18(2), 1-19.
- 신은선(2014). 동기강화상담 프로그램이 중학생의 흡연지식, 태도 및 금연행위에 미치는 효과. 전남대학교 석사학위논문.
- 신현균 (2006). 청소년의 신체증상 경험에서 부정적 정서의 영향 및 정서표현과 자기개념의 중재효과. 한국심리학회지: 임상, 25(3), 727-746.
- 신현숙 (2006). 낙관주의, 비관주의, 방어적 비관주의는 입시스트레스와 내재화 문제의 관계를 매개하는가?. 상담학연구, 13(1), 107-137.
- 안창규(1995). 인지치료의 원리. 부산대학교 학생생활연구소 연구보, 30, 1-19.
- 여성가족부 (2019). 2018 청소년백서(발간번호 11-1383000-000102-10).
http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbsSn=704767 에서 검색
 여성가족부(2020.3.12.), 청소년상담 1388로 도움 받은 청소년들, 매년 꾸준히 증가!. 정책뉴스
http://www.mogef.go.kr/nw/enw/nw_enw_s001d.do?mid=mda700&bbsSn=708156
- 오경자, 이해련, 홍강의, & 하은혜. (1997). K-CBCL 아동·청소년 행동평가척도. 서울: 중앙적성출판사.
- 오수미(2017). 단회기 DBT 기반 정서 마음챙김이 양극성 성향자에게 미치는 효과. 한양사이버대학교 휴먼서비스대학원 석사학위논문.
- 원호택, 박현순, 이민규, 김은정, 조용래, 권석만(2000). 심리장애의 인지행동적 접근. 서울: 교육과학사.
- 유안진, 이점숙, 서주현 (2004). 부모의 이혼여부에 따른 청소년의 우울지각: 청소년이 지각한 부모의 양육태도와 교유관계를 중심으로, 한국아동학회, 25(6), 191-203.
- 유지희(2009). 우울성향이 있는 청소년을 위한 집단 프로그램 개발과 개입 효과에 관한 연구. 덕성여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 유진이 (2010). 학업성취수준에 따른 청소년의 심리적 변인 연구. 청소년시설환경, 8(2), 35-42.

- 육근영. (2016). 인지 통제력과 우울, 불안 간 관계에서 반복적 사고의 매개효과.
- 윤명숙, 조혜정, 이현희 (2009). 청소년의 학업스트레스 및 또래애착이 우울에 미치는 영향: 인터넷 사용과 음주행위의 매개효과를 중심으로. 사회과학연구, 25(2), 131-156.
- 이경희 (2017). 우울과 불안 증상 취약성 개입에 대한 예비연구-인지행동치료와 수용전념 치료의 비교. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 29(1), 33-53.
- 이규미(2008). 청소년 상담 동기강화 프로그램의 구성 및 효과에 관한 연구. 한국심리학회지: 청소년상담연구, 16(1), 119-137.
- 이규미, 구자경, 김은정, 이시형 (2001). 외톨이 청소년의 심리사회적 특성에 관한 연구, 한국 심리학회지: 상담 및 심리치료, 13(1), 147-162.
- 이미현 (2014). 청소년의 성에 따른 완벽주의 및 부모-또래애착이 우울에 미치는 영향. 한국 청소년연구, 25(4), 87-112.
- 이상영, 정진욱, 황도경, 손창균, 윤시몬, 채수미, 차미란, 김효진 (2015). 한국사회의 사회-심리적 불안의 원인분석과 대응방안. 한국보건사회연구원(연구보고서 2015-22)
- 이성자(2003). 인지-행동적 집단상담 프로그램이 비만 여중생의 신체상, 자아존중감, 역기능적인 태도 및 우울에 미치는 효과. 계명대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 이유현 (2017). 청소년의 인지적 정서조절전략이 우울과 불안에 미치는 영향, 성별 차이를 중심으로, 대구대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이은경, 송미경 (2018). 메타분석에 기초한 우울과 불안증상에 대한 ACT(수용-전념치료) 기반 집단상담 효과. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 30(3), 635-661.
- 이은영, 박양리, 현명호 (2008). 시험불안에 있어 학업스트레스와 마음챙김의 관련성. 스트레스연구, 16(2), 79-84.
- 이정선, 이형실 (2012). 청소년의 우울 관련 요인. 한국가정과교육학회지, 24(4), 77-89.
- 이주는 (1995). 우울과 자기지향이 자기지각, 사회적지지 및 대처행동에 미치는 영향. 이화 여자대학교 석사학위논문.
- 이지나, 신지현(2020). 동기강화 집단미술치료가 인터넷 중독 아동의 인터넷 중독 증상과 자기통제력에 미치는 효과. 미술치료연구, 27(2), 259-281.
- 이지혜(2012). 동기강화 인터넷 중독 예방 프로그램이 저소득층 청소년의 인터넷 중독, 자기통제력, 우울/불안, 지각된 스트레스에 미치는 효과. 한동대학교 상담대학원 석사학위논문.
- 이창호, 강석영, 이동훈 (2013). 아동청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅲ: 아동-청소년 정신건강 증진을 위한 현장적용 프로그램 개발연구. 한국청소년정책연구원.

한국청소년상담복지개발원.

- 이혜림, 최윤경 (2012). 자전적 기억의 과일반화와 반추가 우울에 미치는 영향. 한국심리학회; 임상, 31(2), 523-540.
- 이호준, 김성미, 임주현, 권선영, 정철호 (2009). 소아 청소년 불안장애에 동반된 신체증상, 생물치료정신의학, 15(1), 43-50.
- 임정아(2020). 스마트폰 과의존 ADHD 아동을 위한 부모참여 집단상담 프로그램 효과: 동기강화-인지행동 상담을 중심으로. 전주대학교 대학원 박사학위논문.
- 장경오, 강정화(2018). 금연동기강화상담 프로그램이 중학교 남학생의 흡연지식, 자기효능감 및 일일 흡연량에 미치는 영향. 한국산학기술학회논문지, 19(12), 393-403.
- 장진영, 신현균 (2019). 마음챙김 기반 인지치료(MBCT-C) 프로그램이 중학생의 불안 및 마음챙김에 미치는 효과, 청소년학연구, 26(8), 53-78.
- 장택용 (2015). 청소년의 정신건강, 우울 및 스트레스가 삶의 질에 미치는 영향. 웨스트민스터신학대학원대학교, 박사학위논문.
- 정남운 (2001). 과민성 자기에 척도(HSNS) 타당화 연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 13(1), 193-216.
- 정명희(2006). 동기강화인지행동치료가 청소년의 인터넷 중독에 미치는 효과. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
- 정소희 (2016). 부모의 과잉간섭과 과잉기대가 청소년의 정신건강에 미치는 상대적 영향: 우울, 공격성, 자존감, 삶의 만족도를 중심으로, 한국가족사회복지학회, 52, 313-342.
- 정익중, 박민아 (2013). 모의 우울이 청소년 우울에 미치는 영향: 사회적 관계의 보상효과 검증. 한국가족사회복지학, 39, 241-267.
- 조성연 (2019). 반추의 하위유형인 자책 및 숙고와 우울 및 불안의 관계: 긍정·부정 과거지향 사고를 중심으로, 한양대학교 대학원 박사학위논문.
- 조성진, 전홍진, 김무진, 김장규, 김선욱, 류인균, 조맹제 (2001). 한국 일 도시지역 청소년의 우울 증상 유병률과 관련요인에 대한 연구. 신경정신의학, 40(4), 943-956.
- 조수철, 고복자, 김봉석, 김봉년, 김재원, 신민섭, 유한익, 이동우, 이준영, 이재원, 정동선, 전성일, 정희연, 홍진표, 황준원, 한성희 (2006). 2005년도 역사사업보고서 - 서울시 소아청소년 정신장애 유병률 조사-. 서울: 서울특별시, 학교보건진흥원, 서울대병원 소아정신과, 서울시소아청소년광역정신보건센터.
- 조수철, 이영식(1990). 한국형 소아우울척도의 개발. 신경정신의학, 29(4), 943-956
- 조운숙, 이경님 (2010). 청소년의 소외감, 우울과 가족환경 및 학교생활 부적응이 자살생각

- 에 미치는 영향. *Family and Environment Research*, 48(8), 27-37.
- 지승희, & 오혜영. (2013). 상담 분야의 CQR 연구 동향-2001~ 2010 년 상담관련 국내 학술지 게재논문을 중심으로. *상담학연구*, 14(4), 2327-2349.
- 진다슬, 손정락(2013). 변증법적 행동치료(DBT) 기술훈련이 청소년의 공격성, 자아존중감 및 분노표현양식에 미치는 효과. *한국심리학회지: 임상*, 32(4), 917-933.
- 채옥현(2018). 청소년 우울 불안 학습관련 심리치료 메타분석. *경성대학교 대학원 박사학위논문*.
- 채정호, 김원, & 유태열. (2003). 인지행동치료의 치료적 효능(efficacy)과 유효성 (effectiveness). *인지행동치료*, 3, 9-26.
- 최명구, & 김누리. (2007). 청소년의 이해. *학지사*.
- 최명희, 김진숙 (2017). 청소년 사회불안 조절 집단 프로그램의 효과성-메타분석 연구. *청소년학연구*, 24(12), 143-169.
- 최인재 (2007). 부모-자녀 간 의사소통이 청소년기 자녀의 자아분화 및 우울과 불안에 미치는 영향. *한국심리학회지: 임상*, 26(3), 611-628.
- 최진숙, 조수철 (1990). 소아불안의 측정: RCMAS의 신뢰도 타당도 검사. *신경정신의학*, 29(3), 691-702.
- 최초롱, 손정락(2014). 변증법적 행동치료(DBT) 기술훈련이 정서지능이 낮은 대학생의 정서 지능, 대인관계문제 및 정신건강에 미치는 효과. *한국심리학회지 건강*, 19(2), 469-483.
- 최현정(2018). 변증법행동치료(DBT)의 근거와 한국 보급: 체계적 문헌 고찰. *Korean journal of clinical psychology*, 37(3), 443-463.
- 하은혜, 오경자, 송동호 (2003). 청소년기 우울 및 불안증상 공존집단의 심리사회적 위험요인. *한국심리학회지: 일반*, 22(2), 127-144.
- 하은혜, 오경자, 송동호, 강지현(2004). 우울장애와 불안장애 청소년을 위한 집단 인지행동 치료 효과의 예비연구. *한국심리학회지: 임상*, 23(2), 263-279.
- 허유정, 최영희, & 박기환. (2003). 공황장애 집단 인지행동치료의 치료적 요인. *인지행동 치료*, 3, 57-67.
- 홍상황, 박혜정 (2013). 사회공포 및 사회불안 관련 변인에 관한 메타분석. *정서·행동장애 연구*, 29(4), 295-310.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th Ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders-5. American Psychiatric Association.

- Aviram, A., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2016). Responsive management of early resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(9), 783.
- Beck, A. T. (1974). *The Psychology of depression, contemporary theory and research*. NY: John Wiley & Sons.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Lytle, R., & Pincus, A. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288-298.
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepsenwol, O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy, 43*(2), 365-380.
- Brook, C. A., & Schmidt, L. A. (2008). Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 4*(1), 123-143.
- Burrows, G. D., Judd, F. K., & Norman, T. R. (1993). Long-term drug treatment of panic disorder. *Journal of Psychiatric Research, 27*, 111-125.
- Butler, A. C., & Beck, J. S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analysis. *Journal of the Norwegian Psychological Association, 37*, 1-9.
- Cantwell & Baker (1991). Cantwell, D. P., & Baker, L. (1991). Manifestations of depressive affect in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 20*(2), 121-133.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E., & Seeley, J. (2001). A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention for Preventing Depression in Adolescent Offspring of Depressed Parents. *Arch Gen Psychiatry, 58*(12), 1127-1134.
- Clarke, G., Debar, L., Lynch, F., Powell, J., Gale, J., O'Connor, E., ... & Hertert, S. (2005). A randomized effectiveness trial of brief cognitive-behavioral therapy for depressed adolescents receiving antidepressant medication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(9), 888-898.
- Davison, G., C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2004). *Abnormal psychology*, (9th ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- Dietz, L. J., Marshal, M. P., Burton, C. M., Bridge, J. A., Birmaher, B., Kolko, D., ... &

- Brent, D. A. (2014). Social problem solving among depressed adolescents is enhanced by structured psychotherapies. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*(2), 202.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological bulletin, 108*(1), 50..
- Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A. A., & Deckersbach, T. (2017). Dialectical behavior therapy group skills training for bipolar disorder. *Behavior Therapy, 48*, 557-566.
- Fasulo, S. J. P., Ball, J. M. P., Jurkovic, G. J. P., & Miller, A. L. P. (2015). Towards the development of an effective working alliance: The application of DBT validation and stylistic strategies in the adaptation of a manualized complex trauma group treatment program for adolescents in long-term detention. *American Journal of Psychotherapy, 69*, 219-239.
- Fawcett, J., & Kravitz, H. M. (1983). Anxiety syndromes and their relationship to depressive illness. *Journal of Clinical Psychiatry, 44*, 8-11.
- Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: An 8 year follow-up stud. *American Journal of Psychiatry. 34*, 336-347.
- Fischer, S., & Peterson, C. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: A pilot study. *Psychotherapy, 52*(1), 78.
- Fraser, M. W., Richman, J. M., & Galinsky, M. J.(1999). Risk, Protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research, 23*, 129-208.
- Garber, J. (1984). The developmental progression of depression in female children. *New Directions for Child and Adolescent Development, 1984*(26), 29-58.
- Ginsburg, G. S., & Drake, K. L. (2002). School-based treatment for anxious African-American adolescents: A controlled pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(7), 768-775.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., . . . Birmaher, B. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial. *Journal of Child and Adolescent*

- Psychopharmacology, 25, 140-149.
- Harrington, R., Whittaker, J., & Shoebridge, P. (1998). Psychological treatment of depression in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-298.
- Hashim, B. L., Vadnais, M., & Miller, A. L. (2013). Improving adherence in adolescent chronic kidney disease: A dialectical behavior therapy (DBT) feasibility trial. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 1(4), 369.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 196.
- Iverson, K. M., Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 242-248.
- Joiner, T. E., Mental, G. I. (1993). Caught in the crossfire: depression, self-consistency, self-enhancement and the response of other. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 114-135.
- Jones, D. E., Perkins, K., Cook, J. H., & Ong, A. L. (2008). Intensive coping skills training to reduce anxiety and depression for forward-deployed troops. *Military medicine*, 173(3), 241-246.
- Jones, W. H., Briggs, S. R., & Smith, T. D. (1986). Shyness: Conceptualization and Measurement. *Journal of Personality and Social Psychological Methods*, 9, 203-217.
- Joormann, J., Kosfelder, J., & Schulte, D. (2005). The impact of comorbidity of depression on the course of anxiety treatments. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 569-591.
- Kalat, J. W. & Shiota, M. N. (2006). 정서심리학[Emotion]. (민경환, 이옥경, 김지현, 김민희, 김수안 역, 2008). 서울: 시그마프레스.
- Keeley, R. D., Brody, D. S., Engel, M., Burke, B. L., Nordstrom, K., Moralez, E., ... & Emsermann, C. (2016). Motivational interviewing improves depression outcome in primary care: A cluster randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(11), 993.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt TE., Harrington H., Milne BJ., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a

- prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 60, 709-717.
- Kleiber, B. V., Felder, J. N., Ashby, B., Scott, S., Dean, J., & Dimidjian, S. (2017). Treating depression among adolescent perinatal women with a dialectical behavior therapy-informed skills group. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 416-427.
- Lehman, L. (1985). The relationship of depression to other DSM-III Axis I disorders, In E. E. Beckham and Leber, W. R.(Eds.), *Handbook of depression*, Homewood, IL : Dorsey Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: Implications for the treatment of substance abuse [Monograph]. National institute for Drug Abuse Research Monographs, 137, 201-216.
- Linehan, M. M. (1993a). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: Implications for the treatment of substance abuse [Monograph]. National institute for Drug Abuse Research Monographs, 137, 201-216.
- Lynch, T. R., Gray, K. L. H., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: Feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13, 293.
- Malgorzata, D. & Agnieszka, D. (2015). Risk Factors of Anxiety Disorders in Children, A Fresh Look at Anxiety Disorders, In D. Federico (Ed), *InTech*, DOI: 10.5772/61169. Available form: <http://www.intechopen.com/book/a-fresh-look-at-anxiety-disorders/risk-factors-of-anxiety-disorders-in-children>.
- McCay, E., Carter, C., Aiello, A., Quesnel, S., Langley, J., Hwang, S., . . . Karabanow, J. (2015). Dialectical behavior therapy as a catalyst for change in street-involved youth: A mixed methods study. *Children and Youth Services Review*, 58, 187-199.
- Meygoni, A. K. M., & Ahadi, H. (2012). Declining the rate of major depression: Effectiveness of dialectical behavior therapy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 35, 230-236.
- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L., & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical

- behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183-187.
- Miller, R. C., & Berman, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94(1), 39.
- Miller, W. R & Rollink, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People for Change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R & Rollink, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: The Guilford Press. 신성만, 권정옥, 손명자(역) (2006). *동기강화상담: 변화준비시키기*(제2판). 서울: 시그마프레스.
- Miller, W. R & Rollink, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford.
- Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of general psychiatry*, 64(6), 651-660.
- Pedrelli, P., Fisher, L. B., Nyer, M., Shapero, B. G., Farabaugh, A., Hayden, E. R., ... & Merrill, J. E. (2019). Evaluating the combination of a Brief Motivational Intervention plus Cognitive Behavioral Therapy for Depression and heavy episodic drinking in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*.
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2011). Dialectical behavior therapy applied to college students: A randomized controlled trial. Manuscript in preparation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 982-994
- Prochaska, J. O., & Norcross. J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy*, 38(4), 443-448.
- Rahmani, M., Omid, A., Asemi, Z., & Akbari, H. (2018). The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health & Prevention*, 9, 13-18.
- Rehm, L. P., Wagner, A. L., & Ivens, C. (2001). Mood Disorders: Unipolar and Bipolar. In

- P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ricarte, J. J., Ros, L., Latorre, J. M., Muñoz, M. D., Aguilar, M. J., & Hernandez, J. V. (2016). Role of anxiety and brooding in specificity of autobiographical recall. *Scandinavian journal of psychology*, 57(6), 495-500.
- Roberts, M. C., Lazicki-Puddy, T. A., Puddy, R. W., & Johnson, R. J. (2003). The outcomes of psychotherapy with adolescents: A practitioner-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, 59(11), 1177-1191.
- Safer, D. L., Couturier, J. L., & Lock, J. (2007). Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 157-167.
- Seoul DBT Coalition. (2017). *Dialectical behavior therapy skills in Korean*. Unpublished manuscript.
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Gamble, A., Anderson, R. E., Prosser, S., & Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 629.
- Spielberger, C.D. (2010). *State-Trait Anxiety Inventory*. Corsini Encyclopedia of Psychology. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0943>
- Steil, R., Dittmann, C., Müller-Engelmann, M., Dyer, A., Maasch, A. M., & Priebe, K. (2018). Dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study in an outpatient treatment setting. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1423832.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
- Villabø, M. A., Narayanan, M., Compton, S. N., Kendall, P. C., & Neumer, S. P. (2018). Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(9), 751.
- Wagner, E. E., Miller, A. L., Greene, L. I., & Winiarski, M. G. (2004). Dialectical behavior therapy for substance abusers adapted for persons living with HIV/AIDS with substance use diagnoses and borderline personality disorder. *Cognitive and*

- Behavioral Practice, 11, 202-212.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637-644.
- Watkins E. (2009). Depressive rumination: investigating mechanisms to improve cognitive-behavioral treatments. *Cognitive Behavior Therapy*, 38, 8-14.
- Webb, C. A., Stanton, C. H., Bondy, E., Singleton, P., Pizzagalli, D. A., & Auerbach, R. P. (2019). Cognitive versus behavioral skills in CBT for depressed adolescents: Disaggregating within-patient versus between-patient effects on symptom change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(5), 484.
- Wicks-Nelson, R & Israel, A. C. (2014). 아동·청소년 이상심리학 제8판 [Abnormal child and adolescent psychology with DSM- V Updates, 8th Edition].(정명숙, 손영숙, 정현희 역, 2016). 서울: 시그마프레스.
- Wicks-Nelson, R., Israel, A. C., & Wicks-Nelson, R. (2009). *Abnormal child and adolescent psychology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Wong, D. F. K., Ng, T. K., Zhuang, X. Y., Wong, P. W., Leung, J. T., Cheung, I. K. M., & Kendall, P. C. (2020). Cognitive-behavior therapy with and without parental involvement for anxious Chinese adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*, 34(3), 353-361.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 277-286.
- Woods, P. J., & Lyons, L. C. (1990). Irrational beliefs and psychosomatic disorders. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 8(1), 3-20.
- Zinbarg, R. E., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Therapist guide (Second Edition)*. Oxford University Press.

질문 4: 귀하의 최종 학력을 선택해주시시오.

- ① 전문학사(2·3년제) 학위 취득
- ② 일반학사(4년제) 학위 취득
- ③ 석사 학위 취득
- ④ 박사 학위 취득

질문 5: 귀하의 근무지 형태를 선택해주시시오.

- ① 시·도 청소년상담복지센터
- ② 시·군·구 청소년상담복지센터

질문 6: 귀하의 직급을 선택해주시시오.

- ① 시간제 동반자
- ② 전일제 동반자
- ③ 팀원(상담원·선임상담원 포함)
- ④ 팀장(수석 팀장, 부장, 부센터장 포함)
- ⑤ 센터장
- ⑥ 기타()

질문 7: 귀하의 상담경력을 선택해주시시오.

- ① 1년미만
- ② 1년이상~2년미만
- ③ 2년이상~3년미만
- ④ 3년이상~4년미만
- ⑤ 4년이상~5년미만
- ⑥ 5년 이상

질문 8: 귀하의 센터근무경력을 선택해주시시오.

- ① 1년미만
- ② 1년이상~2년미만
- ③ 2년이상~3년미만
- ④ 3년이상~4년미만
- ⑤ 4년이상~5년미만
- ⑥ 5년 이상

<불안·우울 상담 관련 조사 문항>

질문 9: 최근 1년 내 불안 문제를 호소하는 내담자를 상담하신 경험이 있습니까?

- ① 예(질문 9-1로 이동)
- ② 아니오(질문 10로 이동)

질문 9-1: 불안 문제를 호소하는 내담자 상담을 평균 주 몇 회 실시하셨습니다?(질문 9-2로 이동)

- ① 1회
- ② 2회
- ③ 3회
- ④ 4회
- ⑤ 5회 이상

질문 9-2: 불안 문제를 호소하는 내담자 상담은 몇 회기로 종결되었습니까?(질문 9-3로 이동)

- ① 10회기 이내
- ② 11~15회기 이내
- ③ 16~20회기 이내
- ④ 21~25회기 이내
- ⑤ 26회기 이상

질문 9-3: 내담자의 불안과 관련된 호소문제는 무엇입니까?

- ① 가족
- ② 일탈 및 비행
- ③ 학업
- ④ 진로
- ⑤ 성
- ⑥ 성격
- ⑦ 대인관계
- ⑧ 기타()

질문 9-4: 불안 문제를 호소하는 내담자에게 실시한 심리검사는 무엇입니까?
(예시: MMPI-2, BDI 등)

질문 9-5: 불안 문제를 호소하는 내담자에게 적용한 상담 이론과 기법, 프로그램은 무엇입니까?
(예시: 인지행동이론, 변증법적 행동치료 등)

질문 9-6 귀하의 불안 문제의 상담 개입 역량 수준은 어느 정도라고 생각하십니까?
① 매우 미흡 ② 미흡 ③ 보통 ④ 우수 ⑤ 매우 우수

질문 9-7: 불안 문제를 호소하는 내담자에게 효과적이라고 생각하는 상담 이론과 기법, 프로그램은 무엇입니까? ()

질문 10: 최근 6개월 내 우울 문제를 호소하는 내담자를 상담하신 경험이 있습니까?
① 예(질문 10-1로 이동) ② 아니오(질문 11로 이동)

질문 10-1: 우울 문제를 호소하는 내담자 상담을 주 몇 회 실시하셨습니다?(질문 10-2로 이동)
① 1회 ② 2회 ③ 3회 ④ 4회 ⑤ 5회이상

질문 10-2: 우울 문제를 호소하는 내담자 상담은 몇 회기로 종결되었습니까?(질문 10-3로 이동)
① 10회기 이내 ② 11~15회기 이내 ③ 16~20회기 이내 ④ 21~25회기 이내
⑤ 26회기 이상

질문 10-3: 내담자의 우울과 관련된 호소문제는 무엇입니까?
① 가족 ② 일탈 및 비행 ③ 학업 ④ 진로 ⑤ 성 ⑥ 성격 ⑦ 대인관계 ⑧ 기타()

질문 10-4: 우울 문제를 호소하는 내담자에게 실시한 심리검사는 무엇입니까?
(예시: MMPI-2, BDI 등)

질문 10-5: 우울 문제를 호소하는 내담자에게 적용한 상담 이론과 기법, 프로그램은 무엇입니까?
(예시: 인지행동이론, 수용전념치료 등)

질문 10-6 귀하의 우울 문제 호소 내담자 상담 개입 역량이 어느 정도라고 생각하십니까?
① 매우 미흡 ② 미흡 ③ 보통 ④ 우수 ⑤ 매우 우수

■ 심층면접 질문 내용

※ 불안 및 우울 문제로 인한 청소년 개인상담 경험을 토대로 답변해 주세요.
(불안 및 우울 각각의 영역에 대한 답변 요청)

구분	면접 질문 목록(안)
1. 불안 및 우울 문제로 인한 고위기 청소년에 대한 인식과 매뉴얼 필요성	1) 불안 및 우울 문제가 있는 청소년의 고위기를 어떻게 정의할 수 있을까요? (상담 진행 시 진단을 위해 사용하는 방법은 무엇인가요?) 2) 청소년의 불안 및 우울 문제에 대한 심각성은 어느 정도라고 생각하시나요? 3) 불안 및 우울 문제를 가진 고위기 청소년을 위한 개인상담 개입 매뉴얼이 필요하다고 생각하시나요?
2. 불안 및 우울 문제 청소년 개인상담 경험 및 개입 내용	※ 불안 및 우울 문제를 가진 청소년 개인상담 진행(또는 종결) 사례의 상담 경험에 대해 얘기해 주세요. (한 사례를 떠올려 얘기하거나, 진행했던 여러 사례를 전반적 관점에서 답변 가능) 1) 내방 계기가 무엇이었나요? 2) 주호소문제와 그 문제의 촉발사건은 무엇이었나요? 3) 접수면접부터 종결까지 총 몇 회기로 진행이 되었나요? 4) 주로 사용한 이론, 기법은 무엇인가요? 5) 상담 진행 과정을 초기, 중기, 후기로 나눈다면 각각의 단계에서 개입했던 방법은 무엇인가요? (예: 상담 초기 구조화 방법, 활동 내용 등) 5-1) 사례가 자해 및 자살과 연결된 위기사례인 경우 어떻게 개입하였나요? 6) 5)번에 사용했던 개입방법 중 가장 효과적이라고 생각되었던 접근법은 무엇이었나요? 7) 사례를 종결한 이유는 무엇인가요? 7-1) 합의종결 했다면 상담의 성과를 어떻게 보았나요?(사용하는 척도 등) 7-2) 조기종결 되었다면 그 이유가 무엇이라고 보시나요? 8) 종결한 사례에 대한 추수 관리는 어떻게 하시나요? 9) 불안 및 우울 문제를 가진 청소년 개인상담 진행 과정에서 느꼈던 내담자의 지지자원 및 보호자원은 무엇이었나요? 10) 불안 및 우울 문제 개인상담 시 방해 또는 저해되는 요인이 있다면 무엇인가요? 11) 불안 및 우울 문제를 청소년 사례를 전문기관(예: 병원, 정신보건센터 등)에 연계했던 경험이 있나요? 연계 시 유의점이 있다면 무엇인가요?
3. 마무리	1) 불안 및 우울 문제를 가진 청소년 상담 시 도움이 되는 상담자의 요소(태도, 전문성 등)는 무엇이라고 생각하나요? 2) 불안 및 우울 문제 상담 개입 매뉴얼에 반드시 포함되었으면 하는 내용이 있다면 무엇인가요? 3) 불안 및 우울 문제를 가진 위기청소년 상담 후 상담자로서 필요하다고 느끼는 것은 무엇인가요?

2-3. 불안 또는 우울을 겪을 때 어떤 도움이 필요했나요?

2-4. 가까운 친구가 불안 또는 우울 문제로 고민한다면, 그 친구에게 어떤 도움을 제공하는 것이 좋을까요?

3. 불안 또는 우울 극복 및 상담 경험

3-1. 불안 또는 우울 극복에 가장 도움이 되었던 것은 무엇이었나요?

그리고 그것이 어떤 점에서 도움이 되었나요?

3-2. 상담을 받게 된 계기는 무엇인가요?

3-3. 상담을 통해 불안 또는 우울을 극복한 요인은 무엇이라고 생각하나요?

3-4. 상담과정에서 도움이 된 것과 아쉬운 점은 무엇이었나요?

3-5. 불안 또는 우울을 극복하기 전과 후에 달라진 점은 무엇인가요?

[부록 4]

프로그램 매뉴얼 평가지

○ 본 매뉴얼에 대해 선생님의 의견을 묻는 설문지입니다. 의견에 해당하는 부분에 (✓) 표시해주세요.

내 용		전혀 아니다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 본 프로그램의 내용은 불안·우울로 어려움을 겪고 있는 청소년을 돕기에 적절한 내용으로 구성되었습니까?						
2. 본 프로그램의 회기별 내용이 회기별 목표를 달성하는 데 적절한 내용이었습니까?	초기					
	중기					
	후기					
3. 본 프로그램이 현장에서 활용하기에 적합하게 개발되었다고 생각하십니까?						

○ 아래의 표 공란에 선생님께서 생각하시는 의견을 구체적으로 기술하여 주십시오.

회기별 피드백	회 기	활동내용
	초 기	
	중 기	
	후 기	
	좋았던 점	
아쉬웠던 점		
수정/보완사항		
기타 의견		

Abstract

Adolescence is a transitional period between childhood and adulthood marked by rapid physical, cognitive, and social development. These dramatic changes often become a source of stress among adolescents, leading to mental health conditions such as depression and anxiety. According to the recent statistics of the Ministry of Gender Equality and Family, 40.4% of adolescents reported a high level of perceived stress, showing that almost half of adolescents were feeling stressed. Furthermore, 27.1% answered that they had experienced a depressive mood in the past year defined as sadness or despair that lasted two weeks or longer affecting the ability to function, which is up by 2.0 percentage points from 25.1% in 2017. More seriously, suicide, which is closely related to depression, was reported to be the number one cause of death among adolescents, indicating that depression and anxiety were major issues in adolescents.

In this context, this study set out to develop a manual for interventions targeting depression and anxiety in older children and adolescents (ages 9 to 24). We first developed a structured personal counseling program for effective intervention, and then had it reviewed by youth counselors and experts to examine its effectiveness.

The program was built on theoretical approaches of cognitive behavioral therapy, dialectical behavior therapy, and motivational interviewing that have been proved to be effective for depression and anxiety. The process of development was divided into planning, design, and implementation and evaluation following the model of program. In the planning phase, we conducted a review of literature focusing on causes and characteristics of depression and anxiety among adolescents, and examined existing theories applicable for dealing with depression and anxiety. Moreover, in order to acquire preliminary data that captures actual needs of the field, we carried out an online demand survey with 368 counseling professionals who had experience working on depression and anxiety, as well as in-depth interviews with 10 professionals who were more experienced in counseling. The results of the demand survey and interviews were analyzed by using the consensual qualitative research (CQR) method, which produced categories of

characteristics of depression and anxiety in adolescents, effective intervention measures, required abilities of counselors, and suggested content for the manual. We also interviewed 8 adolescents who had received counseling for depression /anxiety, and then analyzed the results with the same CQR method, identifying categories of experience of depression/anxiety, resources to help recovery, and experience of counseling.

In the design phase, we outlined guiding principles for the program based on our literature review, survey, and interviews, and constructed content for early, middle, and late phases of intervention. The early phase consists of screening/assessment, establishing crisis intervention processes and safety measures, building rapport, and structuring and case conceptualization. A particular focus was placed on preparing the client for the programs in the middle phase by building an understanding of depression/anxiety problems and processes of the intervention. The middle phase provides training in techniques to improve emotional, cognitive, behavioral, and interpersonal abilities based on the dialectical behavior therapy (DBT) model. The late phase focuses on preparation for termination by practicing stress coping strategies and rediscovering the client's strengths.

In the implementation and evaluation phase, we examined the effectiveness of the program by having our draft evaluated by 10 youth counselors with more than 5 years of experience and 2 experts from academia. The result showed that the program would have practical value in the field, with its effectiveness rated 4.5 and practicality 4.4 on a 5-point scale. By phase, expected effectiveness of overall sessions was rated 4.4, with respective scores for early, middle, and late sessions recorded 4.3, 4.3, and 4.6. Along with this positive feedback on the program's effectiveness and practicality, the experts also appreciated the fact that this was an attempt to introduce structured personal counseling for depression and anxiety, which had not been explored in youth counseling practice. Based on the feedback, we finalized the program with refinements.

This study has value on multiple fronts. First, it presented a manual for standardized personal counseling to work on depression and anxiety, which are the two most common presenting problems among adolescents. It is also timely that this manual came amid the COVID-19 pandemic where more adolescents are exposed to higher risks of depression and anxiety as evidenced by the newly coined term "Corona blues". Second, our manual was built on a solid theoretical base including DBT, CBT, and motivational

interviewing, which all have been proved to be effective in dealing with depression and anxiety. Although there are diverse counseling programs already in place, few offer structured personal counseling based on proven theories. In this sense, we believe that our program will contribute to addressing depression and anxiety in a more effective manner. Third, our manual adopts a modular design covering 4 areas of emotional, cognitive, behavioral, and interpersonal abilities that are closely related to depression and anxiety. Depression and anxiety are symptoms deriving from various causes. By providing the modules to choose from, our manual allows for a tailored treatment based on the client's presenting problem and its causes. Fourth, it includes virtual counseling and tele-coaching, which is timely considering increasing demand for remote counseling. Fifth, it covers parent coaching/counseling by phase since support from parents is a vital resource for adolescent clients. Finally, it presents measures to prevent counselor burnout as appendix. In many cases, an intervention for depression/anxiety is a long-term process which can lead to burnout. Our program intends to prevent this problem by providing various measures for self-monitoring and self-care.

Limited by time constraints, however, we were unable to implement the manual in practice to verify its effectiveness. Further work needs to be done to prove its effectiveness in the field and improve its practicality.