

EBP 기반 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영모형 개발

책임 연구자 : 소 수 연
공동 연구자 : 이 승 봉
 손 영 민
 백 정 원
 조 은 희



청소년상담연구 224

EBP기반 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영모형 개발 연구

인 쇄 : 2021년 12월

발 행 : 2021년 12월

발 행 인 : 이기순

발 행 처 : 한국청소년상담복지개발원

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

T. (051)662-3133 / F. (051)662-3007

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

인 쇄 처 : 신일디앤피

ISBN 978-89-8234-884-6 94330

ISBN 978-89-8234-001-7(세트)

비매품

본 간행물은 여성가족부의 지원을 받아 제작되었습니다.

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

간행사

최근 청소년 정신건강 문제 중 불안·우울이 가장 높은 비중을 차지하고 있습니다. 또한 작년에 시작된 코로나 19 팬데믹으로 ‘코로나 블루’가 일반화되는 등 청소년 정신건강의 위협성이 지속적으로 감지되고 있습니다. 특히 불안·우울은 자살·자해와 상관이 높아 현장에서 더 많은 주의를 기울여야 합니다.

한국청소년상담복지개발원에서는 2020년 연구를 통해 청소년상담 현장에서 사용할 수 있는 ‘청소년 불안·우울 상담개입 프로그램’을 개발하여, 전국 청소년상담복지센터와 꿈드림 등 청소년 유관기관에 보급하였습니다. 그리고 올해, 개발된 프로그램을 청소년상담 현장에 적용할 수 있도록 ‘불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형’을 개발하고, 효과성을 검증하는 연구를 수행하였습니다. 특히 청소년상담 현장을 기반으로 개발된 프로그램과 운영 모형을 실제 상담복지센터에서 적용하여 성과를 확인하였다는 점에서 매우 큰 의미가 있습니다. 내년에는 올해 개발된 운영 모형과 매뉴얼을 전국 청소년상담복지센터를 중심으로 보급하고 모니터링함으로써, 청소년들의 불안·우울 문제를 해결하는데 일조할 수 있을 것으로 기대합니다.

본 연구를 위해 심층면접에 참여해주신 청소년상담복지센터 및 유관기관의 상담자들과 귀한 시간을 내어 자문을 해주신 전문가들께 감사드립니다. 무엇보다 시범운영을 진행해주신 대구광역시청소년상담복지센터와 경기도 부천시청소년상담복지센터에 깊은 감사를 드립니다. 여러 전문가들의 귀한 노력이 청소년의 행복한 사람의 밑거름이 되리라 믿습니다. 아울러 본 연구의 공동연구자 이승봉 차장님과 본원 연구진들께도 감사드립니다.

본 연구를 통해 개발된 ‘불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형’과 매뉴얼이 현장 전문가들의 상담 개입에 도움이 되고, 나아가 청소년들이 마음의 아픔을 치유하고 건강한 사회 구성으로 성장하는데 빛의 역할을 할 수 있기를 기대합니다.

2021년 12월

한국청소년상담복지개발원 이사장 **이기순 이 기 순**

초 록

최근 여러 통계 및 조사에 의하면, 청소년들이 경험하는 정신건강 문제 중 불안·우울이 가장 높은 비중을 차지하고 있다. 2020년 여성가족부가 발간한 「청소년 백서」에서는 청소년의 스트레스 인지율이 39.9%, 우울감 경험률이 28.2%에 이르며, 특히 우울감은 전년대비 7.7%가 높았으며, 우울감과 상관이 높은 자살이 청소년 사망 원인 1위로 나타났다. 또한 2020년 여성가족부가 운영하는 청소년사이버상담센터(www.cyber1388.kr)를 통해 채팅상담 등 상담 서비스를 받은 청소년들의 주 호소문제 중 우울·위축, 강박·불안이 전년대비 약 66%가 증가한 7만여 건에 달하는 것으로 나타났다. 이처럼 청소년들이 불안·우울로 고통스러워하고 있고, 이를 극복하기 위해 상담서비스를 이용하는 빈도가 증가하고 있다. 나아가 청소년의 불안·우울 수준이 높아지면, 자해나 자살에 대한 사고나 시도를 할 가능성 또한 증가하므로 조기 발굴과 개입이 매우 중요하다(권석만, 2012). 특히 2020년 코로나 19 바이러스 감염증이 국가 재난 상황으로까지 확대되면서 ‘코로나 블루’라는 용어가 일반화되는 등 청소년 정신건강에 대한 위협성이 지속적으로 감지됨에 따라 이에 대한 대응 필요성이 대두되고 있다(조상아, 2020; Alexander, B., Martin T., Venja M., Benjamin W. H., Madeleine H., Nora D., Adam S., Eva-Maria S., 2020).

이렇듯 최근 청소년의 불안·우울 문제가 지속, 심화되고 있으나 청소년에게 적용 가능하며 효과성이 지속적으로 입증된 표준화된 프로그램은 찾아보기 어렵다(소수연, 주지선, 조은희, 손영민, 백정원, 2020). 이에 2020년 한국청소년상담복지개발원에서는 청소년 불안과 우울 감소에 효과성을 인정받은 변증법적 행동치료와 인지행동치료 이론 및 불안·우울 청소년과 상담 전문가들의 요구를 반영하여 청소년상담 현장에서 적용할 수 있는 개인상담 단계별로 표준화된 ‘불안·우울 청소년상담 개입 프로그램’을 개발하였다. 구체적으로 상담 초기는 내담자의 불안·우울 위험수준 평가, 위기개입 및 안전절차 수립, 상담관계 형성, 상담구조화와 사례개념화가 주요 내용이다. 또한 초기에는 불안·우울 문제의 이해와 프로그램 특성 등을 안내하는 심리 교육 내용을 포함하였다. 상담 중기는 변증법적 행동치료(DBT)를 토대로 정서·인지·행동·대인관계 개입 기법을 4개 모듈로 구성하여 내담자 문제 특성에 따라 적용할 수 있도록 구성하였다. 상담 후기는 상담 종결 후 내담자가 일상생활에서 불안·우울을 야기하는 스트레스 상황 대처를 위한 방법과 강점 인식, 추수상담 계획 등을 포함시켰다. 개발된 프로그램은 청소년상담 현장 전문가와 학계 전문가에게 프로그램 효과성과 활용도를 평가 및 감수를 받았다. 그러나 연구진행 일정의 제약으로 불안·우울

을 청소년에게 시범 적용하여 효과성을 입증하지 못하였다. 이에 본 연구는 2020년 개발된 ‘불안·우울 청소년 상담개입 프로그램’을 청소년에게 적용하여 이들의 심리적 증상이 유의미하게 감소되는지 검증하는 것이 첫 번째 목적이다. 두 번째 목적은 청소년상담 현장에 개발 프로그램을 적용할 수 있는 ‘불안·우울 상담클리닉 운영 체계’를 개발하는 것이다.

본 연구의 목적인 ‘EBP 기반 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형’ 개발을 위해 김창대 등(2011)의 프로그램 개발 및 평가 모형의 프로그램 개발 절차 모형을 토대로 기획 및 구성, 시범운영을 실행하고 평가하여 최종적으로 모형을 개발하였다. 기획단계에서는 EBP 기반 상담개입 및 상담모형 선행연구, 불안·우울 청소년 상담개입 프로그램을 중심으로 한 문헌연구, 현장 실무자를 중심으로 운영 모형 개발에 대한 포커스그룹 인터뷰를 실시하였다. 구성단계에서는 기획단계의 문헌연구 및 현장요구조사 분석 결과를 바탕으로 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형을 제안하고, 시범운영 및 평가단계에서 지역 청소년상담복지센터를 중심으로 시범운영을 실시하여 효과성을 측정하였다. 이를 위해 시범운영 대상자들을 실험집단으로 구성하고 운영 모형을 적용하지 않는 통제집단을 선정하여 2021년 4월부터 10월까지 실험집단 19명, 통제집단 20명을 대상으로 사전-사후 검사를 실시함으로써 종속변인의 변화 크기를 통계적으로 검증하였다. 이후 운영 모형에 참여한 상담자들의 만족도 및 참여 의견을 분석하고, 전문가 감수를 통해 수정·보완을 거친 후 최종적인 운영 모형을 개발하였다.

본 연구에서 효과성 측정을 위해 사용된 평가 도구는 청소년행동평가척도(YSR), 한국판 백 불안검사(K-BAI), 한국판 백 우울검사(K-BDI II)이다. 실험집단과 통제집단 모두 동일한 평가도구를 사용하여 상담 전과 후에 측정을 진행하였다. 측정 후 자료의 분석은 SPSS 21.0 프로그램을 사용하여 실험집단과 통제집단의 인구통계학적 변인에 대한 백분위 산출과 실험집단과 통제집단의 집단 간 개입 효과성 차이를 알아보기 위해 공변량 분석을, 실험 및 통제집단 각각의 개입 효과를 비교하기 위해 집단별 사전-사후 검사에 대한 대응표본 t-test를 실시하였다.

시범운영 실시 결과, K-BAI 사후 검사 총점의 경우 청소년 불안·우울 상담 클리닉 운영 모형으로 개입을 받은 청소년이 그렇지 않은 청소년에 비해 통계적으로 유의미한 차이($F=15.563, p<.001$)가 있었고, K-BDI-II에서도 실험집단과 통제집단의 사후 검사 총점의 유의미한 차이($F=5.393, p<.05$)가 나타났다. 즉, 사전검사를 통제하였을 때 통제집단보다 실험집단의 K-BAI와 K-BDI-II의 사전-사후 검사의 평균 점수 차이가 통계적으로 유의미한 결과로 확인되었다. 반면 실험집단과 통제집단의 K-YSR의 내재화 총점 사후 검사의 유의미한 차이는 나타나지 않았다. 또한 실험집단의 대응 표본 t-test 결과, K-YSR의 내재화 총점과

K-BAI 점수, K-BDI-II 점수 모두에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타나 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형을 적용한 상담 개입 후 청소년의 내재화 문제와 불안, 우울의 정도는 개입 전보다 낮아지는 것이 확인되었다. 통제집단에서는 K-YSR의 내재화 총점만 통계적으로 유의미한 것으로 나타나 개별 상담자의 역량에 따라 상담 개입이 효과가 있는 것으로 확인되었다. 이후 시범운영에 참여한 현장 전문가 인터뷰와 학계 전문가 자문을 통해 운영 모형 초안을 수정, 보완하여 최종 모형을 확정하였다.

본 연구의 의의를 살펴보면, 청소년 상담 현장에 표준화된 불안·우울 상담개입 프로그램을 적용하여 효과성 검증을 실시하고, 절차에 따라 상담 서비스를 제공하는 체계적인 틀인 운영 모형을 개발하였다는 점이다. 이와 같이 효과성이 입증된 프로그램과 운영 모형이 전국 230여개 청소년상담복지센터에 보급되어 불안·우울으로 고통받는 청소년에게 체계적인 상담 서비스를 제공함으로써 상담 서비스 품질 편차를 줄이는데 기여할 것으로 기대한다. 또한 운영 모형은 청소년 상담 현장에서의 적용도를 높이기 위해 현장 전문가의 의견을 토대로 운영 모형이 적용될 수 있도록 하였다는 점이다. 마지막으로 불안·우울 청소년 상담 개입을 위한 근거기반 연구 체계를 구축했다는 점이다. 체계적 연구와 데이터베이스 구축이 어려운 청소년 상담 현장에서 상담클리닉 운영 모형은 청소년상담복지센터가 근거기반 상담서비스를 활용할 수 있도록 구체적인 방안을 제시하고, 이를 통해 도출되는 개입 성과와 같은 데이터 축적이 가능한 기반을 마련하였다는데 의의가 있다.

목차

I. 서론 1

1. 연구의 목적과 필요성	1
2. 연구과제	3

II. 이론적 배경 4

1. 근거기반실천(EBP) 연구의 필요성	4
2. 상담클리닉 운영 모형 개발 연구	5
3. 청소년 불안·우울 상담개입 프로그램 효과성 연구	6
가. 국내 연구	6
나. 국외 연구	10
다. 한국청소년상담복지개발원 청소년 불안·우울 연구	12
4. 청소년상담복지센터의 불안·우울 청소년 위기 개입	15
가. 접수단계	15
나. 사례판정 및 긴급대응 단계	15
다. 상담개입 단계	16
라. 종결 및 추수관리 단계	17
5. 시사점	17

III. 연구방법 19

1. 운영 모형 개발 절차	19
2. 프로그램 개발 과정	19
가. 기획단계	19
나. 구성단계	19
다. 시범운영 및 평가단계	19
3. 기존 상담모형 기반 현장 요구분석	21
가. 기존 상담 운영 모형 분석	21
나. 청소년 불안·우울 상담클리닉 초기모형 기반 현장 전문가 심층면접	21
다. 심층 면접 실시 및 분석 방법	23
라. 분석 결과	23
마. 결과 요약 및 시사점	26

4. 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형 구성	28
가. 운영 모형 목표	28
나. 운영 모형 구성 원리	28
다. 운영 모형 구성 요소	29

IV. 시범운영 및 효과성 평가 | 32

1. 시범운영 실시 개요	32
가. 상담자 특성	32
나. 내담자 특성	33
2. 시범운영 효과성 검증	34
가. 연구 설계	34
나. 연구 방법	35
다. 연구 결과	37
3. 운영 모형 전문가 감수	40
4. 최종 불안·우울 상담클리닉 운영 모형 개발	40
가. 시범운영을 통한 운영 모형 수정	40
나. 최종 운영 모형 개발	41

V. 논의 | 44

참고문헌 | 47

부록 | 52

1. 불안·우울 청소년 상담개입 매뉴얼 개요	53
2. 전문가 심층 면접 질문지	54
3. 개인상담 사례요약서 양식	57

Abstract | 60

표 목차 |

<표 1> 국내 심리치료이론 기반 청소년 불안·우울 효과성 연구	7
<표 2> 국외 심리치료이론 기반 청소년 불안·우울 효과성 연구	10
<표 3> 불안·우울 청소년 상담개입 매뉴얼의 단계별 구성 내용	13
<표 4> 현장 전문가 심층 면접 참여자 기본 정보	22
<표 5> 심층 면접 질문지	22
<표 6> 청소년상담복지센터 현장전문가 심층 면접 결과	24
<표 7> 시범운영 참여 상담자 특성	32
<표 8> 시범운영 참여 내담자 사례 개요	34
<표 9> 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형 효과성 검증을 위한 연구설계 ...	35
<표 10> 실험집단과 통제집단의 사전-사후 검사 결과	37
<표 11> 실험집단과 통제집단의 사전검사 동질성 검증 결과	38
<표 12> 내재화 총점, K-BAI, K-BDI-II 사전-사후 검사 공변량 분석 결과	39
<표 13> 집단별 내재화 총점, K-BAI, K-BDI-II 사전-사후 검사 대응 표본 t-test 분석 결과	39

그림 목차 |

[그림 1] EBP 기반 청소년 불안·우울 상담클리닉 운영 모형 개발	20
[그림 2] 청소년 불안·우울 상담클리닉 초기 모형(안)	21
[그림 3] EBP 기반 청소년 불안·우울 상담클리닉 운영 모형 수정안	30
[그림 4] 최종 불안 우울 상담클리닉 운영 모형	43

I. 서론

1. 연구의 목적과 필요성

최근 여러 통계 및 조사에 의하면, 불안·우울은 청소년들이 경험하는 정신건강 문제 중 가장 비중이 높은 것으로 나타나고 있다. 2020년 여성가족부가 발간한 「청소년 백서」에서는 청소년의 스트레스 인지율이 39.9%, 우울감 경험률이 28.2%에 이른다고 보고하고 있다. 특히 우울감은 전년대비 7.7%가 높았으며, 우울감과 상관이 높은 자살이 청소년 사망 원인 1위로 나타났다. 그리고 2018년 청소년상담복지센터 이용자의 문제유형별 상담실적은 정신건강이 14.6%로 대인관계(26.3%), 학업·진로(16.6%)에 이어 3위였으며, 정신건강 문제의 세부유형 빈도를 살펴보면, ‘우울·위축 문제’ 34.8%, ‘자살관련 문제’ 15.0%, ‘강박·불안 문제’ 14.5% 순으로 나타났다(여성가족부, 2020). 또한 2020년 여성가족부가 운영하는 청소년사이버상담센터(www.cyber1388.kr)를 통해 채팅상담 등 상담 서비스를 받은 청소년들의 주 호소문제 중 우울·위축, 강박·불안이 전년대비 약 66%가 증가한 7만여 건에 달하는 것으로 나타났다. 이처럼 청소년들이 불안·우울로 고통스러워하고 있고, 이를 극복하기 위해 상담서비스를 이용하는 빈도가 증가하고 있다. 나아가 청소년의 불안·우울 수준이 높아지면, 자해나 자살에 대한 사고나 시도 가능성도 증가하므로 조기 발굴과 효과적인 개입이 매우 중요하다(권석만, 2012). 실제로 보건복지부가 발행하는 ‘자살예방백서’에 따르면, 우리나라 청소년 인구 10만 명당 8.2명이 자살하고 있으며, 이는 OECD 33개 회원국 중 10세에서 24세 청소년 자살률이 10위로 나타났다(보건복지부, 중앙자살예방센터, 2020). 특히 2020년 코로나 19 바이러스 감염증이 국가 재난 상황으로까지 확대되면서 ‘코로나 블루’라는 용어가 일반화되는 등 청소년 정신건강에 대한 위협성이 지속적으로 감지됨에 따라 이에 대한 대응 필요성도 대두되고 있다(조상아, 2020; Alexander, B., Martin T., Venja M., Benjamin W. H., Madeleine H., Nora D., Adam S., Eva-Maria S., 2020).

이와 같은 청소년의 불안·우울 문제는 급격한 신체적, 인지적, 사회적 발달과 변화로 불안정한 정서 상태를 경험하지만 정서적 조절이 어려운 청소년기의 특성과 관련이 있다. 즉 청소년기는 정서적으로 불안정한 상태로 불안·우울을 어느 정도 경험하지만, 주변 환경이나 개인적인 성격 등 여러 요인과 상호작용하여 심화되는 경우가 많으므로 주의 깊게 살펴볼 필요가 있다(윤혜미, 남영옥, 2007; Selman, R. L., Schultz, L. H., & Yeates, K. O., 1991).

선행 연구들에 따르면, 우울을 경험하는 청소년은 낮은 자존감과 자아정체감에 혼란을 느끼거나(최명구, 김누리, 2007), 낮은 학업수행 또는 또래관계에서의 어려움 등 학교생활에서 적응하지 못하거나 무단결석, 분노 표출, 음주나 흡연 등과 같은 비행 행동, 불면증 등의 신체적인 고통을 호소하는 경우가 많다. 또한 불안장애로 진단 받은 청소년의 경우, 약 96%가 가슴 통증이나 답답함과 같은 신체 증상을 보이며, 불안이 심화되면 신체화 장애까지 이어지기도 한다(신현균, 2006; 장진영, 신현균, 2019). 우울을 경험하는 청소년은 수면장애나 식욕부진 등 신체 증상을 호소하거나 반항적이고 폭력적인 행동을 보이거나 불안장애가 동시에 나타나는 공존장애를 경험하는 경우가 많다(Wicks-Nelson, & Israel, 2009). 따라서 발달 특성에 따른 증상들이 발생하므로 성인의 우울과 다른 개입이 필요하다(김진주, 2011).

이렇듯 최근 청소년의 불안·우울 문제가 지속, 심화되고 있으나 청소년에게 적용 가능하며 효과성이 지속적으로 입증된 표준화된 프로그램은 찾아보기 어렵다(소수연, 주지선, 조은희, 손영민, 백정원, 2020). 이에 한국청소년상담복지개발원에서는 2020년에 청소년상담 현장에서 적용할 수 있는 표준화된 ‘불안·우울 청소년상담 개입 프로그램’을 개발하였고 국내·외 연구를 통해 청소년 불안과 우울 감소에 효과성을 인정받은 변증법적 행동치료와 인지행동치료 이론을 토대로 개인상담에서 사용할 수 있도록 매뉴얼로 제작하였다. 특히 프로그램 개발 과정에서 기존 연구 결과뿐만 아니라, 청소년상담 현장 전문가와 불안·우울로 상담 받은 경험이 있는 청소년들을 인터뷰하여 불안과 우울 회복에 핵심이 되는 주요 요인을 도출하여 개인상담에 적용할 수 있는 상담단계별 프로그램을 개발하였다. 구체적으로 상담 초기는 내담자의 불안·우울 위험수준 평가, 위기개입 및 안전절차 수립, 상담관계 형성, 상담구조화와 사례개념화가 주요 내용이다. 또한 초기에는 불안·우울 문제의 이해와 프로그램 특성 등을 안내하는 심리 교육 내용을 포함하였다. 상담 중기는 변증법적 행동치료(DBT)를 토대로 정서·인지·행동·대인관계 개입 기법을 4개 모듈로 구성하여 내담자 문제 특성에 따라 적용할 수 있도록 구성하였다. 상담 후기는 상담 종결 후 내담자가 일상생활에서 불안·우울을 야기하는 스트레스 상황 대처를 위한 방법과 강점 인식, 추수상담 계획 등을 포함시켰다. 개발된 프로그램은 청소년상담 현장 전문가와 학계 전문가에게 프로그램 효과성과 활용도를 평가받았으나 연구진행 일정의 제약으로 불안·우울 청소년에게 시범 적용하여 효과성을 입증하지 못하였다. 이에 본 연구는 2020년 개발된 ‘불안·우울 청소년 상담개입 프로그램’을 청소년에게 적용하여 이들의 심리적 증상이 유의미하게 감소되는지 검증하는 것이 첫 번째 목적이다.

두 번째 목적은 청소년상담 현장에 개발 프로그램을 적용할 수 있는 불안·우울 상담클리닉 운영 체계를 개발하는 것이다. 청소년상담 현장에서 고위기 청소년에 대한 개입을 할

때 병원이나 유관기관, 또는 부모나 보호자와의 긴밀한 협력이 필요하며, 빠르고 정확한 판단력으로 위기 상황에 대처해야하는 경우가 많다. 이와 같은 상황에서 상담자는 종종 소진을 경험하기도 한다. 그리고 상담자의 이론적 배경이나 수련 경험에 따라 상담 개입이 상이해 지속적으로 효과적인 성과를 도출하기가 어렵다. 따라서 표준화된 프로그램을 기반으로, 기관 내 숙련된 상담자가 포함된 위기관리팀이 함께 사례에 대한 자문을 하거나 상담자를 지원하는 등 관리 체계를 구축하는 것이 효과적인 상담 개입의 해답이 될 수 있다.

한국청소년상담복지개발원에서는 2019년부터 청소년 고위기 문제 개입 프로그램을 개발하고, 이를 청소년상담 현장에 적용하여 효과성을 제고시키기 위해 ‘상담클리닉 운영 모형’을 제안해 왔다. 본 연구도 이러한 연구 체계 하에 전년 개발된 불안·우울 상담개입 프로그램을 청소년상담복지 현장에 효과적으로 적용할 수 있는 운영 모형을 개발하고자 한다. 불안·우울 상담클리닉 운영 모형은 고위기 내담자들로부터 상담자를 보호하고, 궁극적으로 내담자에게 효과적인 상담 서비스를 제공함으로써 내담자 회복에 기여할 것으로 기대한다.

최근 사회복지를 포함한 대인서비스 분야에서는 근거기반 실천(Evidence-based practice: EBP)이 미국과 영국 등 서구사회에 폭넓게 확산되고 있다(Gambrill, 2006; Gibbs, 2003, Gossett & Weinman, 2007; Rosen, 2003; Rubin, & Parrish, D. E., 2010). 국외에서는 근거 기반실무를 위해 체계적인 문헌고찰과 연구를 통해 임상 장면에서 일관성 있게 사용할 수 있는 프로토콜, 지침서 기준을 마련하고 있다(최성희, 2012). 그러나 국내에서는 이를 체계적으로 현장에 적용한 연구는 소수에 불과하며, 관련 데이터베이스도 구축되지 않은 실정이다(이대식, 2009). 따라서 불안·우울 청소년들에게 본원에서 개발된 표준화된 상담 개입 프로그램을 적용하여 효과성을 검증하는 것은 근거기반실천 측면에서 의미가 있다.

2. 연구과제

본 연구 수행을 위해 다음과 같은 연구 과제를 설정하고자 한다.

첫째, 불안·우울 청소년 상담개입 프로그램의 효과성 제고를 위해 불안·우울 청소년 상담 클리닉 운영 모형을 개발한다.

둘째, 불안·우울 청소년 상담개입 프로그램과 상담클리닉 운영 모형의 효과성을 검증한다.

II. 이론적 배경

1. 근거기반실천(EBP) 연구의 필요성

근거기반실천(Evidence-based practice, 이하 EBP)은 치료적 메커니즘에 대한 지식과 전문성을 강화하면서 내담자의 특성, 환경, 선호에 대한 고려로 환자의 치료 효과성을 향상시키기 때문에(McKibbon, 1998) 의학, 심리학, 교육학, 공공정책 등 다양한 분야에서 널리 사용되고 있다(Levant & Hasan, 2008). EBP는 전문가의 주관적 판단이나 의견보다 환자 개입을 위해 사용 가능한 최상의 정보와 환자 개인의 결정에 초점을 맞춰야 한다는 근거기반의학(Evidence-based medicine)에서 출발한다(Rosenberg & Donald, 1995). 근거 기반 의학에서는 전문가 개인의 확인되지 않은 직관, 주관적인 경험 등의 권위적 치료를 경계한다. 환자에게 가장 좋은 치료는 체계적 연구를 통해 입증된 결과와 내담자의 가치 및 선호가 포함된 치료(Robert & Yeager, 2006)이며 이 같은 치료적 관점은 EBP에 그대로 나타난다.

치료자들은 보통 불확실한 상황에서 신속한 의사결정이 필요한 경우, 그들 자신의 경험이나 동료들의 조언에 의존하고 쉽게 찾을 수 있는 문헌에 접근하게 된다. 이 방법이 내담자 치료를 위해 치료자의 개입 효율성을 증가시킬지라도 때로 내담자 문제에 대한 진실된 접근을 방해하고 치료 효과를 저하시키는 요인이 된다. 제한된 임상경험을 가진 치료자는 환자의 상태를 제대로 평가하고 확인할 수 없으며 시대에 뒤떨어진 문헌과 연구결과를 치료 근거로 삼게 되면서 현재 내담자의 상황에 대한 치료적 접근에 상당한 오해가 발생할 수 있기 때문이다(McKibbon, 1998). EBP 실천가는 전통적인 관점에 대한 비판적 시각에서 출발한다. 전통적 치료나 동료로부터 나온 불충분한 근거보다는 내담자의 현재 상황에서 가장 적합할 수 있는 최신의 치료결과와 문헌을 적용할 수 있어야 하며, 치료 접근 또한 시간이 지남에 따라 언제든 변화될 수 있다는 것이 EBP 실천가의 관점이다.

내담자 가치와 임상적 전문성을 근거로 하는 EBP기반 연구를 위해서는 3가지 요소가 필요하다. 첫째, 이전 연구들을 통해 확보된 다양한 연구 설계와 결과를 바탕으로 최선의 증거를 수집해야 하고, 둘째, 임상적으로 훈련된 전문적인 치료자가 있어야 한다. 마지막으로, 내담자의 가치, 선호, 인종, 성별 등을 고려한 통합적인 의사결정이 있어야 한다(APA, 2006). 따라서 내담자를 위한 최선의 증거수집과 훈련된 치료자, 내담자의 개인적인 요인들을 통합

적이고 복합적 접근방법인 EBP는 권위적인 과거의 결과나 치료자 개인의 판단으로 이루어지는 단순한 과정이 아니기 때문에 EBP 실천가의 시간과 에너지를 필요로 한다.

EBP에 대한 관심은 의학, 심리학, 사회복지학 등 다양한 분야에서 활발히 논의되고 있으나 현장에 체계적으로 적용되고 있는 EBP 연구는 부족한 실정(이대식, 2009)이다. 특히 청소년에게 적용 가능한 EBP 기반 상담 프로그램은 국내에 전무한 상황이다. 청소년의 정신건강을 위협하는 문제가 복잡적이고 다양화되고 있는 현재 상황으로 볼 때 효과적이고 체계적인 청소년 문제 개입을 위한 EBP 기반 상담 프로그램 연구가 필요하다.

한국청소년상담복지개발원에서는 청소년 내담자 문제에 효과적으로 개입하기 위해 2018년부터 매년 1종씩 EBP 기반 프로그램을 지속적으로 개발하고 있다. 문제 유형별 개입 프로그램은 전통적인 이론을 토대로 개발되는 것이 아니라 청소년 문제 개입을 위한 최신의 이론적 배경 비교와 숙련된 상담자가 청소년 내담자에게 미치는 프로그램의 효과와 현장 적용성을 3년 동안 확인하며 개발을 진행한다. 신규 개발한 상담 개입 프로그램(1년차)의 효과성을 높이기 위해 프로그램 개입 내용이 포함된 상담클리닉 운영 모형을 개발(2년차)하고 이후 전국 청소년상담복지센터에 보급하여 직접적인 효과 검증 및 현장 적용성을 확인(3년차)함에 따라서 지속 수정·보완하는 과정을 거친다. 현재까지 개발이 완료된 EBP 프로그램은 “자살·자해 청소년 상담 개입 프로그램”(2018)이며 진행 중인 프로그램으로는 “성폭력 피해 청소년 상담 개입 프로그램”(2019), “불안·우울 청소년 상담 개입 프로그램”(2020)이 있다.

2. 상담클리닉 운영 모형 개발 연구

현재까지 한국청소년상담복지개발원의 EBP 기반 프로그램 중 상담클리닉 운영 모형이 개발된 프로그램은 ‘자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형’(2019)과 ‘성폭력 피해 청소년 상담클리닉 운영 모형’(2020)이 있다. 상담클리닉 운영 모형의 개발 목적은 시도 및 시·군·구 청소년상담복지센터 등 청소년 상담기관에서 효과적이고 체계적으로 자살·자해 및 성폭력 피해 청소년 사례에 개입하기 위함이다. 상담클리닉 운영 모형은 3개 영역과 2개 주제로 구성된다. 상담클리닉 운영 모형의 영역은 상담 접수 단계인 ‘긴급대응 단계’와 상담을 진행하는 ‘상담개입 단계’, 상담 종결 후 추수 개입이 실시되는 ‘추수 관리 단계’이며 각 영역에 대한 주제는 상담개입을 실시하는 ‘상담자’와 기관의 위기관리 기능을 다루는 ‘위기관리팀’의 역할이다. 즉, 상담클리닉 운영 모형은 긴급대응 단계부터 추수상담까지 자살·자해와 성폭력 피해 등의 고위기 문제를 겪고 있는 내담자 개입을 위한 상담자와

위기관리팀에서 수행해야할 절차와 요소에 대해 상세히 안내한다. 긴급대응 단계에서 상담자는 접수면접과 사례평가를 실시해야하며 문제영역별로 사례 평가 시 필요한 심리검사 도구를 알 수 있어야 한다. 이 단계에서 위기관리팀이 구성되며 접수면접과 심리평가 결과에 따른 내담자의 위기수준과 심리상태를 평가하고 지원계획을 세워야 한다. 내담자에게 약물 치료나 입원치료 등이 필요한 경우, 다른 기관으로 연계하는 방안을 마련해야 하고 기관에서 관리가 결정된다면 상담자를 배정해야 한다. 상담개입단계에서 상담자는 자살·자해 및 성폭력 피해 청소년 상담 개입 매뉴얼에 따라 내담자 상담을 진행하게 되며 위기관리팀은 지속적인 사례 자문과 슈퍼비전을 통해 사례를 모니터링하고 관리한다. 추수관리 단계에서 상담자는 종결평가 결과에 따른 위기관리팀의 종결 사례회의를 통해 상담을 종결되며 위기관리팀의 자문과 슈퍼비전을 받으며 추수상담을 진행한다. ‘자살자해 청소년 상담클리닉 운영 모형’ 과 ‘성폭력 피해 청소년 상담클리닉 운영 모형’ 은 프로그램 연구 개발 시 모형에 기반한 상담 개입이 기존 상담자들의 개별 역량에 따른 상담 개입보다 효과적임이 검증되었다. 이와 같은 이유로 본 연구에서는 불안·우울 문제를 경험하고 있는 청소년들의 상담 개입 효과성 향상을 위해 ‘불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형을 개발하고자 한다.

3. 청소년 불안·우울 상담개입 프로그램 효과성 연구

가. 국내 연구

최근 상담심리분야에서도 근거기반치료(Evidence-Based Treatment) 마련을 위한 프로그램 개발과 효과성 연구들이 활발히 진행되고 있으며 청소년의 불안·우울 관련해서도 심리치료 이론 기반의 효과성 연구들이 보고되고 있다. 국내의 청소년 불안·우울 연구에서 주로 활용되고 있는 심리치료 이론은 인지행동치료(김채순, 2012; 김선민, 2016), 마음챙김 기반 인지치료(김영선, 최윤정, 2016; 장진영, 신현균, 2019)와 변증법적 행동치료(권혜미, 2013) 그리고 동기강화상담(김금숙, 2015) 등이 있다. 각 연구는 불안과 우울을 함께 다루기보다 대부분은 특정문제 개입에서의 불안 혹은 우울의 개별효과를 검증한 연구가 다수였으며, 각 연구의 효과와 내용은 아래 <표 1>에 제시하였다.

<표 1> 국내 심리치료이론 기반 청소년 불안·우울 효과성 연구

심리치료이론	저 자	대 상	회기방식	주요 구성 내용	프로그램 효과
인지행동치료	김선민 (2016)	저소득층 초등학생	10회기/집단	<ul style="list-style-type: none"> • 인지행동치료 이해 • 자동적사고/인지왜곡 다루기 • 감정을 인식하고 다루기 • 또래관계 맺기 연습 • 자기주장 훈련 	<ul style="list-style-type: none"> - 우울감소 - 자동적사고 감소
	김채순 (2012)	우울 경증 이상 청소년	10회기/집단	<ul style="list-style-type: none"> • 행동변화 그래프 작성 • 자기강화 및 자기교시 훈련 • 자동적 사고 식별 • ABCDE 적용 • 효과적인 감정표현 연습 • 긍정적 자기진술 연습 	<ul style="list-style-type: none"> - 우울감소 - 자기통제력 향상
마음챙김 기반 인지치료	장진영 신현균 (2019)	불안증상 중학생	10회기/집단	<ul style="list-style-type: none"> • 마음챙김 교육 및 훈련 • 생각/감정/신체감각 구분하고 알아차리기 • 불안에 마음챙김 적용하기 • 나의 진로가치와 목표탐색 	<ul style="list-style-type: none"> - 불안 신체증상 감소 - 걱정불안 감소
	김영선 최윤정 (2016)	정서·행동 관심군 고등학생	8회기/집단	<ul style="list-style-type: none"> • 생각과 감정 알아차림 • 현재자각 및 집중 • 허용하기 내려놓기 연습 • 거리두기(탈중심화) • 마음챙김 	<ul style="list-style-type: none"> - 우울감소 - 자살사고 감소
변증법적 행동치료	권혜미 (2013)	우울 고위험군 중학생	7회기/집단	<ul style="list-style-type: none"> • 마음챙김 훈련 • 고통감내 기술 연습 • 감정조절 연습 • 대인관계 기술 연습하기 	<ul style="list-style-type: none"> - 우울감감소 - 자기절제력 증가 - 대인관계 능력향상
동기강화상담	김금숙 (2015)	학습된 무기력의 특성화고 1학년	12회기/집단	<ul style="list-style-type: none"> • 자기상 인식 및 자기표현 능력 증진 • 과거 및 미래의 모습에 대한 양가감정탐색, 변화에 대한 동 기강화 • 변화를 위한 해결책 탐색, 자 기효능감 증진 • 가치관명료화, 사회적 지지자 원 탐색 • 변화에 대한 긍정마인드 강화 	<ul style="list-style-type: none"> - 우울 감소 - 진로태도 - 성숙도 향상

인지행동치료는 아동청소년 불안과 우울 문제 개입의 가장 효과적인 방법으로(신경민, 2020). 본 연구에서 살펴본 김채순(2012), 김선민(2016)의 연구에서도 청소년 대상으로 부정적인 자동적 사고를 탐색, 왜곡된 사고 수정, 이완과 노출훈련, 대인관계 및 문제해결능력 습득, 행동변화계획 수립 등 다양한 인지행동치료 전략으로 구성된 인지행동치료 집단상담을 실시한 결과 청소년들의 우울이 감소하였으며 우울뿐만 아니라 자동적사고 감소, 자기통제력 향상에도 효과가 있는 것으로 나타났다.

또한 청소년 불안과 우울에 효과적인 방법은 인지행동치료의 새로운 흐름으로 주목 받고 있는 마음챙김 기반 인지치료(Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT)이다. 이와 같은 방법은 마음챙김 기반 스트레스 감소(Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) 프로그램을 바탕으로 인지치료 기술을 추가하여 우울장애의 재발 방지를 위해 개발되었다(Segal, Williams, & Teasdale, 2006)이다. 최근 다양한 영역과 대상으로 그 활용 범위가 확대되고 있으며, 우울장애 뿐만 아니라 범불안장애 및 불안증상 완화에도 효과적이라고 보고되고 있다(Evans, Ferando, Findler, Stowel, Smart & Haglin, 2008). 국내에서도 우울과 불안을 중심으로 메타분석이 실시되었으며, 그 결과 모두 유의미한 효과를 확인할 수 있었다(조희현, 이주희, 2017). 세부적으로 김영선과 최윤정(2016)의 연구에서는 정서·행동 관심군 고등학생 18명을 대상으로 8회기 마음챙김 기반 인지치료(MBCT-C) 프로그램을 적용한 결과 우울 및 자살생각이 유의미하게 감소하고, 개인적 고통, 신체증상, 대인관계 어려움, 사회적 문제, 행동장애, 정신과적 증상의 측면에서도 개입 후 유의하게 감소되었으며, 장진영과 신현균(2019)의 연구에서는 우울과 불안을 호소하는 중학생을 대상으로 10회기 마음챙김 기반 인지치료(MBCT-C) 프로그램을 적용한 결과 불안관련 신체증상과 걱정, 불안이 유의미하게 감소하고 마음챙김 관찰능력이 유의미하게 상승하였음을 보고하였다. 국내 마음챙김 기반 인지치료 프로그램은 주로 8회기에서 10회기의 집단상담 방식으로 진행되고 있으며 우울과 불안의 감소뿐만 아니라 자살사고 감소, 자기통제력 향상 등에도 효과가 있는 것으로 나타났다. 프로그램 구성은 주로 Segal(2002)이 개발한 MBCT 프로그램과 이를 아동청소년 대상으로 표준화한 MBCT-C 프로그램(Semple & Lee, 2011)을 기반으로 대상별 특성에 따라 인지치료 방식을 보완하여 운영하고 있으며 명상과 호흡, 알아차림 등의 마음챙김 기술훈련과 수용과 가치전념 등의 활동을 주요 내용으로 포함하고 있다.

변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy: DBT)는 자살·자해 행동을 보이는 환자들을 치료하기 위한 방법으로 개발되었으며, 기분장애, 불안장애, 중독장애, 섭식장애, 충동 조절장애, 성격장애를 가진 환자들에게로 적용이 확장되고 있다(Marra, 2005). 변증법적 행동치료에서는 마음챙김, 고통감내, 정서조절, 대인관계의 4가지 기술을 주요 훈련 목표로 하

고 있으며, 표준화된 인지행동치료에서 더 나아가 스스로를 완전히 수용하고 주변 역시 있는 그대로 받아들일 수 있도록 훈련하는 것을 강조하고 있다(Linehan, 1993a). 국내의 청소년 불안 우울 관련 효과성 연구는 권혜미(2013)의 연구가 유일하며 우울 고위험군 중학생을 대상으로 마음챙김, 고통감내, 정서조절, 대인관계 4가지 기술훈련을 포함한 7회기 집단상담 프로그램을 운영한 결과, 우울감 감소, 자기조절력 향상, 대인관계능력 향상이 보고되었다. 변증법적 행동치료가 청소년의 자살 및 자해행동에 높은 효과(Miller, Wyman, Huppert, Glassman, & Rathus, 2000; Woodberry & Popenoe, 2008)가 있다는 많은 연구에도 불구하고 자살과 깊은 관련이 있는 불안·우울과 관련한 효과성 검증 연구는 국내에 거의 없는 실정이다.

마지막으로, 청소년의 심리발달 특성을 고려한 개입 방법인 동기강화상담(Motivational Interviewing: MI) 관련 연구이다. 청소년기는 자율성과 정체성을 발달시키는 시기로, 권위를 보이는 대상에게 의존하면서도 반항하며 그 과정에서 양가감정을 가진다(소수연 외, 2020). 상담 또한 자발적이기 보다 보호자나 주변인에 의해 참여하게 되는 경우가 많기 때문에 상담 동기를 높이는 것이 상담의 효과를 결정짓는 중요한 요인이다. 동기강화상담은 이처럼 내담자 스스로 자신의 행동 변화에 대한 양가감정을 탐색하고 해결해갈 수 있도록 상담자가 조력함으로써 내담자의 동기와 자발적 변화를 이끌어 내는 내담자 중심의 상담기법이다(Miller & Rollnick, 2002). 초기 알코올 문제가 있는 사람들에게 건설적인 대처방안을 실천할 수 있도록 하는 목적으로 개발되었으나(신성만, 류수정, 김병진, 이도형, 정여주, 2015), 최근에는 알코올 문제뿐만 아니라 흡연, 약물, 섭식 중독과 같은 중독 행동(Miller & Rollnick, 2006) 및 청소년의 약물사용, 비행 및 반사회적 행동의 감소에도 효과가 있음이 밝혀졌다(Dishion & Kavanagh, 2003). 또한 Arkowitz, Westra, Miller와 Rollnick(2008)은 우울과 불안, 자살문제, 도박중독과 같은 문제에서도 동기강화상담이 유용하다고 제시하고 있다. 국내의 동기강화상담을 기반으로 청소년의 불안·우울 효과성을 검증한 연구는 김금숙(2015)의 연구가 있다. 학습된 무기력성향을 가진 특성화 고등학교 1학년을 대상으로 12회기 집단상담을 운영하였으며 그 결과 우울의 감소, 진로태도 성숙도가 향상된 것으로 나타났다.

지금까지 살펴본 국내의 청소년 불안·우울 관련한 연구들은 대부분 집단상담 형태로 구성되어 있었으며, 개인상담 기반의 효과성을 검증한 프로그램은 찾아보기 어렵다(소수연 외, 2020). 개발된 프로그램 또한 청소년 상담현장에 적극 활용되거나 지속적인 효과 검증들로 이뤄지지 않고 있었다. 이는 프로그램의 현장 적용이 어려움을 의미하는 것으로, 증기하는 청소년 불안·우울 문제를 생각할 때 상담 현장에서 적극적으로 활용될 수 있는 실제적인 상담 프로그램 개발이 필요할 것으로 사료된다. 특히 개인에게 주어진 다양한 상황과 환경에 따른 맞춤형 개입이 가능한 개인상담 기반 프로그램과 공병률이 높은 불안과 우울을 함

게 다루고 효과성을 검증하는 청소년 연구 또한 더 많이 진행될 필요가 있다.

나. 국외 연구

국외에서 청소년 불안·우울과 관련하여 인지행동치료의 관점에서 개입한 프로그램을 살펴보면, 전반적으로 불안과 우울이 높은 청소년을 대상으로 10회기~15회기 개입하는 것으로 나타나 회기 수에는 큰 차이가 없다. 대부분의 프로그램에서 행동기술을 습득한 후 우울 증상이 감소하는 상관관계가 나타났으며, 개인상담과 집단상담을 동시에 진행하는 프로그램이 다수였고, 대부분의 프로그램에서 부모교육이 함께 제공되고 있다. 특히 최근 연구에서는 불안·우울 증상을 줄이는 효과적인 방법으로 부모교육과 더불어 사회감정훈련 프로그램이 효과가 크다는 보고가 있다. Roberts et al(2003)은 학교에서 불안우울 예방하기 위한 인지행동 기술을 활용한 감정적 프로그램인 FRIEND for Life를 개입한 결과, 불안우울이 감소하고 학교생활에 있어서도 능동적인 대처 기술이 생겼음을 밝혔다. Ginsberg(2002)와 Clarke(2001), Webb(2019)는 우울과 불안증상이 높은 청소년을 대상으로 인지재구조화, 행동 활성화기법 프로그램 개입을 하여 내담자의 불안 및 우울을 감소했다는 결과를 밝혔다.

변증법적 행동치료를 근거로 한 해외 프로그램의 경우, 아래의 <표 2>와 같이 다양한 방법으로 진행되고 있다. 정기적인 상담을 통하여 대처기술을 훈련하는 프로그램으로 6회~24회기, 분기별 회기 등 다양하게 구성되어 있으며, 특히 변증법적 행동치료의 주 강점인 감정에 대한 마음챙김, 삶에 대한 도전적인 자세 훈련, 고통 인내 훈련 내용이 포함되어 있다. Fische(2015)의 연구에서는 불안우울을 가진 청소년뿐만 아니라 이를 양육하는 부모들 사이에서 인식된 스트레스, 불안 우울증에 대한 명상 기반 개입(MBI)을 검토한 결과, 부모와 청소년 집단 모두에게 효과가 있다고 밝혔다. 이와 같은 연구들을 통해 생각해 볼 수 있는 시사점은 모든 선행 프로그램에서 불안우울 상담개입에 있어 부모교육을 중요시 하였다는 점이다. Dietz et al (2014)과 Spence et al(2011) 연구는 부모의 불안우울 감소가 청소년의 불안우울 증상에 매개가 된다는 결과를 보여준다.

<표 2> 국외 심리치료이론 기반 청소년 불안·우울 효과성 연구

이론	저자	대상	회기	주요 구성내용	주요 변인 및 결과
인지 행동치료	Roberts et al (2003)	우울 증상이 높은 11~13세 청소년 90명	12회기 집단	<ul style="list-style-type: none"> • 인지재구조화 • 사회기술훈련 • 대처기술, 문제해결 기술 	- 불안 및 우울 감소

이론	저자	대상	회기	주요 구성내용	주요 변인 및 결과
	Ginsberg et al (2002)	우울 장애와 불안장애 청소년	10회기 집단+개인	<ul style="list-style-type: none"> 왜곡된 생각 파악 긍정적인 생각, 감정 연습 	- 불안 및 우울 감소
	Clarke et al (2001)	우울 증상이 높은 13~18세 청소년 94명	15회기	<ul style="list-style-type: none"> 인지재구조화 부모 교육과 동시 진행 	우울 감소
	Webb et al (2019)	주요 우울 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 	<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 나타내지 않음.
변증법적 행동치료	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 어머니의 우울증상이 낮을 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 부모를 위한 양육전략 획득에 초점 	<ul style="list-style-type: none"> 온라인프로그램과 오프라인 프로그램 집단 모두 불안 증상 감소 불안 증상 감소는 6개월, 1년 후에도 유지되었으며 두 가지 프로그램 사이에 차이는 미미함
	Fische et al (2015)	1년 내 자살 또는 자해 시도 경험 14~17세 청소년 7명	24회기 개인	<ul style="list-style-type: none"> 정서 조절 훈련 	<ul style="list-style-type: none"> 자살적 자해 행동 감소 우울 수준유지
	Aviram et al (2016)	CBT를 받은 적이 있는 범불안장애 청소년 30명	15회기 개인	<ul style="list-style-type: none"> 상담자가 높은 지지 수준제공 동기강화 상담대해 수퍼비전을 받으면서 회기진행 	- 일반적 동기강화상담과 달리 맥락 특수적 동기강화상담을 받은 내담자 집단은 걱정 수준이 감소

<출처: 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 개발: 불안우울, 한국청소년상담복지개발원, 2020 재구성>

다. 한국청소년상담복지개발원 청소년 불안·우울 연구

한국청소년상담복지개발원에서는 청소년의 불안·우울 문제 개입을 위해 “고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 불안·우울” (소수연 등, 2020) 개발 연구를 수행하였다. 이 연구는 문헌고찰, 청소년상담 기관요구조사, 청소년상담 현장전문가 및 청소년 내담자의 심층 면접, 현장 전문가로부터의 프로그램 구성 적절성과 효과성 평가 과정을 통해 청소년상담 현장에서 실제적으로 활용할 수 있도록 개발되었다. 프로그램 주요 특징과 세부 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 본 프로그램은 청소년의 불안·우울 문제의 공존 상태를 고려해 통합적 관점으로 구성되었으며, 불안 및 우울과 같은 주요 정서문제 개입에 효과가 있다고 검증된 변증법적 행동치료(Dialectical Behavioral Therapy: DBT) 이론을 적용하여 개인상담 장면에서 초점을 두어 개발되었다. 또한 프로그램이 현장에 유용하게 활용될 수 있도록 청소년상담복지센터의 주요 청소년 내담자 특성과 상담환경 등을 고려하여 초등학교 고학년 이상을 대상으로 매뉴얼이 구성되었다.

둘째, 상담개입 단계는 크게 초기·중기·후기로 구분되어 있다. 각 단계별로는 청소년 불안·우울 문제 개입에서 핵심적으로 다루어져야 할 정서, 인지, 행동, 대인관계에 관한 요소 및 청소년의 비자발적 참여 동기를 고려한 내용으로 구성되었으며, 청소년별 문제 특성에 맞게 활용될 수 있도록 모듈 형태로 구성되었다. 또한 매뉴얼 초반부에는 불안과 우울 문제와 관련된 청소년의 환경과 주요증상, 불안과 우울을 극복해 가는 과정이 제안되어 있으며, 각 단계에 전반적으로 보호자상담 및 교육내용을 함께 포함하였다. 매뉴얼 후반부에는 상담자의 소진 예방 및 관리방안 등의 내용을 담아 상담자가 간접적으로 겪게 되는 심리적 어려움을 조절하는데 도움을 받을 수 있도록 하였다.

셋째, 상담개입 단계별 내용 구성의 특징을 살펴보면, 초기 단계는 불안이나 우울문제로 동반되는 문제행동의 위험수준 평가, 위기상황 안전계획 수립 등을 앞부분에 구성하여 중요성을 강조하였으며, 상담자와 내담자의 긍정적 상담관계 형성과 구조화에 관한 내용을 포함하여 보호자 및 청소년의 적극적 참여를 도울 수 있게 하였다. 중기 단계는 ‘정서, 인지, 행동, 대인관계’ 영역별 프로그램과 연습문제로 구성되어 청소년 상황에 따라 프로그램을 선택하거나, 상담실 밖에서도 시도해 볼 수 있도록 과제로 제시하였다. 후기 단계는 상담 초기와 중기 단계에서 습득하고 연습했던 불안·우울 조절 방법들을 복습하고, 일상생활에서 불안이나 우울로 힘들 때 어떤 기법을 사용하는 효과적일지 내담자가 패키지(Package)로 만들어 적용하도록 하였다. 또한 긍정적인 자기개념 형성과 미래 계획을 수립하여 상담성과

를 다질 수 있는 시간이 되도록 구성되어 있다.

넷째, 상담개입 단계별 프로그램마다 상담자 반응 예시와 팁(Tip), 그리고 시트지를 수록하여 매뉴얼 활용도를 제고하였다. 또한 매뉴얼 마지막 부분에는 청소년상담 현장에 도움이 될 수 있도록 자원을 연계하고 발굴하는 방법을 수록하여 상담자가 내담자 문제 특성에 맞게 개입할 수 있도록 하였다.

다섯째, 프로그램 전반에 걸쳐 코로나19와 같이 대면이 어려운 상황에서 화상 및 전화상담으로 개입 팁을 제시함으로써 불안·우울 문제 청소년 상담 개입이 지속될 수 있도록 하였다. 최종 완성된 불안·우울 청소년 상담개입 매뉴얼의 단계별 세부 구성 내용은 <표 3>과 같다.

이상에서 살펴 본 청소년 불안·우울 문제 상담개입 프로그램의 구성 내용은 현장전문가 10명에 의해 적절성과 효과성을 평가 받았다. 평가 결과, 프로그램 효과성과 현장 활용도 점수가 5점 만점에 4.5점과 4.4점으로 비교적 높은 점수를 받아 프로그램 구성에 대한 문제는 특별히 나타나지 않았다. 회기별 효과성 평가에서도 초기, 중기, 후기 단계의 전체 평균이 4.4점(5점 만점)으로 나타났다. 그러나 이러한 평가에도 불구하고 구성된 프로그램이 실제 청소년상담 현장에서도 유용하게 적용될 수 있을지의 경험적 검증과정이 필요하다. 이를 위해 본 프로그램을 청소년상담복지센터에서 직접 시범운영하여 현장에서 적용 가능한 운영모형을 추가로 개발, 보급할 필요가 있다. 이를 통해 불안·우울과 같은 정서적 문제를 지닌 고위기 청소년을 더욱 효과적으로 도울 수 있을 것으로 기대한다.

<표 3> 불안·우울 청소년 상담개입 매뉴얼의 단계별 구성 내용

단계	목표	주요 내용	세부 내용
상담 초기	<ul style="list-style-type: none"> • 신뢰감 형성 • 위기수준 평가 • 위기 개입 및 안전절차 수립 • 심리교육 • 사례개념화 • 보호자 상담·교육 	상담관계 형성	- 긍정적 상담관계 형성 및 상담동기 강화
		위험수준 평가	- 불안·우울 수준 평가 - 위험·보호요인 평가
		안전계획 수립	- 위기상황 대처방법 탐색 - 안전 서역사 작성
		상담과정 안내	- 프로그램관련 심리교육
		문제행동 분석	- 문제행동 분석 양식 작성
		상담목표 설정	- 상담 목표 설정
		보호자상담 및 교육	- 불안·우울문제 이해 - 양육방식 점검 및 서약

단계	목표	주요 내용	세부 내용
상담 중기	<ul style="list-style-type: none"> 정서·인지·행동·대인관계 향상 기법 습득 보호자상담·교육 	정서조절 방법 습득	<ul style="list-style-type: none"> 정서조절의 이해하기 주의 환기하기 자기 위안 방법 익히기 마음챙김 방법 익히기 정반대 행동을 통한 정서조절하기 보호자상담 및 교육
		합리적 사고 방법 습득	<ul style="list-style-type: none"> 생각의 중요성 이해하기 부정적인 생각 찾기 탐정처럼 생각하기 지혜로운 마음 갖기 보호자상담 및 교육
		행동변화 기법 습득	<ul style="list-style-type: none"> 행동 변화의 중요성 이해하기 변화하고 싶은 행동 증진하기 보호자상담 및 교육
		대인관계 형성 기법 습득	<ul style="list-style-type: none"> 대인관계 특징 이해하기 효과적인 대인관계 방법 찾아보기 보호자상담 및 교육
상담 후기	<ul style="list-style-type: none"> 스트레스 대처 방법 습득 자존감 향상 및 미래계획 설계 상담 종결 및 추수상담 계획 수립 보호자상담·교육 	스트레스 대처 행동 습득	<ul style="list-style-type: none"> 예상되는 스트레스 알아차리기 스트레스 상황에서 사용 가능한 응급상자패키지 만들기
		긍정적 자기개념 및 미래 계획 수립	<ul style="list-style-type: none"> 나의 강덤 찾기 미래 계획 수립하기
		상담 종결 및 추수상담 계획	<ul style="list-style-type: none"> 상담 성과 평가하기 추수상담 안내하기
		보호자상담 및 교육	<ul style="list-style-type: none"> 상담 성과 전달하기 일상생활에서 자녀 지지하는 방법 교육
부록	<ul style="list-style-type: none"> 상담자 소진관리 		<ul style="list-style-type: none"> 상담자 소진 점검하기 상담자 소진 관리하기

4. 청소년상담복지센터의 불안·우울 청소년 위기 개입

대부분의 청소년상담복지센터에서는 청소년 불안·우울 사례를 관리하는 구조화된 대응 매뉴얼을 갖고 있지는 않지만, 센터별로 운영 특성에 따라 위기 대응체계를 구축하고 있다. 많은 경우 불안·우울 청소년 사례에 대해 별도로 관리하기 보다 일반상담과 동일한 프로세스로 상담개입을 하고 있다. 구체적으로 사례판정 회의를 통해 개별 위기 수준을 평가하고 이를 토대로 긴급개입을 하거나 지원 방향을 결정하는 등 위기유형별 맞춤형 대응을 하고 있다.

일반적으로 청소년상담복지센터에서의 위기개입 과정은 접수단계, 사례판정 및 긴급대응 단계, 상담개입 단계, 종결 및 추수관리 단계의 4단계로 구분할 수 있다.

가. 접수단계

불안·우울 청소년 사례 접수 및 상담신청은 청소년 본인이나 보호자, 학교, 유관기관, 주변의 지인 등 다양한 경로를 통해서 이뤄지고 있다. 주로 청소년전화 1388이나 센터의 상담 전화 등을 통해 접수되는 경우가 많으며, 홈페이지 상의 온라인 접수시스템이나 공문, 메일이나 문자상담 등을 통해서도 접수가 진행되고 있다. 즉시적인 상담접수를 요구하는 경우가 많아 상담실에 예약을 통해 방문 접수를 하기 보다 온라인이나 전화로 접수가 이뤄지는 경우가 대부분이다. 상담접수 시 불안과 우울을 직접 호소하는 경우도 있지만, 접수 후 상담 진행 시 호소문제에 대한 어려움을 탐색하는 과정에서 불안과 우울 문제가 드러나는 경우도 있다. 접수단계에서는 주로 상담접수를 위한 내담자 인적사항과 호소문제를 구체적으로 파악하는 것을 우선으로 하고 있으며, 긴급개입을 위한 위기수준 평가가 함께 진행된다. 우울이나 불안을 호소하는 사례의 경우, 자살이나 자해행동 등과 같은 고위기 문제행동이 나타나기도 하므로 상담 초기 내담자 위기수준을 면밀하게 평가하는 것이 중요하다.

나. 사례판정 및 긴급대응 단계

청소년상담복지센터에서는 일반적으로 상담접수 후 사례판정회의를 통해 접수사례를 평가하고, 그에 따른 적합한 개입방법을 결정하고 상담자를 배정한다. 사례판정회의는 주로 상담팀에서 주관하며 필요시 타 부서와 유기적으로 협력하여 사례판정을 진행한다. 사례판정회의에서는 접수된 상담기록을 검토하며 문제유형에 적합한 상담자를 배정하거나 즉시적

인 긴급대응이 필요한지를 판단한다. 보통 일상생활 유지가 가능한 수준일 경우, 일반상담으로 배정하여 상담을 진행하며 탐색된 내용 중 위기경험이 포함된 경우나 일상생활 유지가 어려운 고위기 사례에 대해서는 내담자의 상황을 다시 한 번 파악하여, 이에 대한 개입 방향 수립과 긴급대응 여부를 결정하게 된다. 고위기 사례의 경우, 적절한 사례편정을 위해 접수상담을 따로 진행하여 위기수준을 평가하기도 한다. 위기수준 평가에는 주로 상담경력이 많은 상담자가 직접 면담을 수행하며 더불어 YSR이나 MMPI, BDI, BAI 등의 심리검사를 활용하여 내담자 상태와 문제 원인 등을 평가한다. 또한 사안에 따라 통합사례회의를 열어 관련 전문기관과 함께 위기 정도를 평가하기도 한다.

사례판정회의에서 즉시적인 위기개입이 필요하다고 결정 되면 긴급대응이 진행된다. 범죄 및 성폭력 피해, 학대 및 방임, 그밖에 외상 경험 등 압도적인 불안을 경험하고 있는 내담자의 경우 신속한 위기개입과 심리적 안정화가 진행될 수 있도록 전문병원을 연계하고 피해회복을 위한 관련기관 신고조치도 함께 진행된다. 또한 자살 및 자해 등 신체 상해의 위험이 높은 내담자의 경우 안전을 최우선으로 고려하여 부모 및 보호자 등에게 관련 사실을 안내 후 안전을 확보한 후 사안에 적합한 기관으로 연계하여 필요한 서비스를 제공받을 수 있게 한다.

청소년상담복지센터는 아동학대 및 성폭력 피해 사실을 인지한 경우, 즉시 신고를 해야 하는 의무가 있으므로 이와 같은 사례 접수 시 구체적인 피해사실을 확인 후 내부회의를 통해 신고절차와 방법을 확인하고 결정할 필요가 있다. 내담자가 신고를 원치 않거나 보호자에게 연락하기를 거부할 경우, 내담자의 불안함을 충분히 공감하며 신고의 필요성을 다시 전달하여 내담자가 안심하고 신고를 할 수 있도록 조치한다. 또한 센터에서는 지역 내 청소년안전망 구축을 통해 위기사안 발생 시 위기 유형별 연계가능 자원을 상시 확보하기 위한 노력을 하고 있으며, 즉시적인 서비스 연결이 이루어질 수 있도록 지역 내 유관기관과 긴밀한 연계협력 체계를 구축하고 있다.

다. 상담개입 단계

긴급대응이 필요하지 않거나 긴급대응 이후 지속적인 상담이 필요한 사례일 경우, 청소년상담복지센터에서 상담개입을 진행한다. 내담자별로 평균 10회에서 15회기 정도의 상담개입이 이루어지고 있으며, 사례판정회의를 통해 배정된 상담자는 상담 초기 내담자의 위기 수준과 호소문제를 토대로 상담목표를 수립한다. 불안과 우울 사례의 경우, 정서적 조절을 통한 심리적, 신체적 안정감 회복을 주요 목표로 설정하고 있으며, 이를 달성하기 위해 상담자 개인이 훈련받은 치료접근법을 활용하여 세부적으로 개입해 나간다.

또한 내담자의 안전한 환경조성을 위해 부모나 보호자 상담을 별도로 진행하기도 하며, 구체적인 내담자의 위기 수준 평가를 위해 개별 심리검사나 종합 심리검사를 진행한다. 더불어 상담진행 과정에서 내담자의 심리적 안정과 변화를 촉진할 수 있는 다양한 자원을 연계하는 작업도 상담개입 단계에서 이뤄진다. 상담 진행 중 추가적인 위기가 발견되거나 내담자가 위기상황에 놓이게 되면 담당 상담자는 해당 사실을 센터에게 보고하여 내담자의 위기에 대해 적절한 조치가 이루어질 수 있도록 한다. 이를 위해서 센터에서는 정기적인 사례회의 및 슈퍼비전을 제공하고 있으며 진행 사례들에 대한 모니터링을 수시로 진행하며 적절한 상담개입이 이뤄질 수 있도록 관리하고 있다.

라. 종결 및 추수관리 단계

정해진 상담개입 회기가 끝나게 되면 초기 설정한 상담목표 달성 정도를 평가하여 위기 수준이 낮아지거나 문제가 해결되었을 경우, 종결을 준비하며 추가 개입이 필요한 경우 사례를 연장한다. 이때 내담자가 충분히 종결을 준비할 수 있도록 사전에 충분한 준비 회기를 거치는 것이 중요하다. 많은 불안 우울 사례의 경우, 단기간에 문제가 호전되거나 해결되지 않는 경우가 많기 때문에 사례 개입 기간을 연장하기도 한다. 또한 당장은 문제가 해결된 듯 보여 종결을 했지만 다시 문제가 나타나 반복적으로 상담을 신청하게 되는 경우도 종종 있다. 이에 종결 이후에도 센터와 지속적인 연계가 유지되고 내담자들이 일상생활을 잘 지킬 수 있도록 추수관리를 진행하는 것이 아주 중요하다. 정기적인 추수면담을 통한 추수관리를 진행할 수 있으며 전화 및 문자를 통해 지속적으로 상담센터와의 연결감을 갖게 하는 것도 추수관리에 포함될 수 있다. 이와 같은 추수관리를 통해 내담자들은 일상을 좀 더 잘 유지하거나 다시금 어려움이 발생했을 때 빠르게 센터의 도움을 받을 수 있게 된다.

5. 시사점

앞에서 살펴본 바와 같이 청소년들이 상담 현장에서 가장 많이 호소하는 문제가 불안·우울 문제이며(한국청소년상담복지개발원, 2021), 2020년 코로나 팬데믹을 겪으면서 청소년의 정신건강 문제가 심화되는 형상을 보이고 있다(세계일보, 2021. 10.1). 이에 한국청소년상담복지개발원에서는 2020년 청소년 개인상담에 적용할 수 있는 ‘불안·우울 상담개입 매뉴얼’을 개발하였다. 그러나 개발된 매뉴얼이 청소년상담 현장에 안정적으로 정착하기 위해서는 표준화된 매뉴얼뿐만 아니라 매뉴얼을 적용할 수 있는 체계를 구축하는 것도 매

우 중요하다. 선행연구에서국내·외 청소년 불안·우울 문제 개입을 위한 다양한 프로그램을 확인하였으나,정작 청소년상담복지센터 등 일선 기관에서 이들 프로그램을 적용하는 데는 많은 한계가 있다. 즉 청소년상담 기관의 특성이나 상담자 구성원의 역량을 토대로 표준화된 운영 체계가 구축된다면 상담자들도 보다 안정적으로 사례 개입을 할 수 있고, 상담의 효과성도 제고할 수 있을 것이다.

이에 본 연구에서는 불안·우울 청소년 개입을 위한 운영 모형을 개발하고, 효과성을 검증함으로써 청소년 불안·우울 문제 해결을 위한 연구를 수행하고자 한다. 이를 위해 첫째, 청소년상담 현장에서는 기관에 따라 사례 접수단계에서 내담자의 불안·우울 수준을 측정하는 시점과 방법이 다르므로, 표준화된 평가 방법을 제안하고자 한다. 둘째, 상담개입 시 상담자들이 주로 각자 훈련받은 치료접근 방법을 사용하고 있으므로, 본원에서 개발한 표준화된 불안·우울 상담개입 매뉴얼을 적용하여 효과성을 입증하는 근거기반 실천 운영 모형을 개발하고자 한다. 셋째, 고위기 청소년 개입을 위해 상담 현장에서 정기적이고 지속적으로 모니터링할 수 있는 자문 및 슈퍼비전 체계를 제안하고자 한다. 넷째, 상담자 소진을 예방하고, 내담자에게 양질의 상담 서비스 제공을 위해 팀 접근에 기반한 운영 모형을 개발하고자 한다.

III. 연구방법

1. 운영 모형 개발 절차

본 연구는 ‘EBP 기반 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형’ 개발을 위해 김창대 등 (2011)의 연구를 기반으로 프로그램 개발 및 평가모형의 프로그램 개발 절차 모형을 수정하여 모형개발을 기획 및 구성하였다. 시범운영을 실행하고 평가하여 모형을 수정 보완하는 절차를 진행하여 최종 운영모형을 개발하였다.

2. 프로그램 개발 과정

가. 기획단계

문헌연구와 기존 상담모형 및 요구분석을 통해 목표를 설정하는 단계이다. 본 연구에서는 EBP 기반 상담개입 및 상담모형 선행연구, 고위기 청소년 불안우울 상담개입 프로그램을 중심으로 문헌연구를 진행하였다. 이후 현장 실무자를 중심으로 하여 불안우울 운영모형 개발에 대한 심층 인터뷰를 실시하였다.

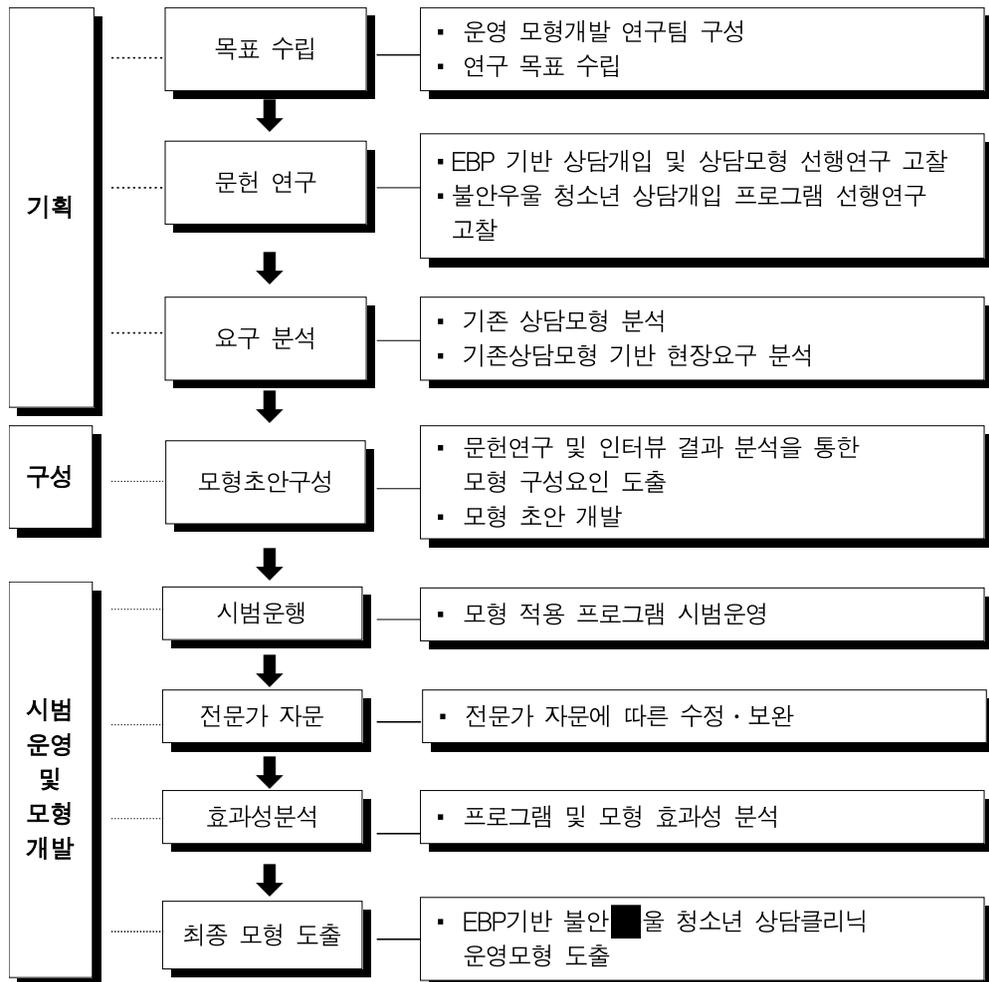
나. 구성단계

기획단계에서 도출된 결과를 중심으로 운영 모형의 주요내용을 구성하여 각 요소를 조직하였다. 이후 시범운영 및 평가단계에서는 구성단계에서 도출된 운영모형 초안으로 시범운영을 실시하여 프로그램의 효과를 측정하고 참여자들로부터 평가적 의미의 피드백을 받아 수정 보완하였다

다. 시범운영 및 평가단계

구성단계에서 도출된 운영 모형 초안으로 시범운영을 실시하여 프로그램의 효과를 측정

하고 참여자들로부터 평가적 의미의 피드백을 받았다. 이를 통해 운영 모형을 수정 보완하여 구성된 운영 모형의 표준화를 위한 완성도를 높였다. 본 연구에서는 경기도와 대구광역시 소재 청소년상담복지센터두 기관을 시범운영 기관으로 선정하여 프로그램의 효과를 측정하고 참여자들로부터 평가적 의미의 피드백을 받았다. 이를 통해 운영 모형을 최종 수정 보완하여 구성된 운영 모형의 표준화를 위한 모형을 개발하였다. 본 연구에서 적용한 운영 모형 개발 절차 및 단계별 세부내용은 [그림 1]과 같다.

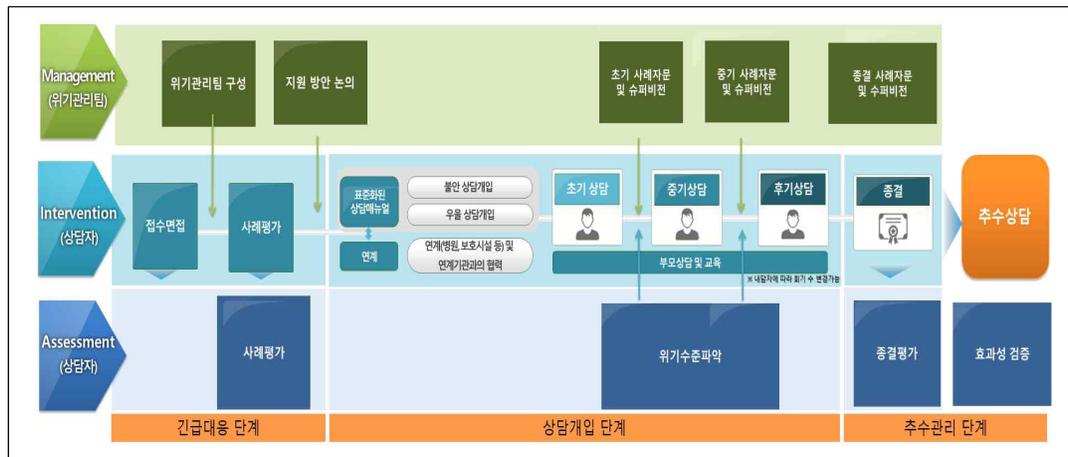


[그림 1] EBP 기반 청소년 불안·우울 상담클리닉 운영 모형 개발

3. 기존 상담모형 기반 현장 요구분석

가. 기존 상담 운영 모형 분석

본 연구에서 활용한 기존 운영 모형은 한국청소년상담복지개발원에서 개발한 EBP 기반 성폭력 피해 청소년 상담클리닉 운영 모형(2020)과 자살자해 청소년 상담클리닉 운영 모형(2019)이다. 본 연구의 청소년 불안·우울 상담클리닉 운영 모형이 전국의 청소년상담복지센터 현장 활용을 목적으로 하였기 때문에 기존에 개발되어 적용하고 있는 성폭력 및 자살·자해 상담클리닉 운영 모형을 중심으로 분석하였다. 현장전문가 인터뷰 결과 분석 과정에서 청소년상담복지센터의 운영 상황 및 다양한 상담클리닉 모형을 적용하고 있는 현장성 등이 충분히 반영되어야 한다는 연구진의 의견에 따라 도출되었다. 이에 연구진 간 협의과정을 통해 기존에 사용되고 있는 상담클리닉 운영 모형을 비교분석하여 [그림 2]와 같이 ‘청소년 불안·우울 상담클리닉’ 초기 모형의 틀을 구성하였다.



[그림 2] 청소년 불안·우울 상담클리닉 초기 모형(안)

나. 청소년 불안·우울 상담클리닉 초기모형 기반 현장 전문가 심층면접

1) 조사 대상

본 연구의 심층 면접은 불안·우울 청소년 상담 경험이 있으며 청소년 상담 경력 10년 이상인 전국 청소년상담복지센터 소속 현장전문가 10명을 대상으로 하였다. 심층 면접 참여자의 기본 정보는 아래 <표 4>와 같다.

<표 4> 현장 전문가 심층 면접 참여자 기본 정보

구분	지역	소속	성별	연령대	상담 경력
1	서울	A청소년상담복지센터	여	40대	20년
2	경기	B청소년상담복지센터	여	40대	10년
3	경기	C청소년상담복지센터	여	50대	10년
4	대구	D청소년상담복지센터	남	30대	10년
5	광주	E청소년상담복지센터	여	30대	12년
6	전남	F청소년상담복지센터	여	40대	15년
7	충남	G청소년상담복지센터	여	50대	17년
8	경남	H청소년상담복지센터	여	50대	30년
9	경북	I청소년상담복지센터	여	50대	10년
10	제주	J청소년상담복지센터	남	40대	16년

2) 질문지 개발

심층 면접 질문지는 다수의 불안·우울 청소년 상담과 연구 경험이 있는 청소년상담 교육학 박사 2인, 사회복지학 박사1인 등에 의해 김성재와 그의 동료들(2007)이 제안한 질문지 구성 절차 방식에 따라 질문에 대한 아이디어 수집, 질문 초안 작성, 질문 초안 검토 순으로 구성되었다. 최종 확정된 질문지는 Krueger와 Casey(2000)가 제안한 질문 방식에 따라 도입 질문, 주요 질문, 마무리질문으로 구분하여 개방형 질문으로 최종 구성하였다. 질문지의 구체적인 내용은 아래의 <표 5>와 같다.

<표 5> 심층 면접 질문지

구분	질문 내용
도입질문	<ul style="list-style-type: none"> 귀하의 기관에서는 불안, 우울이 높은 청소년에게 어떤 서비스를 제공하고 있나요?
주요질문	<ul style="list-style-type: none"> 귀 기관은 고위기 사례를 관리하는 부서 또는 대응 매뉴얼이 별도로 있나요? 있다면 어떤 역할을 하나요? 귀 기관은 불안과 우울 청소년의 위기수준을 어떤 방법 기준으로 판단하고 있나요? 귀 기관의 고위기 사례 관리 체계 또는 매뉴얼이 위기 청소년에게 도움을 줄 수 있다고 생각하나요? 만일 도움이 된다면 어떤 점(또는 그 반대의 경우 어떤 점)인가요? 귀 기관의 고위기 사례 관리 시스템 또는 매뉴얼을 활용하여 개인상담을 진행할 때 장점 및 한계점은 무엇인가요? 이에 대해 보완되어야 할 점은 무엇인가요?

구분	질문 내용
	<ul style="list-style-type: none"> • 불안우울 상담 개입 매뉴얼을 상담클리닉 운영 모형으로 제공하는 것에 대해 어떻게 생각하나요? 필요성을 느끼나요? • 제시된 상담클리닉 운영 모형을 귀 기관에 적용 한다면 어려운 점은 무엇인가요? • 제시된 상담클리닉 운영 모형을 귀 기관에 적용한다면 필수적으로 포함되어야 하는 내용은 무엇인가요? • 불안우울 상담클리닉 운영 모형 매뉴얼 개발 시 기대되는 효과는 무엇인가요?
마무리 질문	<ul style="list-style-type: none"> • 기 개발된 상담클리닉 운영 모형 매뉴얼(자살·자해, 성폭력)에서 제시한 운영 모형을 귀 기관에서 고위기 청소년 상담 시 적용하고 있나요? • 그밖에 추가로 이야기하고 싶은 게 있나요?

다. 심층 면접 실시 및 분석 방법

심층 면접은 면접 참여자 개인별로 진행되었고, 본 연구의 전체 연구진인 상담과 사회복지학을 전공한 박사 3인과 박사수료생 2인이 면접 진행자로 참여하였다. 면접 진행은 진행자가 사전에 참여자들이 희망하는 일자와 시간을 확인한 뒤 전화를 걸어 인터뷰를 진행하는 전화면접 방식으로 실시되었다. 심층면접 실시 전 참여자 전원에게 개인정보 보호와 비밀유지에 대해 설명을 하고, 녹음에 대한 고지와 동의절차를 안내하였다. 심층면접 전 과정은 녹취되었으며, 면접이 끝난 후 축어록 형태로 전사하여 분석 자료로 사용되었다. 심층 면접은 반구조화된(semi-structured) 형식으로 심층면접을 진행하였고 참여자 개인별 평균 1시간 정도였다.

전사된 자료는 연구진이 축어록을 반복적으로 읽어가면서 내용의 의미를 파악하고 주제별로 범주화하였다. 범주화하는 과정에서 각각의 의미단위들을 유사성, 구별성, 관련성 등을 기준으로 검토하면서 의미가 정확히 전달되는지와 각 의미들을 대표할 수 있는 내용으로 범주화 되었는지 확인하였다(Morgan, 1998).

라. 분석 결과

현장 전문가를 대상으로 실시한 심층 면접 분석 결과, 3개의 대범주와 11개의 하위범주, 34개의 의미단위가 도출되었다. 범주와 의미단위는 아래의 <표 6>과 같다.

<표 6> 청소년상담복지센터 현장전문가 심층 면접 결과

대범주	하위범주	의미단위
기관의 불안·우울 청소년 상담 및 위기 개입 시스템	사례접수	<ul style="list-style-type: none"> • 접수면접 담당 직원이 사례 접수 • 상담경력이 많은 상담자가 사례 접수
	위기 수준 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 상담자가 접수를 통해 평가 • CYS-Net 위기스크리닝 검사 활용 • 표준화된 심리 검사 활용 • 표준화 및 투사적 검사 등 복합 심리검사 활용
	사례 배정	<ul style="list-style-type: none"> • 전화 접수 후 즉시 상담자 배정 • 접수면접 자료를 토대로 사례판정 회의 후 상담자 배정 • 사례판정 회의 후 위기수준 평가를 거쳐 상담자 배정
	사례 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 기관 내 사례관리팀을 구성하여 관리 • 상담팀 중심의 관리 • 개별 상담자가 내부자원을 활용하여 관리
	기관 연계	<ul style="list-style-type: none"> • 우선적 병원 연계 • 상담과 기관 연계 병행 • 전문기관으로 연계
	기관의 위기 청소년 사례관리 매뉴얼	<ul style="list-style-type: none"> • 위기청소년 사례관리 매뉴얼 없음 • 위기청소년 사례관리 매뉴얼대로 실시
불안·우울 상담 개입 매뉴얼	장점	<ul style="list-style-type: none"> • 매뉴얼이 표준화되어 있어 사례 진행에 도움 • 초심 상담자에게 도움
	보완점	<ul style="list-style-type: none"> • 추가적인 상담 기법 수록 • 병원 및 기관연계 관련 내용에 대한 추가적 안내 • 추수 관리에 대한 구체적 가이드라인 제공
불안·우울 상담클리닉 운영 모형	기대사항	<ul style="list-style-type: none"> • 효과적인 개입 및 촘촘한 사례관리 가능 • 상담자 부담 완화 및 소진 예방에 기여 • 체계적인 자문 및 슈퍼비전 가능
	우려사항	<ul style="list-style-type: none"> • 효과성 평가 결과에 대한 부담 • 기관 내 인적자원 부족 • 기관 내 상담 인력의 위기 개입 역량 차이 • 사례평가 후 상담자 배정의 어려움 • 개별 사례에 대한 표준화된 모형 적용 어려움
	요청사항	<ul style="list-style-type: none"> • 상담 진행 단계별 상담자와 슈퍼바이저 역할 구체화 • 센터 현실을 반영한 운영 모형 개발 • 간편형 불안·우울 위기수준 체크리스트 제시 • 기 개발된 상담클리닉 운영 모형과 통합 필요(자살자 해, 성폭력)

1) 기관의 불안·우울 청소년 상담 및 위기 개입 시스템

심층 인터뷰 내용을 분석한 결과, 청소년상담복지센터의 불안·우울 청소년상담 및 위기 개입 시스템 운영 관련 하위범주는 사례접수, 위기관리팀 구성, 위기 수준 평가, 사례배정, 사례관리, 기관연계, 기관의 위기 청소년 사례관리 매뉴얼로 총 7개가 도출되었다. 첫째, 불안·우울 청소년 사례접수는 기관에서 지정된 접수면접자와 상담 사례 경험이 많은 상담자가 주로 담당하는 것으로 나타났다. 그러나 대부분 대면이 아닌 전화로 접수가 이루어지고 있었다. 둘째, 기관에서는 내담자 위기수준을 대체로 접수면접, CYS-Net의 위기스크리닝 검사, 표준화 검사(YSR, MMPI, BDI, BAI 등)와 비표준화 검사(SCT, HTP 등)를 활용하여 평가하는 것으로 나타났다. 셋째, 사례 배정은 고위기 사례일 경우, 전화 접수 후 즉시 상담자를 배정하고, 일반 상담의 경우 전화접수 자료를 통해 사례관정 회의와 위기수준 평가 결과를 거쳐 상담자를 배정하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 대부분의 기관이 전화접수 내용을 토대로 위기수준을 평가하고 상담자 배정을 하고 있었다. 넷째, 사례관리는 기관 내 사례관리팀을 별도로 구성하여 실시하거나 상담팀에서 담당하는 것으로 나타났다. 만일 기관 내 사례관리를 위한 별도의 팀이 없을 경우, 개별 상담자가 기관 내 자원(동료, 선임, 팀장 등)을 활용하기도 하였다. 다섯째, 기관에서는 불안·우울 청소년의 위기수준이 높은 경우, 지역 내 병원연계, 상담과 기관 연계와 병행하여 개입, 관련 전문기관으로 연계하는 것으로 나타났다. 마지막으로, 청소년상담 현장에 불안·우울 청소년 위기개입 매뉴얼 보유와 관련해서는 대부분의 기관이 따로 매뉴얼을 구비하지 않고, 기존 여성가족부에서 발행한 ‘위기개입’ 매뉴얼을 참고하고 있었다. 그러나 이 매뉴얼은 위기 유형별 긴급대응 방법을 중심으로 구성되어 있어, 불안·우울 청소년에 대한 상담 개입 자료로 활용하기에는 한계가 있다.

2) 불안·우울 상담 개입 매뉴얼

이 범주는 2020년에 개발한 ‘불안·우울 상담개입 매뉴얼’을 기관에서 적용할 경우 도움이 될 것 같은지, 보완이 필요한 점은 무엇인지를 정리한 것으로, 2개 하위범주가 생성되었다. 첫째, 심층면접 대상자들이 생각하는 매뉴얼의 장점은 불안·우울 청소년을 상담할 때 초기부터 종결까지 개입방법이 표준화, 구체화되어 있어 단계별 진행이 용이하다는 점과 불안·우울 문제 경험이 적은 초심 상담자에게 도움이 된다는 것이다. 둘째, 보완점은 상담자가 상황에 맞게 상담기법을 선택할 수 있도록 추가적인 상담기법을 수록할 것과 병원 및 기관연계 관련 내용을 파악하기 쉽도록 보완해줄 것을 보고하였다. 또한 추수상담 진행 방법에 대한 구체적인 가이드라인이 필요하다는 의견이 있었다.

3) 불안·우울 상담클리닉 운영 모형

이 범주는 본 연구에서 제안한 ‘불안·우울 상담클리닉 운영 모형’에 대한 심층 인터뷰 대상자들의 의견을 정리한 내용이다. 하위범주는 본 연구에서 제안한 운영 모형에 대한 기대사항, 우려사항, 요청사항 등 3개 하위범주로 정리되었다. 첫째, 기대사항은 불안·우울 상담클리닉 운영 모형이 개발됨으로써 내담자에 대한 개입 효과성이 향상되고 보다 촘촘한 사례관리가 가능할 것이라는 내용이었다. 또한 기관이 사례관리 시스템을 보유하지 않은 경우, 위기관리팀을 구성하여 사례에 대한 체계적인 자문과 슈퍼비전이 가능함에 따라 상담자 홀로 위기 사례를 진행해야 하는 부담을 완화시켜 상담자 소진 예방에 도움을 줄 수 있을 것으로 기대하였다. 둘째, 우려 사항은 사례 개입에 대한 사전-사후 효과성 결과가 상담자에게 부담이 될 수 있다는 점과 위기 사례별로 정기적인 자문과 슈퍼비전을 실시하기에 기관 내 슈퍼바이저 인력이 부족하다는 의견이 있었다. 또한 기관 내 고위기 사례 개입 및 슈퍼비전을 실시할 숙련된 상담자의 부족, 기관 시스템 상 접수면접과 사례평가 후 상담자를 배정하는 체계로 변경하는 것의 어려움, 상담클리닉 운영 모형대로 사례 개입을 할 경우 슈퍼비전 등 사례관리 업무량 증가를 염려하는 의견들이 있었다. 셋째, 불안·우울 상담클리닉 운영 모형 개발 시 요청 사항으로는 상담 진행 단계별 상담자와 슈퍼바이저의 역할을 구체화하여 센터 역량에 따른 내담자 개입에 차이가 발생하지 않아야 한다는 것과 전문가 등 인력 현황 등 센터 현실을 반영해 운영 모형을 개발해야 한다는 의견이 있었다. 그리고 전화 접수 시 사용할 수 있는 간략한 위기수준 체크리스트를 제시해주면 사례배정에 도움이 될 것이라고 하였다. 마지막으로 기존에 본원에서 개발한 자살·자해, 성폭력 상담클리닉 운영 모형과 통합하여 내담자 호소 문제에 따라 적용성을 강화해야 한다는 의견이 있었다.

마. 결과 요약 및 시사점

이상에서와 같이 청소년상담복지센터 현장전문가 10명에게 ‘청소년 불안우울 상담클리닉 초기 운영 모형’과 반구조화된 질문지로 심층 인터뷰하여 현장요구를 수렴하고자 하였다. 인터뷰 분석 결과를 토대로 ‘청소년 불안우울 상담클리닉 운영 모형’에 관해 도출된 시사점은 다음과 같다.

첫째, 청소년상담복지센터에서 작동하고 있는 위기개입 시스템의 공통 요소는 사례접수, 위기 수준 평가, 사례 배정, 사례 관리, 기관 연계였으며, 사례 관리 시 매뉴얼이 있는 기관과 없는 기관이 존재했다. 이러한 요소는 기존에 개발되었던 EBP기반 상담클리닉 운영 모형과 비교했을 때 용어의 차이가 있을 뿐 사례접수, 위기수준 평가, 기관연계의 요소가 필

수적으로 포함되어 있음을 알 수 있었다. 따라서 본 연구의 상담클리닉 운영 모형 내용에도 사례 접수, 위기 수준 평가, 사례 연계에 관한 내용은 반드시 포함되어야 함을 시사한다. 또한 사례접수 단계에서 전화상담 과정 중 CYS-Net 위기스크리닝 검사를 활용하여 위기수준을 평가하고, 이를 토대로 상담자를 배치하는 경우와 별도의 접수면접 단계를 두어 표준화된 심리검사로 사례 판정을 하는 경우가 있어 이에 관한 현장의 상황을 고려하여 상담클리닉 운영모형을 구성할 필요가 있다.

둘째, 사례 관리 측면에서 별도의 위기관리팀을 구성하여 사례를 관리하는 경우와 기관 내 상담팀을 중심으로 사례를 관리하는 경우, 그리고 상담자가 개별적으로 관리하는 경우로 구분되는 것으로 나타났다. 또한 위기청소년 사례관리 매뉴얼을 마련하여 이를 토대로 상담이 이루어지고 있는 기관과 그렇지 않은 기관도 있는 것으로 확인되었다. 이와 같은 결과는 고위기 사례에 지속적인 상담이나 사후관리가 이루어져야 하고, 기관차원에서 슈퍼비전과 같은 전사적 지원이 이루어져야 효과적인 상담 개입이 가능하므로 이를 고려하여 운영 모형을 구성되어야 함을 시사한다. 따라서 본 연구에서 개발할 운영 모형 구성 시 위기사례 관리에 대한 내용을 구체적으로 제시하여 청소년상담복지센터 현장에서 공통적으로 활용하도록 한다.

셋째, 2020년도에 본원에서 개발한 고위기 청소년 불안·우울 상담개입 매뉴얼에 대한 현장전문가들의 의견에 따르면, 프로그램 매뉴얼이 상담 초기부터 종결까지 구체적으로 기술되어 있어 상담 시 도움이 될 것이라는 기대를 표명하였다. 본 연구에서 이와 같은 의견을 반영하기 위해서는 사례 접수 후 상담 시작 단계에서 표준화된 매뉴얼을 적용하여 운영 모형을 개발할 필요가 있다.

넷째, 불안·우울 상담클리닉 운영 모형에 대해 효과적이고 체계적인 사례관리와 상담자 부담 및 소진 완화 등의 기대감과 각 기관별 역량이나 인력 차이로 인한 우려, 효과성 평가에 대한 부담감 등과 같은 현장전문가들의 의견이 있었다. 무엇보다 모형 개발에 있어 기관별 현실을 충분히 반영해 줄 것과 기존에 한국청소년상담복지개발원에서 개발된 상담클리닉 운영 모형(예: 자살·자해 및 성폭력)과의 통합된 모형을 제안하기도 하였다. 또한 상담자와 슈퍼바이저의 역할 구체화 등에 대한 요구가 있었다. 이 같은 의견은 본 연구를 진행하는 연구진의 의견과도 일치하여 운영 모형 개발에 이를 반영하고자 한다. 즉, 기 개발된 상담클리닉 운영 모형을 참고하여 공통적인 요소를 도출하고, 상담개입 단계에는 본 연구의 기반이 되는 ‘청소년 불안우울 상담개입 매뉴얼’을 적용할 수 있도록 방향성을 제시할 필요가 있다. 또한 상담자와 슈퍼바이저 역할이 드러날 수 있도록 모형을 구성하고, 기타 센터별 상황을 고려하여 세부적인 내용을 상담클리닉 운영 모형 매뉴얼에 상세히 설명할 필

요가 있다.

본 연구에서는 이상에서 살펴본 청소년상담복지센터 종사자 대상 인터뷰 내용을 적극 반영하여 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형을 제안하고, 그에 따른 매뉴얼을 개발하였다.

4. 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형 구성

가. 운영 모형 목표

불안·우울 상담클리닉 운영 모형의 목표는 청소년 기관에 내방하는 불안·우울 청소년을 대상으로 본원에서 개발한 표준화된 상담개입 매뉴얼이 효과적으로 적용되도록 체계를 만드는 것이다. 사례 접수부터 심리평가, 상담개입, 종결까지 상담 전 과정에 활용 가능한 운영 모형을 개발하여 청소년상담 현장의 불안·우울 문제를 호소하는 청소년들을 효과적으로 개입하는 것이 목표이다.

나. 운영 모형 구성 원리

불안·우울 청소년에 관한 문헌 고찰과 현장 전문가의 심층 인터뷰 조사 결과를 토대로 다음과 같은 모형 개발 원리를 추출하였다.

첫째, 청소년 대상으로 상담복지 개입이 주로 이루어지고 있는 현장은 전국의 청소년상담복지센터이므로 이곳에서 운영할 수 있는 모형을 제시하고자 한다. 운영 모형을 제시할 때 센터 현장 상황을 고려하여 운영 모형을 고려하여 구성하였다.

둘째, 불안·우울 청소년 개입 운영 모형은 긴급대응 단계, 상담 개입 단계, 추수 관리 단계 등 총 3단계로 구성된다. 이는 현장 전문가 인터뷰 분석 결과, 상담 현장에서 청소년 위기문제 개입 시 적용하고 있는 공통 사항과 연구들에서 제시한 효과적인 사례관리 체계를 도출하여 개발하였다.

셋째, 운영 모형의 단계별 세부 내용은 3개 차원으로 구분하여 구성하였다. 각 차원은 문헌고찰을 통해 파악된 불안·우울 청소년의 위기개입 내용과 현장 전문가 인터뷰 분석 결과를 반영한 것으로, 기관의 역할로 사례관리 차원, 상담자 역할로 상담 개입 차원과 심리평가 차원으로 개발하였다.

넷째, 각 차원별 세부 구성내용은 청소년상담복지센터에서 청소년 불안·우울 위기문제 대응 방법과 문헌 조사 내용을 토대로 도출하였다. 사례관리 차원에서는 위기관리팀에서 사

례 배정, 슈퍼비전 등 사례 관리를 위해 수행해야 하는 내용을 중심으로 구성하였다. 또한 상담개입 차원과 평가 차원은 상담자가 수행하는 내용으로 제시하였다.

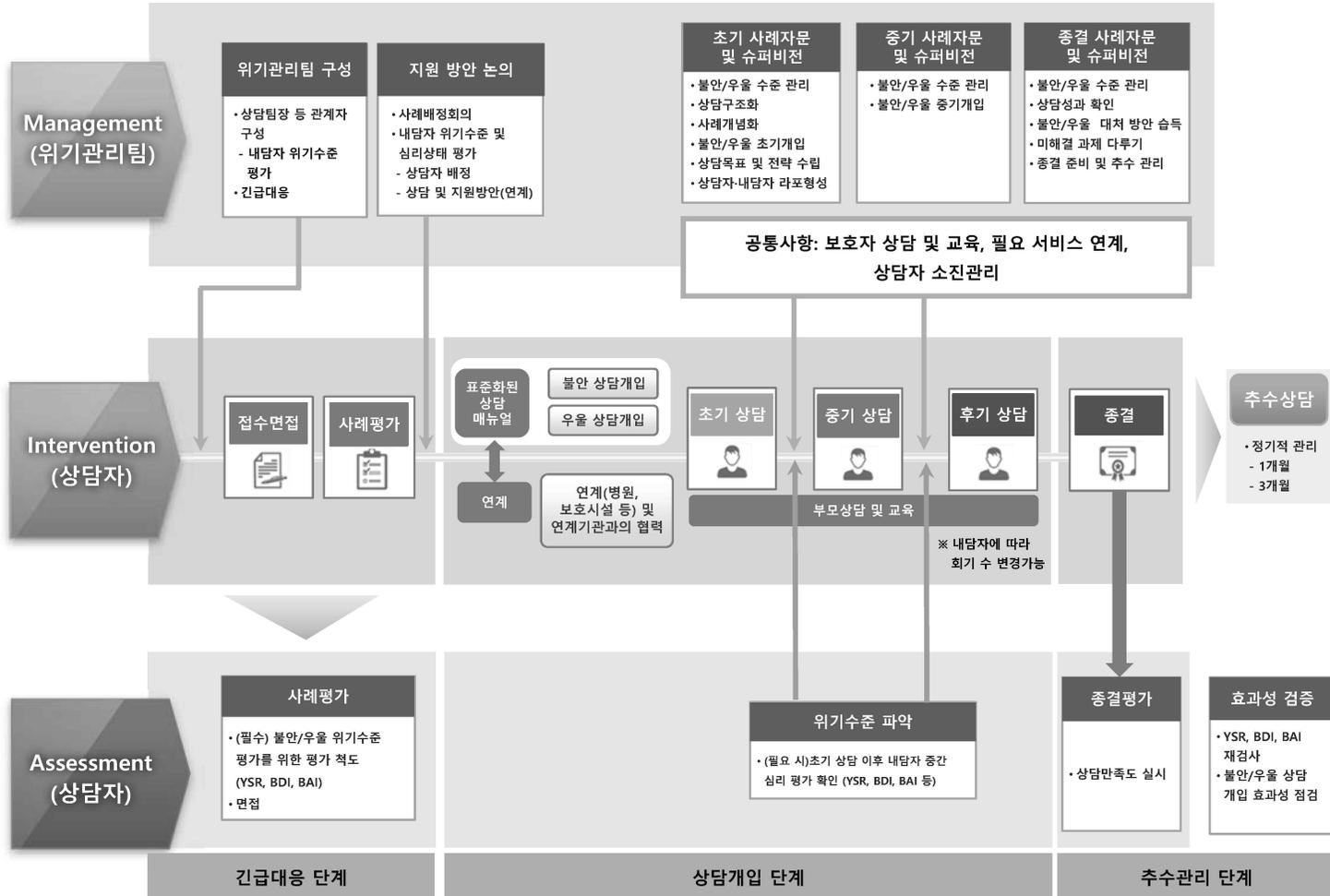
다섯째, 청소년상담복지센터의 현장 특성을 반영하되, 청소년의 불안 우울 위기개입 문제 특성을 고려하여 각 차원별 주요 사항을 제시하였다.

여섯 번째, 운영 모형 적용 후 사례 종결 시점 및 개입의 효과성을 평가하고, 추수 상담에 관한 내용을 포함하여 지속적인 사례 관리가 이루어질 수 있도록 내용을 구성한다.

일곱 번째, 불안우울 개입 모형을 직접 적용하는 상담자 소진 예방을 위한 자기관리 내용을 포함하여 구성하였다.

다. 운영 모형 구성 요소

불안·우울 청소년 개입 모형 개발 원리에 따라 구성된 모형(안)을 [그림 3]에 제시하였다.



[그림 3] EBP 기반 청소년 불안·우울 상담클리닉 운영 모형 수정안

구성된 운영 모형은 청소년상담복지센터의 실제 현장을 최대한 반영하여 크게 3단계와 3가지 차원에서의 개입 모형으로 구성되어 있다.

첫 번째는 긴급대응 단계로 청소년의 불안·우울 문제가 자살 및 자해와 같은 고위기 문제와 공존하는 경향이 높다는 점을 고려하여 개입과 평가 차원에서 필요한 사전 작업을 중심으로 구성하였다. 또한 청소년상담복지센터의 사례관리 측면에서 다각적으로 접근하여 필요한 지원 사항과 점검 사항을 포함하여 불안·우울 문제로 인한 청소년 위기문제를 통합적으로 접근하도록 하였다.

두 번째는 상담개입 단계로, 상담자가 불안·우울 청소년을 대상으로 심리상담을 제공하는 것으로 구성하였다. 이때 상담자는 본원에서 작년에 개발한 ‘불안·우울 상담개입 매뉴얼’을 적용하여 개입한다. 매뉴얼은 상담 초기, 중기, 후기 단계별 개입 내용과 보호자 상담과 교육, 불안과 우울로 인해 공존하는 고위기 상황을 평가할 수 있는 위기수준 파악, 상담자의 소진관리와 사례 자문 등의 내용이 포함되어 있다.

세 번째는 추수관리 단계로, 상담 개입 단계의 종결과정이 포함되며, 이후의 추수상담과 효과성 검증과 평가로 구성되었다. 종결과정에서도 상담자가 사례를 관리하고 개입하는데 도움이 될 수 있도록 슈퍼비전과 자문을 포함하였으며, 내담자가 상담 종료 시 상담 전에 실시했던 평가를 다시 실시하였다. 불안·우울 청소년의 경우, 회복되었다 하더라도 재발될 수 있으므로 상담 종결 이후에도 지속적인 사후관리가 이루어질 수 있도록 추수상담을 포함하였다.

IV. 시범운영 및 효과성 평가

1. 시범운영 실시 개요

본 연구에서는 불안·우울 상담개입 프로그램과 상담클리닉 운영 모형의 효과성 검증을 위해 경기도와 대구광역시에 소재한 청소년상담복지센터 2개 기관에서 불안·우울 문제로 상담 개입을 희망하는 청소년 내담자 19명을 대상으로 실시하였다. 프로그램 시범운영에 참여한 내담자들은 불안·우울 상담클리닉 운영 모형에 따라 상담 전반에 대한 서비스를 제공받았으며 이에 대한 효과성 측정을 위해 프로그램 개입 전과 개입 후에 ASEBA YSR 검사와 Beck 불안 척도(K-BAD), Beck 우울 척도(K-BDI)를 실시하였다.

가. 상담자 특성

본 시범운영에 참여한 상담자는 현재 청소년상담복지센터에서 청소년 상담 업무를 수행하고 있는 직원 14명이다. 전체 상담자의 성별은 남성 5명, 여성 9명으로 나타나 남성보다 여성이 많았고, 연령은 30대(8명), 20대(4명), 50대(2명) 순으로 나타났다. 상담자의 학력은 석사 졸업이 13명으로 대부분을 차지했고 박사과정에 재학 중인 상담자가 1명으로 나타났다. 전공은 상담심리학 전공자가 8명으로 가장 많았고 교육학 5명, 임상심리학 1명으로 나타났다. 청소년상담복지센터 내 직급은 팀장 2명, 팀원 9명, 청소년 동반자 3명으로 나타났다. 마지막으로 불안·우울 청소년 상담 개입 경험에서 2사례의 상담 경험을 가지고 있는 1명을 제외한 전체 상담자의 불안·우울 청소년 상담 개입 경험은 3사례 이상(13명)으로 나타났다. 시범운영 사례는 모두 상담자와 내담자의 합의로 종결되었다. 상담자의 세부적인 특성은 아래의 <표 7>과 같다.

<표 7> 시범운영 참여 상담자 특성

구분	성별	연령	학력	전공	직급	경력	불안·우울 상담경험	진행여부
1	남자	30대	석사졸업	상담심리학	팀장	5년이상	3사례이상	합의종결
2	남자	30대	박사재학	교육학	팀장	5년이상	3사례이상	합의종결

구분	성별	연령	학력	전공	직급	경력	불안·우울 상담경험	진행여부
3	여자	20대	석사졸업	교육학	팀원	3~5년	3사례이상	합의종결
4	여자	30대	석사졸업	상담심리학	팀원	3~5년	3사례이상	합의종결
5	여자	20대	석사졸업	교육학	팀원	3~5년	3사례이상	합의종결
6	남자	30대	석사졸업	임상심리학	팀원	3~5년	3사례이상	합의종결
7	여자	20대	석사졸업	교육학	팀원	3~5년	3사례이상	합의종결
8	남자	30대	석사졸업	상담심리학	팀원	5년이상	3사례이상	합의종결
9	여자	50대	석사졸업	상담심리학	팀원	5년이상	3사례이상	합의종결
10	남자	30대	석사졸업	상담심리학	동반자	1~2년	3사례이상	합의종결
11	여자	20대	석사졸업	상담심리학	팀원	3~5년	3사례이상	합의종결
12	여자	30대	석사졸업	상담심리학	동반자	3~5년	3사례이상	합의종결
13	여자	30대	석사졸업	상담심리학	팀원	5년이상	2사례	합의종결
14	여자	50대	석사졸업	교육학	동반자	3~5년	3사례이상	합의종결

나. 내담자 특성

시범운영에 참여한 19명의 청소년 내담자 특성은 아래의 <표 8>과 같다. 내담자의 성별은 남자 청소년이 9명, 여자 청소년이 10명이었으며, 연령은 14세부터 21세까지였다. 의뢰경위에서 부모 등 가족의 요청에 의한 경우가 8명으로 가장 많았고, 내담자 스스로 상담 참여를 희망한 청소년이 6명, 학교 담임 선생님이나 상담 선생님의 권유에 의한 경우가 4명, 기타 1명 순으로 나타났다. 호소문제 유형에서는 불안과 우울이 공존하는 경우가 16명으로 가장 많았고 불안문제를 호소하는 청소년이 3명으로 나타났다. 상담 진행 회기는 9회기부터 12회까지 실시되었다. 전체 내담자 19명 중 “자살에 대해 생각해본 적이 있나요?”, “어떻게 자살할지 구체적인 방법을 생각해본 적이 있나요?”, “자살을 시도할 계획이 있나요?”, “과거에 자살을 시도해 본적이 있나요?” 등 자살사고 경험을 묻는 질문에 한번이라도 “예”로 응답한 인원은 13명으로 나타났고 전체 문항에 대해 “아니오”로 응답한 인원은 6명으로 나타났다.

시범운영에 참여한 내담자 전원은 본 연구에 대한 설명을 듣고 참여 의사를 밝혔으며 연구 참여와 비밀보장에 대한 동의서를 작성하였다. 연구 참여를 희망한 내담자들은 모두 14세 이상 청소년들로 보호자에 대한 별도의 참여 동의서는 작성하지 않았다. 상담자들은 상담 시작 전 내담자가 희망할 경우 언제든지 상담을 중단할 수 있음을 사전에 고지하였고 위

사항에 대해 내담자의 모든 동의 절차가 이루어진 경우에만 시범운영 상담을 실시하였다.

<표 8> 시범운영 참여 내담자 사례 개요

구분	성별	연령	의뢰경위	호소문제	진행회기수	자살사고	종결 유무
1	여자	16	자발적	불안 및 우울	9	있음	합의종결
2	남자	14	가족요청	불안	10	있음	합의종결
3	남자	14	가족요청	불안	11	없음	합의종결
4	남자	15	가족요청	불안 및 우울	10	있음	합의종결
5	여자	14	학교의뢰	불안 및 우울	10	있음	합의종결
6	여자	17	가족요청	불안 및 우울	11	있음	합의종결
7	여자	14	가족요청	불안 및 우울	10	있음	합의종결
8	남자	17	기타	불안 및 우울	10	있음	합의종결
9	남자	18	자발적	불안 및 우울	11	있음	합의종결
10	남자	17	자발적	불안 및 우울	10	있음	합의종결
11	여자	17	가족요청	불안 및 우울	10	있음	합의종결
12	여자	17	학교의뢰	불안 및 우울	10	없음	합의종결
13	여자	14	가족요청	불안	10	없음	합의종결
14	남자	15	가족요청	불안 및 우울	9	없음	합의종결
15	남자	19	자발적	불안 및 우울	11	없음	합의종결
16	남자	16	자발적	불안 및 우울	12	없음	합의종결
17	여자	21	자발적	불안 및 우울	10	없음	합의종결
18	여자	19	학교의뢰	불안 및 우울	10	없음	합의종결
19	여자	16	학교의뢰	불안 및 우울	11	없음	합의종결

2. 시범운영 효과성 검증

가. 연구 설계

본 시범운영은 상담 초기 단계인 접수부터 종결까지 연구를 통해 개발된 “불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형”의 효과성 검증을 위해 절차에 맞게 진행되었다. 시범운영 상담에서 상담자들이 내담자들을 대상으로 개입한 프로그램은 2020년 개발된 “불안·우울

청소년 상담개입 매뉴얼”이다. 실험집단은 2021년 4월부터 10월까지 시범운영 기관에서 불안·우울 문제로 “불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형” 절차에 따라 상담 개입을 받은 내담자 22명중 사후검사를 실시하지 않았거나 조기종결 된 내담자 3명을 제외한 19명이 최종 선정되었다. 통제집단은 실험집단과 동일한 시범운영 센터 2개소에서 “불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형”을 따르지 않고 개별 상담자의 역량과 상담기법에 의해 상담을 실시했던 내담자 20명으로 선정하였다. 통제집단에 속한 내담자들에게도 연구 참여 동의 절차를 실시하였으며 상담 효과성 비교를 위해 상담 사전-사후 실험집단과 동일한 검사를 실시하였다.

<표 9> 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형 효과성 검증을 위한 연구설계

구분	사전검사	처치	사후검사
실험집단	O1	X1	O2
통제집단	O3	X2	O4

O1: 사전검사/청소년 행동평가 척도(YSR), K-BDI, K-BAI

X1: 실험처치 : 불안·우울 상담클리닉 운영 모형 매뉴얼 상담 개입

O2: 사후검사/청소년 행동평가 척도(YSR), K-BDI, K-BAI

O3: 사전검사/청소년 행동평가 척도(YSR), K-BDI, K-BAI

X2: 무처치 : 개별 상담자 역량에 따른 상담 개입

O4: 사후검사/청소년 행동평가 척도(YSR), K-BDI, K-BAI

나. 연구 방법

1) 측정도구

가) 청소년 행동평가 척도(Korea Youth Self Report, K-YSR)

K-YSR은 Achenbach와 Edelbrock(1983)가 청소년 스스로 자신의 문제행동에 대해 평가할 수 있도록 만든 자기보고식 행동평가 척도를 오경자 외(2001)가 한국 청소년 상황에 맞게 수정한 후 표준화 작업을 거쳐 2010년 한국판 YSR로 공식 출시한 심리검사 도구이다. K-YSR은 청소년의 문제행동을 평가하는 문제행동 척도와 청소년이 집, 학교 등에서 가족 및 친구와 관계를 유지하고 학업을 수행하는 정도를 나타내는 적응척도로 구분되어 총 119 문항으로 구성되어 있다(오경자, 김영아, 2020). 본 연구에서는 불안·우울 청소년 개입 모형 효과성을 확인하는 것이 주요 목적이기 때문에 문제행동 척도 내 내재화 총점을 측정도구로 선정하였다. 내재화 총점은 불안과 우울, 신체증상 등을 측정하기 위해 총 31개 문항

으로 구성되어 있으며 “그렇지 않다.”, “가끔 그렇다.”, “매우 그렇다” 3점 리커트 척도로 이루어져 있다. YSR 척도 점수를 활용하여 집단의 차이를 비교할 경우, 해석의 용이를 위해 조정된 T점수 보다 원점수를 사용하는 것이 바람직하다는 ASEBA 아동·청소년 행동평가척도 매뉴얼(오경자, 김영아, 2010)에 따라 본 연구에서는 내재화 총점의 원점수를 사용하였다.

나) 한국판 벡 불안검사 (Korean-Beck Anxiety Inventory, K-BAI)

K-BAI는 불안 증상의 심각도 측정을 위해 Beck과 그의 동료들(1998)에 의해 만들어진 BAI를 한국의 성인 및 청소년에 적용할 수 있도록 만들어진 검사다. K-BAI는 우울 증상과 구별되는 불안 증상을 측정하며 총 21개 문항으로 구성된 자기보고식 척도이다. 각 문항은 오늘을 포함한 지난 1주일간의 불안 증상에 대해 “전혀 그렇지 않다” 부터 “정말 견디기 힘들었다” 까지 4점 리커트 척도로 이루어져 있다. 총점은 문항의 점수를 합산한 점수로 산출되며 0점부터 63점 범위로 나타난다. 0-7점은 정상범위(minimal), 8-15점은 경도(mild), 16-25점은 중등도(moderate), 26-63점은 고도(severe)에 해당한다(김지혜 외, 2015).

다) 한국판 벡 우울검사 II (Korean-Beck Depression Inventory II, K-BDI-II)

K-BDI-II는 한국의 13세 이상 청소년과 성인을 대상으로 우울 증상의 심각도를 측정하기 위해 만들어진 BDI의 개정판이다. K-BDI-II는 21개 문항으로 이루어진 자기보고식 척도로 슬픔, 죄책감, 자살 사고, 즐거움 상실 등의 우울증 주요증상을 반영한다(김지혜 외, 2015). 각 문항은 오늘을 포함한 지난 2주일간의 우울 증상에 대해 “전혀 그렇지 않다” 부터 “정말 견디기 힘들었다” 까지 4점 리커트 척도로 이루어져 있다. 총점은 문항의 점수를 합산한 점수로 산출되며 K-BAI와 마찬가지로 0점부터 63점 범위로 나타난다. 0-13점은 최경도(minimal), 14-19점은 경도(mild), 20-28점은 중등도(moderate), 29-63점은 고도(severe)에 해당한다(김지혜 외, 2015).

2) 자료 분석

본 연구의 자료 분석은 시범운영 상담 실시 기관에서 상담 개입을 실시한 실험 집단과 통제집단의 사전-사후 검사 결과 전체를 코딩하여 SPSS 20.0 통계 프로그램으로 실시하였다. 그 절차는 아래와 같다.

첫째, 실험집단과 통제집단의 사전검사 점수에 대한 동질성 검증을 위해 각 측정도구 별로 독립표본 t-test를 실시하였다.

둘째, 실험집단과 통제집단의 집단 간 개입 효과성 차이를 알아보기 위해 공변량 분석(ANCOVA)을 실시하였다. 공변량 분석은 실험집단과 통제집단의 동질성이 검증되었더라도 사전 점수를 공변량으로 포함시키기 때문에 오차변인의 효과를 통제하여 보다 정확히 효과를 알아 볼 수 있는 장점을 가진다(이운로, 유시순, 2011).

셋째, 실험집단과 통제집단의 개입 효과를 비교해보기 위해 각 집단별 사전-사후 검사에 대한 대응 표본 t-test를 실시하였다.

다. 연구 결과

1) 실험집단과 통제집단의 동질성 분석

실험집단과 통제집단의 K-YSR의 내재화 총점, K-BAI 총점, K-BDI-II 총점의 사전-사후 검사 점수 평균과 표준편차를 각각 산출 한 뒤 실험집단과 통제집단의 동질성 여부를 확인하기 위해 각 심리검사별 사전점수를 사용하여 독립표본 t-test를 실시하였다. 먼저 실험집단과 통제집단의 사전-사후 검사 결과는 <표 10>과 같다.

<표 10> 실험집단과 통제집단의 사전-사후 검사 결과

구분	실험집단(N=19)		통제집단(N=20)	
	사전검사	사후검사	사전검사	사후검사
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
K-YSR 내재화 총점	21.32(10.899)	16.16(10.270)	24.15(11.604)	19.20(9.780)
K-BAI	18.21(8.377)	10.26(5.352)	22.70(11.850)	20.15(10.713)
K-BDI-II	26.00(9.967)	16.68(9.522)	19.75(12.230)	17.20(13.407)

K-YSR의 내재화 총점에서 실험집단의 사전검사 점수 평균이 21.32점(SD=10.899), 사후검사 점수 평균이 16.16점(SD=10.270)으로 나타나 상담 개입 후 5.16점 감소하였고, 통제집단의 사전 검사 점수 평균이 24.15점(SD=11.604), 사후검사 점수 평균이 19.20점(SD=9.780)으로 나타나 상담 개입 후 4.95점 감소한 것으로 나타났다. K-BAI 점수는 실험집단의 사전 검사 점수 평균이 18.21점(SD=8.377), 사후검사 점수 평균이 10.26점(SD=5.352)로 평균 7.95점 감소하였고, 통제집단에서는 사전 검사 점수 평균이 22.70점(SD=11.850), 사후 검사 점수 평균이 20.15점(SD=10.713)으로 평균 2.55점 감소하는 것으로 나타났다. 마지막으로 K-BDI-II에서 사전검사 점수 평균이 26.00점(SD=9.967), 사후검사 점수 평균이 16.68점(SD=9.522)로 나타나

개입 후 9.32점 감소하였으며, 통제집단에서는 사전검사 점수 평균이 19.75점(SD=12.230), 사후검사 점수 평균이 17.20점(SD=13.407)로 나타나 개입 후 2.55점 감소한 것으로 나타났다.

실험집단과 통제집단의 동질성 검증을 위한 각 심리검사별 사전점수의 독립표본 t-test 결과는 <표 11>과 같다. <표 11>에 제시된 바와 같이 실험집단과 통제집단 간 K-YSR의 내재화 총점, K-BAI 총점, K-BDI- II 사전검사 점수 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다. 따라서 실험집단과 통제집단의 내담자들은 동질집단으로 확인되었다.

<표 11> 실험집단과 통제집단의 사전검사 동질성 검증 결과

종속변수	집단(N)	M(SD)	t
K-YSR 내재화 총점	실험집단(19)	21.32(10.899)	-.785
	통제집단(20)	24.15(11.604)	-.787
K-BAI	실험집단(19)	18.21(8.377)	-1.360
	통제집단(20)	22.70(11.850)	-1.372
K-BDI- II	실험집단(19)	26.00(9.967)	1.744
	통제집단(20)	19.75(12.230)	1.753

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 불안·우울 청소년 상담 클리닉 운영 모형의 효과성 검증 분석

가) 상담 개입 차이에 따른 청소년 불안·우울 증상의 변화

불안·우울 청소년 상담 클리닉 운영 모형 적용 여부에 따라 각 사전-사후 검사의 차이가 통계적으로 유의미한지 알아보기 위하여 실험집단과 통제집단의 사후 검사 결과를 바탕으로 공변량 분석을 실시하였다. K-YSR의 내재화 총점, K-BAI, K-BDI- II의 사전-사후 검사에 대한 분석 결과는 아래 <표 12>과 같다. 실험집단과 통제집단의 통계적으로 유의미한 차이는 K-BAI와 K-BDI- II 사후검사에서 나타났다. K-BAI 사후검사 총점의 경우 청소년 불안·우울 상담클리닉 운영 모형으로 개입을 받은 청소년이 그렇지 않은 청소년에 비해 통계적으로 유의미한 차이(F=15.563, p<.001)가 있었고, K-BDI- II에서도 실험집단과 통제집단의 사후검사 총점 간에 유의미한 차이(F=5.393, p<.05)가 나타났다. 즉, 사전검사를 통제하였을 때 통제집단보다 실험집단의 K-BAI와 K-BDI- II의 사전-사후 검사의 평균 점수 차이가 통계적으로 유의미한 결과로 확인되었다. 반면 실험집단과 통제집단의 K-YSR의 내재화 총점 사후검사 간에 유의미한 차이는 나타나지 않았다.

<표 12> 내재화 총점, K-BAI, K-BDI-II 사전-사후 검사 공변량 분석 결과

종속변수	변량원	제곱합	df	평균제곱	F
K-YSR 내재화 총점	공변량(사전점수)	2451.856	1	2451.856	69.838***
	주효과(개입방법)	9.475	1	9.475	.270
	오차	1263.871	36	35.108	
K-BAI	공변량(사전점수)	1651.217	1	1651.217	56.883***
	주효과(개입방법)	451.775	1	451.775	15.563***
	오차	1045.017	36	29.028	
K-BDI-II	공변량(사전점수)	3127.172	1	3127.172	58.630***
	주효과(개입방법)	287.657	1	287.657	5.393*
	오차	1920.133	36	53.337	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

나) 상담 개입 실시 집단별 청소년 불안·우울 증상의 변화

불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형을 적용한 상담 개입과 상담자 개별 역량에 따른 상담 개입의 효과성 차이를 확인하기 위해 실험집단과 통제집단의 사전-사후검사 점수에 대한 대응표본 t-test를 실시하였다. 각 집단별 대응 표본 t-test 분석 결과는 <표 13>과 같다.

실험집단의 대응 표본 t-test를 실시한 결과, K-YSR의 내재화 총점과 K-BAI 점수, K-BDI-II 점수 모두에서 통계적으로 유의미한 결과가 나타났다. 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형을 적용한 상담 개입 후 청소년의 내재화 문제와 불안·우울의 정도는 개입 전보다 감소하였다. 통제집단에서는 K-YSR의 내재화 총점만 통계적으로 유의미한 것으로 나타나 개별 상담자의 역량에 따른 상담 개입은 청소년의 내재화 문제를 감소시키는 것으로 확인되었다.

<표 13> 집단별 내재화 총점, K-BAI, K-BDI-II 사전-사후 검사 대응 표본 t-test 분석 결과

종속변수	집단(N)	사전	사후	t
		M(SD)	M(SD)	
K-YSR 내재화 총점	실험집단(19)	21.32(10.899)	16.16(10.270)	3.695**
	통제집단(20)	24.15(11.604)	19.20(9.780)	3.116**
K-BAI	실험집단(19)	18.21(8.377)	10.26(5.352)	5.219***
	통제집단(20)	22.70(11.850)	20.15(10.713)	1.829

종속변수	집단(N)	사전	사후	t
		M(SD)	M(SD)	
K-BDI-II	실험집단(19)	26.00(9.967)	16.68(9.522)	5.332***
	통제집단(20)	19.75(12.230)	17.20(13.407)	1.554

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

3. 운영 모형 전문가 감수

불안우울 청소년 상담클리닉 운영 모형에 대해 청소년 정신건강 전문가 2인에게 자문을 실시하였다. 이들은 모형에 대하여 상담복지센터에서 운영하기 원활하도록 단계별 용어 변경, 개입 순서에 대한 내용, 상담자-내담자 사례 제시 부분에 있어 실제 활동지 및 구체적인 사례 제시 및 양식이 필요하다는 의견을 제시하였다. 이와 같은 감수 내용은 운영 모형 및 매뉴얼에 반영되어 최종 수정되었다.

4. 최종 불안·우울 상담클리닉 운영 모형 개발

가. 시범운영을 통한 운영 모형 수정

본 연구에서 실시한 시범운영을 통해 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형의 효과성을 확인하였다. 구체적으로 불안·우울을 호소하는 청소년들을 대상으로 ‘불안·우울 상담클리닉 운영 모형’을 토대로 본원에서 개발한 표준화된 상담개입 매뉴얼을 적용하여, 이들의 불안과 우울이 통계적으로 유의미하게 감소한 것으로 나타났다. 그리고 시범운영에 참여한 상담자들도 상담클리닉 운영 모형이 잘 구조화되어 있어 체계적인 불안·우울 상담 개입과 사례 관리에 도움이 된다고 보고하였다. 상담자와 자문가는 본 운영 모형의 구조와 전반적인 내용은 잘 구성되어 있으나, 본 운영 모형의 효과성 제고를 위해 몇 가지 보완할 것을 제안하였다. 그 내용은 다음과 같다.

첫째, 위기관리팀을 사례접수 이전에 위기관리팀을 기관 내 전문가로 구성하고, 이들이 표준화된 불안·우울 상담개입 매뉴얼을 숙지하는 것이 주요 임무이므로 이와 같은 내용을 포함하여 ‘사례접수’ 앞으 수정하였다.

둘째, 상담자의 ‘긴급대응 단계’ 중 ‘Intervention’의 사례평가를 ‘검사 실시’로 수정하였다. 이는 ‘Assessment’의 사례평가와 동일한 용어로 혼선이 있다는 의견을 반영하여, ‘Assessment’의 사례평가를 위해 ‘Intervention’에서 심리검사 실시라는 상담자 수행에 초점을 맞추어 수정하였다.

셋째, 종결 시 만족도뿐만 아니라 효과성 평가도 실시하므로 ‘종결평가’를 ‘종결평가 및 효과성 검증’으로 수정하여 제시하였다. 그리고 추수상담 때도 효과성 검사를 실시할 수 있으므로 이를 반영하였다.

나. 최종 운영 모형 개발

본 연구에서는 선행연구 고찰, 전문가 인터뷰, 시범운영 등을 통해 도출된 내용들을 기반으로 ‘불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형’을 최종 확정하였다. 특히 본 운영 모형은 기존의 ‘자살·자해 상담클리닉 운영 모형’과 ‘성폭력 피해 상담클리닉 운영 모형’을 토대로 개발되었다. 개발된 운영 모형은 [그림 4]와 같다.

상담클리닉 운영 모형의 핵심은 효과적인 사례 개입을 위해 상담자와 위기관리팀이 사례를 진행하는 과정에서 각자 어떤 역할을 해야 하는지에 대한 것이다. 따라서 운영 매뉴얼의 주요 내용은 불안·우울 청소년에 대한 상담자와 기관 내 위기관리팀의 사례 진행 및 관리 방법으로 구성되어 있다. 그리고 본 운영 모형은 고위기 사례를 위기관리팀이 슈퍼비전이나 자문 등을 통해 관리하는 것을 주요 방향으로 설정하였다. 이에 따라 기관에서는 상담팀장을 주축으로 상담 경험이 풍부한 상담자들로 위기관리팀을 구성하여, 고위기 불안·우울 청소년의 전반적인 관리와 개입을 지원하도록 한다. 즉 상담자는 평가(assessment)와 개입(intervention), 위기개입팀은 상담자 개입에 대한 관리(management)가 핵심 활동이다. 그리고 이는 긴급대응 단계, 상담개입 단계, 종결 및 추수관리 단계로 진행된다. 긴급대응 단계는 불안·우울 청소년이 발굴 및 의뢰된 후 실제 상담 개입이 이루어지기 전 단계이며, 상담개입 단계는 청소년에게 상담서비스 및 연계·자문 등이 제공 되는 단계이다. 종결 및 추수관리 단계는 상담 종결과 이후 증상 재발 예방 및 상담 성과를 다지기 위해 필요한 과정으로, 정기적인 관리를 하는 단계이다.

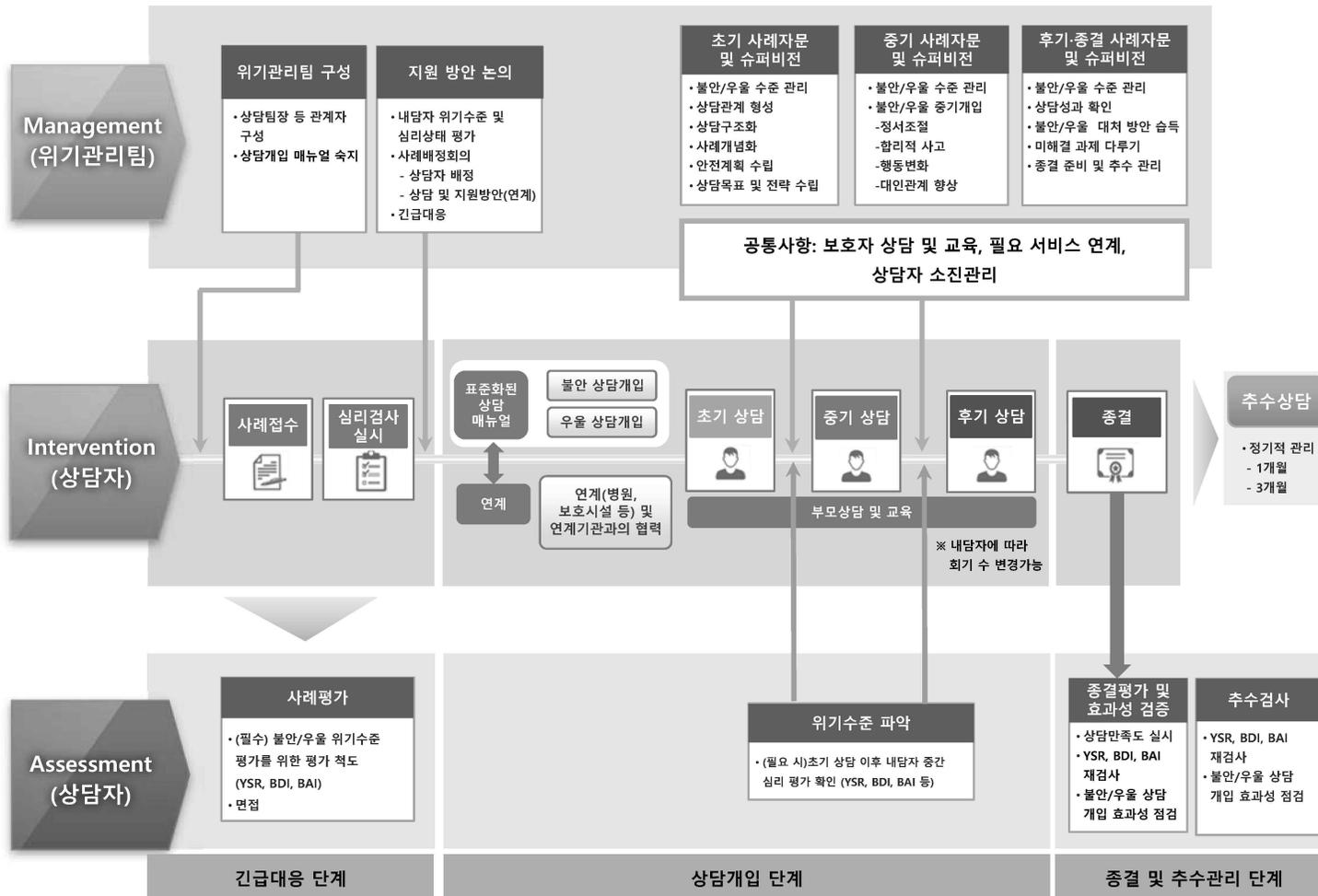
상담자 개입에서 평가(Assessment)는 긴급대응 단계와 개입 단계에서 이루어지며, 특히 긴급 대응단계에서는 내담자의 위기 수준과 향후 개입 방향을 결정해야하므로 신속하고 정확하게 수행되어야 한다. 본 운영 모형에서는 접수면접에서 YSR과 BDI(우울) 또는 BAI(불안)를 통해 내담자의 위기 수준을 평가한다. 이들 검사는 상담 중기와 종결 시에도 실시하여

내담자의 변화를 지속 적으로 관찰하고, 사전·사후 효과성 검증을 위한 도구로 사용한다. 추수관리 단계에서는 내담자 특성에 따라 최소 1개월에서 3개월 정도 관리한다.

상담자의 두 번째 역할은 개입(Intervention)으로, 2020년 한국청소년 상담복지개발원에서 개발한 ‘불안·우울 청소년 상담개입 매뉴얼’ 을 적용한다.

위기관리팀은 전반적인 사례 관리를 하는 컨트롤 타워의 역할을 하는 것으로 설계하였다. 먼저 위기관리팀은 상담팀장을 주축으로 기관 내 위기 사례 경험이 많은 상담자를 중심으로 구성한다. 특히 긴급대응단계에서 사례 평가와 접수면접을 토대로 내담자의 위기 수준 및 심리·정서 상태를 논의하여 개입 계획을 세운다. 이때 위기관리팀에서는 내담자의 상태를 종합적으로 평가하여 기관에서 상담 개입이 가능한 내담자인지 판단하고, 만일 기관에서 개입 가능한 사례라고 판단되면 적합한 상담자를 배정한다. 또한 병원이나 기타 연계 지원이 필요한 경우, 이에 대한 연계 방안도 함께 논의하여 계획한다. 불안·우울 청소년은 자살이나 자해 문제를 호소할 수 있으므로, 위기 상황으로 판단되면 보호자에게 고지하고 즉시 유관기관에 연계할 수 있도록 조치하여야 한다. 이때 위기개입팀은 연계 이후 서비스가 제대로 제공되고 있는지 지속적으로 관리한다. 그리고 위기관리팀의 중요한 역할 중 하나는 상담 초기부터 종결 단계까지 상담자 개입에 대해 정기적인 슈퍼비전과 자문을 실시하여 사례를 모니터링하고 관리하는 것이다. 위기 사례의 경우, 내담자에 대한 체계적인 개입과 상담자 소진 예방을 위해 이와 같은 기관 차원의 사례 관리 체계가 요구된다.

위기관리팀은 청소년 내담자의 부모나 보호자를 상담하고 교육하는 내용에 대해서도 자문을 제공한다. 특히 불안·우울 내담자는 자살이나 자해 등을 시도할 가능성이 높으므로, 이에 대한 신속성과 고도의 전문성이 요구된다. 그리고 만성적인 불안·우울 내담자의 경우, 상담관계 형성과 개입에 많은 에너지와 시간이 소요되는 등 상담자 소진이 예상되므로 숙련된 상담자의 지도하에 팀워크를 이루어 함께 개입하는 등 위기관리팀은 상담자의 심리, 정서적 상태를 주목하고 관리할 필요가 있다. 이를 위해 상담 1회 또는 2~3회기 내 자문 및 슈퍼비전을 제공하여, 상담자가 상담 초기에 수행해야 할 과업을 달성했는지 확인한다. 그리고 상담 중기에는 상담자가 본 연구에서 제안하는 표준화된 불안·우울 상담개입 매뉴얼을 내담자에게 맞춰 적용하는지, 상담 종결 시에는 내담자가 미해결과제를 다루고 상담 성과를 확인하고, 추수상담을 계획하도록 슈퍼비전을 제공한다. 그리고 상담 초기부터 종결 시까지 상담 성과 제고를 위해 상담자가 보호자 상담과 교육, 내담자에게 필요한 서비스 기관 연계, 상담자 소진 관리 등을 할 수 있도록 지도하는 것도 중요한 역할 중 하나이다.



[그림 4] 최종 불안 우울 상담클리닉 운영 모형

V. 논 의

본 연구는 불안·우울 청소년에 대한 효과적인 상담개입을 위해 EBP기반 상담클리닉 운영 모형을 개발하고, 그 효과성을 검증하는 것이 목적이다. 이를 위해 국내·외 불안·우울 관련 문헌 및 연구들과 현장 전문가 심층면접 조사 내용을 토대로 상담클리닉 운영 모형의 원리와 요인을 도출하였고, 이후 시범운영을 통해 그 효과성을 검증하였다. 본 연구의 시범 운영은 경기도와 대구광역시 소재 청소년상담복지센터 2개소에서 진행되었으며 ‘불안·우울 청소년 상담 클리닉 운영 모형’ 중 상담 개입방법은 2020년 개발된 ‘불안·우울 청소년 상담개입 매뉴얼’을 적용하였다. 최종 상담클리닉 운영 모형은 시범운영 기관의 피드백과 전문가 자문을 통해 수정·보완 후 확정하였다.

시범운영 결과, 실험집단의 사전-사후검사 점수의 차이가 모든 측정 도구에서 통계적으로 유의미하게 나타나 불안·우울 문제를 호소하는 청소년을 대상으로 ‘불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형’을 적용한 상담 개입은 청소년의 내재화 문제(K-YSR)와 불안(K-BAI)과 우울(K-BDI-II) 수준을 감소시키는 것이 확인되었다. 반면 개별 상담자의 역량과 상담기법에서 차등적인 상담 개입을 제공한 통제집단의 경우 K-YSR의 내재화 총점에만 유의미한 결과가 나타나 청소년의 불안·우울 수준의 감소 여부는 확인할 수 없었다. 이는 K-YSR의 행동평가 척도 내 내재화 총점 점수가 불안, 우울과 함께 위축, 신체증상의 문제까지 모두 포괄하는 척도이기 때문에 개별 상담자의 상담 개입 효과를 확인할 수 있지만 불안·우울 문제를 다루는 상담자별 상담 역량과 적용 방법, 기술 등이 상이하기 때문에 청소년의 불안과 우울 문제를 집중적이고 효과적으로 다루기에는 한계가 있었을 것으로 예측된다. 따라서 불안과 우울문제를 호소하는 청소년에게 개입하기 위해서는 개별 상담자의 지식과 기술에 의한 상담 개입보다 본 연구에서 개발된 ‘불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형’ 절차를 따르는 것이 더욱 적절할 것이다.

본 연구를 통해 개발된 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형의 의의를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 상담클리닉 운영 모형의 효과성 입증을 통해 청소년 상담 현장에서 불안·우울 청소년에게 근거기반의 표준화된 상담서비스를 제공할 수 있도록 기여했다는 점이다.

청소년의 불안·우울 문제가 지속, 심화되고 있는 상황에서 효과성이 입증된 표준화된 개

인상담 프로그램은 찾아보기 어려운 상황이다. 다행히 한국청소년상담복지개발원에서 2020년 청소년 개인상담에 적용할 수 있는 ‘불안·우울 상담개입 메뉴얼’을 개발하여 이번 연구에서 ‘불안·우울 상담개입 메뉴얼’을 기반으로 상담클리닉 운영 모형을 개발하여 청소년들에게 적용한 결과, 불안과 우울 증상이 통계적으로 유의미하게 감소하는 것으로 나타나 프로그램 및 운영 모형의 효과성을 확인할 수 있었다. 상담클리닉 운영 모형의 효과성 입증을 통해 청소년 개인상담 현장에 표준화된 근거기반 프로그램 적용 가능성이 확인되었으며, 추후 불안·우울 청소년에 대한 효과적인 심리 정서적 개입이 이루어 질 수 있을 것으로 기대한다.

둘째, 본 연구에서 개발된 상담클리닉 운영 모형은 전국의 230여개 청소년상담복지센터로 보급되어 불안·우울 청소년들에게 균질의 상담서비스를 제공하여 지역 간 상담서비스 품질 편차를 감소시키는데 기여할 것이다.

이를 위해 본 모형의 시범운영 과정에서는 수도권인 경기도뿐만 아니라 대구광역시를 포함하며 지역 및 시·도센터와 시·군·구센터에 상담클리닉 운영 모형을 적용함으로써 다양한 운영 형태의 청소년상담 기관에서 사용하도록 기반을 마련하였다는데 의의가 있다.

셋째, 본 상담클리닉 운영 모형은 청소년상담복지센터에서의 적용 가능성을 제고시키기 위해 현장 전문가들의 의견을 반영하여 개발하였다는 점이다.

먼저 전국 청소년상담복지센터 현장 전문가들의 인터뷰를 통해 모형 개발을 위한 구성 원리와 요소를 도출하였으며, 시범운영을 진행한 실제 상담자들의 자문을 통해 현장 적용에서의 한계나 보완점을 적극 반영하여 모형을 수정하는 등 청소년상담복지센터의 운영 특성을 적극 반영한 모형을 개발하고자 하였다.

넷째, 상담클리닉 운영 모형은 기관 내 위기관리팀 구성을 통한 위기사례 관리를 제시함으로써 기관 중심의 사례관리의 중요성을 강조했다는 점에서 의의가 있다.

그동안 많은 위기 사례들이 상담자 개인이 관리하며 상담자에게 높은 소진을 경험하게 하거나 상담자별 개입 편차로 내담자에게 균일한 상담서비스를 제공하지 못하는 한계가 있었다. 이에 본 연구에서 제안한 상담클리닉 운영 모형에서는 위기 사례의 관리와 책임을 기관에 두고 위기관리팀을 통해 개인상담자와 협업하여 사례를 관리하는 체계적인 사례관리 시스템의 중요성을 강조하고 있다. 본 운영 모형에서는 개입 단계별로 상담자와 위기관리팀의 역할을 자세히 제시하여 상담자 소진을 예방하고 기관이 보유한 다양한 자원을 내담자에게 제공함으로써 청소년상담 현장에 불안·우울 문제를 효과적으로 관리할 수 있는 체계를 마련하였다는데 의미가 있다.

마지막으로, 근거기반 표준화 청소년 상담서비스가 지속적으로 연구되고 보급될 수 있는

들과 기초 자료를 마련하였다는 점에서 의의가 있다. 체계적 연구와 데이터베이스 구축이 어려운 청소년 상담 현장에서 상담클리닉 운영 모형은 청소년상담복지센터가 근거기반 상담서비스를 활용할 수 있도록 구체적인 방안을 제시하고, 이를 통해 얻어지는 개입 성과와 같은 데이터를 축적할 수 있다. 이를 통해 운영 모형을 지속적으로 보완하고 고도화시키는데 기초 자료로 활용될 수 있을 것으로 기대한다.

본 연구의 제한점 및 제언을 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 상담클리닉 모형이 청소년상담 분야 전반으로 확대하는데 제한이 있다. 상담클리닉 운영 모형이 청소년상담 현장전문가들의 의견을 반영하였으나, 시범운영과 전문가 인터뷰 모두 청소년상담복지센터만을 통해 수행되어 대학상담센터나 청소년 유관기관으로 운영 모형을 확대하는데 제한이 있을 수 있다. 따라서 향후에는 청소년상담복지센터 이외에 대학상담센터나 청소년 유관기관 등에 상담클리닉 운영 모형을 적용한 연구를 실시하여 확장된 운영 모형을 개발할 필요가 있다.

둘째, 불안·우울 위기 수준에 따른 세부적인 운영 모형 적용의 가이드라인이 개발되어야 한다. 불안·우울 사례의 경우, 자살 및 자해 등의 문제가 공존하는 경우가 많고 불안이나 우울의 위기 정도에 따라서 운영 모형 적용을 달리해야 하는 경우도 있다. 상담 초기 불안·우울 문제가 드러나지 않다가 상담을 진행하는 도중 문제가 발견되는 경우가 있는 반면, 불안·우울을 주호소문제로 상담을 진행하다가 또 다른 핵심 문제가 발견되어 본 운영 모형을 적용하지 못하는 경우도 있다. 따라서 다양한 불안·우울 상담 상황에서의 세부적인 지침이 필요하여, 이에 따른 슈퍼비전이나 모니터링을 통한 사례관리 방법도 구체적으로 제시될 필요가 있다. 마지막으로, 시범운영을 진행한 기관과 상담 사례 수가 제한적이므로, 모든 불안·우울 청소년 상담 개입에 효과적이라는 해석에 한계가 있을 수 있다. 또한 개입 상담자간의 경력이나 특성 등 상담자 요인 등이 통제되지 않았기에 향후 이 부분에 대한 추가 연구가 진행되어 지속적으로 효과성을 검증해 볼 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 곽미숙. (2003). 인터넷 게임 과다몰입 청소년을 위한 인지행동적 집단상담 프로그램이 고등학생의 우울과 불안에 미치는 효과. 경성대학교 대학원 석사학위논문.
- 권석만. (2012). 현대 이상심리학. 서울: 학지사.
- 권혜미. (2013). DBT(Dialectical Behavior Therapy)가 우울성향의 청소년들의 우울 감, 자기조절, 대인관계에 미치는 효과. 건국대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김금숙. (2015). 동기강화집단상담 프로그램이 학습된 무기력 성향을 가진 특성화고 학생들의 우울과 진로태도성숙도에 미치는 효과. 경성대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김선민, 김종남. (2016). 인지행동치료 프로그램이 저소득층 아동, 청소년의 우울과 자 동적 사고 및 또래관계에 미치는 영향. **청소년학연구**, 23(1), 181-208.
- 김성재, 오상은, 은영, 손행미, 이명선. (2007). 질적 연구로서의 포커스 그룹. 서울: 군 자출판사.
- 김영선, 최윤정. (2016). 마음챙김 명상에 기초한 인지치료(MBCT)가 정서·행동 관심 군 고등학생의 우울 및 자살생각 감소에 미치는 효과 및 상담 성과. **열린교육 연구**, 24(2), 261-284.
- 김은정, 박은정. (2005). 아동 우울 예방을 위한 인지 행동 프로그램 효과. **한국심리학 회 학술대회 자료집**, 2005(1), 404-405.
- 김지혜·이은호·황순택·홍상황. 2015a. 『한국판 백불안척도 지침서』. 한국심리주 식회사.
- 김지혜·이은호·황순택·홍상황. 2015b. 『한국판 백우울척도 2판 지침서』. 한국심 리주식회사.
- 김정민, 박준희, 한경은. (2007). 비행성향 청소년의 우울 및 공격성 감소를 위한 인지 행동집단상담 프로그램 개발과 효과. **가정과삶의질연구**, 25(4), 31-41.
- 김진주. (2011). 청소년의 스트레스, 부모-자녀 의사소통, 우울 및 자살행동 간의 구 조적 관계 분석. 동아대학교 대학원 박사학위논문.
- 김창대, 김형수, 신을진, 이상희, 최한나 (2011). 상담 및 심리 교육 프로그램 개발과 평가. 서울: 학지사.
- 김채순. (2012). 수용전념 및 인지행동 심리치료 프로그램이 청소년의 우울증, 심리 적 수용 및 자기통제에 미치는 영향. 창원대학교 대학원 박사학위논문.
- 류은수. (2006). 인지행동적 집단치료가 가출청소년의 자아존중감, 우울, 불안, 분노

- 에 미치는 효과.** 성신여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 박경애, 김은영 (1999). 청소년의 우울실태분석. **한국청소년상담원**, 35, 29-64.
- 박경애, 이명우, 권해수. (1997). 인지행동상담기법개발II : 시험불안극복기법. **청소년상담연구**, 47.
- 보건복지부, 중앙자살예방센터. (2020). 2020 자살예방백서.
- 소수연, 주지선, 조은희, 손영민, 백정원. (2020). 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 개발: 불안 우울. **청소년상담연구**, 216.
- 신경민. (2020). 아동·청소년 우울·불안장애의 근거기반치료. **한국심리학회 학술대회 자료집**, 68-68.
- 신성만, 류수정, 김병진, 이도형, 정여주(2015). 인터넷 중독 청소년을 위한 동기강화상담 집단프로그램 개발 및 효과. **상담학연구**, 16(4), 89-109.
- 신현균. (2006). 청소년의 신체증상 경험에서 부정적 정서의 영향 및 정서표현과 자기개념의 중재효과. **한국심리학회지: 임상**, 25(3), 727-746.
- 엄지원, 김정모. (2013). 마음챙김 명상에 기초한 인지치료(MBCT)가 고등학생의 주의집중력과 우울 및 불안 감소에 미치는 효과. **청소년학연구**, 20(3), 159-185.
- 여성가족부. (2020). 청소년 백서.
- 유정이, 이영선, 박정민. (2003). 청소년 진로불안 감소 프로그램 개발연구. **청소년상담연구**, 101, 1-123
- 유정이, 이영선, 박정민. (2003). 청소년의 진로불안 감소 프로그램 개발 연구. **청소년상담연구**, 101.
- 유지희. (2009). **우울성향이 있는 청소년을 위한 집단 프로그램 개발과 개입 효과에 관한 연구.** 덕성여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 윤혜미, 남영옥. (2007). 청소년의 위험행동 관련요인: 심리정서적 특성의 매개경로를 중심으로. **한국아동복지학**, 23, 127-153.
- 이대식. (2009). 한국형 중재-반응(RTI) 접근법의 조건. **특수교육학연구**, 44(2), 341-367.
- 이성자. (2003). 인지-행동적 집단상담 프로그램이 비만 여중생의 신체상, 자아존중감, 역기능적 태도 및 우울에 미치는 효과. 계명대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 이운로, 윤시순 (2011). 사회복지사를 위한 SPSS. 서울: 학지사.
- 이지혜. (2012). 동기강화 인터넷 중독 예방프로그램이 저소득층 청소년의 인터넷 중독, 자기통제력, 우울/불안, 지각된 스트레스에 미치는 효과. 한동대학교 상담대학원 석사학위논문.
- 장진영, 신현균. (2019). 마음챙김 기반 인지치료(MBCT-C) 프로그램이 중학생의 불안 및 마음챙김에 미치는 효과. **청소년학연구**, 26(8), 53-78.
- 전미애, 김정모. (2011). 마음챙김에 기초한 인지치료(MBCT)가 청소년 수행자의 공격

- 성과 충동성에 미치는 영향. *한국심리학회지: 건강*, 16(1), 63-78.
- 정명희. (2006). 동기강화인지행동치료가 청소년의 인터넷 중독에 미치는 효과. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
- 조상아. (2020). 코로나 우울. *건강보험심사평가원 HIRA ISSUE*, 4(15), 1-7.
- 조희현, 이주희. (2017). 국내 및 해외 MBCT(마음챙김 기반 인지치료) 프로그램의 효과성 메타분석: 우울과 불안 중심으로. *한국심리학회 학술대회 자료집*, 291-291.
- 최명구, 김누리. (2007). 청소년의 이해. 서울: 학지사.
- 최성희. (2012). 개인 내적요인과 가정 및 학교환경 요인이 고등학교 3학년 학생의 우울감에 미치는 영향. *한국복지실천학회지*, 3(1), 125-138.
- 하은혜, 오경자, 송동호, 강지현. (2004). 우울장애와 불안장애 청소년을 위한 집단 인지행동치료 효과의 예비연구. *한국심리학회지: 임상*, 23(2), 263-279.
- Alexander, B., Martin T., Venja M., Benjamin W. H., Madeleine H., Nora D., Adam S., Eva-Maria S., 2020 Arkowitz, H., Miller, W. R., Westra, H. A., & Rollnick, S. (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems: Conclusions and future directions*. The Guilford Press.
- 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), 783-794.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1998). An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- 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.
- Dietz, L. J., Marshal, M. P., Burton, C. M., Bridge, J. A., Birmaher, B., Kolko, D., Duffy, J. N., Brent, D. A. (2014). Social problem solving among depressed adolescents is enhanced by structured psychotherapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 202-211.
- Dishion, T. J., & Kavanagh, K. (2003). *Intervening in adolescent problem behavior: A family-centered approach*. Guilford Press.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life Cycle: selected papers*. New York: International Universities Press.

- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(4), 716-721.
- Feldman, S. S., & Gehring, T. M. (1988). Changing perceptions of family cohesion and power across adolescence. *Child development, 1034-1045*.
- 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), 78-92.
- Force, A. T. (2006). APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *American Psychologist, 61*(4), 271-285.
- Gallegos, J., Linan-Thompson, S., Stark, K., & Ruvalcaba, N. (2013). Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness of a school based program in Mexico. *Psicología Educativa, 19*(1), 37-44.
- Gambrill, E. (2006). Evidence-based practice and policy: Choices ahead. *Research on social work practice, 16*(3), 338-357.
- Gibbs, L. E. (2003). *Evidence-based practice for the helping professions: a practical guide with integrated multimedia*. Pacific Grove, CA: Brooks.
- 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.
- Gossett, M., & Weinman, M. L. (2007). Evidence-based practice and social work: An illustration of the steps involved. *Health & social work, 32*(2), 147-150.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). Focus Groups. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Levant, R. F., & Hasan, N. T. (2008). Evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*(6), 658-662.
- Linehan, M. M. (1993a). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: Implications for the treatment of substance abuse. *National Institute for Drug Abuse Research Monographs, 137*, 201-216.
- Marra, T. (2005). *Dialectical behavior therapy in private practice: A practical and comprehensive guide* New Harbinger Publications.
- McKibbin, K. A. (1998). Evidence-based practice. *Bulletin of the medical library association, 86*(3), 396-401.
- 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*(2), 183-187.

- Miller, W. R & Rollink, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* New York: The Guilford Press.
- Morgan, D. L. (1998). *The Focus Group Guidebook*. Sage.
- Roberts, A. R., & Yeager, K. R. (2006). *Foundations of evidence-based social work practice* New York: Oxford University Press.
- 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.
- Rosen, A. (2003). Evidence-based social work practice: Challenges and promise. *Social Work Research, 27*(4), 197-208.
- Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *Bmj, 310*(6987), 1122-1126.
- Rubin, A., & Parrish, D. E. (2010). Development and validation of the evidence-based practice process assessment scale: Preliminary findings. *Research on Social Work Practice, 20*(6), 629-640.
- 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), 629-642.
- 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), 751-764.
- 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), 484-490.
- 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*(3), 277-286.

부 록

1. 불안·우울 청소년 상담개입 매뉴얼 개요
 2. [EBP기반 불안우울 청소년 상담클리닉 운영모형 개발]
전문가 심층 면접 질문지
 3. [EBP기반 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형 개발]
개인상담 사례요약서 양식
-

[부록 1]

불안·우울 청소년 상담개입 매뉴얼 개요

단계	목표	주요 내용	세부 내용
상담 초기	<ul style="list-style-type: none"> - 신뢰감 형성 - 위기수준 평가 - 위기 개입 및 안전 절차 수립 - 심리교육 - 사례개념화 - 보호자상담·교육 	상담관계 형성	<ul style="list-style-type: none"> • 긍정적 상담관계 형성 및 상담동기 강화
		위험수준 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 불안·우울 수준 평가 • 위험·보호요인 평가
		안전계획 수립	<ul style="list-style-type: none"> • 위기상황 대처방법 탐색 • 안전 서약서 작성
		상담과정 안내	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램관련 심리교육
		문제행동 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 문제행동 분석 양식 작성
		상담목표 설정	<ul style="list-style-type: none"> • 상담 목표 설정
		보호자상담 및 교육	<ul style="list-style-type: none"> • 불안·우울문제 이해 • 양육방식 점검 및 서약
상담 중기	<ul style="list-style-type: none"> - 정서·인지·행동·대인관계 향상 기법 습득 - 보호자상담·교육 	정서조절 방법 습득	<ul style="list-style-type: none"> • 정서조절의 이해하기 • 주의 환기하기 • 자기 위안 방법 익히기 • 마음챙김 방법 익히기 • 정반대 행동을 통한 정서조절하기 • 보호자상담 및 교육
		합리적 사고 방법 습득	<ul style="list-style-type: none"> • 생각의 중요성 이해하기 • 부정적인 생각 찾기 • 탐정처럼 생각하기 • 지혜로운 마음 갖기 • 보호자상담 및 교육
		행동변화 기법 습득	<ul style="list-style-type: none"> • 행동 변화의 중요성 이해하기 • 변화하고 싶은 행동 증진하기 • 보호자상담 및 교육
		대인관계 형성 기법 습득	<ul style="list-style-type: none"> • 대인관계 특징 이해하기 • 효과적인 대인관계 방법 찾아보기 • 보호자상담 및 교육
상담 후기	<ul style="list-style-type: none"> - 스트레스 대처 방법 습득 - 자존감 향상 및 미래계획 설계 - 상담 종결 및 추수상담 계획 수립 - 보호자상담·교육 	스트레스 대처 행동 습득	<ul style="list-style-type: none"> • 예상되는 스트레스 알아차리기 • 스트레스 상황에서 사용 가능한 응급상자 패키지 만들기
		긍정적 자기개념 및 미래 계획 수립	<ul style="list-style-type: none"> • 나의 강점 찾기 • 미래 계획 수립하기
		상담 종결 및 추수상담 계획	<ul style="list-style-type: none"> • 상담 성과 평가하기 • 추수상담 안내하기
		보호자상담 및 교육	<ul style="list-style-type: none"> • 상담 성과 전달하기 • 일상생활에서 자녀 지지하는 방법 교육
부록	상담자 소진관리		<ul style="list-style-type: none"> • 상담자 소진 점검하기 • 상담자 소진 관리하기

[부록 2]

[EBP기반 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형 개발]
 전문가 심층 면접 질문지

센터명	이름	직급	상담경력

1. 귀하의 성별은?

- ① 남 ② 여

2. 귀하의 연령대는 어떻게 되십니까?

- ① 20대 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 ⑤ 60대 이상

3. 귀하의 학력은 어떻게 되십니까?

- ① 학사졸업 ② 석사재학 ③ 석사졸업 ④ 박사재학 ⑤ 박사졸업

4. 귀하의 전공은 어떻게 되십니까?

- ① 상담(심리)학 ② 사회복지학 ③ 교육학 ④ 청소년학 ⑤ 아동(복지)학 ⑥ 기타()

5. 귀하가 취득한 상담관련 자격증 및 급수는? (중복 선택 및 기입 가능)

- ① 청소년상담사 ()급
 ② 상담심리사(한국상담심리학회) ()급
 ③ 전문상담사(한국상담학회) ()급
 ④ 임상심리사 ()급
 ⑤ 임상심리전문가(임상심리학회)
 ⑥ 정신건강임상심리사(보건복지부) ()급
 ⑦ 사회복지사 ()급
 ⑧ 청소년지도사 ()급

<도입>

1. 귀하의 기관에서는 불안, 우울이 높은 청소년에게 어떤 서비스를 제공하고 있나요?
(재질문 팁: 인터뷰 대상자가 떠오르는 사례 중심으로 해당기관에서 제공하는 상담프로세스를 접수단계부터 설명토록 질의)

<위기사례 관리 시스템>

- 2-1. 귀 기관은 고위기 사례를 관리하는 부서 또는 대응 매뉴얼이 별도로 있나요? 있다면 어떤 역할을 하나요?
- 2-2. 귀 기관은 불안과 우울 청소년의 위기 수준을 어떤 방법 기준으로 판단하고 있나요?
(대체 질문: 사례 접수단계에서 기본적으로 운영하는 심리 검사가 있는가?)
- 2-3. 귀 기관의 고위기 사례 관리 체계 또는 매뉴얼이 위기 청소년에게 도움을 줄 수 있다고 생각하나요? 만일 도움이 된다면 어떤 점(또는 그 반대의 경우 어떤 점)인가요?
- 2-4. 귀 기관의 고위기 사례 관리 시스템 또는 매뉴얼을 활용하여 개인상담을 진행할 때 장점 및 한계점은 무엇인가요? 이에 대해 보완되어야 할 점은 무엇인가요?

<EBP 기반 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형>

3 운영 모형에 대한 질문

- 3-1. (모형) (고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 불안·우울)을 상담클리닉 운영 모형 (제시된 모형도 참고)으로 제공하는 것에 대해 어떻게 생각하나요? 필요성을 느끼나요?
- 3-2. 제시된 상담클리닉 운영모형을 귀 기관에 적용 한다면 어려운 점은 무엇이라 생각하나요?
(대체 질문: 모형 적용 경험이 없는 대상자 질의- 해당 기관에 적용 가능한가요? 있다면 그렇게 보는 이유?, 없다면 그럴만한 이유는?)
- (3-2 연결 질문) 제시된 상담클리닉 운영 모형을 귀 기관에 적용한다면 필수적으로 포함되어야 하는 내용은 무엇인가요? (또는 삭제되어도 무관한 것이 있다면 무엇이라고 보는가?)

4. 운영 모형 매뉴얼에 대한 질문

- 4-1. (제시된) 기존에 개발된 상담클리닉 운영모형 매뉴얼의 책자 방식이 유용한가요? 만일 바꾼다면 어떻게 바뀌면 좋을까요?(예: 기술방식, 내용 전개 방법 등) (추가질문: 책자가 편리한지 또는 온라인 e-book 형태가 유용한지)
- 4-2. 새롭게 제작될 “EBP 기반 고위기 청소년(불안, 우울) 상담클리닉 운영모형 매뉴얼” 제작 시 포함되었으면 하는 내용은 무엇인가요?

4-3. (EBP 기반 고위기 불안, 우울 청소년 상담클리닉 운영 모형 매뉴얼) 운영 시 기대되는 효과는 무엇인가요?

[추가 질문]

5-1. 한국청소년상담복지개발원에서 개발한 EBP기반 상담클리닉 운영 모형 매뉴얼(성폭력 피해 청소년, 자살 자해 청소년)에서 제시한 상담클리닉 운영 모형이 귀 기관에서 청소년 고위기 청소년을 상담할 때 적용이 되고 있나요?

5-1-1 (되고 있다면) 어떤 내용이 주로 활용되고 있고 현장에서 유용한 점이 무엇인가요?

5-1-2 (되고 있지 않다면) 그 이유는 무엇인가요?

5-2. 그밖에 추가로 이야기하고 싶은 게 있나요?

[부록 3]

[EBP기반 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형 개발]
개인상담 사례요약서 양식

안녕하십니까?
본 설문지는 「EBP기반 불안·우울 청소년 상담클리닉 운영 모형 개발」 연구를 위한 것이며, 불안·우울 청소년 상담개입 프로그램 시범운영에 대한 의견을 청취하여 향후 나아갈 방향을 진단하고 보다 질 높은 운영을 실현하기 위한 것입니다. 조사결과는 오직 연구목적으로만 사용될 것이며, 사례요약서는 연구보고서에 수록될 수 있습니다. 기타 개인정보는 철저히 보장될 것을 약속 드립니다. 귀한 시간 내주셔서 진심으로 감사드립니다.

1. 이 름 : _____
2. 성 별 : ① 남 ② 여
3. 연 령 : ① 20대 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 이상
4. 지 역 : ① 서울 ② 대구 ③ 대전 ④ 경기 ⑤ 강원 ⑥ 충북 ⑦ 충남 ⑧ 전북
5. 전 공 : ① 상담(심리)학 ② 사회사업(복지)학 ③ 교육학 ④ 청소년학
⑤ 아동(복지)학 ⑥ 기타(_____)
6. 학 력 : ① 대졸 ② 석사재학 ③ 석사수료 ④ 석사졸업
⑤ 박사재학 ⑥ 박사수료 ⑦ 박사졸업
7. 직 급 : ① 팀원급 ② 팀장급
③ 청소년 동반자 ④ 대학상담센터 상담원 ⑤ 기타(_____)
8. 상담경력 : ① 1년미만 ② 1년~2년 ③ 3년~5년 ④ 5년 이상 ⑤ 기타(_____)
9. 불안·우울 청소년 개입경험 : ① 1사례 ② 2사례 ③ 3사례 이상 ④ 없음

내담자 정보

1. 성 별 : ① 남 ② 여
2. 연 령 : (_____ 세)
3. 의 료 경 위 : (_____)
4. 검사 실시 여부

	청소년행동평가 (YSR)검사	백 불안검사 (BAI)	백 우울검사 (BDI)
사전	O,X로 표시		
사후			

5. 상담 회기 수 : 총 회

6. 종결여부 : ① 합의종결 ② 종결 후 연계(연계기관 :) ③조기종결 ④기타()

□ 사례요약서

※ 2페이지 이내로 작성

항목	사례				
성별·나이	상담 기간				
의뢰 경위					
문제유형	<input type="checkbox"/> 불안 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 기타()				
연계 및 지원사항	<input type="checkbox"/> 해당사항 없음 <input type="checkbox"/> 임시보호기관(쉼터 등) <input type="checkbox"/> 정신건강기관(병원/정신건강복지센터) <input type="checkbox"/> 사회복지서비스 <input type="checkbox"/> 기타()				
개인적 특성	<ul style="list-style-type: none"> ▪상담동기 : ▪주호소문제 : ▪개인적 취약요인 및 보호요인 : 				
가정환경					
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동총점	내재화	외재화	ASEBA검사결과는 본원에서 기입 예정
	사전				
	사후				
고위험성 탐색	▪ 자살에 대해 생각해본 적이 있나요?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	'예' 라는 응답이 하나 이상 있으면 중위험 혹은 고위험
	▪ 어떻게 자살할지 구체적인 방법을 생각해 본 적이 있나요?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
	▪ 자살을 시도할 계획이 있나요?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
	▪ 과거에 자살을 시도해 본 적이 있나요?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
회기별 주요내용	1회	회기에서 다룬 내용(단, 자살 자해 관련 내용 위주로 1~2줄 작성) 불안·우울 매뉴얼을 적용한 경우, 적용한 기법 및 내용 위주로 작성 부모상담 진행 시 개입 과정 및 내용 작성			
	2회				
	3회				
	4회				
	5회	조기종결의 경우, 종결된 회기까지만 작성			
	6회				
	7회				
	8회				
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1차				
	2차				
	3차				
소감					

□ 조기 종결 관련 내용

(조기종결에 해당된 사례만 기록)

※ 상담과정에서 느끼셨던 부분에 대해 자유롭게 적어주시기 바랍니다.

항목
사례를 진행하면서 어렵거나 힘들었던 부분
조기 종결의 이유
상담자로서 아쉬웠던 점(보완점)

Abstract

Development of an Evidenced-Based Practice Model for Counseling Clinic for Adolescents with Anxiety and Depression

According to recent statistics and surveys, anxiety and depression highly account for the mental health problems experienced by adolescents. The Adolescent White Paper' published by the Ministry of Gender Equality and Family in 2020 reported the stress perception rate of adolescents and the experience rate of depression reached 39.9% and 28.2%, respectively. Especially, depression rate was higher by 7.7% compared to the previous year and suicide, which is highly correlated with depression was found to be the number one cause of death. In addition, among the main complaints of adolescents who received counseling services in 2020, such as online service through Youth Cyber Counseling Center (www.cyber1388.kr), depression, atrophy, obsessive-compulsiveness, and anxiety reached 7000 cases, an increase of 66% compared to the previous year. As such, adolescents are suffering from anxiety and depression and the frequency of getting counseling service in order to overcome them is increasing. Furthermore, because when the level of anxiety and depression increases, the possibility of thinking or attempting self-harm or suicide also increases, early screening and intervention are very important (Kwon, 2012). In particular, as the risk of youth mental health is continuously detected during the disaster of COVID-19 in 2020 with the term "Corona Blue" being generalized, the need to respond to such situation is coming to the fore (Cho, 2020; Alexander, B., Martin T., Venja M., Benjamin W. H., Madeleine H., Nora D., Adam S., Eva-Maria S., 2020). As such, the problems of anxiety and depression among adolescents are continuing and deepening recently but a standardized program that can be applied to adolescents which has been consistently proven to be effective is almost absent (Soh, Ju, Cho, Son, Baik, 2020). Therefore, reflecting the dialectical behavioral and cognitive behavioral therapy

theories, as well as the needs of anxious and depressed adolescents and counseling experts, the Korean Youth Counseling and Welfare Institute developed the step-by-step standardized ‘Counseling Intervention Program for Adolescents with Anxiety and Depression’ which can be applied in the counseling field. Specifically, in the initial stage of counseling, the main contents include assessment of the risk level of client’s anxiety/depression, establishment of safety procedures, formation of counseling relationship, structuring counseling, and case conceptualization. Also, psychological education content was included to guide the understanding of anxiety/depression problems and the characteristics of the program. In the middle stage of counseling, emotion · cognition · behavior · interpersonal intervention techniques based on Dialectical Behavior Therapy (DBT) were composed of four modules in order to apply them according to the characteristics of the client’s problem. In the last stage, the methods of coping with stressful events that cause anxiety and depression in daily life, recognition of strength, and follow-up counseling plan were included after the termination of counseling. The developed program was evaluated and supervised for effectiveness and utilization by experts in the field of adolescent counseling and academia. However, due to the limitations of the research schedule, it was impossible to prove the effectiveness of the trial application to anxious and depressed adolescents. Therefore, the first purpose of this study is to apply the ‘Counseling Intervention Program for Adolescents with Anxiety and Depression’ developed in 2020 to adolescents and verify whether their psychological symptoms were significantly diminished. The second purpose is to develop an ‘Counseling system for anxiety/depression counseling clinic’ that can apply the developed program to the adolescent counseling field.

In order to develop the ‘operation model of EBP-based anxiety/depression counseling clinic’, the final model was confirmed after planning, composition trial operation, and evaluation based on the program development procedure model of Kim (2011). In the planning phase, prior research on EBP-based intervention and counseling model, literature research focusing on counseling intervention program for anxious and depressed adolescents, and focus group interviews were conducted on the development of an operation model for field practitioners. In the construction phase, based on the results of the literature research and field needs analysis in the prior stage, operation model of EBP-based anxiety/depression counseling clinic for anxious/depressed adolescents was

proposed and the effectiveness was measured by conducting a pilot operation around the local counseling and welfare centers for adolescent in the pilot operation and evaluation stage. To this end, the participants of the pilot operation were organized into an experimental group (n=19) and a control group (n=20) to which the operating model was not applied for pre-and post-tests from April to October, 2021 to statistically verify the magnitude of the changes of the dependent variable. After analyzing the satisfaction level and participation comments of counselors who participated in the operation model, the final operation model was developed after revision and supplementation through expert supervision.

The evaluation tools used to measure effectiveness in this study are the Youth Self-Report (YSR), the Korea version the Beck Anxiety Inventory (K-BAI), and the Korean version of Beck Depression Inventory-second edition (K-BDI II). Measurements were carried out before and after the counseling using the same evaluation tolls in both experimental and control groups. Analysis of was performed using SPSS 21.0 program to calculate percentiles for demographic variables and to analyze the covariates to determine the difference in intervention effectiveness between the experimental and control groups. Also, the paired t-test was conducted for each experimental and control group to assess pre-post test.

As a result of the pilot operation, the total score of K-BAI showed statistically significant difference ($F=15.563$, $p<.001$) and K-BDI-II also showed significant difference ($F=5.393$, $p<.05$) in pre-post test between experimental group and control group, meaning when the pre-est was controlled, the difference in the mean scores of the pre-post test for both scales of the experimental group was found to be statistically significant compared to the control group. On the other hand, there was no significant difference in the post-test of the total internalization score of K-YSR between two groups. In addition, as a result of the t-test of the experimental group, the score of K-YSR internalization, K-BAI, and K-BDI-II were all statistically significant indicating that the degree of internalization problem, anxiety, and depression were lower after the intervention. In the control group, only the total internalization score of K-YSR was statistically significant, indicating the counseling intervention was effective depending on the competency of counselors. Afterwards, the final model was confirmed by revising and supplementing the draft operation model

through interviews with field experts who participated in the pilot operation and consultations with academic experts.

In conclusion, this study applied the standardized counseling intervention program for anxious/depressed adolescents to the counseling field and the effectiveness was verified. Also, an operational model which provides counseling according to systematic framework was developed. It is expected that such effective program and operating model will be distributed to more than 230 counseling and welfare centers for adolescent across the country to provide systematic counseling services to adolescents suffering from anxiety and depression thereby contributing to reducing differences in quality of counseling service. In addition, the operation model was designed to be applied based on the opinions of field experts in order to increase the degree of application in the adolescent counseling field. Lastly, an evidence-based research system was established for counseling interventions. In the field of counseling for adolescents where it is difficult to systematically research and build a database, the counseling clinic operation model suggests concrete measures and through this process, it is helpful in laying the foundation for data accumulation such as the derived intervention performance.