

2009 청소년상담연구 · 150

자살위기청소년 상담개입프로그램 개발

책임연구자 : 배주미

공동연구자 : 양윤란

김은영

청소년상담연구 150
자살위기청소년 상담개입프로그램 개발

인 쇄 : 2009년 12월
발 행 : 2009년 12월

저 자 : 한국청소년상담원
발 행 인 : 차 정 섭
발 행 처 : 한국청소년상담원
(100-882) 서울시 중구 신당6동 292-61
T. (02)2250-3071 / F. (02)2250-3005
<http://www.kyci.or.kr>

인 쇄 처 : 아름기획

비매품

ISBN 978-89-8234-449-7 93330

ISBN 978-89-8234-001-7(세트)

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

국립중앙도서관 출판시도서목록(CIP)

자살위기청소년 상담개입프로그램 개발 / 책임연구자: 배주미, 양윤란,
김은영. -- 서울 : 한국청소년상담원, 2009
p. ; cm. -- (청소년상담연구 ; 150)

참고문헌 수록
ISBN 978-89-8234-449-7 93330
ISBN 978-89-8234-001-7(세트)

청소년 상담 [靑少年相談]
자살 [自殺]

334.3-KDC4
362.7-DDC21

CIP2009003927

간행사

올해 주요 유명인사를 비롯한 특정 지역의 연이은 자살 소식들은 우리사회에 큰 충격을 주었습니다. 이는 국가적, 사회적 사건으로 자리잡아 자살에 대한 관심을 우리나라의 일부 계층, 관련 전문가에서 전 국민으로 옮겨놓는 결과가 낳았습니다.

또한 현재 우리나라 국민들이 얼마나 우리의 생명을 경시하는지, 자살에 의한 개인적 사회적 부정적 영향을 얼마나 간과하고 있는지를 드러내는 것으로 보여집니다.

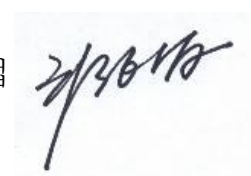
이와 함께 이러한 분위기 속에서 자라나는 우리의 미래, 아동·청소년들이 좀더 건강하고 행복하게 성장할 수 있도록 대책 마련이 필요합니다.

한국청소년상담원은 청소년 자살 문제를 예방하고 개입하는데 막중한 책임을 느끼고 2007년 청소년자살예방체제구축방안 연구를 수행하여 청소년자살예방을 위한 포괄적, 체계적 개입 시스템 모형 및 대책을 제안하였고 2008년에는 자살예방부터 사후개입에 이르는 프로그램과 개입모형을 구안하였습니다. 무엇보다 자살을 예방하기 위해서는 자살위험군을 표적화하여 신속하게 개입하는 것이 필요하므로 올해에는 '자살위기청소년 상담개입프로그램'개발 과제를 수행하였습니다. 국내외 문헌과 개입프로그램 조사, 자살위기청소년 상담경험자 대상 포커스그룹 운영, 시범상담 실시 등 좋은 상담개입프로그램을 만들기 위한 연구진의 땀과 노력이 있었고, 이제 그 결실로서 본 연구보고서가 발간됩니다. 올해 개발된 상담개입프로그램은 이후 유관부처 및 전국 청소년상담관련 기관의 협력을 통해 전국적으로 보급될 것입니다. 아무쪼록 현장에서 자살문제를 다루어야 하는 청소년 상담관련자들에게 도움이 되기를 바랍니다.

본 연구를 위해 수고를 아끼지 않은 본원의 배주미 박사님, 마인드빅정신건강센터의 양윤란 소장님, 그리고 본원의 김은영 선생님께 깊은 감사를 드립니다. 더불어 성실하게 연구업무를 도와준 이지원님, 정미라님, 김희현님, 그리고 지역 청소년(상담)지원센터 현장에서 자살위기청소년 상담개입프로그램의 시범운영에 참여해주신 선생님들께도 심심한 감사를 드립니다.

2009년 12월

원장 차 정 섭



KOREA
YOUTH
COUNSELING
INSTITUTE

초 록

2007년 청소년자살예방체제 구축방안 연구를 통해 마련된 청소년자살예방종합대책의 일환으로 2008년도에는 청소년자살 예방프로그램과 상담모형이 개발되었고, 사후개입전략 개발을 위한 기초연구가 실시되었다. 이어 올해에는 자살위기청소년 청소년들에게 효과적으로 개입할 수 있는 구조화된 상담개입프로그램을 개발하고자 하였다.

자살위기청소년 상담개입프로그램은 기획-구성-실시 및 평가 단계를 거쳐 문헌연구 및 포커스그룹의 요구 분석을 바탕으로 총 16회기에 이르는 구조화된 프로그램 형태로 개발되었다. 프로그램의 특징은 초기관리, 중기관리, 후기관리에 이르는 2008년 자살위기청소년 상담모형을 따르고 있으며, 자살위험 평가 및 안전 확보를 직접적으로 다루는 초기관리단계, 스트레스 대처 및 문제해결능력 증진, 사회적 지지망을 구축하기 위한 중기관리단계, 청소년의 잠재력 개발 및 종결, 6개월의 추수관리로 이어지는 후기관리 단계로 구성되어 있다. 또한 청소년이 상담개입을 받는 동안 부모 혹은 보호자가 본 프로그램의 효과를 강화할 수 있도록 총 5회기에 걸친 부모교육프로그램이 함께 구성되었다.

프로그램의 효과를 알아보기 위해 시범운영을 통해 자살문제로 의뢰된 청소년 총 12명에 대한 상담사례가 분석되었다. 연구의 시간적 제약으로 인해 본 연구에서 프로그램에 대한 전체 평가 결과를 수록하기는 어려웠으나 사전검사와 중간검사를 비교한 결과 자살생각, 스트레스 대처, 자아존중감에 대해 어느정도 동의되는 긍정적 경향을 보였다. 또한 프로그램이 진행될 수록 자살 관련 행동이 비교적 안정적으로 관리되는 경향을 보였다.

본 연구의 의의를 찾자면 우선 임상적, 경험적으로 효과가 있다고 보고된 개입방법의 공통된 구성요소를 추출하여 프로그램에 담고, 실무자 대상 포커스그룹을 운영하여 현장의 요구를 포함함으로써 보다 실효성있는 프로그램을 개발하고자 하였다. 또한 2008년도 자살위기청소년 상담모형을 발전시켜 보다 쉽고 명료하게 접근할 수 있도록 회기별로 구조화된 프로그램을 제시하였다.

그러나 시간적 제약으로 인해 프로그램의 평가가 충분하게 이루어지지 못하였고, 자살위험성 평가시스템의 체계성이 미흡한 한계를 안고 있다. 본 프로그램은 시개발되어 아직 현장 적용경험이 풍부하게 반영되지 못하였으므로, 장기적 효과 검증 과정을 통해 현장의 피드백을 축적하고 지속적인 개선과 정교화 과정이 요구된다. 아울러

직접적 자살위험요인, 관련 위험요인과 보호요인에 대해 포괄적으로 평가한 후 개입에 들어갈 수 있도록 좀더 체계화되고 사용이 용이한 평가시스템을 개발하는 후속 연구가 필요하다고 하겠다.

KOREA
YOUTH
COUNSELING
INSTITUTE



I. 서 론 | 1

- 1. 연구목적과 필요성1
- 2. 연구 과제2

II. 이론적 배경 | 3

- 1. 청소년 자살의 특성 및 위험요인 · 보호요인3
 - 가. 청소년자살의 특성3
 - 나. 청소년 자살과 위험요인 및 보호요인4
 - 다. 자살위기청소년의 위험요인 및 보호요인 개관으로부터의 시사점8
- 2. 자살위험 수준에 따른 개입방법10
 - 가. 청소년 자살 예방 개입10
 - 나. 자살위기청소년 긴급 구조 개입11
 - 다. 청소년자살 사후개입12
 - 라. 자살위기청소년에 대한 개입12
- 3. 자살위기청소년에 대한 주요 개입방식 및 기법과 그 효과13
 - 가. 자살위기청소년에 대한 주요 개입방식 및 기법13
 - 나. 자살위기청소년 개입의 주요 접근의 효과21
 - 다. 선행 자살 개입프로그램 고찰을 통한 시사점28

III. 연구방법 | 31

- 1. 프로그램의 개발31
 - 가. 프로그램 개발 절차31
 - 나. 프로그램 개발 과정31



2. 자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영 및 평가	54
가. 시범운영의 개요	54
나. 프로그램 시범운영 평가	58
다. 자살위기청소년 상담개입프로그램의 수정 방향	75

IV. 요약 및 논의 | 80

참고문헌	84
------------	----

부 록

부록 1. 포커스그룹 면접을 위한 질문	96
부록 2. 포커스그룹 인터뷰 내용의 예시	97
부록 3. 시범운영 평가지	109
부록 4. 시범운영 사례내용의 요약	118



표

표 1. 연령별 3대 사망원인 구성비 및 사망률(2008)	4
표 2. 선행연구결과에서 나타난 위험요인과 보호요인 요약	9
표 3. 선행 자살 개입 프로그램의 구성 요소 요약	26
표 4. 자살위기청소년 상담자의 일반적 특성	34
표 5. 자살위기청소년 상담개입프로그램의 구성	48
표 6. 자살위기청소년 상담개입프로그램의 세부 내용	49
표 7. 부모교육의 내용	52
표 8. 연구 설계	54
표 9. 자살위기 청소년 상담자의 특성	59
표 10. 시범운영에 참여한 자살위기청소년의 특성	60
표 11. 사례 1의 자살 관련 행동 유무의 양상	62
표 12. 사례 2의 자살 관련 행동 유무의 양상	63
표 13. 사례 3의 자살 관련 행동 유무의 양상	65
표 14. 사례 4의 자살 관련 행동 유무의 양상	66
표 15. 사례 5의 자살 관련 행동 유무의 양상	67
표 16. 자살위기청소년 상담개입프로그램의 도움된 점	72
표 17. 자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영 시 어려움	73
표 18. 자살위기청소년 상담개입프로그램 관련 제안	74
표 19. 청소년의 자살위험성 평가 기준	76
표 20. 자살위험 수준별 자살위기청소년 상담개입프로그램의 적용(수정안)	77
표 21. 부모교육의 수정안	78



그림 I

그림 1. 자살위기청소년 상담개입프로그램 개발 과정	32
그림 2. 사례 1의 자살 관련 정서-스트레스 점수의 양상	62
그림 3. 사례 2의 자살 관련 정서-스트레스 점수의 양상	63
그림 4. 사례 3의 자살 관련 정서-스트레스 점수의 양상	64
그림 5. 사례 4의 자살 관련 정서-스트레스 점수의 양상	66
그림 6. 사례 5의 자살 관련 정서-스트레스 점수의 양상	67
그림 7. 자살 영향 요인 - 자살 생각의 변화	68
그림 8. 자살 영향요인 - 스트레스 대처의 변화	68
그림 9. 자살 영향 요인 - 자아존중감의 변화	69

I. 서론

1. 연구의 목적과 필요성

2006년 OECD 조사에 따르면 우리나라 자살률은 다른 회원국의 2배에 달하는 10만 명당 21.5명이며, 청소년의 경우에도 4.6명으로 높은 자살률을 보고하고 있다. 또한 청소년 자살은 사전 계획 없이 충동적으로 이루어지며, 예측하기가 어렵고, 그 원인이 정신과적 질환이라기보다는 자신의 고통 표현인 경우가 많으며, 모방 자살 등의 외적인 영향을 많이 받는다는 점에서 다른 연령층과의 차이가 있으며 특히 사회적 개입이 요구되는 문제이다.

우리나라는 이와 같은 심각한 자살률과 청소년 자살에 대한 사회적 개입의 필요성 요구에 의해 2007년부터 청소년 자살에 대한 대책을 강구해오고 있다. 본원에서도 2007년 청소년자살예방체제 구축방안 연구를 시작으로, 2008년도에는 청소년자살 예방프로그램 및 개입방안을 개발하였다.

자살위기청소년을 개입하는 일은 쉽지 않은 일이며, 개입의 실패는 치명적인 결과를 유발하기 때문에 자살문제에 개입한다는 것은 어려운 일이다. 외국의 청소년 자살에 대한 개입과 관련된 선행 연구들을 살펴보면, 많은 연구들이 주로 성인을 위주로 이루어져왔으며, 최근에서야 성인에게 활용되던 방식을 청소년에게 맞게 수정하고 이에 대한 효과 여부를 알아보기 시작하였다. 자살위험군에 대한 주요한 접근으로 정신분석적 접근, 인지치료적 접근, 변증법적 행동치료 등이 있으며, 청소년의 경우에도 변증법적 행동치료를 가족의 참여를 높이고 청소년에게 맞게 수정한 것이나 인지행동치료와 문제해결기술, 혹은 약물치료를 함께 활용한 치료방법들이 효과적인 것으로 밝혀지고 있다.

한편 우리나라의 경우, 외국 개입 프로그램의 소개에 그치거나 개발된 프로그램도 이정숙 등(2007)이 개발한 '자살예방 프로그램'등 집단상담프로그램을 통해 예방하는 방향으로 치우쳐 있다. 청소년들의 특성 상 전염효과 및 동반자살 위험에 대한 우려 등을 고려하여(박경애 외, 1998; 한국자살예방협회 등, 2007; Hazell, 1993), 내담자의 안전을 위해서는 집단상담적 접근 보다는 개인 및 가족상담적 접근이 더 선호되고

있는 외국에 비추어볼 때 자살위기청소년을 표적화한 전문적인 개입 절차 및 방법이 제대로 확립되어 있지 않은 실정이다(AAS, 2003; Busch, Fawcett & Jacobs, 2003).

이와 같이 2007년까지 청소년 자살 고위험군 진단방법, 선별에 따른 체계적 개입절차나 합의된 개입모델이 없었으나, 2008년 본원에서는 면접조사와 요구조사 등을 통해 상담모형을 개발하고, 전반적인 자살위험관리와 개입 과정에 대한 흐름을 제시하여 현장의 청소년 상담사들이 청소년의 자살문제를 보다 효율적으로 개입할 수 있도록 도구를 마련하였다. 그러나 2008년 연구에서는 미처 자살위기청소년을 개입할 회기별 과정이 채 마련되지 못하여 개입 시 그 방안을 구체적으로 적용하는데 어려움이 있을 수 있다는 점을 감안하여 2009년 올해에는 비교적 비용 대비 효율성이 높으면서도 청소년 상담사들의 역량을 높일 수 있는 자살위기청소년 상담개입프로그램을 마련하고자 한다.

2. 연구 과제

첫째, 자살위기청소년들에게 효과적으로 개입할 수 있는 구조화된 상담개입프로그램을 개발한다.

둘째, 시범운영을 통해 개발된 프로그램의 효과를 파악한다.

II. 이론적 배경

1. 청소년 자살의 특성 및 위험요인 · 보호요인

가. 청소년자살의 특성

우리나라의 저명인사 및 유명 연예인들의 자살로부터 가정의 경제적 위기로 인한 자살에 이르기까지 우리나라의 자살문제는 그 어느 시기보다 국내외적으로 주목받고 있다.

2006년도 OECD Health Data에 따르면 우리나라의 자살률은 10만명 당 21.5명으로 OECD회원국 평균 11.2명의 두 배에 달하는 것으로 보고되었고, 그 증가율 역시 가장 높은 것으로 나타났다. 또한 통계청자료(2009)에 의하면 2008년도에는 인구 십만명당 26.0명이 자살하여 전체 사망원인 중 자살이 4위를 차지하였고 만 5세 이상 인구 자살사망자 수가 12,858명으로 전년대비 684명이 증가하였다. 또한 성별 자살사망자수를 보면 남성이 10만명 당 33.4명, 여성이 18.7명으로 남성의 자살사망율이 여성보다 1.6배 이상 높게 나타났다.

표 1에서 보여주듯이 2008년도 청소년 자살은 10대에서 교통사고에 이어 2위의 높은 사망 순위를 차지하고 있으며 10만명 당 22.1명으로 전년도 20.2명에 비해 자살사망자가 증가한 것으로 나타났다(2009, 통계청).

아동, 청소년의 자살률(0~19세)은 십만명당 4.6명으로 다른 연령층에 비해 상대적으로 낮아 그 심각성이 간과되기 쉬우나 다음과 같은 특징에 비추어 볼 때 적극적인 대처가 필요하다고 하겠다. 또한 청소년 자살은 첫째, 그 자체가 자기파괴적인 행동으로서 우울과 독립적으로 사전 계획 없이 충동적으로 이루어지는 경우가 많아 예측하기가 매우 어렵고(김용분과 정영조, 2003; 신민섭, 1993; Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C. et al., 1997; Bridge, Goldstein, and Brent, 2006), 둘째, 장노년층처럼 정신과적 질환이 주요 원인이기보다(Glaser, 1981; Sheiman, 1987), 자신의 심리적 고통을 극단적인 방법으로 표현하기 위해, 즉 도움을 청하는 방법으로 자살 행동을 선택하는 경우가 많다는 점이다(하상훈,

2000). 셋째, 청소년기 특성상 다른 연령층에 비해 자신의 내적 자살동기보다 외적 요인의 영향을 받아 모방자살이나 동반자살을 감행하는 경우가 상대적으로 많으며(남민, 1997; 오승근, 2006), 또한 그 결과 남아있는 사람들과 주변사람에게 치명적인 고통을 주고 사회불안을 야기하며 전염성이 강하다는 점에서 심각한 사회문제라고 할 수 있다(Range, 1993; 하상훈, 2000; 김순규, 2008).

표 1. 연령별 3대 사망원인 구성비 및 사망률(2008) (단위 : %, 십만명당)

연령	1위			2위			3위		
	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률
1-9세	운수사고	18.0	3.2	약성신생물(암)	15.2	2.7	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	7.6	1.4
10-19세	운수사고	23.6	5.0	고의적 자해(자살)	22.1	4.6	약성신생물(암)	13.6	2.9
20-29세	고의적 자해(자살)	40.7	22.6	운수사고	18.8	10.4	약성신생물(암)	10.5	5.8
30-39세	고의적 자해(자살)	28.7	24.7	약성신생물(암)	20.6	17.8	운수사고	9.6	8.3
40-49세	약성신생물(암)	29.4	62.0	고의적 자해(자살)	13.5	28.4	간 질환	9.2	19.5
50-59세	약성신생물(암)	39.1	174.5	간 질환	7.9	35.4	뇌혈관 질환	7.7	34.6
60-69세	약성신생물(암)	42.1	443.3	뇌혈관 질환	10.8	113.6	심장 질환	7.7	80.6
70-79세	약성신생물(암)	32.9	961.2	뇌혈관 질환	14.5	422.9	심장 질환	9.4	273.9
80세이상	약성신생물(암)	14.9	1489.0	뇌혈관 질환	13.1	1314.4	심장 질환	10.6	1061.1

나. 청소년 자살과 위험요인 및 보호요인

자살은 크게 자살생각, 자살시도, 완결된 자살을 포함한다. 완결된 자살은 연구가 어렵고, 자살생각은 엄격한 의미에서 자살과 동일한 의미는 아니지만 논리적으로 자살생각이 자살시도나 행위에 앞서 나타나는 것으로 보고, 자살생각 수준이 높을수록 자살을 시도하는 비율이 높아진다는 선행연구(임수영 등, 1994)에 근거하여 자살 행위를 이해하는데 자살생각이나 자살시도를 다루는 연구들이 주되게 이루어지고 있다(Simon & Murphy, 1995).

청소년의 자살행동을 이해하고, 자살위기에 놓인 청소년에 대한 개입 프로그램을 구성하기 위해서는 자살 위험을 높이거나 낮추는 청소년의 개인, 가족, 사회적 측면의 위험요인과 보호요인을 살펴볼 필요가 있다.

1) 청소년 자살의 위험요인

첫째, 개인적 위험요인으로는 우울, 충동성, 무망감, 정서조절의 어려움 등과 같은 개인 특성적(trait) 변인과 과거 자살시도 경험 등과 같은 개인적 경험에 관한 변인들이 포함된다(Abela & Payne, 2003; Brent, 1987; Bridge, Goldstein, and Brent, 2006; Hankin et al., 2001; Laster, 1981; Range, 1993; 박경애 외, 1993; 신민섭, 1993; 이은숙, 2007; 김순규, 2008).

먼저 우울에 대해 살펴보면 자살위기청소년은 우울증의 인지와 유사한 부적응적, 부정적 인지도식을 보이는 경향이 있으며, 이러한 인지적 특성은 스트레스 사건과 사회적 지지를 통제된 후에도 높은 자살생각과 관련이 있다고 보고되었다(Wagner & Zimmerman, 2006). 정영주와 정영숙(2007)의 연구에서도 우울은 직접 혹은 인지적 와해를 통해서 간접적으로 자살생각에 영향을 미치고 있음을 보고하고 있다.

특히 최근 Goldstein과 Bridge(2008)가 청소년 자살완결자(completed suicide)에 대해 심리학적 부검(psychological autopsy)을 실시하여 일반 청소년들의 심리정서 및 생활과 비교한 결과, 자살이전에 청소년들이 불면증(imsomnia)이나 수면과다(hypersomnia)가 특징적으로 차이가 있었음을 보고하고 있으며, 이러한 수면장애가 그들의 우울증을 반영해주는 것이라고 설명하고 있다. 이러한 수면장애와 관련된 연구결과는 자살시도 청소년들에게도 나타나는데, Barber 등(2005)은 자살계획을 가지고 있다고 인정한 청소년들은 자살생각이 없는 우울한 청소년들에 비해 더 빈번한 불면증을 호소하고 있어, 불면증이 더 심각한 우울수준을 반영하는 것일 수도 있으며 자살과 더 높은 상관을 지니는 것으로 보인다.

또한 충동성은 청소년자살시도자, 재시도자들이 자주 보이는 특징으로, 적개심이나 공격성을 포함한 좌절, 분노와 반응하는 경향이 있다(Beautrais, Joyce & Mulder, 1999; Spirito et al., 1989). 정서조절의 어려움 역시 자살위험을 고조시키는 요인인데, 자살위기에 놓인 청소년은 불안, 불쾌감, 분노 등의 강렬한 부정적 감정을 경험하며(Shaffer, Garland, Could, Fisher, & Trautman, 1988), 자살시도를 반복한

청소년은 한 번 시도자보다 더 많은 분노와 불쾌감을 보고하였다(Gispert et al., 1987). 무엇보다 과거 자살시도 경험은 자살 관련 행동에 대한 예측력이 매우 높은 단일요인으로(Diekstra, 1989), 자살 시도자 중 30%가 일 년 이내 다시 자살을 시도하는 것으로 밝혀졌다(Arensman et al., 1999; Kerkhof et al., 1998).

음주 등의 약물남용 등 불건강한 생활 습관은 자살 행동과 높은 연관성을 보이는 데(Kashani et al., 1998; Tarter et al., 2004), Gould 등(1998)은 자살을 생각하고 있는 청소년의 경우 음주가 자살시도를 감행하는데 중요한 역할을 한다고 지적하였다. 최근 국내에서 박은옥의 연구결과(2008)에서도 청소년의 자살시도에 영향을 주는 요인으로 우울 외에 음주, 흡연, 약물, 성행위, 아침식사를 거르는 것 등의 건강치 않은 생활습관이 자살시도에 영향을 주었음을 밝히고 있다.

둘째, 가족요인으로는 가정 학대 경험, 가족구성원의 상실, 가족의 구조적 변화, 가족과의 갈등, 역기능적 의사소통 등을 들 수 있다.

많은 선행연구들은 학대받은 경험이 자살생각과 밀접한 관련성을 가지고 있다고 보고한다(Blum et al., 1992; 김순규, 2008). 부모가 폭력을 행사하는 자리에 자녀가 함께 있으면서 폭력에 직접 관련되거나 폭력을 직접 목격할 수도 있으나 자신의 방에서 단지 소리만을 듣고 있을 수도 있다. 혹은 부모들이 입은 상처나 어질러진 집안을 보며 폭력을 간접적으로 경험할 수도 있게 된다(Wyndham, 1998).

가족구성원의 상실, 가족의 구조적 변화가 스트레스로 작용하여 자살위험성을 높이며(한기석, 정영조, 1992; 홍나미, 1998; Bridge et al., 1997; Range, 1993), 가족간의 역기능적 의사소통, 부모와의 갈등, 소외감 역시 동일한 역할을 하는 것으로 보고되었다(Lester, 1987; Marcenko et al., 1999; Range, 1993; 오현아, 박영례, 최미래, 2008; 우선유, 1999; 하상훈, 2003; 하연희, 2001). 부모의 관심정도가 너무 과도하거나 적은 경우도 자살시도와 관련성이 높은 것으로 나타나고 있다(Allison et al., 1995).

가정의 경제적 어려움에서 오는 스트레스나 걱정도 청소년의 자살생각과 관련이 있는 것으로 보고되고 있는데(Andrew & Lewionsohn, 1992; Dubow et al., 1989; Rubenstein et al., 1989), 이는 낮은 사회경제적 지위로 인해 청소년 자녀의 만성적 스트레스, 기회의 차단, 유해한 환경에 더 많이 노출되는 것 등을 포함하게 되어 부정적인 영향을 미치는 것이다(김순규, 2008).

한편 학교 및 또래 환경에 대해서는 여러 선행 연구에서 동료와의 어려움이 청소년

년의 자살시도와 유의한 관련이 있다고 보고되고 있다(Hawton et al., 1982; Negron et al., 1997). 학교생활의 적응에 중요한 역할을 하는 교사와의 관계가 갈등적일 경우 자살시도의 주요 위험요소로 제시되었다(전영주, 이숙현, 2000; 한국청소년연구원, 1992; Randy, 1996).

또래로부터의 학교폭력 경험은 청소년들에게 신체적 고통은 물론 심리적 외상을 남기게 되는데, 특히 학교폭력의 경우 주요한 삶의 장면에서 큰 어려움을 겪게 하고, 대부분의 대인관계에서의 실패로 이어지기 때문에 치명적인 결과를 낳는 것으로 보여진다. Flannery 외(2004)의 아동과 청소년의 학교 폭력 노출에 대한 연구에서 외상 후 스트레스, 분노, 우울, 고립감 등을 겪고 있는 것으로 보고하였고, Baldry와 Winkel(2003)은 학교에서 또래로부터 신체적, 심리적, 언어적 폭력의 목표가 되는 것이 자살에 영향을 준다고 하였다. 국내의 연구 결과(이정숙, 권영란, 김수진, 2007; 하연희, 2001) 청소년의 자살하고 싶은 가장 높은 원인 중 하나가 또래로부터의 따돌림과 학교 폭력 경험이라고 보고되었다.

이와 같이 가족이나 친구, 주변인들과의 관계문제는 청소년들의 자살동기와 밀접한 관련이 있는데 자살을 생각하거나 충동을 느끼는 청소년들은 주변사람들과의 대인관계에서 소외되거나 대인관계능력이 미숙하다는 공통점을 가지고 있다(이해경, 신현숙, 이경성, 2006). 실제 자살 직전의 청소년들은 타인으로부터의 소외와 위축을 호소하며 부모나 다른 중요한 성인과의 대화 단절을 보이기 때문에 이는 자살을 시도하는 청소년들의 자살신호로 간주되고 있다(김진희 외, 2002).

이밖에도 어떠한 개인, 가족, 학교 및 지역의 요인들이 청소년의 자살위험성에 영향을 미치는 지 알아본 최근 연구 결과(김현주, 2008)에 의하면 학교적응정도, 문제해결능력, 자살생각의 정도, 우울 및 이웃 지지와 자기통제력이 청소년자살에 영향을 미치는 주요 요인으로 나타났다.

2) 청소년자살의 보호요인

자살위험을 낮추는 보호요인들을 개인 측면에서 살펴보면 첫째, 자존감을 들 수 있다. 자존감은 개인이 자신에게 부여하는 가치로 자신을 존중하고, 스스로 가치 있는 사람이라고 생각하는 것을 의미하는데 이러한 자존감은 심리적 적응에 영향을 주는 중요한 요인이다. 높은 자존감을 지닌 청소년은 스트레스에 적절하게 대처하며,

문제 해결을 위해 긍정적인 대처방법을 사용하는 것으로 나타났다(김순규, 2008). 그렇지만 자살의 위험요인인 우울을 통제할 경우 자존감과 자살의 관련성은 줄어드는 것으로 알려져 있다(Fergusson and Lynskey, 1995).

둘째, 가족 측면에서의 보호요인으로는 부모의 지지를 들 수 있는데 부모와 자녀와의 관계는 자살시도와 밀접한 관계가 있는 것으로 보고되고 있고(김순규, 2008), 특히 어머니의 지지는 청소년의 자살생각을 가장 효과적으로 완충하는 보호요인으로 밝혀졌다(임수영, 1996). 한국청소년상담원(2007)의 실태조사에서도 자살시도 중 포기한 이유로 ‘엄마가 생각나서’라는 의견이 가장 많았다. 또한 최근 연구결과에서도(박현숙, 구현영, 2009; 이지연, 김효창, 현명호, 2005) 부모-자녀간 의사소통이 스트레스와 자살 생각 간의 관계를 매개하고 완충해주는 것으로 보인다.

셋째, 학교와 관련된 보호요인 역시 청소년들의 자살위험에 중요한 영향을 끼치는데, 교사나 친구의 지지는 학교생활 적응에 영향을 주며(박현선, 1998), 스트레스 완충역할을 통해 청소년의 자살 행동율을 낮추는 중요 요인으로 지적되고 있다(김순규, 2008). 김재엽과 정운경, 이진석(2009)의 연구결과 가정 내 학대경험이 있는 청소년의 자살생각 또한 학교에서의 또래 및 교사 등의 사회적 지지관계가 완충해줄 수 있음을 밝히고 있으며, 문경숙(2006)도 학업스트레스가 부모와 친구의 지지관계에 의해 매개됨을 밝히고 있다.

넷째, 사회 환경 측면에서의 보호요인으로 청소년에게 지각된 사회적 자원을 들 수 있다. 지각된 사회적 자원이란 청소년이 사회적 자원들로부터 도움을 받을 수 있다고 인식하는 것을 의미하며, 실제 제공하는 지지보다 도움을 받을 수 있다는 지각된 지지가 더욱 중요하다고 보고되고 있다(Husaini, 1982).

다. 자살위기청소년의 위험요인 및 보호요인 개관으로부터의 시사점

위에서 개관된 청소년의 자살과 관련된 위험요인 및 보호요인을 통해 다음과 같은 시사점과 프로그램 구성요인을 도출하면 다음과 같다(표 2. 참조).

먼저, 개인적 측면의 주요 위험요인은 우울감, 무망감, 소외감 등의 우울증과 관련된 요인, 충동성, 공격성 등의 정서조절의 어려움, 인지적 왜해 및 비합리적 사고와 같은 합리적 사고의 어려움, 대인관계기술의 문제, 음주 및 흡연, 수면 곤란, 부적절

한 성행위 등 불건강한 생활습관 등이었으며, 보호요인으로 언급되는 것들은 자아존중감, 스트레스 대처능력, 긍정적 문제해결능력 등이었다.

표 2. 선행연구결과에서 나타난 위험요인과 보호요인 요약

영역	위험요인	보호요인	프로그램의 구성 요인
개인	<ul style="list-style-type: none"> • 우울, 무망감, 소외감 • 충동성, 공격성 • 정서 조절의 어려움 • 인지적 왜해 • 비합리적 사고 • 대인관계기술 부족 • 수면곤란 • 흡연, 음주, 약물 과다 • 부적절한 성행위 • 불건강한 식습관 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 자아존중감 • 스트레스 대처능력 • 긍정적 문제해결능력 	<ul style="list-style-type: none"> • 심한 우울증의 경우 정신과적 치료 • 충동성 등의 정서 조절, 스트레스 대처능력 강화 • 자기수용 및 자아존중감 향상 • 문제해결능력 강화 • 건강한 생활습관 증진
부모 및 가족	<ul style="list-style-type: none"> • 가정학대 경험 • 가족구성원의 상실 • 가족의 구조적 변화 • 역기능적 의사소통 • 부적절한 부모 관심 • 가정 내 경제적 곤란 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 부모와의 애착관계 • 부모의 지지 • 부모와의 의사소통 	<ul style="list-style-type: none"> • 가정학대, 가족구성원 상실 등에 대한 치유 기회 제공 • 부모자녀 의사소통 증진 • 부모의 지지 강화 • 경제적 곤란으로 인한 스트레스 지원
또래 및 학교	<ul style="list-style-type: none"> • 학교폭력, 따돌림 경험 • 교사와의 갈등적 관계 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 교사와 지지 • 또래의 지지 • 상담교사의 지지 	<ul style="list-style-type: none"> • 학교 폭력문제 지원 • 교사의 지지 증진 • 또래의 지지 증진

부모 및 가족 측면의 위험요인으로는 가정학대 경험, 가족구성원 상실, 가족의 구조적 변화, 역기능적 의사소통, 부적절한 부모 관심, 가정 내 경제적 곤란 등이며, 보호요인의 경우에는 부모와의 애착관계, 부모의 지지, 부모와의 의사소통 등이다.

마지막으로 또래와 학교측면에서의 위험요인은 따돌림 및 학교폭력 경험과 교사와의 갈등이며, 보호요인은 교사 및 상담교사의 지지, 또래의 지지인 것으로 나타났다.

이러한 결과를 통해 본 연구에서 개발할 프로그램 구성요인을 도출해 보면 다음과 같은 것들이 포함되는 것이 적절할 것으로 보여진다.

먼저, 심한 우울증을 감별하여 정신과 치료에 연계의뢰하는 것이 중요하다. 특히 심한 우울증의 경우에는 단순한 상담프로그램만으로는 자살에 개입하는 것이 위험한

상황도 있으므로 이 경우 정신과적 약물치료로 의뢰 혹은 병행하는 것이 필요하다.

그와 함께 충동성 및 공격성 등의 정서조절기술, 스트레스 대처 능력을 강화하는 것, 자기수용과 자기존중감을 증진시키는 것, 문제해결능력 강화, 건강한 생활습관을 증진시키는 것 등이 프로그램에 포함되어야 할 것이다.

부모와 가족관계에 있어서 가정 학대 및 상실에 대한 치유 기회를 제공하고, 부모와 자녀 간 의사소통 증진, 부모의 지지를 강화하는 것이 포함되어야 할 것이다.

또래 및 학교 영역과 관련하여 따돌림이나 학교폭력의 경험에 대처하고, 교사 지지 및 또래 지지를 증진시킬 수 있도록 하는 것이 도움이 될 것이다.

2. 개입 시기 및 특성에 따른 개입 방법의 분류

자살위기청소년에 대한 개입 시기 및 특성에 따라 예방개입, 긴급구조개입, 위기개입과 사후개입의 4가지로 나눌 수 있으며, 시기별 당면한 문제와 개입의 목적에서 차이가 있다.

가. 청소년 자살 예방개입

자살의 경우 그 원인이 매우 복잡한 체계를 가지고 있어서 외국의 경우 이미 오래 전부터 국가차원의 체계적인 전략을 수립하여 자살예방을 위해 다각적인 노력을 기울여왔다. 이중 대표적인 예방프로그램의 유형을 들자면, 학교지킴이훈련, 지역사회지킴이훈련, 일반적인 자살예방교육, 자살위험성 선별프로그램, 또래지지프로그램과 같이 일반청소년 혹은 교사, 상담자 등을 대상으로 자살위기청소년을 발견하고 의뢰할 수 있는 교육을 들 수 있다(오승근, 2006).

우리나라의 경우에도 민간기관 및 지역 자살예방센터를 중심으로 자살예방활동이 이루어져오고 있는데 일반청소년을 대상으로 하는 접근방법은 크게 3가지를 들 수 있다. 첫째, 생명존중 전반을 다루는 교육, 둘째, 죽음 준비교육을 통한 자살예방교육, 셋째, 생명존중 의식의 변화를 통한 자살예방접근 방식으로 생명존중 등과 같은 간접적인 접근방식이 주류를 이룬다. 혹은 교사 및 상담자를 대상으로 자살위기청소년을 발견하고 의뢰할 수 있도록 교육하는 방식과 같이 주변인을 통한 예방적 접근이 있다. 이와 같이 간접적인 접근은 청소년에게 직접 자살위험에 대해 교육하는 방

식이 아니기 때문에 그 예방효과를 직접 알아내기가 쉽지 않다(지승희, 김명식, 오승근, 김은영, 이상석, 2008).

이에 2008년 한국청소년상담원에서는 국내외 청소년 자살 예방프로그램을 살펴보고 청소년과 상담자의 요구를 분석한 결과를 토대로 청소년이 자살 문제를 직접 다룰 수 있도록 접근하는 자살 예방프로그램이 개발되었다. 본 프로그램은 중고생을 대상으로 총 2회기(100분)의 학급단위로 이루어지며 청소년 자살문제의 심각성을 알고 자살에 대한 올바른 태도를 확립하고 자살위기 대처방법을 훈련하도록 구성되어있다.

나. 자살위기청소년 긴급구조개입

자살위기청소년들 중에서 현재 자살을 시도하려하거나 시도하고 있는 청소년들에 대한 개입은 긴급구조 접근방식으로 이루어져야하는데 이를 위해서는 긴급구조 hot line과 부처별 긴급구조팀(119구조대 등)의 연결체제가 하나의 시스템으로 구축되어야 한다. 우리나라의 경우 국내 최초로 서울시자살예방센터(구 서울시정신보건센터의 위기관리팀)를 중심으로 응급상황에서 현장으로 출동하는 시스템을 구축하고 24시간 운영하고있다. 이러한 긴급 구조 개입서비스는 자살 및 정신건강상담전화를 통한 위기신고, 위기분류, 위기개입, 위기종결과 연계 (4단계)로 이루어진다(지승희 등, 2008; www.suicide.or.kr).

청소년의 경우, 1388과 같은 청소년전화를 통해 긴급구조가 이루어질 수 있도록, 구 국가청소년위원회에서 자살위기청소년 긴급구조 및 위기개입 매뉴얼이 발간되었다(육성필 등, 2008). 본서에는 전화 및 인터넷 상담과 같은 hot line을 통한 자살위험성 평가에 따른 자살위험수준 분류 방법, 자살위기개입 및 의뢰 절차가 소개되어 있다.

긴급구조 시 자살위기청소년의 정신행동 양상으로 보아 정서나 행동이 통제되지 않으며 정신병적 사고를 보이거나, 알코올 등의 약물중독, 다수의 자살시도 경험 등을 포함할 때 입원조치가 필요하다(Shaffer and Pfeffer, 2001).

다. 청소년 자살 사후개입

최근 들어 청소년 자살문제의 심각성으로 인해 청소년 자살사망자 주변 생존자들에 대한 사후개입이 시급히 요구되고 있다. 우리나라의 경우 아직 자살 사후개입이 익숙하지 않은 개념이며 사후개입과 관련된 연구도 거의 없는 실정이고 국외의 경우에도 몇 가지 프로그램이 개발되어 있으나 그 효과를 검증한 연구가 거의 없는 상황이다(지승희 등, 2008). 이에 2008년도 한국청소년상담원에서는 국외의 사후개입 관련 문헌고찰을 통해 사후개입프로그램 및 지침들의 공통적 구성요소를 확인하여 학교를 기반으로 청소년 자살이 발생했을 때 취해야하는 사후개입 절차 및 학생, 부모, 교사, 학교행정을 위한 지침을 제시하였다. 이러한 사후개입프로그램이 우리나라 실정에 맞게 구조화되기 위해서는 전문가들로부터 검증을 받은 청소년자살 사후개입 프로그램이 개발되어 이를 현장에 적용하면서 동시에 피드백을 받아 보완해가는 과정이 시스템화 되어야 할 것이다(지승희 등, 2008).

라. 자살위기청소년에 대한 위기개입

자살위기청소년에 대한 개입으로는 다양한 접근방법이 있으며, 이에 대해서는 다음 장에서 다루도록 한다. 한국청소년상담원에서도 자살위기청소년에 대한 상담모형이 개발되었는데 자살위기청소년 상담모형은 자살위기청소년 및 상담자 대상 심층면접과 설문조사를 통해 요구를 분석하고 자살위기청소년 상담사례를 수집하여 내용을 분석한 결과를 바탕으로 이루어졌다(지승희 등, 2008). 자살위기청소년의 자살위험 긴급성, 위급성을 고려하여 평가와 개입을 동시에 시행하면서 자살위험성을 관리하는 접근방식으로 약 6개월~1년에 걸쳐, 자살위험을 평가하고 안정성을 확보하며 자살위험을 관리하는데 집중하는 ‘초기관리’, 자살위험성을 지속적으로 평가하면서 자살위험요인 및 보호요인 등을 종합평가하여 상담목표와 전략을 수립하고 초점화된 모듈식 상담과 기술훈련을 수행하는 ‘중기관리’, 자살위험성을 최종적으로 평가하여 상담을 종결하며 상담성과를 평가하고 정기적인 연락을 통해 추수관리하는 ‘후기관리’단계로 구성되었다.

그러나 자살위기청소년 상담모형에서는 구체적이고 회기화된 프로그램이 제안되지 않았으므로 이와 관련된 프로그램을 개발하는 것이 본 연구의 핵심이다.

3. 자살위기청소년에 대한 주요 개입방식 및 기법과 그 효과

가. 자살위기청소년에 대한 주요 개입방식 및 기법

자살위기청소년에 대한 심리적 개입의 주요 접근방법으로는 전통적인 방식의 정신 역동치료부터 시작하여 최근 과학적 근거에 의한 개입방법에 이르기까지 다양한 개입방법이 대두되고 있다. 그러나 본 연구에서는 과학적 방식의 검증이 이루어진 개입 방법 및 프로그램에 근거하여, 미국의 Department of Health and Human Services 산하 약물남용 및 정신건강서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration; SAMHSA) 내의 ‘과학적 근거에 의한 프로그램 국가 등록소(National Registry of Evidence-based Programs and Practices, 이하 NREPP라 함)’에서 청소년 자살과 관련하여 등록된 자살 개입접근 혹은 프로그램을 살펴보았다. 이러한 프로그램은 NREPP에 등록된 137개 인증 프로그램 중 ‘아동 및 청소년’, ‘자살’ 두개의 핵심단어에 해당되는 프로그램들 중 예방 프로그램이 아닌 개입 프로그램을 중심으로 살펴보았다.

1) CARE와 CAST

CARE(Care, Assess, Respond, Empower)는 이전에 Counselors CARE(C-CARE)와 Measure of Adolescent Potential for Suicide(MAPS)라고 불리는 고위험 청소년을 대상으로 고등학교에서 실시되는 자살예방 프로그램이며, CAST(Coping and Support Training)는 14-19세의 청소년들을 대상으로 하는 고등학교 자살예방 프로그램이다.

CARE는 2회기의 두 부분으로 실시되는 프로그램으로, 첫 번째 부분은 두 시간의 청소년 자살 가능성 평가(Measure of Adolescent Potential for Suicide, MAPS)라고 불리는 일 대 일 컴퓨터로 실시되는 자살평가척도이다. 이 척도는 포괄적이면서도 개별화된 평가척도로 직접적인 자살위험요인, 관련된 요인과 보호요인을 평가한다. MAPS는 청소년의 스트레스, 우울, 무망감, 불안, 자살행동, 위험행동, 약물관련성, 개인기술과 대처전략, 지지자원 등에 대한 평가를 실시한 후 개입에 대한 동기를

증진시키는 과정을 포함하고 있다.

CARE의 두 번째 부분은 두 시간 정도 소요되는 동기강화 상담과 사회관계증진 개입으로 이는 지지와 공감을 나타내고, 개인화된 정보를 제공하며 대처기술과 도움 추구행동을 강화하고, 도움 접근성을 증진시키고, 사회적 지지 접근성을 증진시키는 것을 포함한다. 일 대 일 상담회기 동안, MAPS 평가결과가 청소년에게 제공되며 정확한 지각은 타당화되고, 차이가 나는 것은 명료화 되며, 긍정적 대처전략은 강화되고 지지자원을 증진시키는 실행계획이 개발된다. 각각의 청소년들은 학교의 사례관리자(예, 상담자 혹은 보건교사), 자신이 좋아하는 교사 등과 연계된다. 부모 혹은 청소년의 보호자와의 전화 자문이 실시되며, 이를 통해 사회적 연계망, 지지자원 및 이후의 도움에 대한 접근성이 증진된다. 이 프로그램은 훈련된 석사 수준의 고등학교 교사, 상담자나 간호사에 의해 실시된다.

이 프로그램은 프로그램의 효과 검증 결과, ‘전망있는(promising)’ 수준으로 평가 받았다. 이러한 CARE의 평가는 이 프로그램이 다른 일반적 치료를 받은 통제집단과 비교하여 빠르게 자살의 위험요인과 우울과 무망감 수준을 낮춘 것으로 인해 받은 것이다. 또한 여학생들의 경우 치료집단은 더 낮은 수준의 불안과 분노를 유발하는 것으로 보고되었다. 비록 이러한 연구들이 미국 북서부지역에 한정되어 이루어진 것이지만, CARE 프로그램은 다양한 인종의 학생들이 포함되어 있는 학교에서 그 효과 검증 연구가 이루어졌다. 평가결과는 효과 측정치에 따라 다소 혼재되어 있기는 하나, 전반적으로는 다른 치료방법에 비해 유의미하고 긍정적인 효과를 나타내는 것으로 보고되었다. 이 프로그램에 대한 몇 가지 제한점이 언급되어야 하는데, 그 중 하나는 특정 자살관련 행동에서는 다른 일반적 치료집단과 유의미한 차이가 나타나지 않았다는 것이다.

CAST의 경우, 소집단(6-8명)으로 삶의 기술 훈련(life skill training)과 사회지지를 실시하게 되는데 프로그램은 통상 12회기의 55분 집단프로그램으로 상당히 훈련 받은 석사 수준의 고등학교 교사, 상담자 및 보건교사에 의해 실시된다. CAST는 선별검사에서 자살위험성이 높다고 파악된 청소년에게 실시되는 것이다.

CAST의 기술 훈련은 크게 3가지 목적으로 실시되는데, 첫째, 우울이나 분노와 같은 부정적인 감정을 개선하는 것, 둘째, 학교 수행을 향상시키는 것, 셋째, 약물을 줄이는 것이다. 우선 학생들에게는 CAST의 핵심개념과 목적, 배워야 할 기술을 소개

한다. 그 외 CAST는 집단지지, 목표설정과 모니터링, 자존감 향상, 의사결정기술, 분노와 우울을 더 잘 다루기, 약물 등을 “현명”하게 통제하는 방법, 재발을 방지하기, 변화를 인식하기 등에 초점을 둔다. 또한 매회기마다 새로 습득된 기술을 적용하고 가족이나 믿을만한 성인들의 지지받는 것을 증진시키도록 돕는다. 구체적인 회기 내용으로는 동기화시키고 준비하기, 교육하기, 기술 연습, 위기청소년에게 적절한 행동들을 코치하기 등이다. 매 회기 학교와 가정, 또래 중 특정 사람에게 그 회기에 배운 기술을 연습하게 하는 ‘인생작업’ 과제로 끝난다.

2) 인지행동치료

인지행동치료(CBT; Cognitive Behavioral Therapy)는 비합리적인 사고를 교정함으로써 잘못된 문제 행동을 방지하는 치료법으로 우울증 치료에 매우 효과적인 것으로 알려져 있다. 인지행동치료는 청소년의 자살행동치료에도 많은 도움이 되는 것으로 검증되었다(Alford & Beck, 1997).

Rudd(2004)에 의하면 자살에 대한 인지행동적 모델은 인지적 수준, 정서적 수준, 행동적(동기적) 수준, 생리적 수준으로 나뉜다. 인지적 수준을 주로 구성하는 것은 자살행동의 기저를 이루는 핵심신념으로서 사랑받지 못함(Unlovability; 나는 사랑받을 자격이 없다. 무가치하다), 무기력(Helplessness; 나는 어떤 일도 할 수 없다. 나는 문제해결을 할 수 없다), 고통감에 대한 저하된 내인성(Poor Distress Tolerance; 더 이상 나는 견딜 수 없다), 지각된 부담감(Perceived Burdensomeness; 내가 죽는다면 주위 사람들이 더 좋아질 것이다) 등이 있다. 정서적 수준은 불쾌한 기분으로서 슬픔, 분노, 불안, 죄책감, 우울, 상처, 의심, 두려움, 긴장감, 외로움, 당황함, 수치감 등으로 구성된다. 행동적 수준은 자살시도로서 준비 행동, 계획, 연습행동, 시도 등으로 구성된다. 생리적 수준은 각성으로서 자율신경계의 각성, 운동, 감각체계의 활성화 등으로 구성된다.

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

의 생리적 변화가 나타나고, 자살시도를 하게 된다(Rudd, 2004, 2006).

Wenzel과 Beck(2008)에 의하면 자살환자들을 위한 인지치료는 환자의 자살 관련 사고와 도식(schema)을 변화시키고, 자살위기와 관련된 인지과정에 변화를 주며, 최근의 자살위기에 중요한 역할을 한 취약성 요인을 변화시키는 기술을 제공하는 능동적이고 개입의 초점이 정확한 심리사회적 개입이다. 자살환자에 대한 인지치료 과정은 다음 세 단계로 이루어진다. 초기단계에서는 가) 인지치료의 구조와 절차 배우기, 나) 치료에 참여하기, 다) 자살위기 평가, 라) 안전계획 세우기, 마) 자살위기 이전의 사건들을 이야기하기, 바) 희망감 주기가 주요 과제이고, 중간단계에서는 자살생각을 다루고 미래의 자살행동을 감소시키는 인지, 행동 전략을 개발하도록 도우며 후기단계에서는 재발에 대한 교육을 통해 종결을 준비한다. 개입과정에서 다루어지는 내용은 살아야 하는 이유 찾기, 문제해결기술 배우기, 충동성 감소, 사회적 지원 개선 등이다.

인지치료는 내담자로 하여금 자살위기 경고사인을 인지하고 이러한 자살위기에 대한 인지를 다루는 인지행동 대처전략을 활용하게 함으로써 미래의 자살 행동을 감소시키고자 한다. 치료자는 자살위험에 대한 환자의 취약성을 증가시키는 소인, 자살위험을 유발하는 자살도식, 자살 행동을 하는 동안 일어나는 인지과정에 개입하게 된다.

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

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

Beck 등은 기분장애와 우울의 인지모델, 무망감과 자살행동의 관계를 다룬 문헌들을 참조하여 자살시도청소년용 인지치료를 개발하였다(Henriques et al., 2003). 치료는 가) 무망감 및 자살행동을 다루는 구체적인 방법 개발, 나) 치료에 대한 환자의 참여 동기 높이기, 다) 다른 건강서비스의 적절한 이용 증가, 라) 사회적 지지 활용 증가에 초점을 두며 총 10회기로 구성된다. 치료자는 협력적 파트너로서 적극적으로 직접적으로 자살 행동과 관련된 개인의 지각, 해석, 설명을 탐색한다. 치료회기는 문제 설정, 증상(기분, 자살생각 및 행동) 체크, 약물남용 체크, 다른 치료 준수 사항 체크, 자살시도와 관련된 신념을 다루며 회기 간 연결, 요약, 피드백, 과제로 구성된다.

인지행동치료 중 인지치료 부분은 주로 자살사고를 다루지만, 다양한 행동주의 기법들은 자살자들의 위험행동을 감소시키고 사회적으로 용납될 수 있는 의사소통과 대처를 가능하게 한다. 이런 점에서 자살시도 경험이 있거나 자살위험이 높은 청소년들을 위한 인지행동치료의 구성과 실시는 긍정적 성과를 낼 것으로 기대할 수 있다(Wenzel, Brown, and Beck, 2008).

3) 변증법적 행동치료

변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy, 이하 DBT; Linehan, 1993a, 1993b)는 복잡하고 다루기 힘든 경계선 성격장애를 위한 통합적 인지행동치료방법이다. Linehan(1991)은 본래 만성적 자살 환자를 치료하기 위해 이 치료방법을 개발하였고, 이후 경계선 성격장애를 지닌 사람을 위한 치료법으로 발전해왔으며, 약물 의존 및 섭식장애, 기분장애, 자살 문제를 포함하여 널리 적용되고 있으며, 최근 이를 자살위험성이 높은 청소년에게 맞게 수정하여 보급되기도 하였다(Miller, Rathus, Linehan, and Swenson, 2006).

변증법적 행동치료는 인지행동적 문제해결과 많은 공통점을 갖고 있다. 이 접근은 총 5가지 기능을 수행하는데 가) 행동 능력의 증진, 나) 변화 동기의 진작, 다) 새롭게 습득한 능력의 일반화, 라) 내담자와 치료자의 지원에 필수적 치료환경의 구조화, 마) 치료자의 능력과 동기의 증진을 포함한다. 이러한 기능들은 개인 심리치료, 지지 집단, 기술훈련, 전화상담, 치료자 자문팀을 포함하는 서비스 전달모델 안에서 작용한다.

이 접근법의 기본적인 변증법은 내담자들의 변화를 추구하면서도 동시에 내담자를 인정하고 수용하는데 있다. 변화전략은 부적응 행동의 행동분석과 문제해결기법인데, 기술훈련, 보상과 처벌을 통한 관계 관리, 인지 수정, 노출 전략을 포함하며, 내담자의 심리적 고통에 대처하기 위해 특별히 고안된 기술(mindfulness 훈련 등)을 포함하고 있다.

초기단계에서 주된 목적은 내담자를 안정시키고 삶을 위협하는 자살 행동을 줄이는 것이다. 첫째, 자살 행동(자살시도, 자살생각, 자살계획)의 위험 줄이기, 둘째, 치료를 방해하는 행동이나 반응(상담에 늦거나 오지 않는 것, 비상식적인 시간에 전화하기, 전화받지 않기 등) 줄이기, 셋째, 삶의 질을 낮추는 행동(우울, 약물의존, 노숙, 만성 실업 등) 줄이기, 넷째, 외상 후 스트레스 반응 감소시키기, 다섯째, 자아존중감 증진, 여섯째, 집단에서 배운 행동 기술의 습득(감정조절 기술, 대인관계 효율성 기술, 고통 감내 기술, 주의집중 기술, 자정관리 기술), 일곱째, 환자가 세운 부가적 목표 달성하기이다. 이후 단계의 목적은 고통스러운 정서적 경험을 고통스럽지 않은 정서적 경험으로 대체하고 일상에서 지속적 장애와 문제를 줄이기, 불안전감을 해결하고 평범한 행복을 경험하는데 있다.

정신병리 및 심리치료에 대한 DBT의 효과연구들은 DBT가 자살시도를 비롯한 자살관련 행동의 감소, 입원환자의 입원 기간 감소, 분노 감소에 효과적이고, 사회적 적응력 향상, 치료 탈락율의 감소에도 효과적인 것으로 검증되고 있다(Linehan et al., 1991; Linehan et al., 1998; Koons et al., 1998). DBT의 여러 요소들 중에서도 특히 수용과 변화 사이에 균형을 맞추고자 하는 변증법적 기법이 단순한 변화기법이나 수용기법에 비하여 자살행동을 감소시키는 데 있어서 더 효과적이다. 또한 자살행동으로 상대방을 조종하려하거나, 병리적인 것으로 보기보다 환경에 영향을 미치려는 시도로 보는 것과 같이 치료자가 환자의 문제를 비하하는 방식으로 개념화하지 않을 때 환자는 더 적은 자살행동을 보이는 것으로 나타났다(Shearin and Linehan, 1992).

자살위기청소년을 대상으로 한 DBT의 경우, 성인을 대상으로 하는 1-2년을 가정하는 다소 장기적인 개입보다는 16주 길게는 32주의 청소년 개인 및 가족집단 대상 사회기술 훈련의 반구조화된 프로그램을 실시하고 있다. 또한 청소년을 위한 가족 환경 개선, 청소년의 적응적 행동 강화, 모델링을 위한 기술훈련에 친척들을 참여시키고 있는 것이 특징적이다(Miller, Rathus Linehan, Wetzler, and Leigh, 1997;

Miller, Rathus, Linehan, and Swenson, 2006).

4) 정신과 지원이 수반된 다중체계치료

(Multisystemic Therapy With Psychiatric Supports; MST-Psychiatric)

정신과 지원이 수반된 다중체계치료(MST-Psychiatric)는 심각한 행동문제와 사고장애, 정동장애, 우울, 불안, 충동성 등과 같은 동반되는 정신과 증상으로 인해 입원을 해야할 위험성이 있는 청소년을 치료하기 위해 고안된 것이다.

MST-Psychiatric을 받는 청소년들은 전형적으로 9세-17세로 이때의 치료목적은 학교에 다니고 집에서 생활하면서도 정신과적 증상, 자살 행동, 가족관계를 향상시키는데 있다. 표준적인 MST처럼, 정신과 지원이 수반된 MST에서도 사회생태 및 사회학습이론에 근거하고 있다. 이 프로그램에서는 특히 가) 청소년의 자살, 타해 및 정신병적 행동과 관련된 안전성 향상을 다루고, 나) 과학적 방식에 근거한 통합적 정신과적 개입을 적용하며, 다) 청소년이 행동을 남용하지 않도록 하며, 라) 과학적인 방식에 근거하여 청소년과 부모/양육자의 정신과 장애에 대한 평가와 치료가 이루어지도록 고안된 방법이다.

정신과 지원이 수반된 MST는 일차적으로는 가족 수준에서 부모와 양육자에게 자녀와 효과적으로 의사소통하고, 감찰하며 훈육할 수 있는 기술과 자원을 제공함으로써 그들의 역량을 강화시킨다. 이러한 개입은 청소년들이 일탈된 또래와 떨어져 있는 동안 친사회적이고 건설적인 활동을 할 수 있도록 부모가 지원하며, 효율적인 양육행동에 있어서의 개인적, 사회적 장애물을 다루도록 한다. 이 개입 방안은 약 6개월 동안 청소년과 그 가족의 환경 내에서 매일 실시된다. 정신과 지원이 수반된 MST 팀은 전일제 박사 수준의 슈퍼바이저, 4명의 석사 수준의 치료자와 시간제 정신과의사, 학사 수준의 위기사례개입자로 이루어진다. 이 팀은 초기 5일간의 훈련, 매주 이루어지는 자문수준의 회기별로 이루어지는 심화 훈련과 함께 MST전문가의 자문과 MST 전문 정신과 의사와의 지속적인 자문 관계를 유지하게 된다.

5) 협력적 자살위험 평가 및 관리(CAMS)

협력적 자살위험 평가 및 관리(Collaborative Assessment and Management of Suicidality, 이하 CAMS)는 자살위험이 있는 외래환자들에 대한 평가와 치료계획을

세우고 관리하는 전반적인 절차이며 구조화된 틀(structured framework)이다 (Jobes, 2006; Bryan, 2007). CAMS는 가) 초기 평가와 치료 계획, 나) 추적, 다) 성과의 세 단계로 구분되는데, 이 모든 단계에서 사용되는 핵심도구가 자살상태양식 (Suicide Status Form)이다. 자살상태양식은 치료자와 환자를 이끌어주는 지침이며 과정마다의 기록을 남겨주는 유용한 도구이다.

자살행동을 일차적인 다른 정신질환(예를 들어 우울)의 하나의 증상(symptom)으로 간주하고 정신질환의 치료를 통해 자살행동의 감소를 가정하는 전통적인 접근과 달리 CAMS 접근에서는 정신과적 진단과는 독립적으로 자살위험에만 초점을 두어 평가하고 관리한다. 자살위험이 높은 사람들은 견딜 수 없는 심리적 고통을 끝내고 싶은 것이며, 심리적 문제, 사회적 문제, 고통을 다루는 능력이 부족하기 때문에 자살을 대안으로 선택한다는 것이 CAMS의 가정이다(Jobes, 2006).

치료자는 환자의 눈을 통해서 세상과 자살에 대한 유혹을 보며 협력적 평가를 통해 환자가 자살 위험에 직접적으로 대처하고 삶을 보다 적응적인 방식으로 재구조화 하도록 돕는다. CAMS는 융통성이 있고, 치료 작업을 촉진하며 이론이나 기법에 관계없이 활용될 수 있다. 자살위험을 평가하고 이해하고 개입하기 위해 행동적, 인지적, 정신역동적, 인본주의적, 실존주의적, 대인관계적 접근 등 무엇이나 활용한다. 모든 자살 행동은 지나치게 극단적이지만 실은 문제를 해결하고 대처하려는 노력인 것으로 간주된다. 따라서 치료자는 환자의 자살위험에 대해 공감적, 사실적, 비판단적인 태도로 접근하게 된다.

CAMS를 활용함으로써 자살위험의 조기발견, 철저한 평가, 자살에 초점을 맞춘 구체적인 치료계획 수립, 임상적 관리, 자살위험이 해결될 때까지의 치료 기록이 가능하다. 구체적인 단계는 다음과 같다. 가) 자살위험의 조기발견, 나) 자살상태양식을 이용한 협력적 평가, 다) 협력적 치료 계획, 라) 자살상태 관리양식을 이용하여 “자살상태” 관리, 마) 자살상태 해결.

CAMS의 핵심도구인 자살상태양식의 구체적인 내용은 다음과 같다. 초기 평가에 사용되는 Suicide Status Form-III는 A. 환자용(고통, 스트레스, 동요(agitation), 무망감, 자기혐오(self-hate), 전반적인 자살위험 평가 등 6개 평가지표, 살고 싶은 이유와 죽고 싶은 이유, 살고 싶은 이유 한 가지 등) B. 치료자용(자살계획, 자살준비, 자살리허설, 자살시도, 자살생각, 위험요인, 위협의 긴급성) C. 치료자용 치료계획, D. 치료자의 회기 후 평가(정신상태, 진단, 임상적 기록들)로 구성되어 있다. 자

살위험을 지속적으로 모니터링하고 관리하는데 사용되는 SSF-III Suicide Tracking Form은 A. 환자용 6개 평가 지표, B. 치료자용 위험요인과 치료계획 수정, C. 치료자의 회기 후 평가로 구성되어 있다. 자살위험 관리에 대한 성과를 평가하는 단계에서는 SSF-III Suicide Tracking Outcome Form이 사용된다. CAMS에서는 자살상태양식을 가지고 치료자와 내담자가 함께 평가하는 과정에서 치료동맹이 구축되고, 평가과정에서 알게 된 것을 바로 치료계획에 활용하게 된다.

Bryan(2007)은 자살상태양식을 활용한 자살환자 치료과정을 보고하면서 CAMS의 장점을 다음과 같이 요약하였다. 첫째, 평가 척도를 치료과정의 한 요소로 활용함으로써 환자의 진전 사항을 볼 수 있고, 정기적으로 모니터링이 가능하다. 둘째, 치료과정에서 환자와 함께 협력해 나아간다. 협력적 자살위험 평가 및 관리 절차의 효과에 대한 과학적 증거가 있으며, 치료실 밖의 자원, 예를 들어 가족을 이용하는 것 역시 CAMS의 장점이라 할 수 있다.

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

나. 자살위기청소년 개입의 주요 접근의 효과 및 시사점

앞에서 개관한 접근들의 구체적인 연구결과들을 살펴보면 다음과 같다.

CARE와 CAST를 연구한 결과, CARE만 실시한 집단과 CARE와 함께 CAST를 실시한 집단을 비교하였을 때 유의미한 차이가 없었기 때문에 4시간이 소요되는 CARE 개입이 일차적으로 우수한 것으로 평가되었는데, 이는 MAPS 평가 도구 장기 프로그램만큼 효과적이었다는 것을 입증하는 것이다(Eggert, Seyl, and Nicholas, 1990; Eggert et al., 1994; and Eggert et al., 1995). 그럼에도 Eggert

등(2002)은 CARE와 CAST를 청소년에게 함께 사용한 집단이 다른 일반적인 개입 방법으로 치료받은 집단에 비해 효과가 우수함을 시사하였다.

인지행동치료(CBT)의 효과를 검증하는 연구들을 살펴보면 그 결과가 일관적이지 않다(Hepp et al., 2004). CBT는 우울과 관련된 자살위기청소년에게 도움이 되는 것으로 보이는데, 직접적인 자살 행동보다는 자살 행동과 관련이 있는 청소년의 우울 개선에 효과가 있는 것으로 알려져 있다. Brent 등(1997)은 단기 CBT가 비지시적 지지치료나 체계적 가족치료 만큼 우울한 청소년의 자살생각을 감소시키는 데 도움이 되었다고 보고하였고, Weersing 등(2006)도 다른 치료에 비해 빠른 속도의 증상 개선이 나타났다고 하였다.

또한 CBT는 단독으로 접근하기보다 다른 개입과 함께 사용될 때 자살 행동 감소에 효과적이라고 보고되고 있다. Rudd(2000)는 CBT를 문제해결중심으로 접근할 때 자살생각과 관련 증상의 감소에 효과적이고, 자살시도의 감소에는 기술부족과 관련된 성격의 역기능에 초점을 맞춘 장기적이고 집중적인 개입이 필요하다고 주장하였다. MacGowan(2004)은 10개의 심리사회적 경험적 연구들을 개관한 결과 대부분 단기 6개월 이내의 CBT로 접근하고 있음을 발견하였는데 청소년 자살위기 개입에 CBT와 문제해결기술을 병행하는 것이 효과적이며 경계선 성격 장애에는 DBT가 효과적이라고 주장하였다. Berman, Jobes와 Silverman(2006) 역시 급박한 위기 단계를 넘긴 치료 단계에서는 단기 CBT와 문제해결기술을 결합시키는 것이 자살 사고를 감소시키는 핵심이라고 지적하였다.

그 밖에도 CBT를 약물치료와 병행하여 적용하는 것이 효과적이라는 연구들이 보고되고 있는데 Fortune와 Hawton(2005)가 2004년에서 2005년 사이에 출판된 자살 개입 관련 논문을 개관한 결과 CBT치료 하나만 사용하는 것 보다는 CBT와 fluoxetine을 함께 사용하는 것이 더 효과적임을 밝혔다. 또한 DBT, MST 역시 효과적임을 증명하였으며, Berman 등(2006)과 마찬가지로 직접적인 접근이 자살위기 청소년에게 효율적이고 간접적인 접근은 효과가 적다는 결론을 내렸다.

변증법적 행동치료(DBT)에 대해서는 비교적 일관되게 효과가 보고되고 있다. Rathus와 Miller(2002)에 의하면 자살 관련 청소년에게 DBT를 적용한 결과 일반치료를 받은 청소년에 비해 자살생각, 일반적 정신과적 증상, 경계선적 성격장애 증상이 감소되었다. 그렇지만 자살시도에 대해서는 차이가 없는 것으로 보고되었다. 한편 Fleischaker 등(2006)의 청소년 대상 DBT 예비연구에서는 청소년의 자해행동이

유의미하게 감소된 것으로 나타났다. Linehan 등(2006)은 자살 행동과 경계선 성격 장애 여성 환자 101명을 DBT 치료와 전문가 치료에 배정하여 1년간 치료한 결과, DBT 집단의 자살시도율이 반으로 줄고 자살 시도 위험성이 낮아졌으며 치료중단율과 입원율, 정신과 응급실 방문율도 낮아졌다고 하였다.

Miller, Rathus와 Linehan(2007)은 자살위기청소년의 외래 치료에 적합하도록 기존의 DBT를 수정하였다. 이 연구는 준실험으로 이루어졌으며 29명을 실험집단으로, 82명을 통제집단으로 설계하였다. 통제집단은 보통의 정신역동 개인치료와 함께 가족치료를 받게 하였다. 이 연구를 위해 Miller, Rathus와 Linehan은 기존의 DBT 프로그램을 12주로 줄이고, 부모 기술 훈련, 가족구성원 개인치료를 포함시켰다. 또한 배워야 하는 기술의 수를 줄이고 언어를 청소년용으로 간단하게 하였다. 연구 결과 표본 집단이 작고, 무선회가 이루어지지 않았으며 follow up이 없다는 단점이 있으나 효과적인 것으로 검증되었다.

Gould와 그의 동료들(2003)은 1992년에서 2002년 사이의 논문들을 고찰한 결과 위기청소년 스크리닝, 일차 의료진 교육, 언론 교육, 치명적인 수단을 제거하는 것이 효과적인 개입 전략임을 밝혔다. DBT와 CBT, 항우울제의 사용 역시 유망한 개입이라고 밝혔다.

정신과 자문을 수반한 MST에 대한 효과성연구 결과, 이 개입방법은 입원을 했던 청소년들과 비교하여 16개월 후에 자기 보고된 자살 시도 횟수에서 유의미한 감소를 나타내었다. 그러나 양육자에 의해 평가된 자살 시도에서는 집단간에 유의미한 차이가 없었다.

Huey 등(2004)의 연구에서는 정신과 지원이 수반된 MST 개입은 입원했던 청소년과 비교하였을 때 여성 참여자 57%의 입원을 예방하였으며, 72%는 입원일수가 감소하였다. 또 다른 연구에서(Rowland 등, 2005), 정신과 지원이 수반된 MST가 다른 일반적인 치료보다 좀 더 효과적인 것으로 보고되었다. 특히 입원과 같은 시설 보호 면에서 다른 치료를 받은 청소년들이 월 11.83일을 입원하는데 비해 정신과 지원이 수반된 MST를 받은 청소년들은 월평균 3.75일의 유의미하게 짧은 입원 일수를 나타내 시간과 비용면에서 효과가 두드러지는 것으로 보고되었다.

그 밖에 자살 행동의 감소 효과를 다룬 연구들을 살펴보자면, 우선 가족치료와 관련하여 Harrington 등(1998)이 6개월간 5회기의 가족치료에서 가족 내 의사소통 개선을 목표로 행동기법과 문제해결기법을 사용한 활동 지향적 개입을 적용한 결과, 우

울하지 않은 청소년의 자살생각 감소에 효과적이었으나 가족기능의 변화와는 관계가 없는 것으로 나타났다. 가족의 심리교육 접근은 부모가 자녀의 자살행동과 정신건강 상태 변화를 알아차리도록 돕고, 가족 내의 정서표현 조절을 도와준다(Brent et al., 1993). 3~5개월 간의 가족 중심의 다중체계치료(MST) 개입을 했을 때 자살시도율이 감소되고 1년간 그 효과가 지속되는 것으로 나타났다(Henggler et al., 2003).

또한 공존 병리가 있는 자살위기청소년에 대한 개입연구로, Singer(2006)는 ADHD와 MDD가 공병하는 자살위기청소년에 대한 개입 프로그램들의 효과 연구를 시행한 결과 이러한 청소년들에게 맞는 효과적인 개입 프로그램이 없음을 밝혔다. 논의에서 그는 ADHD와 MDD가 공병하는 청소년을 효과적으로 치료하기 위해서는 치료가 다음과 같은 두 단계로 이루어져야 한다고 주장하였다. 1) 급박한 위기에 대한 평가와 치료, 개입, 그리고 자해를 하지 않겠다는 계약을 맺고, 치명적 자살 수단의 접근 가능성을 제한하고, 24시간 연락이 가능하게 해야하며 이러한 위기 상황이 정리된 후에 2) 공병하는 증상을 치료해야 한다.

이러한 기존의 프로그램 개관을 통한 시사점은 다음과 같다.

첫째, 1-2회기의 초기에 이루어지는 개별화된 심리학적 평가는 유용하고 효과적인 것으로 시사된다. 청소년 자살문제에 개입할 때는 그 문제의 위기수준과 공존병리에 따라 달리 접근해야 하며, 이러한 특정 어려움이나 문제에 대한 평가는 그 이후의 개입의 우선 순위를 결정하고 동기화를 강화한다는 것이다. 위기수준이 급박한 경우 이에 초점을 둔 위기개입이 이루어져야 하며, 이러한 위기수준을 넘긴 단계에서 일반적인 자살개입 치료가 가능한 것으로 언급되고 있다(Berman 등, 2006). ADHD나 MDD 등의 공존병리가 있는 경우에도 (1)급박한 위기에 대한 평가 및 치료가 이루어진 후 (2) 공존병리에 대한 증상을 치료하게 해야 한다(Singer,2006). 이러한 초기 평가는 Rudd 등(2006)과 Eggert 등(1995)의 CARE에서 그 예를 찾아볼 수 있겠다.

둘째, 청소년 자살과 관련하여 간접적이고 모호한 접근보다는 직접적이고 구체적이며, 적극적인 접근이 효과적이라는 것이다. 이러한 결과는 Berman 등(2006)의 연구결과에서도 자살위기청소년의 경우 직접적인 접근이 효율적임을 언급하고 있다. 비교적 비지시적인 경향이 있는 정신분석 및 정신역동적 접근의 경우, 자살과 관련된 개입효과를 살펴본 연구가 매우 제한적이지만 몇몇 연구들에서도(Guthrie et al., 2001; Bateman et al., 1999) 그 효과가 정신역동적 접근에 의한 것이라기 보다는

방문치료와 치료 불참에 대한 적극적 응대 등의 보다 적극적인 개입 방식이 효과인 것으로 시사되었다(Hepp, 2004).

셋째, 구체적으로 효과가 있는 접근 방식은 CARE, DBT, 정신과 치료를 동반한 MST, CBT와 문제해결을 결합한 치료방법, CBT와 약물치료를 함께 사용하는 방식, 가족을 함께 활용하는 DBT 방식 등으로 보고되고 있다(Fortune and Hawton, 2005; Miller, Rathus, and Linehan, 2007). 실제 DBT 접근의 경우에도 결국 CBT에 근거하여 다양한 기술훈련과 마음챙김명상을 포함하는 방식이기 때문에 공통적으로 인지행동치료와 문제해결기술훈련을 포함하는 방식이 자살위기청소년에게 효과적인 것으로 시사된다. 성인 자살위험군과는 달리 청소년들에게 있어서는 CBT 뿐 아니라 DBT의 경우에도 치료적 접근의 형태라기보다는 12주-16주, 혹은 32주 프로그램 형식의 접근을 하고 있는데, 이는 청소년들의 자살위험 수준이 성인들에 비해 만성적이기보다는 문제해결능력 및 정서조절능력 등의 몇 가지 기술과 비합리적인 사고방법에서 기인되는 것으로 보여진다.

넷째, 프로그램 형식은 집단 프로그램보다는 개별화된 맞춤형 프로그램이 효과적이며, 이에 집단 프로그램을 보완하는 것이 도움이 되는 것으로 보인다. DBT의 경우나 MST의 경우에도 일차적으로는 개별화된 접근이며, DBT의 경우 가족프로그램을 집단으로 실시하였다. CARE와 CAST가 둘 다 효과적인 것으로 시사되지만 두 가지를 같이 실시하는 것과 CARE만을 실시하는 것에 큰 차이가 없는 것을 볼 때 집단을 장기적으로 참여하는 것보다는 단거나 개별화된 접근을 실시하는 것이 더 효과적임을 의미하는 것이다.

다섯째, 프로그램의 내용을 분석해보자면 자살 관련 위험행동 다루기, 우울분노 통제, 약물 등의 불건강한 행동 다루기, 사회기술 강화, 사회적 지지체계 구축 등이 공통적으로 포함되어 있다. 즉, 이러한 내용이 자살위기청소년에게 필수적인 개입 요소인 것으로 선행연구들이 드러내고 있다.

여섯째, 프로그램 실시에 있어 몇 가지 추가적인 장치들은 프로그램 효과 면에서 매우 도움이 되는 것으로 보인다. 즉, 개별화된 회기를 진행하면서도 가족을 별도로 포함시키는 회기가 준비되고, 초기부터 필요한 경우 정신과적 치료가 함께 병행되어 필요에 따라 약물치료를 병행한다면 자살위험수준을 감소시키는데 효과가 있을 것으로 보인다.

표 3. 선행 자살 관련 개입의 구성요소 요약

프로그램	개발자 및 연구자	기간	개입 대상	주요 개입 방안 및 내용	핵심요인
인지 행동 치료 (CBT)	Beck et al (1985)이 개발한 인지치료를 Rudd (2001)가 자살개입에 맞게 구성하고, Beck (2003)이 CBT방식을 청소년에 맞게 구성함	10 회기	청소년	Rudd 등(2006) <ul style="list-style-type: none"> • 임상적 평가시스템 • 기술훈련과 지속적 적응양식 발달을 통한 자살행동 감소 및 증상 관리 Beck 등(2003) <ul style="list-style-type: none"> • 무망감 및 자살행동을 다루는 구체적 방법 개발하기 • 치료에 대한 환자의 참여 동기 높이기 • 다른 건강서비스의 이용 늘리기 • 사회적 지지망 활용 늘리기 등 Berman 등(2006) <ul style="list-style-type: none"> • 미래 조망 • 자해로부터 보호하기, 치명적 수단 접근 제한 • 감정 조절 • 사회적 자원 접근성 높이기 • 사회기술증진을 통한 고립 감소 • 분노 및 공격성 감소 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 임상평가시스템 • 자살증상 관리 • 다른 건강서비스 이용 증진 • 사회자원 활용 증진 • 감정조절 • 사회기술증진 • 미래조망
변증법적 행동 치료 (DBT)	Linehan (1991)의 방식을 Miller et al (1997)이 청소년에 맞게 변형함	16 회기 ~ 32 회기	청소년 및 가족 개별 및 집단	청소년 <ul style="list-style-type: none"> • 자살행동위험성 줄이기 • 치료방해 행동 줄이기 • 삶의 질 저하행동 줄이기 • 외상 후 스트레스반응 줄이기 • 자아존중감 증진 집단에서 배운 행동기술 습득(감정조절기술, 대인관계 효율성기술, 고통 감내기술, 주의집중기술, 자기관리기술 등) 등 부모 <ul style="list-style-type: none"> • 의사소통 및 다양한 기술 습득을 통한 자녀의 적응행동 강화 • 부모교육을 통한 가족환경 개선 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살위험관리 • 치료방해, 삶의 질 저하 행동 줄이기 • 감정조절 • 사회기술훈련 • 부모교육 통한 의사소통증진 및 가족환경 개선
CARE	Eggert 등(1995)이 개발	2 시간 씩 2 회기	청소년 개별적 접근	<ul style="list-style-type: none"> • 1회기: MAPS 실시 및 동기증진 MAPS: 청소년 스트레스, 우울, 무망감, 불안, 자살행동, 위험행동, 약물관련성, 사회기술과 대처전략, 지지자원에 대한 평가 도구 • 2회기: 동기강화상담 및 사회관계 증진, 도움 추구 증진, 구체적 지지자원 확보하기 	<ul style="list-style-type: none"> • 임상평가시스템 • 협력적 치료관계 및 기술증진 • 사회자원 활용 증진

CAST	Eggert 등(1995)이 개발	12 회기 (55 분)	청소년 집단	<ul style="list-style-type: none"> • 정보공유 및 집단지지체 구성 • 자존감 향상 • 의사결정 기술 • 분노우울 다루기 • 약물통제 방법 배우기 • 재발방지 • 변화인식하기 • 지지자원 구성하기 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 문제해결기술 • 감정조절 • 행동조절력 • 사회자원 증진
MST- Psychiatry	Henggeler (1999)등이 개발한 MST를 자살 등의 정신과적 문제가 있는 청소년을 위해 정신과 지원이 수반된 MST로 변형 활용함	6 개월 간 매일	청소년 및 가족 개별	<ul style="list-style-type: none"> • 청소년 자살과 관련된 정신과적 문제에 대한 개입 • 문제행동과 관련된 인지행동적 접근 • 부모자녀와의 효과적 의사소통, 감찰, 훈육기술 지원을 통한 역량강화 • 자녀에게 친사회적이고 건설적인 활동을 하도록 격려하는 긍정적 활동 유도 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신과적 개입 • 인지행동적 접근 및 문제해결기술 • 부모교육 : 의사소통, 감찰, 훈육기술지원, 친사회적 활동 유도
CAMS	Jobes (2000)가 외래 환자용으로 개발	12 회기 (job es, 200 4a)	청소년 개별	<ul style="list-style-type: none"> • 자살위험이 있는 외래환자들에 대한 평가 및 치료계획을 수립, 관리하는 절차 및 구조화된 틀 • 주요 도구 : Suicide Status Form • 주요 단계 <ol style="list-style-type: none"> 1) 자살위험의 조기발견 2) 자살상태양식을 이용한 협력적 평가 3) 협력적 치료 계획 4) Suicide Tracking Form을 이용한 관리 5) 자살상태 해결 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살위험평가 • 협력적 치료계획 • 자살위험 관리

다. 선행 연구를 통해 본 효과적 개입 요인

한국청소년상담원(2008)에서는 자살위기청소년에 대한 위기개입모형 개발을 통해 자살위험을 평가하고 안정성을 확보하며 자살위험을 관리하는데 집중하는 ‘초기관리’, 자살위험수준을 지속적으로 평가하면서 자살위험과 관련된 요인을 감소시키는 ‘중기관리’, 이를 확고히 하고 이후의 추수개입 방안 및 종결 후 대비책을 세우는 ‘후기관리’의 3단계의 전체적 개입 모형을 제시하였다. 이는 자살위기청소년들을 개입하는데 있어 대략적인 단계상의 핵심목표를 제시하는 것으로 자살위기청소년의 개입에 있어 타당한 모형인 것으로 시사된다.

자살위기청소년에 대한 효과적 개입 방안으로 NREPP에서 보고하는 프로그램들은 크게 CAMS(Jobes, 2004)와 CARE(Eggert 등, 1995) 등과 같이 자살위험수준을 평가하고 자살위기를 관리하는 것에 초점을 두는 것과 자살증상을 관리하고, 감정 조절 및 사회기술을 증진시키며, 사회자원 활용을 촉진하고 미래조망을 갖게 돕는 인지행동치료(Rudd, 2001; Beck, 2003), 변증법적 행동치료(Linehan, 1991; Miller 등, 1997), CAST(Eggert 등, 1995) 등이 있으며, 이와 더불어 지역자원을 활용하고 정신과치료가 수반된 다중체계치료(MST-Psychiatry) 등이 있다. 이러한 프로그램은 각각 다른 측면에서 자살위기청소년의 개입에 효과가 증명된 것으로 본 프로그램에서는 이러한 효과적 측면들을 통합적으로 활용하여 새로운 프로그램을 개발하고자 하였으며, 다음은 이러한 통합적 프로그램에 포함시키고자 하였던 효과적인 요인들을 정리한 것이다.

첫째, 보고된 연구결과들은 자살위기청소년들의 경우 성인기와는 달리 정신과적 장애가 우세하지 않으며, 취약성이 있는 청소년들이 스트레스로 인해 일시적으로 우울해지거나 혹은 충동적인 특성, 고통의 표현 및 도움을 청하는 방법으로 자살 행동을 선택하는 경우가 많다는 것이다(Glasser, 1981; Sheiman, 1987; 김용분과 정영조, 2003; 신민섭, 1993; 하상훈, 2000 재인용). 이는 기본적으로는 질병모형보다는 스트레스-취약성 모형에 근거하고 있는 것으로, 위에서 언급한 스트레스 상황에서의 충동성 및 감정적 조절 능력, 도움을 청하는 건설적인 방법 등을 습득하게 하므로써 자살율이 감소될 수 있음을 시사하는 것이다. 따라서 본 프로그램의 방향은 이들 취약성, 즉 스트레스 대처능력, 충동성 및 감정적 조절능력, 사회적 지지 확보 능력을

증진하는데 기본적인 토대를 둔다.

둘째, 질병모형에 근거하는 것은 아니나 자살고위험군인 정신증, 심각한 우울증 등의 정신과적인 문제를 선별하는 절차를 거쳐 정신과치료로 의뢰 혹은 정신과 치료를 병행하고자 함으로서 청소년과 상담자 양쪽을 보호하는 과정을 마련하는 것은 중요한 것으로 보여진다. 이는 Eggert 등(1995)와 Rudd 등(2006)이 개발한 자살청소년 개입 프로그램에서도 중요하게 다룬 것으로, 약한 우울 및 불안 등의 심리적 문제는 자살위기 개입프로그램만으로도 효과를 볼 수 있으나 심각한 정신장애를 지닌 경우에는 정신과치료 및 약물치료가 우선시 혹은 수반되어야 함을 이 프로그램에서도 강조하고 있는 것이다. 정신증 및 심각한 우울증의 경우 정신과치료를 받는 것이 원칙으로 고위험군의 경우 전문의와의 협의 하에 상담을 병행하고 스트레스 대처 및 사회적 지지체계 구축 등의 심리사회적 영역의 문제를 강화함으로써 자살을 예방할 수 있기 때문이다.

셋째, 자살위험에 대한 지속적 관리를 통해 그 위험성을 정기적으로 평가하고, 청소년의 자살위험수준이 높아지는 경우 이에 대한 개입을 강화하는 것 또한 효과적인 방법이라고 할 수 있다. 이는 CAMS(Jobes 등, 2000)에서 지속적으로 자살위험 평가 체계(Suicide Tracking Form)를 이용하여 지속적인 자살위험 관리를 하게 됨으로써 효과적으로 자살을 및 자살시도율이 낮아지는 것을 응용하고자 하였다.

넷째, 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy)의 경우, 인지적, 행동적 접근을 근간으로 하는 치료방법이다. 이후에 개발된 변증법적 행동치료(Dialectical Behavioral Therapy), 다중체계치료(Multisystemic Therapy)도 인지행동치료를 기본으로 하며 변증법적 행동치료는 마음챙김명상과 함께 수용(acceptance)을 기본 개념에 포함하고 있고, 다중체계접근의 경우에는 특히 청소년에 대한 개입뿐 아니라 가정 및 부모, 또래 및 학교, 지역사회에 이르기까지 청소년에게 영향을 미치는 체계를 모두 고려한 개입이 이루어져야 한다고 보고 있다.

본 프로그램에서는 인지적 오류를 수정하는데 전통적인 인지행동치료의 다양한 기법을 응용하고 있으며, 변증법적 행동치료에서는 자신에 대한 수용과 변화에 대한 변증법적 논리와 다양한 기술훈련을 도입하고자 하였다. 또한 다중체계접근의 부모에

대한 적극적 개입 및 다양한 지지자원의 활용에 대한 강조를 응용하고자 하였다.

즉, 자살위기청소년에게 개입하여 도움을 주기 위해서는 어떤 한 가지 이론적 근거에 중점을 두기 보다는 이들의 특성을 충분히 이해하고 효과가 입증된 다양한 프로그램의 핵심요인을 통합적으로 활용하여 구성하는 것이 도움이 될 것으로 보인다. 이를 통해 청소년의 위험도와 취약성에 따라 혹은 개입환경에 따라 프로그램에 포함된 다양한 방안들이 청소년들의 취약성을 보완하여 그들의 자살을 막을 수 있을 것이다.

III. 연구 방법

1. 프로그램의 개발

가. 프로그램 개발 절차

정의적 측면과 태도를 다루게 되는 상담프로그램은 내용(content)과 과정(process)이라는 두 측면을 고려할 필요가 있는데, 프로그램의 내용을 구성하는 활동을 선정하는 것 못지않게, 그 내용을 구현하는 과정에서 발생하는 경험과정도 세심하게 고려되어야 하기 때문이다(김창대, 2003). 따라서 본 연구에서는 김창대(2002)의 프로그램 개발 및 평가모형에 따라 문헌 연구와 상담 현장의 요구분석을 통해 프로그램 구성 원리를 도출하고 프로그램의 구성 요소와 내용을 구성하며, 이에 대한 현장전문가의 평가와 시범 운영을 통한 평가를 시행하고자 한다. 프로그램의 개발과정은 아래의 순서와 같고 그 흐름도가 그림 1에 제시되어 있다.

나. 프로그램 개발 과정

1) 기획단계

본 연구는 국내 실정에 맞는 자살위기청소년 상담개입프로그램을 개발하기 위하여 외부 전문가(임상심리전문가, 현 정신건강센터 소장) 및 본원 연구자 중 국내외 자살 관련 전문가(DBT과정 교육수료자, 임상심리전문가), 자살관련 연구경험자로 개발팀이 구성되었다. 개발팀은 2009년 2월~6월에 걸친 정기적인 연구모임을 통해 우선 국내외 자살 관련 선행연구 및 프로그램 관련 문헌 등을 고찰하고 자살위기청소년 상담경험이 있는 현장전문가를 대상으로 상담의 어려웠던 점, 성공경험 등에 대한 심층자료를 수집하기 위해 포커스그룹 인터뷰를 실시하였다.

선행연구 및 인터뷰의 결과들을 분석·토의하는 과정을 거쳐 상담개입프로그램의 구성요소를 추출하고 초안을 개발하기로 하였다. 또한 시범상담 및 평가를 시행하고 그 결과를 바탕으로 프로그램을 수정하기로 계획하였다.

시범상담 운영은 2009년도 8월에 시행될 사전워크숍에 자발적으로 참여하여 전 과정을 마친 지역사회청소년(상담)지원센터 상담자 중에서 8월~9월에 지역센터에 의뢰되는 자살위기청소년을 맡는 상담자 및 본원 연구진이 수행하기로 하였다.

본 프로그램의 실효성을 높이기 위해 프로그램의 개발 방향, 프로그램의 내용에 관한 자문 및 감수를 수행할 계획이다.



그림 1. 자살위기청소년 상담개입프로그램 개발 과정

가) 문헌 연구

청소년 자살의 특성, 자살위험수준에 따른 개입방법, 자살위기청소년 개입의 주요 접근 및 효과 등 경험적으로 연구된 내용을 중심으로 선행연구를 검토하고 자살위기

청소년 상담개입 프로그램의 개발 방향을 모색하였다.

나) 자살위험 청소년 상담자 대상 포커스그룹 인터뷰 결과 분석

(1) 조사 대상

2009년 3월 자살위기청소년을 직접 상담한 경험이 많은 상담자들을 청소년상담지원센터 또는 CYS-Net을 이용하여 공개 모집하였다. 그러나 2009년 상반기, 공기관 사업 중점 추진이라는 정부 시책에 따라 청소년(상담)지원센터에서 자체 사업에 주력하고 있어서 본 포커스 그룹에 자발적으로 참여 의사를 밝히는 상담자가 없었다. 이에 지역 청소년상담지원센터에 추천 협조를 구하고, 자살 관련 행동을 보고한 청소년 사례를 경험한 상담자로 범위를 넓혀 포커스그룹을 구성하였다. 포커스그룹에 포함된 상담자들은 청소년(상담)지원센터에서 근무하는 상담자 1명, 전일제 청소년동반자 6명과 시간제 청소년동반자 5명이었다. 연구대상자들의 근무지는 서울 8명과 지방 4명이었다.

포커스그룹 참여자가 경험한 자살위기청소년 상담사례 수는 평균 2.3사례로 2008년도 청소년(상담)지원센터 상담자 대상 조사(지승희 외, 2008) 결과로 나타난 최근 3년간의 자살위기청소년 평균 상담사례 수(1.95)에 비추어 볼 때 지역청소년(상담)지원센터 상담자의 일반적 자살사례 개입경험 수준과 유사함을 알 수 있다. 또한 본 연구결과는 지역 청소년(상담)지원센터를 중심으로 활용될 예정이므로 실무자의 자살위기청소년 대상 현재 개입 수준에 따른 요구를 보다 명료화하는데 집중하였다. 연구 대상자의 일반적 특성은 표 4에 제시되어 있다.

(2) 조사 도구

포커스 그룹의 면접을 위해 반구조화된 면접용 질문을 구성하였다. 질문의 내용은 자살위기청소년들의 특성, 진단, 상담 방법, 효과적인 상담 요소, 상담의 장애 요소, 구조화된 상담 프로그램의 사용 경험, 자살과 관련된 상담자 교육 및 자살위기청소년을 돕기 위한 기타 지원을 묻는 총 10문항이었다. 포커스 그룹 면접에 사용된 질문은 부록 1에 제시하였다.

(3) 조사 절차

포커스 그룹 면접은 총 4차례 실시되었다. 연구대상자들은 2-4명이 한 집단을 형성

하였다. 면접자들은 본 연구의 연구자들로 임상심리학 전공 박사학위 소지자이면서 임상심리 전문가 2인과 상담심리학 전공 박사 과정에 있으며 상담심리전문가인 1인이었다. 면접자들은 면접을 실시하기 전에 사전 모임을 갖고 반구조화된 질문지를 검토하였으며, 면접에서 각각의 면접자들이 어떤 역할을 할지에 대한 역할 조정을 마친 후에 면접을 실시하였다.

표 4. 자살위기청소년 상담자의 일반적 특성

구 성 원	성별	나이	지역	전공	경력	경력 년수	자살위기 청소년 개입경험
1	여	27	서울	상담심리 전공 석사	전일제 청소년동반자	1년 9개월	1사례
2	여	34	서울	상담심리 전공 석사	성상담, 범죄심리사 전일제 청소년동반자	8년	1사례
3	여	42	서울	심리치료대학원 재학	전일제 청소년동반자	3년 7개월	2사례
4	여	30	서울	아동청소년복지전공 석사	전일제 청소년동반자	1년 7개월	2사례
5	여	34	서울	상담심리전공석사	전일제 청소년동반자	3년 7개월	2사례
6	여	45	서울	사회복지 전공 석사	전·시간제 청소년동반자	2년 5개월	1사례
7	여	48	전남	기독교상담전공 석사	청소년동반자, 한국자살예방협회 사이버상담위원	6년 10개월	6사례
8	여	51	서울	교육대학원 유아전공 사이버대학 사회복지학 재학	청소년동반자 3년	3년	2사례
9	여	37	대전	철학, 교육학, 사회복지학 학사	시간제청소년동반자	3년	1사례
10	여	42	부산	교육학과 재학	전일제청소년동반자	3년	4사례
11	여	40	충남	상담심리 전공	청소년지원센터 상담원 및 팀장, 청소년자살예방지도자	5년	3~4사례
12	여	27	서울	상담심리 전공	시간제청소년동반자	2년	2~3사례

면접은 한국청소년상담원 회의실에서 이루어졌으며, 면접 시간은 180분이었다. 면접 참가자들에게는 면담 내용이 녹음된다는 것을 알리고 동의를 구하였으며 녹취록을 작성할 것이나 참가자들의 성함은 익명으로 처리된다는 것을 알렸다.

(4) 자료 분석

첫 번째 단계에서는 포커스 그룹의 면접 내용이 완전하게 담긴 축어록을 작성하였다. 두 번째 단계에서는 본 연구의 연구자들이자 포커스 그룹 면접에 참여한 3명의 면접자들이 독립적으로 포커스 그룹 면접 축어록을 읽고, Nvivo질적 자료 분석 소프트웨어를 활용하여 면접용 질문을 토대로 같은 주제별로 내용을 정리하는 영역 부호화 작업을 하였다. 세 번째 단계에서는 연구자 전원이 모여 각각의 포커스 그룹 면접 축어록에 대해 토의를 통해 영역 부호화 작업을 한 번 더 실시하였다. 네 번째 단계에서는 영역별로 정리한 내용을 모두 모아 각 영역의 내용을 요약하여 핵심적인 개념을 구성하였다. 핵심 개념 구성은 연구자들의 임의적인 추론을 배제하기 위해 연구 대상자들이 직접 한 말을 근거로 삼았다.

(5) 결과(부록 2. 참조)

(a) 자살위기청소년의 개인적, 환경적 특성

본 연구에서 개발하려는 상담 프로그램을 적용하게 될 자살위기청소년들의 특성을 알아보기 위하여 포커스 그룹 면접의 대상자들이 직접 상담해본 자살위기청소년들의 특성에 대해서 질문하였다.

자료 분석 결과, 자살위기청소년들의 특성은 개인적인 특성과 환경적인 특성으로 크게 두 가지로 구분이 되었으며, 개인적인 특성은 다시 자살 위험 요인과 보호 요인 두 가지 범주로 분류되었다.

자살 위험 요인으로 분류된 내용들을 살펴보면 다음과 같다. ① 자살 위험 청소년들은 ‘우울’, ‘무망감’, ‘무력감’, ‘희망 없음’, ‘무가치감’, ‘불안’, ‘충동조절의 어려움’과 같은 정서적인 어려움을 경험하고 있는 것으로 보고되었다.

② ‘부모에 대한 분노’, ‘부모에 대한 애정 욕구의 좌절’, ‘가출’과 같이 부모 자녀 관계의 문제를 갖고 있는 것으로 나타났다. ③ ‘왕따에 대한 두려움’, ‘학교 부적응’으로 언급된 학교 적응 실패의 문제를 갖고 있었다. ④ ‘심약하고 의존적인’, ‘감수성이 풍부한’,

‘4차원’과 같은 개인적인 성격 특성이 보고되었다. ⑤ 기타 내용으로 ‘주의력결핍 과잉 활동장애’, ‘낮은 지능’이 보고되었다.

상담자들이 지각한 자살위기청소년의 자살 위험을 낮추는 보호 요인으로 보고된 내용들은 다음과 같았다. ① ‘학업 우수’, ‘과거 학생회장 경험’과 같은 성취 경험, ② ‘비보이로 인기를 얻음’과 같은 또래들로부터의 인정 경험, ③ ‘활발하다’, ‘동호회에서 활발하다’와 같은 외향적인 특성, ④ ‘친구가 있다’와 같은 정서적 지지 체계를 갖고 있음, ⑤ 기타 개인적으로 특성으로 ‘성실하다’, ‘호기심이 많다’가 보고되었다.

상담자들이 보고한 자살위기청소년들의 환경적 특성은 다음과 같았다. ① ‘엄마 우울증’, ‘아빠 알코올 중독’과 같은 부모의 정신병리, ② ‘열악한 환경’, ‘경제적으로 어려운’ 과 같이 사회 경제적인 수준이 낮은 가정환경, ③ 가정 폭력에의 노출 경험, ④ ‘이모부의 성폭력’과 같은 가족으로부터의 성폭력 경험, ⑤ ‘부모의 가출, 이혼, 사망으로 인한 한부모 가정 또는 재결합 가정, ⑥ ‘학생 몰래 부모가 이사를 감’, ‘친척집에 맡겨짐’ 등의 부모의 자녀 방치 또는 유기, ⑦ 가정으로부터의 지지 자원 부족, ⑧ 부모의 관심, 칭찬, 애정 표현 부족, ⑨ 가족 내 대화 상대 없음, ⑩ ‘부모가 동반자살을 시도’하거나 ‘청소년의 자살 시도를 소로 받아들임’ 과 같이 자살에 대해서 가볍게 생각하는 경향이 있었다.

(b) 자살행동

자살위기청소년들의 자살 행동을 조사한 결과, 자살 행동은 자살 방법, 자살 시도를 한 상황, 자살 동기, 자살 시도 후 행동으로 하위 범주가 구분되었다.

자살 시도 방법은 ① ‘약을 구입함’, ② ‘뛰어내림’, ③ ‘칼로 손목 긋기’, ④ ‘스스로 목을 누름’, ⑤ ‘양동이에 물 받고 머리를 넣음’, ⑥ ‘락스를 마심’, ⑦ ‘바다에 뛰어듦’, ⑧ ‘목매’ 이었다.

자살 시도를 할 당시의 상황은 ① ‘상담자와의 심리상담 종결 당일 자해를 시도’, ‘상담 종결 직전에’와 같이 심리 상담의 종결과 관련된 상황, ② ‘학교에서 스트레스를 받아서’와 같은 학교 관련 상황, ③ 부모의 비판적 태도 혹은 무관심과 같은 부모와 관련된 상황이었다.

상담자들이 파악한 청소년의 자살 동기는 ① 자살 시도를 통해 관심 끌기, ② 자신의 어려움을 강력하게 호소하기 위해서, ③ 스트레스에 대한 반응이 보고되었다.

자살 시도 후의 행동으로는 ① ‘자살 시도를 상담자에게 부인함’, ② ‘부모에게

는 ‘연락하지 않음’ 이었다.

(c) 자살위기청소년의 심리장애 진단

자살위기청소년들의 심리장애 진단에 관한 질문에는 모든 상담자들이 진단이 필요하다고 응답하여 진단의 필요성에 대한 인식은 매우 높았다. 그러나 상담 과정에서 진단이 이루어지는 경우는 많지 않았다. 진단의 어려움으로는 ① 내담 청소년의 인식 부족 또는 거부, ② 상담자 자신의 역량 또는 자신감 부족, ③ 자살 위험성을 파악할 수 있는 검사의 부재, ④ 시간과 비용의 문제, ⑤ 진단을 위한 정신과 병원 연계의 어려움 및 진료 가능 병원의 부족이 보고되었다. 심리장애 진단이 실시된 사례에서 상담자들이 사용한 진단 방법은 ① 다면적 인성검사-청소년용, 문장완성검사, 벡 우울검사, 집나무-사람 그림 검사와 같은 심리검사의 실시, ② 심리검사의 의뢰, ③ 정신과 의뢰였다.

(d) 전반적 개입방법

상담자들은 자살위기청소년들을 상담할 때 상담 전반에 걸쳐 다음과 같은 개입방법을 사용한다고 보고하였다. 전반적인 개입방법은 심리상담 일반에 공통적인 요인, 자살 위기 청소년 상담에 특정한 요인, 및 기타 요인으로 범주화 되었다.

공통적인 요인으로는 ① 경청, ② 구조화, ③ 공감 및 지지, ④ 감정 표현의 격려 이었다. 자살위기청소년 상담에 특정한 요인으로는 ① 자살 금지 서약서를 작성하기, ② 자살 위험을 관리하기, ③ 죽고 싶은 생각에 개입하기, ④ 병원이나 긴급구조 119의 연계 이었다. 기타 요인으로는 ① 약물치료 의뢰, ② 외부 지지자원 연계, ③ ‘또래 괴롭힘’과 같이 내담자가 겪는 자살 외의 문제 다루기, ④ 내담자의 잠재성 강화 이었다.

상담자들의 접근 방식은 ① 정서적 접근, ② 인지적 접근, ③ 문제 해결 중심적 접근, ④ 행동적 접근이 있었다. 상담자들이 사용한 상담 기법으로는 ① 역할극, ② 미술치료, ③ 의사소통훈련, ④ 분노 표출이 언급되었다.

(e) 개입 시기별 개입방법

자살 위기 청소년의 심리 상담을 개입 시기별로 초기, 중기, 후기로 구분하여 보다 구체적으로 살펴보았다.

초기 단계에서는 ① 라포 형성, ② 구조화, ③ 공감 및 지지, ④ 자살위험 관리, ⑤ 자원 탐색, ⑥ 주변 자원 접촉, ⑦ 구체화, ⑧ 응급 라인 연결이었다.

중기 단계에는 ① 자살 위험 관리, ② 스트레스에 대처하기, ③ 자살과 관련된 문제를 구체화하여 자살 행동을 다루기, ④ 가족에 대한 개입, ⑤ 부모 교육, ⑥ 학교 및 주변 환경 문제를 다루기, ⑦ ‘내담자의 잠재성 발굴’, ‘긍정적 특성 강화’, ‘긍정적 경험에 초점 두기’와 같은 청소년의 긍정적 자원 강화, ⑧ 내담자의 반복적 심리적 고통 호소를 버티기 이었다.

후기 단계에서는 ① 대안 제시하기, ② 부모와의 관계 강화하기, ③ 부모 지원의 강화, ④ 병원이나 공부방 등 지역사회 자원의 연계 이었다.

(f) 효과적인 개입 요인

효과적인 개입 요인은 청소년 상담과 직접 관련된 요인, 부모에 대한 개입, 주변 자원의 활용, 상담자에 대한 지원으로 분류되었다.

청소년 상담과 직접 관련된 요인으로는 ① ‘공감과 지지’, ‘긍정적 피드백’, ‘칭찬’ 과 같은 상담자-내담자 관계 형성을 촉진하는 방법의 사용, ② ‘자기표현 훈련’, ‘의사소통훈련’, ③ ‘대안적 관점 제시하기’, ‘변화하기 어려운 환경을 수용하기’ 와 같은 관점의 변화 및 확장 시도, ④ ‘내담자의 잠재성 강화로 자원 발굴’, ‘청소년의 욕구 파악’, ‘흥미 탐색’, ‘미래 목표를 현실화하기’와 같은 청소년의 긍정적인 내적 자원을 강화하기 ⑤ ‘자살 위험시 24시간 밀착 대처하기’ 이었다.

부모 개입과 관련된 내용으로는 ① ‘현재의 상황을 수용하기’, ② ‘약물치료에 대해 부모에게 이해시키기’, ③ ‘자녀에 대한 부모의 관심 및 접촉 증대’, ④ ‘자녀의 잠재성에 대해서 이해하기’, ⑤ ‘내담자의 장점을 살리도록 부모를 설득하기’ 이었다.

주변 자원의 활용은 ① ‘학교에서 인정받음’ ② ‘공부방’, ‘거주 시설을 마련’ 등의 사회복지 체계와 연결된 구체적 지원을 제공함이었다.

상담자 지원 요인으로는 ① ‘상담자의 지지 체계 활용으로 팀 접근 사례회의’, ② ‘슈퍼비전’, ③ ‘상담가 교육을 받는 것’ 이었다.

(g) 장애요인

자살위기청소년의 상담에서의 장애 요인은 부모 및 환경과 관련된 요인, 청소년 본인과 관련된 요인 및 상담자 요인으로 분류되었다. 우선 부모 및 환경과 관련된 요인은 ① ‘부모가 고지식하고’, ‘완고하고’, ‘지속적으로 자녀를 비난하고’와 같은

부적절한 부모의 양육태도, ② ‘알코올 중독’ 과 같은 부모의 정신병, ③ ‘무관심한 부모’, ‘집을 들락거리는 엄마’, ‘가족의 접촉이 어려움’과 같은 부모의 자녀 방치, ④ ‘부모의 소진으로 인해서 자러를 지속적으로 지지하는데 한계가 있음’, ‘자살 위험에 대해서 부모가 무지하고 무감각함’, ‘부모가 내가 더 힘들고, 내가 더 죽겠다고 함’과 같이 부모의 정서적 지지 부족, ⑤ ‘환경 변화의 어려움’, ‘주변 자원의 부재’와 같은 청소년 지지 자원의 부족 이었다.

청소년 요인으로는 ① ‘이전 상담 경험이 부정적임’, ② ‘내방 상담을 원치 않음’ 3) ‘정신과 치료에 대한 거부’ 이었다.

상담자 요인으로는 ① ‘상담자의 역량 부족’, ② ‘선입견’, ③ ‘소극적 개입’, ④ ‘자살 개입에 대한 두려움’, ⑤ ‘초기 진단의 미흡’, ⑥ ‘개입 기간이 짧음’ 이 보고되었다.

(h) 구조화된 프로그램의 사용 경험

연구대상자들은 구조화된 프로그램, 예를 들어, 대인관계 향상 프로그램, 분노조절 프로그램, 부모교육프로그램과 같은 집단프로그램이나 인지치료, 변증법적 행동치료, QPR 중급과정프로그램 등과 같은 자살 관련 개입프로그램을 사용한 경험이 있다고 모두 보고하였으나 구조화된 프로그램을 그대로 사용하는 경우는 전혀 없었고, 응용하거나 일부 발췌하여 사용하는 것으로 나타났다. 구조화된 프로그램의 필요성에 대해서는 대다수가 필요성을 인정하였으며, 앞으로 개발될 구조화된 프로그램은 ‘휴대가 간편한 매뉴얼’이었으면 좋겠다는 의견이 있었다.

(i) 기타 지원 사항

자살 위기 청소년의 상담과 관련하여 필요한 지원에 대해서는 ① 자살 시도와 관련된 부모의 대처 교육, ② 생명 존중 교육 및 학교의 대처 교육, ③ 핫라인의 강화와 핫라인에 대한 상담자 교육, ④ 분노조절, 충동조절, 긍정적 자기 개념을 도와줄 수 있는 상담 프로그램의 필요성이 보고되었다.

(4) 포커스그룹 인터뷰 결과의 시사점

(a) 청소년의 자해 및 자살 동기는 주변인과의 관계와 같은 상황적 스트레스의 영향을 많이 받는다.

상담자들의 경험에 따르면 열악한 경제적 환경과 미흡한 돌봄 속에서 성장한 청소년들은 가족이 아닌 다른 주변인(이성친구 등)에게 심각하게 의존하며 가족에게는 자해 및 자살시도를 감추는 경향을 보이고, 경제적인 환경이 양호한 경우에는 과중한 학업 부담과 과잉 통제에 따른 압박감의 고통에 대해 ‘보여주는’ 자해 및 자살시도를 통해 통제하려는 경향이 있다고 한다. 따라서 자살 시도 및 자해 동기를 주변 환경과의 관계 역동을 충분히 고려하여 다룰 때 자살위험 관리를 더욱 용이하게 할 수 있으리라 예상된다.

(b) 청소년들의 심리학적 상태를 평가할 수 있는 도구가 필요하다.

상담자들은 모두 진단의 필요성을 말하나 상담자 자신의 역량 혹은 자신감의 부족으로 인해 소극적으로 대처하는 경향이 있음을 보고하였다. 즉, 내담자 및 부모에게 적극적으로 설득하지 못하거나 적절한 기관에 연계하지 못하는 사례가 많았다. 따라서 상담자들을 내담자의 심리장애 진단이나 정신과 및 약물치료에 대한 지식을 좀 더 갖추고 이러한 문제에 대처할 수 있도록 준비시킬 필요가 있다.

(c) 자살위기청소년의 전반적 개입을 위한 공통적으로 회기화된 프로그램이 필요하다.

포커스그룹 참여자들은 자살위기청소년을 상담하는데 상담자의 역량 부족과 지식 부족에 따른 부담이 매우 크다고 하면서, 자살위기청소년에게 잘 개입할 수 있는 명료화된 상담개입방법들에 대한 목마름을 호소하였다. 즉, 상담개입의 각 단계별로 구조화된 프로그램이 필요하다는데 대부분 인정하였고, 휴대가 간편하여 상시로 내용을 숙지하고 활용할 수 있는 매뉴얼을 개발되기를 기대한다고 보고하였다.

(d) 개입에 있어 신뢰로운 관계형성이 중요할 뿐 아니라 청소년들이 대안적 관점을 갖고, 사고를 확장시킬 수 있는 개입이 필요하다.

상담자들의 보고에 의하면 청소년들이 스트레스 상황에서 문제를 해결하는 방식으로 접근하지 못하고 우발적으로 감정적으로 시도를 하는 경우들이 많다고 한다. 따라서 청소년의 어려움을 공감하고 수용하고 같이 견뎌줌으로써 청소년의 심리적 고통을 경감시키는데 도움을 주는 것이 우선 필요하고, 현재의 문제 상황에 매몰되기보다는 대안적 관점으로 바라볼 수 있도록 도와줌으로써 상황을 수용하고 더 나은 대안

을 개발하도록 돕는 개입이 필요하다.

(e) 개입 단계에 따라 필요한 개입이 다를 필요가 있다.

포커스그룹의 참여자들은 전반적으로 내담자에 대한 공감과 지지가 가장 중요하다고 하면서도 개입 시기에 따라 효과적인 개입이 다름을 피력하였다. 자살위기청소년 상담개입 과정의 단계상 초기에는 라포 형성과 상담에 대한 구조화, 자살위험 관리, 주변자원 접촉, 응급 라인 연결이 필요하다고 하였다. 중기에는 자살위험관리를 지속하면서도, 자살과 관련된 문제를 보다 구체화하여 학교 또는 가족 개입이 들어가야 하며, 내담자의 강점과 긍정적 경험 강화를 하는 작업이 필요하다고 하였다. 또한 후기단계에는 자살시도 및 자해에 대한 대안 발굴, 주변인과의 관계 강화, 지역사회의 연계를 꾀었다. 특히 주변 및 지역사회 자원을 탐색, 발굴, 활용, 공고화 과정에 상담자의 적극적 개입이 필요하며 이러한 측면이 제대로 강화되지 않은 채 종결하는 경우 종결 직전 혹은 직후에 자살시도가 발생하는 사례가 있음을 경고하였다.

(f) 부모에 대한 적극적 개입과 교육이 필요하다.

상담자들은 부모의 방치, 무관심, 가정폭력, 부모의 애정표현 부족, 자녀에 대한 지속적 비난 등의 부모의 부적절한 양육태도 뿐 아니라 부모가 자녀와 함께 동반자살시도를 하려하거나 청소년의 자살시도를 쇼로 받아들이는 등 자살문제에 대한 심각한 이해 부족이 자살위기청소년 상담의 중요한 장애요인으로 꼽고 있다. 따라서 부모 혹은 양육자에게 적극적으로 개입하여 청소년의 자살위험에 대한 이해를 돕고, 청소년이 자살위기를 극복하는데 적극 지원할 수 있도록 상담 및 약물치료 등에 대한 이해를 돕는 과정이 필요하다.

(g) 자살위기청소년 상담자에 대한 지지원과 교육이 필요하다.

포커스그룹 참여자들은 자살위기청소년을 상담하는 상담자의 부담과 소진을 말하면서 자살위기청소년을 잘 도우려면, 슈퍼비전 및 자살 관련 교육이 매우 필요하다고 입을 모았다. 자살위기청소년을 제대로 돕기 위해서는 상담자들이 효율적으로 대처할 수 있도록 지지원을 마련하고, 상담자들을 충분히 준비시킬 필요가 있다.

2) 구성단계

프로그램 구성단계에서는 프로그램에서 구현해야 할 구성요소를 추출하고 프로그램 참여자의 특성, 프로그램 운영 환경 등을 고려하여 보다 효율적인 프로그램을 구성할 필요가 있다.

또한 구성단계에서는 선행 연구와 요구분석 결과에 따라 프로그램을 구성하기 위한 기본 원리를 도출하는데, 본 연구에서는 5가지 구성 원리에 따라 프로그램의 구성요소들을 조직하고 그에 맞는 활동내용을 구성하여 프로그램 초안을 개발하고자 한다.

가) 프로그램의 구성 원리

선행 연구와 포커스인터뷰 결과에 따라 프로그램을 구성하기 위한 6가지 기본 원리를 도출하였다.

(1) 2008년도 자살위기청소년 상담모형을 근간으로 한다.

앞서 선행연구 결과 및 포커스그룹 인터뷰 결과에 비추어 볼 때 자살위기청소년을 성공적으로 돕기 위해서는 청소년의 자살위험을 체계적으로 관리하면서 내담자의 자살위험을 높이는 요인을 감소시키고 자살위험을 극복하는데 도움이 되는 보호요인을 증가시키는 작업을 병행하는 것이 필요하다. 이와 같은 점을 고려하여 구성된 자살위기청소년상담모형을 사용하는 것은 효율적인 작업이 될 것이다. Jobes 등(2006)이 개발한 CAMS의 자살상태관리양식을 국내실정에 맞게 지승희 등(2008)이 수정한 위기관리기록지(초기평가용, 모니터링용, 성과 확인용)를 활용하여 내담자의 자살위험을 회기별로 종결까지 지속적으로 점검하고자 한다.

(2) 자살위기청소년의 심리장애 스크리닝 절차를 마련한다.

앞선 연구결과들과 포커스그룹 인터뷰 결과에 비추어 볼 때 청소년의 자살 문제에 개입할 때는 문제의 위기수준과 공존 병리에 따라 달리 접근하며 약물치료를 병행하는 것이 효과적인 것으로 보고되고 있다(Berman 등, 2006; Fortune 등, 2005; Singer, 2006). 2008년도 상담모형에서는 평가와 개입을 동시에 시행하면서 위기관리기록지를 통해 자살위험에 대한 면접평가를 하고 우울, 스트레스, 충동성 척도평가

를 통해 객관적인 평가를 수행하는 형태로 구안하였다.

2008년 지승희 등이 시행한 지역의 청소년(상담)지원센터의 상담자 대상 조사에서도 나타났듯이 자살위기청소년의 의뢰문제 유형이 정신건강(37.7%)이 가장 많이 차지하였고, 자살위험수준에 대해서도 고위험군이 39.7%를 차지하는 등 정신병리적 진단과 개입이 요구되는 자살위기청소년이 의뢰되는 경우가 많은데 그에 비해 상담현장에는 임상심리전문가가 거의 없고, 상담자 역시 역량 부족 또는 자신감 부족 등의 열악한 여건으로 인해 정신병리 진단이 기피되고 있는 실정이다. 자살위기청소년의 정리병리적 측면이 잘 진단되어 정신과 치료 및 약물치료가 병행되어야한다는 것은 매우 필수적인 일이다. 이에 본 프로그램에서는 주요우울장애, 물질관련장애, 품행장애 등 청소년 자살과 관련이 높다고 보고되는(Berman, Jobes와 Silverman, 2006) 심리장애를 내담자들이 갖고 있는지의 여부를 알아보기 위한 스크리닝 도구를 마련하였다.

(3) 내담자의 심리적 요인의 변화에 주력한다.

자살위기청소년을 효율적으로 돕기 위해서는 변화가능성이 어려운 주위환경을 먼저 다루기보다 변화가능성이 높은 청소년의 심리적 측면에 우선 초점을 맞추고자 한다. 특히 청소년들의 자살 생각은 다른 연령대에 비해 상황 요인에 보다 영향을 많이 받는다는 연구결과들이 많이 보고되고 있으며(김현순 등, 2008), 효과성을 보고하는 외국의 선행 프로그램들을 살펴보면 청소년의 자살위험을 낮추기 위해 공통적으로 청소년의 심리적 요인의 변화에 주력하고 있다(Brent et al., 1997; Linehan, 1991; MacGowan, 2004; Rudd, 2000; Weersing, 2006; Wenzel, et al., 2008).

상황적 스트레스를 잘 다루는 것은 자살위험을 줄이는데 크게 기여할 수 있으므로 이를 충동적으로 회피하기 보다는 문제해결적으로 다룰 수 있도록 돕는 과정을 포함하며, 청소년이 자신과 사회에 대한 비관적 관점에서 벗어나 자신의 강점과 욕구를 파악하여 이를 실현하는 방안을 모색하고 삶의 즐거운 측면을 발견하는데 집중하고자 한다.

(4) 청소년의 사회지지망을 구축한다.

선행연구들을 살펴보면 교사나 친구의 지지 등 사회적 자원의 중요성을 강조하는 결과들이 제시되었고(김순규, 2008, 김진희 외, 2002; 김재엽, 정윤경, 이진석, 2009;

김현주, 2008; 박현성, 1998; Husaini, 1982), 포커스그룹에 참여한 현장전문가들 역시 청소년의 지지 자원 확보가 효율적 개입 방안임을 입을 모아 말하고 있다. 또한 외국의 선행 자살 관련 개입프로그램에서도 사회적 지지망 활용을 늘리고, 사회적 자원에 대한 접근성을 높이는 중요성을 말하고 있다(Beck et al., 2003; Berman et al., 2006; Henggeler, 1999). 청소년의 강점과 욕구를 미래의 희망을 가져다줄 잠재력으로 키워나가기 위해서는 무엇보다 지지자원을 탐색, 활용할 줄 아는 능력이 필요하다. 따라서 본 상담개입프로그램에서는 청소년이 사회적 지지 자원을 탐색, 발굴, 활용할 줄 아는 능력을 함양하는데 노력하며, 상담자 역시 이를 활용하는 모델로서 적극적인 역할을 하길 기대하고 있다.

(5) 의사소통 및 사회기술을 증진하는 내용을 포함한다.

포커스그룹 인터뷰에서 상담자들은 의사소통 혹은 사회기술 증진을 상담 내용에 포함했을 때 상담의 효과가 좋았던 것으로 보고하였다. 외국의 선행 프로그램들도 의사소통 및 사회기술의 훈련을 자살의 예방 및 자살 위험을 낮추는 치료적 요소로 포함하고 있다(Berman, 2006; Linehan, 1991; Wenzel et al., 2008). 이에 본 연구에서 개발하는 프로그램에도 사회적 지지 활용의 증가를 가져오기 위하여 의사소통 기술과 사회기술훈련을 포함하였다.

(6) 청소년 상담개입프로그램과 연계된 부모 개입을 포함한다.

청소년 자살에 영향을 미치는 요인 중 가족 체계는 일차적으로 청소년의 심리적 행동적 결과를 유발하는 가장 영향력 있는 환경으로 주목할 필요가 있다(김재엽, 정윤경, 이진석, 2009). 따라서 청소년의 자살 위험을 감소시키기 위해서는 가족, 특히 부모와의 관계를 깊이 고려하지 않을 수 없다. 가정 내 학대, 부모와의 갈등, 가족간 역기능적 의사소통이 청소년 자살에 위험한 영향을 끼치는 요인으로 작용하는 것으로 보고되는 반면(Blum et al., 김순규, 2008 재인용; Lester, 1987; Marcenko et al., 1999; Range, 1993), 부모의 지지 및 부모-자녀간 원활한 의사소통은 청소년의 자살 생각을 효과적으로 매개, 완충하는 보호요인으로 나타나고 있다(박현숙, 구현영, 2009; 이지연, 김효창, 현명호, 2005; 임수영, 1996).

이와 같은 선행연구 결과와 마찬가지로 포커스 그룹에 참여한 지역 청소년(상담)지원센터의 상담자들도 청소년 자살 문제에 대한 부모 혹은 양육자의 심각한 이해

부족과 부적절한 대처가 청소년 자살 문제에 성공적으로 개입하는데 상당한 장애요인이 되고 있음을 보고하였다.

또한 외국의 선행프로그램의 효과 관련 연구들에서도 부모에 대한 적극적 개입의 효과를 보고하고 있으므로(Brent et al., 1993; Guthrie et al., 2004; Harrington, 1998; Miller et al., 2007), 본 프로그램에서는 상담개입프로그램에 청소년이 잘 참여하여 프로그램 내용을 제대로 수행할 수 있도록 부모 혹은 양육자의 이해 및 조력을 돕는 부모 대상 개입프로그램을 포함하였다.

(7) 지역사회 청소년(상담)지원센터 소속 상담자를 주된 개입자로 본다.

2008년 지승희 등의 연구에 의하면 자살위기청소년 상담개입모형을 구성할 때 상담자 대상 요구조사 및 시범상담운영 과정에서 일선학교의 전문상담 교사와 지역사회 청소년(상담)지원센터의 상담자에게 자살위기청소년이 의뢰되는 과정이 달랐다.

다른 위기 유형의 의뢰 경위와 마찬가지로 자살 문제 역시 일선학교의 경우에는 학교에서 커터칼로 손목을 긋는 행동을 보이거나 죽음에 대해 노트에 낙서하는 등의 행동을 보이면 즉시 학교 내 전문상담교사에게 의뢰되는 경우가 많았다. 반면 지역사회 청소년상담지원센터의 경우 다른 정신질환적 양상을 동반하거나, 자살위기가 많이 진행되어 그 위험이 ‘중’ 이상으로 보이는 청소년들에게 여러 가지 방법을 시도하다가 실패한 경험이 많은 가족들이 의뢰하는 경우가 많았다. 또한 가정 및 학교 등 주변 자원이 거의 없는 여건에서 자살 위기에 노출된 청소년들이 다른 시설이나 기관 관계자, 혹은 본인의 의지에 의해 상담으로 연결되는 사례들도 있었다.

따라서 본 상담프로그램에서는 자살예방교육 등 다른 개입들이 가능한 저위험군보다 좀 더 심각한 자살위기청소년에게 표적화하여 개입할 수 있도록 지역사회 청소년(상담)지원센터 소속 상담자를 주된 개입자로 보았다.

또한 청소년상담지원센터의 상담자 및 청소년동반자들은 CYS-Net을 통해 지역사회 환경적 지지자원의 발굴이 용이하므로, 사회적 지지망 구축 관련 프로그램을 포함함으로써 청소년지원센터 소속 상담자들이 이를 활용하여 지지자원이 부족한 내담자를 조력할 수 있도록 하였다.

나) 자살위기청소년 상담개입프로그램의 구성

(1) 프로그램의 목표

자살위기청소년 상담개입프로그램을 통해 달성하고자 하는 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 청소년의 자살 관련 행동이 감소한다.

둘째, 자살위험을 높이는 스트레스에 대해 보다 효율적인 대처방식으로 처리한다.

셋째, 청소년의 의사소통능력 및 사회적 기술이 증진된다.

넷째, 청소년의 자존감이 높아진다.

(2) 프로그램의 구성

본 프로그램은 자살위기청소년상담모형에 기초하여 초기관리, 중기관리, 후기관리의 총 16회기(약 8주~16주) 상담개입프로그램 및 추수관리(6~12개월)로 구성된다.

자살위험행동 다루기→스트레스 다루기[상황-생각-감정-행동 간 역동 분석, 인지 오류 탐색 및 전환, 감정 조절, 문제 해결적 접근 방법 익히기, 대안행동의 개발(불건강한 생활습관 바꾸기)]→자신의 강점 및 건강한 삶의 태도 강화를 주된 상담개입 과정으로 삼는다. 또한 이와 병행되는 5회기 부모개입을 포함한다. 이와 같은 자살위기청소년 상담개입프로그램의 구성은 표 5에 제시되어 있고 회기별 내용은 표 6에 요약하여 제시하였다.

(3) 프로그램의 세부 내용

총 16회기로 이루어진 자살위기청소년 상담개입프로그램은 크게 세 부분으로 구성되어 있다. 초기 관리에는 1-3회기, 중기 관리에는 4-12회기, 후기 관리에는 13-16회기가 포함된다.

우선 초기관리 상담개입프로그램의 세부 내용을 살펴보자면, 1회기 ‘실타래 살피기: 안전관리 1’에서는 위기관리 기록지 I을 사용하여 내담자의 자살 위험을 평가하고 내담자가 계획한 또는 계획할 가능성이 있는 모든 자살 수단을 확인한다. 자살 위험성에 대한 평가를 토대로 내담자가 자살 수단에 접근하는 것을 차단하기 위한 안전 담당자를 확보하고 안전 스케줄을 마련하며 상담자와 내담자는 안전약속을 한다.

2회기 ‘실타래 살피기: 안전관리 2’에서는 1회기에서 계획한 내담자의 안전계획 시

시스템이 적절히 가동되고 있는지 점검하고 문제가 있다면 안전계획 시스템을 수정한다. 또한 내담자의 자살 생각과 행동이 심리장애와 관련이 있는지 알아보기 위해 내담자와 보호자를 대상으로 면담을 실시한다.

‘심리장애 탐색을 위한 면담’은 자살위기청소년들이 자살 문제와 관련이 있는 심리장애를 갖고 있는지를 조사하기 위한 질문들로 구성되어 있다. ‘심리장애 탐색을 위한 면담’에 포함되어 있는 심리장애는 주요우울장애, 기분부전장애, 정신분열병, 물질남용, 품행장애, 주의력결핍 과잉활동장애, 외상후 스트레스 장애, 정신지체이다. 또한 청소년들의 자살 행동에 영향을 줄 수 있는 놀림과 괴롭힘을 추가하였다.

‘심리장애를 탐색을 위한 면담’의 정신분열병, 물질남용 및 정신지체 문항들은 DSM-IV용 불안장애 면담 도구-아동용 및 부모용(Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions; Silverman, & Albano, 1996)의 부가적인 아동기 장애를 위한 선별(screening) 질문을 그대로 사용하였다.

표 5. 자살위기청소년 상담개입프로그램 초안의 구성

자살위기청소년 상담개입					부모 개입
초기 관리	1~3 회기	자살 위험 평가 및 안전 확보	<ul style="list-style-type: none"> 자살위험 평가 및 안전 확보 <ul style="list-style-type: none"> -안전스케줄 및 대처방안 마련 → 활동 → 확인 심리학적 평가 및 정신과 치료 의뢰 혹은 병행 논의(정신과 및 약물 치료) 	<ul style="list-style-type: none"> 자살위험관리 <ul style="list-style-type: none"> - 자살위험 관리에 관한 이해 및 필요성 인식 (구조화) - 위기관리기록지 I, II 사용 	(1회기) 청소년 자살에 대한 이해 및 안전 확보
중기 관리	4~8 회기	개인 내적 위험 요인 감소를 위한 건설적 사고 및 행동 습득	<ul style="list-style-type: none"> 자살위험을 유발하는 내·외적 스트레스원 다루기 <ul style="list-style-type: none"> -스트레스 원에 대한 이해 -스트레스에 대한 기존 대처행동 분석 -스트레스원에 대한 관점 전환 -상황-사고-감정-행동의 역동 이해 -인지 오류 탐색 및 전환 -감정 및 충동성 조절 -문제해결적 접근 훈련 -건강생활행동 습관 	<ul style="list-style-type: none"> 자살위험 관리 (지속) -위기관리기록지 II에서 자살위험성이 높게 나타나면 자살위험 관리 및 안전 확보 활동부터 다시 시작 	(2회기) 자녀의 스트레스 대처 돕기 (자해 및 자살 시도 시 대처 방법 습득)
	9~12 회기	개인 외적 보호 요인 증가를 위한 사회적 지지망 구축	<ul style="list-style-type: none"> 사회적 지지망을 구축하기 <ul style="list-style-type: none"> -주변지지망 파악 및 탐색 -지지망에 대한 평가 및 분석 -지지망 구축 방법 익히기(의사소통 및 사회적 기술증진을 통한 고립감소) -지지망 구축행동 연습 및 활용 -상담자의 지지망 구축 촉진 활동 		(3회기) 자녀와의 관계 증진 방법 습득/ 자녀의 지지망 강화 조력
후기 관리	13~14 회기	자신의 강점 및 잠재력 개발	<ul style="list-style-type: none"> 자신의 강점 및 잠재력 파악 및 개발 <ul style="list-style-type: none"> -자신의 강점과 욕구 파악 -자신의 감정과 욕구 실현방안 탐색→행동 과제 구체화→ 행동 연습 -삶의 즐거움, 살아야하는 이유 발견하기 	<ul style="list-style-type: none"> 자살위험 최종 평가 -위기관리기록지 III 사용 	(4회기) 자녀의 강점 및 욕구 이해/ 실현 조력
	15~16 회기	종결	<ul style="list-style-type: none"> 상담 목표 달성 평가 및 공고화 <ul style="list-style-type: none"> -상담에서 배운 내용 돌아보기 -상담에서 배운 내용 중 자신에게 가장 효율적인 방법 집중 연습 종결 		
	6~12 개월	추수관리	<ul style="list-style-type: none"> 정기적 연락 : 이메일, 서신, 문자메시지 등 		

표 6. 자살위기청소년 상담개입프로그램 초안의 세부 내용

시기	회기	회기명	회기별 내용
초기 관리	1	실타래 살피기1 :안전관리1	자살 위험 수준의 평가 및 자살 수단의 확인 안전 담당자 확보, 안전 스케줄 마련 및 안전 약속
	2	실타래 살피기2 :안전관리2	안전 관리 시스템의 가동성 확인 자살 관련 심리장애 탐색을 위한 면담
	3	실타래 살피기3 :자살의 득실 알기	안전 관리 시스템의 가동성 확인 자살로 인해 생기는 이득과 손실 알아보기
중기 관리	4	실타래 풀기1 :있는 그대로 받아들이기	자신의 삶에 대한 생각과 느낌을 찾아보기 자신의 삶을 있는 그대로 수용하기
	5	실타래 풀기2 :상황의 실마리로 풀기	상황, 생각, 감정 및 행동의 연결 고리를 이해하기 자살 유혹을 느끼는 상황에 대처하는 방법 배우기
	6	실타래 풀기3 :생각의 실마리로 풀기	자살과 관련된 인지 오류를 파악하고 이를 수정하기
	7	실타래 풀기4 :감정의 실마리로 풀기	자살 유혹을 느끼는 상황에서 감정을 변화시키는 방법 배우기
	8	실타래 풀기5 :문제해결의 실마리로 풀기	문제해결 방법 배우기 건강한 생활 습관 만들기
	9	천짜기1 :버디 찾기	사회적, 정서적 지지 자원을 탐색하고 활용하기
	10	천짜기2 :자기주장	자기주장기술을 배우기
	11	천짜기3 :평화적인 갈등해결	갈등을 평화적으로 해결하는 방법 배우기
	12	천짜기4 :나를 존중하기	나를 존중하기 위해 타인의 부당한 요구나 부탁을 거절하는 방법 배우기
후기 관리	13	작품 만들기1 :내안의 보석 찾기	잠재력과 강점 찾기
	14	작품 만들기2 :미래 탐색하기	자신이 원하는 것을 이루기 위해 내적 자원과 외적 자원을 활용하는 방법 배우기
	15	작품 만들기3 :자기 스타일 찾기	자살 위험 수준의 재점검 자살 위험을 낮출 수 있는 최선의 방법 찾기
	16	작품 만들기4 :꿈을 펼치기	자살 위험 수준의 재점검 종결 작업 및 재발방지

주요 우울장애, 기분부전장애, 품행장애, 주의력결핍 과잉활동장애, 외상후 스트레스 장애 및 또래의 놀림과 괴롭힘은 DSM-IV용 불안장애 면담 도구-아동용 및 부모

용의 해당 장애를 진단하기 위한 질문들 중에서 일부 문항을 선정하여 수록하였다.

3회기 ‘실타래 살피기: 자살의 득실알기’에서는 자살에 대한 내담자의 욕구와 시도 그 이면에 있는 실제적 혹은 가상적 이득을 탐색하고 내담자가 간과하고 있는 자살로 인한 손실과 손해를 인식하는 작업을 한다.

본격적인 상담개입이 진행되는 중기관리기에 포함되는 프로그램 내용을 살펴보면, 4회기 ‘실타래 풀기: 있는 그대로 받아들이기’에서는 엉망이라고 생각하는 내담자의 삶을 엉킨 실타래에 비유하여 살펴보게 한다. 우선 엉킨 실타래는 망쳤다고 생각하는 내담자들에게 엉킨 실타래도 사실은 매우 멋지고, 때로는 유용하기도 하다는 것을 알게 한다. 그 다음 단계로는 엉킨 실타래도 멋지지만 원하는 삶을 만들고 싶다면 실타래를 풀어볼 수도 있다는 것을 인식시키고 실타래 분석 방법을 배운다.

5회기 ‘실타래 풀기: 상황의 실마리로 풀기’에서는 실타래 분석을 통해 자살시도와 관련된 상황과 함께 이전에 나타냈던 행동이나 감정, 생각을 함께 생각해본다. 자살 유혹을 느끼는 상황을 탐색한 후에 그러한 상황에서 벗어나기 위한 대처 방법을 배운다.

6회기 ‘실타래 풀기: 생각의 실마리로 풀기’에서는 생각의 실마리라는 개념을 통해 내담자들이 가지는 인지오류를 이해하게 한다. 흔히 가지는 자살과 관련된 오류를 파악하고 이러한 오류들이 어떠한 잘못된 생각습관에 의해 나타나는지를 알아본다. 또한 증거 찾기, 최악의 상황, 반대 증거 찾기, 남의 일이라면 등의 방법을 사용하여 인지 오류를 수정한다.

7회기 ‘실타래 풀기: 감정의 실마리로 풀기’에서는 감정의 실마리라는 개념을 통해 힘든 상황에서 감정의 변화를 시도하여 이를 완화시키는 방법, 오감 활용법 및 이완 훈련에 대해서 배운다.

8회기 ‘실타래 풀기: 문제해결의 실마리로 풀기’에서는 문제해결의 4단계를 익히고, 이를 통해 문제 상황에서 최선의 해결방법을 찾아내도록 한다. 내담자들이 자신의 삶을 보다 건강하게 꾸려갈 수 있도록 건강한 생활 습관을 갖기 위한 계획을 세우고 이를 실천하도록 한다.

9회기 ‘천짜기: 버디 찾기’에서는 내담자를 지원해줄 수 있는 사회적, 정서적 지지 자원을 탐색하고 자신에게 필요한 지지 자원과 접촉하기 위한 방법을 찾도록 돕는다. 도움을 요청하는 행위에 대한 긍정적 인식을 통해 사회적, 정서적 지지 자원의 활용

가능성을 높인다.

10회기 ‘천짜기: 자기주장’에서는 의사소통의 세 가지 방식, 공격적, 소극적, 자기주장적 표현을 구분하고 자기주장적 의사소통의 필요성을 인식하도록 돕는다. 자기주장적 의사소통을 보다 잘 하기 위해 언어적인 메시지와 비언어적인 메시지가 일치할 수 있도록 연습한다.

11회기 ‘천짜기: 평화적인 갈등해결’에서는 청소년이 누구와 어떤 문제로 갈등을 겪으며 갈등을 해결하기 위해 주로 어떤 방법을 사용하고 있는지를 알아본다. 이를 토대로 내담자가 평화적인 방식으로 갈등을 해결하는 방법을 훈련한다.

12회기 ‘천짜기: 나를 존중하기’에서는 내담자들이 스스로를 존중해주기 위해서는 다른 사람들의 부당한 요구를 거절할 필요가 있다는 것을 인식시킨다. 또한 또래의 압력이나 자신이 원치 않는 것을 부드럽지만 당당하게 거절하는 법을 연습한다.

이제 12회기까지의 상담개입이 목표대로 진행되었다면 후기관리기로 넘어갈 수 있는데 이시기에 포함되는 프로그램의 내용을 살펴보면, 먼저 13회기 ‘작품 만들기: 내안의 보석 찾기’에서는 내담자들이 자신의 잠재력과 강점을 다양한 측면에서 확인하고 이를 통해 자신을 보다 긍정적으로 지각할 수 있도록 한다.

14회기 ‘작품 만들기: 미래 탐색하기’에서는 내담자가 자신의 미래 모습을 탐색함으로써 현재 자신의 욕구가 무엇인지 이해할 수 있도록 한다. 또한 내담자가 자신의 욕구를 충족하기 위해 활용할 수 있는 내적자원과 외적자원이 무엇인지를 찾고 자신이 원하는 것을 하기 위한 구체적인 실천과제를 정하고 이를 실천하도록 한다.

15회기 ‘작품 만들기: 자기스타일 찾기’에서는 이제까지 상담에서 배운 내용을 돌아보면서 내담자 자신에게 가장 잘 맞는 자살 위험 극복 방법은 무엇이었는지를 정리하도록 한다.

16회기 ‘작품 만들기: 꿈을 펼치기’에서는 자살 위험성을 최종 점검하고 재발 방지 작업을 한다.

이와 같이 총 16회기의 상담개입이 목표한 바를 달성한다면, 후기 관리기 중 추수관리로 넘어가서 약 6개월 가량의 추수상담이 이루어지게 된다.

또한 본 프로그램에는 총 5회에 걸친 부모(보호자) 교육이 포함된다. 청소년의 자살위험을 줄이고 재발을 방지하기 위해서는 가족과 같이 청소년에게 중요한 주변인

의 지속적인 관심과 지지가 매우 중요하다. 따라서 청소년이 상담개입을 받는 동안 부모 혹은 보호자에게 상담개입프로그램에 대한 구조화 및 프로그램의 효과를 강화할 수 있는 방법에 대한 내용이 안내된다.

표 7. 부모교육 초안의 내용

시 기	회 기	회기명	내 용
초 기	1	자살위기관리	내담자 안전 확보 및 자살 위험 관리하기
중 기	2	실타래 풀기 :자살 위험 줄이기	자녀의 자살위험 행동의 예방 및 자살 위험의 취약성 줄이기 스트레스 상황에서의 자녀에 대한 지지방법 강화하기
	3	천 짜기 :자녀와의 갈등을 해결하기	자녀와의 갈등 상황에 효과적으로 대처하는 방법 배우기 효과적인 의사소통 방법 배우기
후 기	4	작품 만들기 :자녀 강점 발견하 기	자녀의 장점과 잠재력에 관심을 갖고 자녀를 적절하게 칭찬 하는 방법 배우기
	5	작품 만들기 :자녀의 꿈 조력하 기	자녀가 일상생활에 잘 적응할 수 있도록 돕는 방법 배우기 재발 방지 및 상담 종결의 문제를 다루기

부모 교육의 세부 내용을 살펴보면, 총 5회기로 구성되어 있으며 회기별 내용은 다음과 같다(표 7. 참조). 1회기 ‘자살위기관리’에서 자녀가 자살수단에 접근하지 않기 위해서 부모가 무엇을 해야 할지에 대해서 다룬다. 또한 자녀가 처한 위급 상황에 대처하는 방법에 대해서도 다룬다. 2회기 ‘실타래 풀기: 자살 위험 줄이기’에서는 자녀의 자살위험 행동을 예방하고, 자살 위험의 취약성을 줄이기 위해 상담자가 자녀에게 교육하고 있는 ‘영킨 실타래 풀기 기법’에 대해서 배운다. 3회기 ‘천 짜기: 자녀와의 갈등을 해결하기’에서는 자녀가 배우는 ‘천 짜는 기술’인 사회기술의 내용에 대해서 간략히 배운다. 자녀와 부모간의 갈등을 줄이기 위해서 그리고 자녀를 정서적으로 지지하기 위해서 부모가 자녀와의 갈등 상황에 어떻게 대처해야 하는지에 대해서 다룬다.

4회기 ‘작품 만들기: 자녀 강점 발견하기’에서는 자녀의 강점과 잠재력을 부모들이 새롭게 발견할 수 있도록 도우며 자녀의 긍정적인 측면에 대해서 적절하게 칭찬하고

격려하는 방법을 배운다. 5회기 '작품 만들기: 자녀의 꿈 조력하기'에서는 자녀가 상담을 통해서 어떤 변화를 이루었는지를 부모가 인식할 수 있도록 한다. 부모 및 보호자들은 청소년의 상담을 통한 변화를 인식한다. 그리고 상담 종결에 따른 자녀의 어려움을 이해하고 자녀가 일상생활에 잘 적응할 수 있도록 돕게 한다. 마지막으로 자녀의 상담 종결에 따른 부모 자신의 어려움에 보다 잘 대처할 수 있도록 한다.

(4) 프로그램의 초안 개발 및 안면타당도 평가(7월)

구안된 프로그램의 이론적 타당성과 현장적용 가능성을 확인하고자 현장실무자 및 이론전문가 2인에게 자문과 평가를 받았고, 그 결과 프로그램의 필요성과 현장적용 가능성에 대해 긍정적 반응을 얻을 수 있었고, 수정사항 및 개선점에 대한 논의 후 프로그램을 수정 보완하였다.

3) 실시 및 평가단계

자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영을 하기위해 우선 지역청소년(상담)지원센터에서 추천받거나 자살위기청소년 상담사례를 의뢰받은 자 중 자발적으로 참여 가능한 상담자 및 청소년동반자를 대상으로 시범상담 관련 교육을 7월 30일, 8월 6일 양일간 개최하였다. 교육 전 과정에 참여한 상담자들은 소속기관으로 돌아가 자살위기청소년을 대상으로 현재 상담개입프로그램을 적용하였고 이 과정에서 상담개입 프로그램에 대한 시범운영 평가가 함께 이루어졌다.

자살위기청소년 상담개입프로그램의 시범운영 평가 결과를 토대로 본 프로그램의 내용은 최종적으로 수정·보완되어 12월 말에는 개발되었다.

2. 자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영 및 평가

가. 시범운영의 개요

1) 연구 설계

자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영 평가를 위하여 다음과 같이 설계하였다.

첫째, 시범운영에 참여한 자살위기청소년의 자살생각, 스트레스 대처, 문제해결 능력, 사회적 지지, 자아존중감이 어떻게 변화하는지를 알아보기 위해 상담개입프로그램의 사전, 사후검사 점수의 변화 정도를 비교하고자 한다. 이 프로그램이 비교적 장기적으로 진행되므로 중간검사를 포함하였고 프로그램 진행 회기별로 집중하여 다루는 요인들이 있으므로 이러한 점을 반영하여 내담자의 자살생각과 자아존중감, 스트레스 대처만을 간략하게 실시하였다. 중간검사는 5~6회기 사이에 1회, 10~11회기 사이에 1회, 총 2회로 하였다.

또한 상담개입프로그램 회기별로 위기관리기록지를 반복해서 실시하여, 참여 청소년의 자살위기 관련 정서 및 자살 관련 행동이 어떻게 나타나는지 알아보려고 하였다.

따라서 본 자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영 연구 설계는 표 8과 같다.

표 8. 연구 설계

사전검사	프로그램 시범운영, 위기관리기록, 중간검사	사후검사
O ₁	X ₁ O ₂ , O ₃	O ₄

O₁ : 사전 검사(자살생각, 스트레스대처, 문제해결능력, 사회적지지, 자아존중감)

O₂ : 위기관리기록지(스트레스, 심리적고통, 초조감과 흥분 / (2회기 이후) 자살생각, 자살충동, 자살계획, 자살시도)

O₃ : 중간 검사(자살생각, 스트레스대처, 자존감)

O₄ : 사후 검사(사전검사와 동일) + 청소년용, 상담자용 종합평가지

X₁ : 처치(자살위기청소년 상담개입프로그램)

2) 시범운영 대상

자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영에 참여한 상담자들은 지역청소년(상담)지원센터의 상담직 및 청소년동반자로 구성되었다. 2009년 6월 이후 소속기관별로 접수된 사례 중 내담자가 자살위기를 경험하고 있는 것으로 드러난 사례를 가지고 있거나 상담시범운영 관련 교육 시기(7월 30일~8월 6일) 전후로 자살위기청소년을 상담·배정받기로 예정된 상담자 중에서 해당센터장의 추천을 받거나 시범상담에 자발적으로 참여할 의지가 있는 사람들 중 교육 전 과정에 참여한 11명이 포함되었고, 연구진 중 1명이 시범운영에 참여하여 총 12사례로 시작되었다. 이 중 상담자 및 내담자의 사정에 의한 조기종결 및 미진행, 정신과 의뢰 사례가 4사례, 프로그램 일부 활용 후 종결된 사례가 1사례, 최종적으로 고위험군 내담자의 자살위기 집중관리 후 정신과 의뢰한 사례가 1사례로, 최종적으로 7사례가 시범 운영되었다.

시범운영에 최종적으로 참여한 청소년은 상담자들이 소속된 기관에 의뢰된 청소년들로서 청소년의 연령은 14세~19세의 여학생 6명, 남학생 1명으로 이루어졌다.

3) 시범운영의 과정

자살위기청소년 상담개입프로그램은 초기관리 및 중기관리에서 종결까지는 일반적 상담회기 간격인 일주일에 약 1번 정도로 운영되며 추수관리는 약 6개월로 가정되어 정기적으로 달이 갈수록 간격을 두면서 점차적으로 마무리할 수 있게 운영하도록 되어있다. 전반적인 자살위기청소년 상담개입프로그램의 성과를 알아보기 위해서는 전체적으로 10개월이 소요되며, 상담개입프로그램의 즉시적 효과를 평가하기 위해서도 최소한 12~16주가 요구된다.

자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영 평가를 위한 기간은 상담자 대상 시범운영 관련 교육을 실시한 후 8월 초순~10월 중순의 약 2개월 정도로 본원의 연구과제 일정에 따른 시간적 제한성이 기본적으로 전제되었다.

내담자의 상담동기 및 여건(방학, 수련활동 등) 그리고 상담자의 상황(다른 업무에 따른 출장, 교육으로 상담시간의 변경 등)에 의해 1회 상담 자체가 9월 중순 이후에야 시작되는 등 진척 상의 어려움이 컸다.

또한 상담 과정 중 자살위기가 드러나 시범운영에 참여하게 된 사례 중 시범운영 시작 시기에 이미 종결되거나 아예 진행되지 못한 사례가 있어서 12사례에서 총 7사

례로 줄어들었다. 이와 같은 어려움은 지역의 청소년(상담)지원센터가 청소년의 자살 위험 문제만을 전문적으로 다루는 기관이 아니며 청소년의 어려움과 관련된 총괄적인 상담이나 관련 사업을 수행하는 현장의 실정이 반영되고 있다고 하겠다.

또한 시범운영 진행 중에 1회의 중간평가 및 슈퍼비전을 실시하여 시범운영 참여 상담자 중 참석이 가능한 6명의 협조를 얻어 자살위기청소년 상담개입프로그램이 상담에 도움이 된 점과 상담과정에서의 어려움, 보완되어야 할 점 등에 대해 논의되었다.

4) 평가 도구

본 연구에서 사용하는 평가도구는 아래와 같다(부록 3. 참조).

가) 위기 관리 기록지

본 기록지는 Jobes(2006)가 외래환자의 자살위험성을 평가하고 관리하기 위해 개발하고 지승희 외(2008)가 국내실정에 맞게 수정, 보완한 자살상태관리양식을 보다 간략화하였다.

초기평가용(위기관리기록지 I), 모니터링용(위기관리기록지 II), 성과 확인용(위기관리기록지 III) 세 종류의 내담자용 서식과 초기평가용 상담자용 서식으로 구성되어 있다.

내담자가 작성하는 초기평가용 위기관리기록지 I에는 3가지 자살관련 정서-①스트레스, ②심리적 고통, ③초조감과 흥분-의 심각성을 평가하는 문항에 대해 항목별로 1점(매우 낮은)~5점(매우 높은)까지 점수를 주고 그 내용을 문장으로 완성하도록 되어 있다. 또한 자기혐오, 무망감에 대해서는 문장완성검사 형식으로 제시되었다.

모니터링 양식(위기관리기록지 II)에서는 3가지 자살관련 정서를 평가하는 것 외에도 자살생각, 자살충동, 자살계획, 자살시도 여부를 점검하게 되어 있다.

시범운영에서는 자살관련 정서 및 자살관련 행동 유무의 양상을 살펴보았다.

나) 자살생각척도

본 상담프로그램에 참여하는 청소년의 자살생각이 변화될 것으로 기대되므로 이를 측정하기 위하여 Beck, Kovacs, Weissman(1979)이 개발한 19문항의 임상면접용 Scale for Suicidal Ideation을 신민섭 등(1990)이 자기보고형 척도로 바꾸고 최태산

(1997)이 요인분석한 14개 문항을 이경진(2003)이 사용한 것을 선정하였다. 이 척도는 자살에 대한 욕구 6문항, 자살준비도 5문항, 자살의 방해요인 3문항으로 구성되어 있다. 이경진의 연구에서 신뢰도(Cronbach Alpha)는 .81였다.

다) 스트레스 대처양식

본 상담프로그램을 통해 참여하는 청소년의 스트레스 대처양식이 변화될 것으로 기대되므로 이를 측정하기 위하여 Lazarus와 Folkman(1984)의 대처양식척도와 Sandler(1990)의 아동 대처전략 체크리스트를 번안 수정하여 신은영(1998)이 개발한 대처양식 척도를 사용하였다.

본 척도는 문제중심대처 4문항, 회피적 대처 5문항, 기분 전환 4문항, 지지 추구 5문항의 4개 하위변인으로 구성되어 있다. 총 18문항의 6점 척도로 점수가 18점~108점에 분포되며, 전체점수가 높을 수록 문제중심적 대처 혹은 지지추구의 대처양식을 많이 사용하는 것으로 이해된다. 신은영의 연구에서 신뢰도(Cronbach Alpha)는 .81였다.

라) 문제해결능력 척도

본 상담프로그램을 통해 참여 청소년의 문제해결능력이 변화될 것으로 기대되므로 이를 측정하기 위하여 Heppner와 Peterson(1988)이 개발한 문제해결능력(Problem Solving Inventory:PSI)척도를 사용하였다. 이 척도는 문제해결의 자신감, 접근-회피 양식, 개인적 통제를 측정하기 위해 고안된 32문항으로 구성되어 있다. 6점 리커트 척도로 32점~192점에 이르며 점수가 높을수록 문제해결의 자신감이 있고, 접근양식을 가지며, 개인적 통제를 잘하는 것으로 평가된다. 본 연구에서는 홍영수(2005)가 원 척도의 문항을 짧게 수정하여 우리나라 실정에 맞게 번안한 척도를 사용하였다. 홍영수(2005)의 연구에서 신뢰도는 전체 Cronbach' α =.87로 나타났다.

마) 사회적 지지 척도

본 상담프로그램을 통해 내담자가 사회적 지지망을 형성할 수 있는 기회를 갖게 되므로 이에 사회적 지지척도점수가 상승할 것으로 가정하고 있다. 사회적 지지척도는 Kahn과 Antonucci(1980)의 사회적 지지 개념을 바탕으로 Hirsch(1980)과 Billings와 Moos(1982)가 사회적 관계망의 지지적 측면과 비지지적 측면을 함께 고려해야 갖는 의견을 수렴하여 Abbey, Abramis와 Caplan(1985)이 고안한 것을 전

지아(1990)가 번안하고 유성은(1997)이 5점 척도로 바꾸어 일부내용을 수정한 척도를 사용하였다. 사회적 지지 6문항, 사회적 갈등 5문항의 총 11문항으로 구성되어 11점~55점에 분포된다. 유성은 등(1997) 연구에서 사회적 지지는 $\alpha=.76$, 사회적 갈등은 $\alpha=.83$ 의 신뢰도 계수를 나타내었다.

바) 자아존중감 척도

본 상담프로그램을 통해 참여자가 자신을 수용하고 존중하는 자아존중감이 향상될 것이 기대되므로, Rosenberg가 개발하고 전병재(1977)가 번안한 자존감 척도(Self-Esteem Scale)를 사용하고자 한다. 이 척도는 5점 리커트 방식을 사용하며 긍정적 자아존중감 6문항, 부정적 자아존중감 4문항의 모두 10문항으로 구성되었으며 점수의 분포는 10점에서 50점까지이다. 점수가 높을수록 자아존중감이 높음을 의미한다. 전병재(1997)의 연구에서 신뢰도(Cronbach Alpha)는 .55였다.

사) 종합평가지

상담개입프로그램에 대한 종합평가를 위해 시범상담자들에게는 사후검사 직후 시의 적절성, 목적 부합성, 실용성, 유익성, 결과기여도를 나타내는 5개의 질문을 5점척도 형식의 질문지를 제공하고, 프로그램 참여자에게는 이해용이성, 참여만족도, 목적부합성, 유익성, 활용성에 관한 5개의 질문을 5점 척도 형식의 평가지를 제공하고자 하였다. 또한 프로그램에 대한 전반적 의견 및 개선사항에 대한 의견을 수집하였다.

나. 프로그램 시범운영 평가

1) 자살위기청소년 및 상담자 특성

가) 상담자의 특성

자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영에 참여한 상담자의 특징은 다음과 같다. 상담관련학 석사학위소지자(수료자) 중에서 지역 청소년(상담)지원센터로부터 추천받은 자 11명과 본원 연구진 1명 총 12명이 시범상담 운영에 참여하게 되었다.

이번 상담개입프로그램 시범운영교육 이전 청소년 자살 관련 교육 수강경험이 대부분 있었으나, 자살위기청소년 상담교육 수강 경험은 2명이 있었다. 소속은 청소년

상담지원센터 상담직 5명, 청소년동반자 4명이었다. 상담자들의 학력은 9명 사회복지학 석사 및 박사 과정이 5명, 상담심리 석사 및 박사수료가 3명, 기독교교육학 석사가 1명으로 나타났다. 1명을 제외하고 나머지 모두 자살위기청소년 개입 경험이 있었고, 1사례 경험자가 2명, 2사례 3명, 3사례 이상은 4명으로 나타났다.

표 9. 자살위기청소년 상담자의 특성

번호	성별	나이	지역	전공	경력	자살위기 청소년 개입경험	진행여부
1	여	38	대구	사회복지전공 박사과정	상담자	1사례	개입중
2	여	36	충북	기독교교육학 전공 석사	상담직	3사례 이상	
3	여	40	충남	상담심리전공 석사	상담직	3사례 이상	
4	여	40	서울	상담심리전공 박사수료	상담직	3사례 이상	
5	여	30	대전	사회복지전공 석사	청소년동반자	3사례 이상	
6	여	28	충북	상담심리전공 석사	상담직	2사례	
7	여	32	대전	사회복지전공 석사	청소년동반자	없음	
8	여	35	강원	사회복지전공 석사	청소년동반자	1사례	프로그램 일부활용
9	여	42	전북	사회복지전공 석사	청소년동반자	2사례	정신과 의뢰
10	여	44	강원	상담심리전공 박사	상담직	1사례	미진행
11	남	29	대전	사회복지전공 석사수료	청소년동반자	2사례	미진행
12	여	37	경기	상담심리전공 박사과정	상담직	2사례	조기종결

나) 내담자의 특성

시범상담에 참여한 청소년들의 특성을 살펴보면 다음과 같다(표 10. 참조).

표 10. 시범운영에 참여한 자살위기청소년의 특성

사례 번호	성별	나이	의뢰 경위	자살 관련 행동	시범운영 평가 수행 현황			진행된 상담 회기
					사전 검사	중간 검사	위기관리 기록지	
1	여	19	시설선생님 의뢰	강에 뛰어들기 칼로 팔 긁기	실시	1회 실시	5회 실시	5회기
2	여	16	동반자 의뢰	칼로 팔목 긁기	실시	1회 실시	9회 실시	9회기
3	여	19	본인이 신청	반복적 자살생각 약 수집 손목 긁기	실시	2회 실시	13회 실시	14회기
4	여	18	부 의뢰	농약 마시기 목맴	실시	2회 실시	10회 실시	10회기
5	여	14	친구 의뢰	칼로 손목 긁기	실시	미실시	6회 실시	8회기
6	남	16	본인이 신청	손목 긁기 약 구입	실시	미실시	4회 실시	4회기
7	여	18	상담자 의뢰	자살생각 손목 긁기	실시	미실시	3회 실시	6회기
8	남	17	담임교사 의뢰	높은 곳에 올라감	미실시	미실시	2회 실시	2회기
9	여	18	상담교사 의뢰	차도에 뛰어들기 높은 곳에 오르기 손목긁기 수면제 복용	미실시	미실시	2회 실시	2회기
10	남	17	모 의뢰	밤잠 못자고 자살생각	내담자 및 상담자 사정으로 조기종결 및 미진행된 사례			
11	여	17	담임교사 의뢰	반복 자살시도				
12	남	15	담임교사 의뢰	차도에 뛰어들기 높은 곳에 오르기				

첫째, 의뢰된 경위를 살펴보면 내담자의 자살 생각, 자살 시도 행동을 알게 된 부모, 친구, 학교 교사 및 시설 담당자에 의해 의뢰된 경우가 있었고(8사례), 다른 문제로 상담을 시작했다가 자살 관련 행동이 드러나 재의뢰되거나(2사례), 청소년 본인이 죽고 싶은 마음을 호소하며 상담실을 찾거나(1사례), 다른 자살예방교육을 받다가 자살 욕구를 표현하여 상담으로 연결된 사례(1사례)가 있었다.

둘째, 청소년 12명 모두 자살 생각을 보고하였고, 그중 8명은 자살시도 및 자해

경험을 보고하였다. 면도칼이나 식칼로 손목을 긋거나(7사례), 강물이나 차도에 뛰어 들기(3사례), 농약을 마시거나(1사례), 목맬(1사례), 약 수집(2사례) 및 복용(2사례), 옥상 등 높은 곳에 오르기(2사례) 등의 자살시도 행동을 보였다. 그 중 한명은 상담 이후 자해행동을 보인 사례(손목긋기, 1사례)도 있었다.

셋째, 위험요인 중 개인적 특성으로는 선천적 신체기형(1사례), 학업 및 진로스트레스(1사례) 등이었고, 환경적 특성으로는 따돌림이나 친구 갈등(5사례)이나 가족의 무관심 혹은 갈등(4사례), 아빠의 알콜 및 폭력(1사례), 친구의 죽음(1사례) 등이었다. 사례별로 내담자 및 상담진행 과정에 대한 자세한 정보는 부록 4에 제시되어 있다.

2) 자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영 결과

가) 위기 관리 기록 - 자살 관련 정서 및 자살 관련 행동의 양상

상담자들은 내담자의 자살위험을 파악하고 관리하기 위해 '위기관리기록지'를 사용하였다.

초기평가에 해당되는 위기관리기록지 I에서는 대부분 사례별로 1번 시행되었고, 시범운영상담자교육을 받기 전에 시작된 사례를 제외하고 대부분 1회기에 시행되었다. 우선 3가지 자살 관련 정서인 스트레스, 심리적 고통, 초조감 및 흥분의 정도가 어떠한지 5점 척도로 평가되었다. 또한 자기혐오 및 무력감을 느끼는 상황, 살고 싶은 이유, 죽고 싶은 이유 등이 서술식으로 탐색되었으며, 그 과정에서 자살관련 행동의 구체성, 심각성 등이 평가되었다. 위기관리기록지 I이 시행된 모든 사례의 스트레스 평균 점수는 4.1, 심리적 고통은 3.7, 초조감과 흥분은 3.7로 전체 평균은 3.8이었다(부록 4. 참조).

위기관리기록지 II는 내담자의 자살위기를 모니터링하고 관리하기 위해 위기관리기록지 I을 사용한 다음 회기부터 매 회기 초에 시행되었다. 스트레스 등 3가지 자살 관련 정서 외에 자살 생각, 자살 충동, 자살 계획, 자살 시도의 유무가 함께 측정되었다.

이와 같이 자살 관련 정서 및 자살 관련 행동의 양상을 알아보기 위하여 사례 중 최소 4회 이상 반복 측정된 5개 사례를 선별하였다. 사례별로 자살 관련 정서 점수

의 양상을 그림으로 나타내고, 자살 관련 행동 유무는 표로 제시하였다.

이를 통해 상담 회기가 지남에 따라 스트레스, 심리적 고통, 초조감과 흥분 정도가 어떻게 나타나는지, 자살생각, 자살충동, 자살계획이 어떻게 나타나는지를 알아보았다. 자살시도 행동은 5개 사례에서 상담 이후 나타나지 않았으므로 별도로 제시하지 않았다.

(1) 사례별 자살 관련 정서 및 자살 관련 행동의 양상

(a) 사례 1의 자살 관련 정서 및 자살 관련 행동의 양상

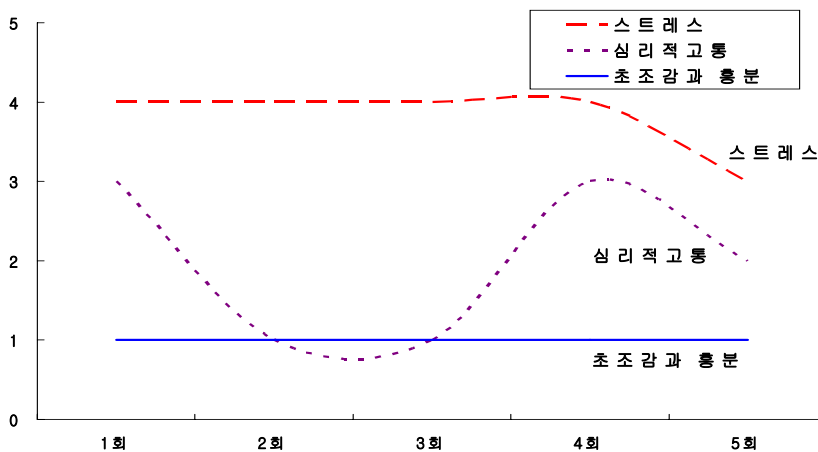


그림 2. 사례 1의 자살 관련 정서-스트레스 점수의 양상

표 11. 사례 1의 자살 관련 행동 유무의 양상

항목	자살생각	자살충동	자살계획	자살시도
기록지 II	2회기	×	×	×
	3회기	×	×	×
	4회기	×	×	×
	5회기	×	×	×

사례 1의 경우 초조감과 흥분은 상담초기부터 일관되게 낮은 경향을 보였는데 이는 프로그램의 효과이기보다 내담자의 개인적, 환경적 특성이 반영된 결과로 보인다. 반면 스트레스 점수가 다른 점수보다 가장 높은 점수를 일관되게 보이고 있는데, 본

내담자는 가출 후 시설에 기거하면서 특정 자격증을 따기 위한 고된 훈련과 성취가능성에 대한 불안이 주된 스트레스로 작용하였고, 이에 대해 고된 훈련을 제대로 수행을 못했을 때의 자책이 심리적 고통 점수를 올리는데(4회기) 역할을 하였다(그림 2, 표 11, 부록 4 참조). 또한 비교적 높은 스트레스와 불안정한 심리적 고통 상황에서 프로그램이 진행되는 동안 자살 관련 행동이 보고되지 않았다.

(b) 사례 2의 자살 관련 정서 및 자살 관련 행동의 양상

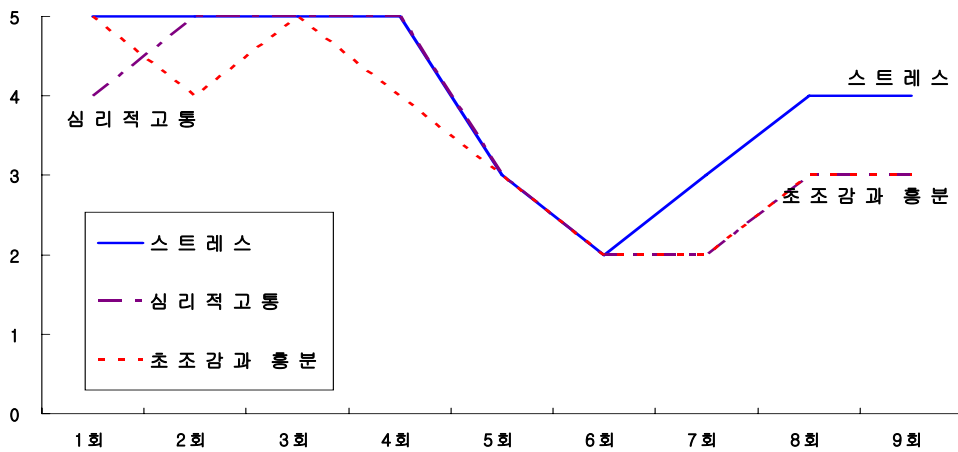


그림 3. 사례 2의 자살 관련 정서-스트레스 점수의 양상

표 12. 사례 2의 자살 관련 행동 유무의 양상

항목	자살생각	자살충동	자살계획	자살시도	
기록지 II	2회기	○	○	○	×
	3회기	○	×	×	×
	4회기	×	×	×	×
	5회기	×	×	×	×
	6회기	×	×	×	×
	7회기	×	×	×	×
	8회기	×	×	×	×
	9회기	×	×	×	×

이전 상담에서 상습자해 행동이 드러나 자살위기상담으로 재의뢰된 사례 2의 경우 초기 위기관리기록지 I의 자살관련 정서점수의 평균값은 4.6으로 비교적 높은 자살

위험수준을 보였다(부록 4 참조). 약 4회기까지는 높은 스트레스와 불안정하게 높은 심리적 고통과 초조감과 흥분을 보여주었는데, 대처훈련을 통해 학급아이들과 좀더 원활하게 소통하게 되면서 보다 낮은 자살관련정서 점수를 보였다. 8, 9회기에서는 선생님의 갑작스런 진학과 발표와 아이들에게 무시당하지 않을까하는 불안이 겹쳐지면서 다시 스트레스 점수가 상승하였다. 그러나 그에 비해 심리적 고통과 초조감과 흥분 점수는 상대적으로 낮은 점수를 보여주고 있다. 한편, 2회기까지 자살 생각, 충동, 계획이 보고되었고 3회기에는 자살생각이 보고되었으나 이후 회기부터는 자살 관련 행동이 보고되지 않았다(그림 3, 표 13, 부록 4 참조).

(c) 사례 3의 자살 관련 정서 및 자살 관련 행동의 양상

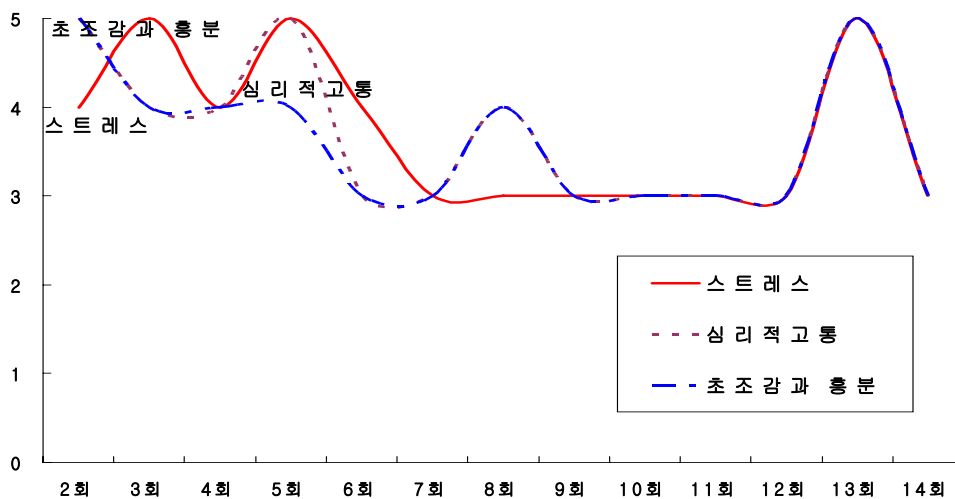


그림 4. 사례 3의 자살 관련 정서-스트레스 점수의 양상

사례 3은 왕파스트레스에 따른 자살욕구를 표현하면서 내담자가 스스로 내방한 상담사례로서 시범상담자 교육 이전에 1회기가 시작된 사례였다(부록 4 참조). 따돌림 이슈가 일상적으로 보고되고, 자살에 대한 위기관리 및 자살에 대한 개념을 정리하는 상담초기에는 불안정하고 높은 자살 관련 정서 점수를 보였다(그림 4 참조). 6회기 이후 12회기까지는 스트레스 점수가 하강 후 안정세를 보인 반면, 스트레스 점수는 8회기에 새로 사귀 친구와의 불편한 관계를 호소하면서 심리적 고통, 초조감과 흥분 점수의 단기상승이 있었다. 또한, 자살충동(3회기)와 자살생각(5회기)이 각각 1번씩 보

고되었고, 6회기에서 12회기 사이에는 자살 관련 행동이 전혀 보고되지 않았다(그림 4, 부록 4 참조).

표 13. 사례 3의 자살 관련 행동 유무의 양상

항목	자살생각	자살충동	자살계획	자살시도
기록지 II	3회기	×	○	×
	4회기	×	×	×
	5회기	○	×	×
	6회기	×	×	×
	7회기	×	×	×
	8회기	×	×	×
	9회기	×	×	×
	10회기	×	×	×
	11회기	×	×	×
	12회기	×	×	×
	13회기	○	×	×
	14회기	×	×	×

한편, 13회기에 자살 관련 점수가 모두 5점을 기록하였는데, 새로 사귀 친구와의 갈등이 매우 심각한 상태였고, 왕따에 대한 불안감과 이를 조장했다고 판단된 교사에 대한 분노가 겹쳐서 보고되었다. 이때 자살생각이 보고되었으나 14회기에는 보다 나아진 자살관련정서 점수가 보고되었고, 자살 관련 행동은 전혀 보고되지 않았다(표 13. 참조).

(d) 사례 4의 자살 관련 정서 및 자살 관련 행동의 양상

사례 4는 2회 자살시도 후 의뢰된 경우로 방학 이후 상담이 시작되었다(부록 4 참조). 대부분의 시간을 집에 있었기 때문에 자살위기 관리가 비교적 수월하게 진행되었으나 개학 직전 가족과의 갈등이 고조되고, 개학 후 3회기~6회기 가족 갈등이 최고조에 이르는 동안 자살 관련 정서 점수가 불안정하고 높은 수준에서 보고되었다. 스트레스 대처 관련 훈련(실타래 풀기 과정)이 집중적으로 이루어지고, 부모교육 회기가 실시되었고, 학교를 그만둔 7회기 이후부터는 자살 관련 정서의 점수가 완만한 하향세를 보여주고 있다. 마찬가지로 자살생각과 충동 역시 6회기까지 보고되었고, 7회기 이후에는 자살관련행동이 전혀 보고되지 않았다(그림 5, 표 14, 부록 4 참조).

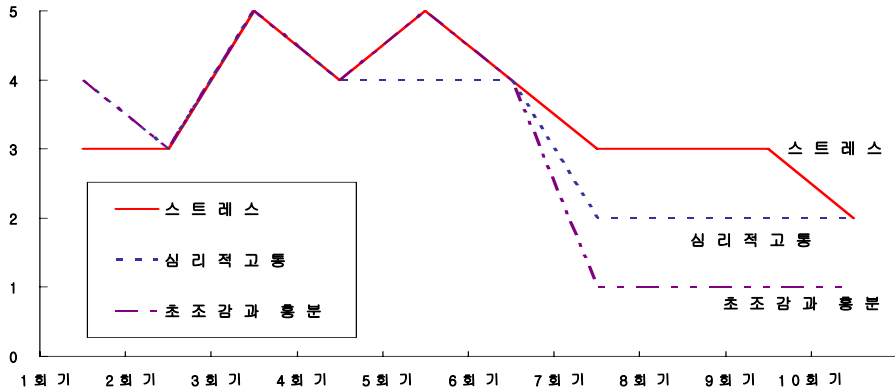


그림 5. 사례 4의 자살 관련 정서-스트레스 점수의 양상

표 14. 사례 4의 자살 관련 행동 유무의 양상

항목	자살 생각	자살 충동	자살 계획	자살 시도	
기록지 II	2회기	○	○	×	×
	3회기	○	○	×	×
	4회기	×	×	×	×
	5회기	○	○	×	×
	6회기	×	○	×	×
	7회기	×	×	×	×
	8회기	×	×	×	×
	9회기	×	×	×	×
	10회기	×	×	×	×

(e) 사례 5의 자살 관련 정서 및 자살 관련 행동의 양상

사례 5는 가족갈등 스트레스에 따른 상습 자해를 목격한 친구의 의뢰로 연결된 경우로서 1회기에는 사전검사지를 작성하고, 2회기에서는 심리장애스크리닝을 작성하는 것으로 상담시간이 다 소요되어 3회기부터 위기관리기록지를 통한 자살위기관리가 시행되었다(부록 4. 참조). 우선 3, 4회기를 보면 스트레스는 비교적 높은 점수를 유지하는데 주된 내용은 부의 언어폭력에 따른 스트레스였고, 심리적 고통과 초조감은 하향세를 보였다. 6회기에는 그동안 가까웠던 친구들과 갑자기 불편감을 느끼면서 높은 스트레스와 중간정도의 심리적 고통 점수가 보고되었고, 자살생각이 보고되었다(그림 6. 참조). 7, 8회기에는 매우 낮은 자살관련정서점수가 보고되었고, 자살관련행동도 전혀 보고되지 않았다(표 15. 참조).

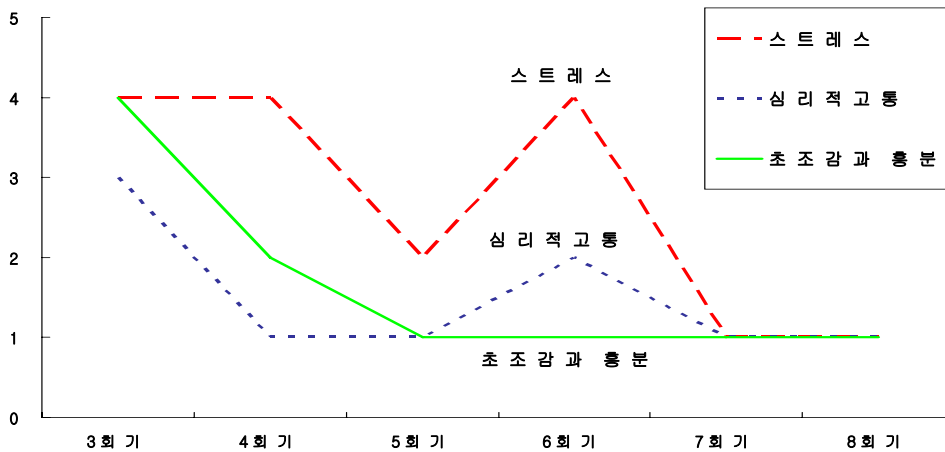


그림 6. 사례 5의 자살 관련 정서-스트레스 점수의 양상

표 15. 사례 5 자살 관련 행동 유무의 양상

항목	자살생각	자살충동	자살계획	자살시도	
기록지 II	4회기	○	×	×	×
	5회기	×	×	×	×
	6회기	○	×	×	×
	7회기	×	×	×	×
	8회기	×	×	×	×

나) 청소년 자살 영향 요인 - 자살생각, 스트레스 대처, 문제해결능력, 사회적 지지, 자아존중감의 변화

본 프로그램에 대한 시범 평가를 통해 청소년의 자살 위기에 영향을 주는 요인들 중 자살생각, 스트레스 대처, 문제해결능력, 사회적 지지, 자아존중감 5가지 요인들의 변화가 있는 지를 알아보려고 하였다. 장기적으로 진행되는 프로그램을 평가하기 위해 중간검사 2회가 포함되었는데 4개의 사례에서 사전검사 및 중간검사가 1차례 이상 실시되었고, 그중 2개의 사례에서는 중간검사가 2회차 실시되었다.

아래에는 사전검사와 중간검사가 공통으로 측정하고 있는 자살생각, 스트레스 대처, 자아존중감에 대한 프로그램 참여자들의 점수 양상을 살펴보았다(부록 4 참조).

(a) 자살 영향 요인 - 자살생각의 변화

우선 자살생각에 대해 사전검사와 중간검사 점수를 살펴본 결과, 사례 1, 2, 4는 사전검사보다 중간검사에서 감소 경향을 보이고 있다(사례 1의 사전 33점, 중간1 19 점; 사례 2의 사전 56점, 중간1 38점; 사례 4의 사전 48점, 중간1 41점, 중간2 33 점). 사례 3는 중간검사1(30점)에서는 사전검사(31점)와 유사한 점수를 보고했으나, 중간검사2에서는 자살생각이 감소되는 경향(25점)을 보였다(그림 7 참조).

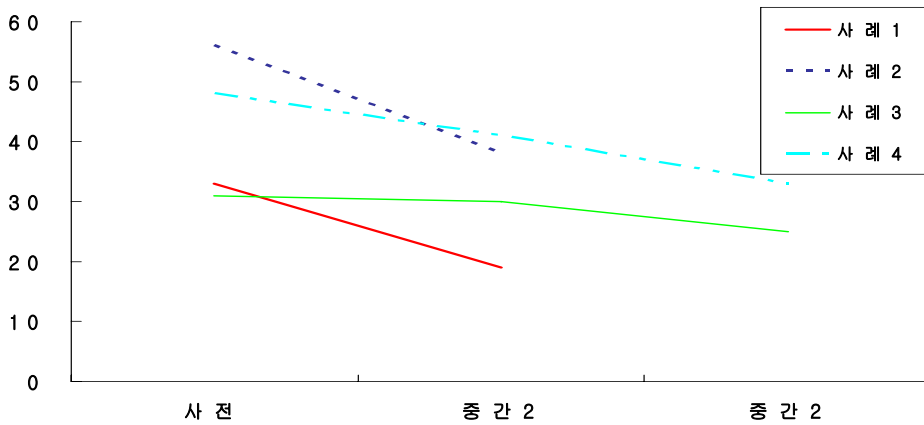


그림 7. 자살 영향 요인 - 자살생각의 변화

(b) 자살 영향 요인 - 스트레스 대처의 변화

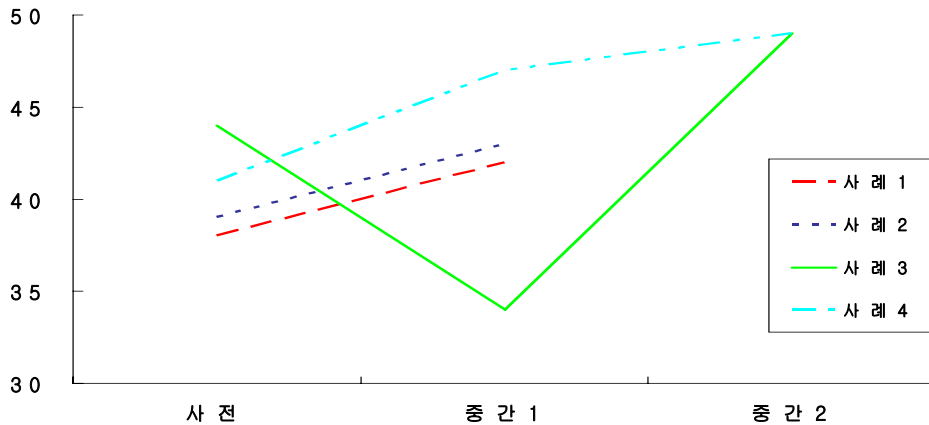


그림 8. 자살 영향 요인 - 스트레스 대처의 변화

스트레스 대처에 대해서도 사례 3를 제외한 나머지 사례에서는 사전검사보다 중간 검사 1점수가 더 높은 경향을 보였다(사례 1의 사전 38점, 중간1 42점; 사례 2의 사전 39, 중간1 43점; 사례 4의 사전 41점, 중간1 47점). 한편 사례 3의 경우 5회기 1차 중간검사(34점)에서는 사전검사(44점)보다 오히려 낮은 점수가 보고되었으나, 2차 중간검사에서는 보다 높은 스트레스 대처(49점)점수를 보였다. 사례 3는 강력한 외부 스트레스로 작용하는 집단따돌림이 자살 위기의 주원인으로 작용한 사례로서 상담초기에는 이러한 외부 스트레스의 영향을 많이 받고 있었으며, 프로그램의 진행으로 본격적인 스트레스 대처 훈련이 포함된 상담회기(4~8회기)이후에는 긍정적인 점수 변화를 보이고 있음을 알 수 있다(그림 8, 부록 4 참조).

(c) 자살 영향 요인 - 자아존중감의 변화

자아존중감의 경우 사례 1(사전 40점, 중간1 47점)과 2(사전 14점, 중간1 20점)의 경우 사전검사에 비해 1차 중간검사 점수가 높은 경향을 보인 반면, 사례 3(사전 33점, 중간1 27점)과 4(사전 29점, 중간1 27점)는 다소 낮은 경향을 보였다(부록 4, 그림 10 참조). 2차 중간검사를 실시한 후 사례 3(34점)은 사전검사와 유사한 정도로 다시 상승하는 경향을 보였고, 사례 4(32점)는 상승세를 보이고 있다. 내담자의 강점 및 잠재력 증진 관련 프로그램은 진행상 중기 후반에 이루어질 예정이므로, 자아존중감에 대해서는 추후 결과에 비추어 살펴볼 필요가 있다(그림 9, 부록 4 참조).

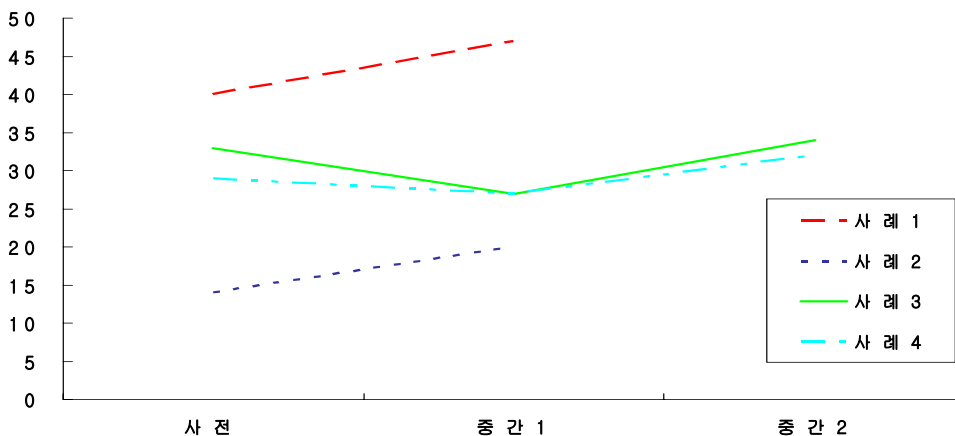


그림 9. 자살 영향 요인 - 자아존중감의 변화

이와 같이 위기관리기록 상에서 자살 관련 정서 및 자살 관련 행동 점수의 양상이 어떻게 나타나는지를 알아보기 위해 전체 사례 중 위기관리기록을 5회 이상 시행된 5개의 사례를 선별하여 사례별로 살펴보았다.

또한 사전검사 및 중간검사를 통해 자살생각, 스트레스 대처, 자아존중감 점수가 어떻게 나타나는지를 알아보기 위해, 사전검사 및 중간검사가 시행된 4사례를 살펴 보았다.

상담 사례마다 내담자의 개인 및 환경 특성이 다르고, 상담자의 준비도도 다르기 때문에 프로그램 진행에 따른 효과가 각기 다르게 나타나고 있으나 연속 5회기 이상 진행된 사례들의 공통된 특성을 보면 외부 스트레스 상황에 따라 자살관련 정서가 상당히 영향을 받고 있음을 알 수 있다. 특히 상담초기에는 그 영향이 바로 점수에 반영되는 것으로 보인다. 그렇지만 상담회기가 진행될수록 자살관련 정서 중 스트레스나 심리적 고통에 비해 초조감과 흥분은 보다 덜 영향을 받는 것으로 보인다.

또한 상담회기가 상당히 진행된 사례에서 자살 관련 정서의 갑작스런 상승이 보고 되는 경우 내담자는 일시적이고 복합적인 스트레스 상황을 보고하였고 자살 관련 행동 중 가장 위험성이 낮은 단계의 '자살생각'이 단발적으로 보고되는 경향을 보였다. 그러나 해당회기 프로그램이 진행된 다음 회기에는 상대적으로 자살관련 정서 및 행동이 감소되는 경향을 보여주었다.

또한 사전검사 및 중간검사 결과에 비추어 볼 때 사례 1, 2, 4에서 자살생각척도 점수가 낮아진 것으로 보고되었고, 스트레스 대처점수가 높아진 것으로 보고되었다. 사례 3의 경우 1차 중간검사에서는 스트레스 대처점수가 오히려 낮은 점수가 보고되었으나, 스트레스 대처 관련 프로그램이 진행된 2차 중간검사에서는 사전검사 보다 높은 점수를 보고하였다.

자아존중감에 대해서는 사례마다 다른 결과를 보였는데 사례 1, 2에서는 긍정적 방향의 변화를 보인 반면 사례 3, 4에서 점수가 오히려 낮아진 결과가 보고되었고 사례 5의 경우 2차 중간검사에서 사전검사와 유사한 결과치가 보고되었고, 사례 6의 경우 중간 2차 점수가 상승한 것으로 보고되었다. 강점 및 잠재력 증진 관련 프로그램은 중기 후반에 집중적으로 이루어질 예정이므로 좀더 그 결과를 지켜볼 필요가 있다.

3) 자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영 평가회의 결과

가) 시범운영 평가회의 결과

총 6명의 상담자가 참가한 시범운영 평가회의에서는 자살위기청소년 상담개입프로그램 전반에 대한 느낌, 현재 상담 과정에 관한 중간보고, 상담개입프로그램이 도움된 점과 어려웠던 점, 개선 및 희망사항 등에 대한 의견을 나누었다.

첫째, 본 상담개입프로그램이 도움된 점으로는 구조화된 프로그램이 있어서 자살위기청소년 상담을 배정받는데 대한 부담이 상대적으로 적었다는 점, 지속적으로 자살위기를 관리하는 시스템이 마련되어 내담자의 자살 위험의 변화를 가시적으로 확인하고, 즉각적인 대처방법을 적극적으로 모색할 수 있었던 점을 들었다. 또한 자살의 이득과 손실을 다루면서 내담자가 자살과 관련된 자신의 행동이나 생각을 명료화할 수 있었던 점, 실마리기법을 통해 생각, 감정, 행동 간의 관계 이해, 문제를 해결하기 위해 대안을 탐색하는 방법들을 체계적으로 접근할 수 있었던 점을 꼽았다(표 16. 참조).

둘째, 상담개입프로그램 운영 시 어려웠던 점에 대해서는 심리장애 스크리닝 사용 방법 및 해석, 그리고 의뢰과정에 대한 전반적 이해 및 경험 부족을 들었고, 대부분 내담자 중심적 접근 등을 사용해온 상담자들이 인지치료기법으로 상담의 틀을 전환하는데 어려움을 경험하였다. 특히 이미 다른 상담적 접근으로 개입하던 중에 자살위기문제로 재의뢰된 내담자를 대상으로 구조화된 인지치료기법을 도입하여 들어가는 데 상담자가 상당한 부담을 호소하였다. 비록 총 16시간에 걸친 실습교육이 선행되었음에도 불구하고 심리장애 관련 임상적 진단 경험의 부족, 인지치료 경험의 부족 등의 기본적 역량 문제가 어려움으로 작용하였다(표 17. 참조).

셋째, 시범운영 상담자들이 제안한 사항으로는 ‘심리장애 스크리닝’질문지 사용 방법 및 수행 절차, 의뢰 절차가 보다 구체화되어야 하고, 시범상담자 관련 교육과 같은 프로그램 이해 및 실습 교육 뿐 아니라 슈퍼비전이 필요하다(표 18. 참조).

표 16. 자살위기청소년 상담개입프로그램의 도움된 점

유 목	의 견	진술 예문
• 위기관리 기록지 사용	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 위험의 가시적 변화 확인 • 자살 위험 발견시 즉각적 대처 용이 	<ul style="list-style-type: none"> - 내담자의 자살 위험을 관리하는데 시작부터 지속적으로 관리하는 특이 있어 상담자로서 심리적으로 안정됨 - 매 회기마다 상담을 시작할 때 청소년에게 작성하게 하면 자연스럽게 진행되었음 - 내담자의 자살 위험의 변화를 가시적으로 확인하는데 용이함 - 내담자의 자살 관련 행동을 자살 생각, 충동, 계획, 시도로 나누어 봄으로써 자살관련 행동별 모니터링이 가능했고 순간순간 내담자의 자살위험을 다룰 수 있었음
• 안전 스케줄 작성 및 자살위험 시 대처방안 마련	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 위기시 대처 절차가 체계적 • 자살 위기시 즉각적인 대처 행동 탐색 	<ul style="list-style-type: none"> - 첫회기부터 자살위기를 가져오는 스트레스 상황에 대한 대처를 어떻게 해야할 지 다루기 때문에 청소년이 어떤 순서에 따라 어떻게 행동해야 하는지를 생각하게 됨 - 내담자가 자살위기를 경험할 때 어디에, 어떻게 도움을 청해야 하는지를 알게 됨 - 실제로 내담자가 자살 유혹을 느낄 때 바로 연락을 취해왔고 이에 대해 대처할 수 있었음
• 자살의 이득과 손실	<ul style="list-style-type: none"> • 자살에 관한 개인적 개념에 대한 다차원적 이해 도모 	<ul style="list-style-type: none"> - 자살의 이득과 손실, 살기의 이득과 손실로 나누어 분석한 결과 자살과 관련된 내담자의 인식을 명확화하는데 유익하다고 판단됨 - 내담자가 자살의 이득에 대해 생각해보면서 자신의 ‘자살 행동’에 대한 이해를 보고
• 영킨 실타래의 개념 이해	<ul style="list-style-type: none"> • 실타래를 통해 현재 삶의 위치 조망 및 수용 	<ul style="list-style-type: none"> - 영킨 실타래 개념 : 실제 영킨 실타래를 제작하여 사용한 결과 실타래 개념 이해가 용이함. 특히 ‘영킨 실타래 자체도 의미있다’는 개념을 통해 현재 삶의 긍정적 측면을 발견, 희망을 경험하는데 도움됨
• 5가지 실마리 기법	<ul style="list-style-type: none"> • 상황-생각-감정-행동의 역동 이해 증가 • 문제해결적 접근 태도 학습 	<ul style="list-style-type: none"> - 실타래 분석 : 실타래 분석을 반복한 결과 처음엔 ‘복잡하다’, ‘뭐가 뭔지 모르겠다’던 내담자가 차츰 ‘어떤 생각을 많이 했었더라?’, ‘그때 느낌이...’ 하면서 스트레스 상황과 관련하여 생각, 감정을 함께 고려하기 시작함 - 상황의 실마리 : 자신에게 스트레스가 되는 상황과 도움이 되는 상황을 구분하여 인식하는데 도움됨 - 생각의 실마리 : 자신의 부정적인 생각습관 인식에 도움됨 - 감정의 실마리 : 감각과 감정의 관계를 이해하고 긍정적 감정을 일으키는 여러 가지 요소들을 찾아내는데 적극적으로 참여 - 문제해결의 실마리 : 생각의 실마리와 중첩되는 부분이 있거나 현실적 대안 선택에 도움됨
기타	<ul style="list-style-type: none"> • 상담자의 효능감 증가 	<ul style="list-style-type: none"> - 구조화된 프로그램이 있어서 자살위기청소년상담 사례를 배정받는데 부담이 적었음

표 17. 자살위험청소년 상담개입프로그램 시범운영 시 어려움

유 목	의 건	진 술 예 문
• 의뢰 및 사례배정	• 재의뢰받은 사례일 경우, 상담기법 변경의 어려움	- 이미 다른 상담기법에 의해 진행되는 중에 자살위기로 재 의뢰된 경우, 사전검사 시행 및 구조화된 프로그램에 대한 참여동기를 불러일으키는데 어려움이 있었음
• 위기관리 기록지	• 3가지 자살 관련 정서의 구별의 어려움 • 새로운 이슈를 들고 올 때 프로그램과 관련지어 다루는데 미숙	- 자살관련 정서의 심각도를 평가하는 내용 중 심리적 고통과 스트레스의 개념 차이를 설명하기 어려웠음 - 매 회 초 내담자가 괴로웠던 삶의 이슈를 쏟아내고 싶어해서 위기관리로 들어가는 시점을 맞추기 어려웠음
• 안전 스케줄 작성 및 자살위험시 대처방안 마련	• 내담자 주변자원 부재시 안전스케줄 구성의 어려움	- 내담자 주변에 신뢰할 만한 어른이 없는 경우 안전스케줄 작성 및 안전 약속에 대한 거부감을 보이며, 어떻게 대처해야할지 난감
• 심리장애 스크리닝	• 스크리닝을 통한 병리적 감별의 어려움 • 내담자와 주변인의 보고 차이가 클 때 결과 해석의 어려움 • 스크리닝 내용에 대한 내담자 이해 부족 • 스크리닝을 하는 과정에서 내담자가 부정적 감정 경험	- 대부분의 심리장애 증상을 갖고 있다고 보고하는 사례의 경우 병리적 감별의 어려움(실제 장애가능성과 도움요청 사 인을 변별하기 어려웠음) - 부모용을 작성하는 경우 자녀의 보고와 크게 차이가 있어서 어떻게 이해하고 해석해야할 지 난감 - 심리장애 스크리닝 결과를 통해 정신과 의뢰문제를 결정하기 어려움 - 심리장애스크리닝 체크 양이 많고 청소년에게 질문의 내용을 잘 이해시키기 어려웠음 - 심리장애 스크리닝을 하면서 모두 '그렇다' 에 응답하게 되면서 내담자의 기분이 암울해짐
• 자살의 이득과 손실	• 자살의 이득이 손실보다 크다고 할 경우 대처의 어려움	- 자살의 이득과 손실, 살기의 이득과 손실로 나누어 분석할 때 팽팽한 결과가 나오거나 자살에 대한 이득을 더 중요시할 경우 대처의 어려움
• 영킨 실타래의 개념 이해	• 내담자 발달 수준에 따라 실타래 개념 이해의 어려움	- 영킨 실타래 개념 : 중 / 학생의 경우 '왜 내 상황이 랑 실타래가 같은 거냐. 실타래라는 말이 무슨 말인지 모르겠다 등' 실타래에 대한 비유를 이해하는데 어려움을 표현
• 5가지 실마리 기법	• 실타래 분석 결과와 실마리 기법 연결의 어려움	- 영킨 실타래 분석 : 실타래 분석과 실마리기법을 연결하여 안내하는데 어려움
• 기타사항	• 회기별 분량이 많음 • 상담자의 기존 상담 틀을 바꾸기 어려움	- 매 회기별 프로그램 분량이 많다고 생각됨. 특히 학교로 가서 상담하는 경우, 수업 / 교시(45분~50분)로는 회기별 프로그램은 모두 수행하기 어려웠음 - 내담자 중심의 상담에 익숙한 상담자로서 상담의 틀을 깨기 어려움. 따라서 인지치료적 기법은 익숙하게 사용하기 까지 상담자의 준비와 노력이 요구됨

표 18. 자살위기청소년 상담개입프로그램 관련 제안

유 목	의 견	진 술 예 문
<ul style="list-style-type: none"> • 심리장애스크리닝 	<ul style="list-style-type: none"> • 스크리닝 절차의 구체화 및 실습 교육 강화 요구 	<ul style="list-style-type: none"> • 심리장애스크리닝을 적용한 사례 및 의뢰 절차가 보다 구체화되길 바랍 • 병리학적 사전지식이 부족할 경우 사용의 어려움이 있으므로, 프로그램 실습 교육시 이에 대한 별도의 시간이 요구 됨
<ul style="list-style-type: none"> • 슈퍼비전 	<ul style="list-style-type: none"> • 정기적 슈퍼비전 지원 필요 	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램에 대한 실습 교육 외에 정기적 슈퍼비전을 통한 지원이 필요하다

다. 자살위기청소년 상담개입프로그램의 수정 방향¹⁾

자살위기청소년 상담개입프로그램 시범운영은 지역청소년(상담)지원센터에서 추천 받고 자발적으로 참여한 상담자 및 청소년동반자 중에서 시범운영 관련 교육(16시간)을 받은 사람에게 의뢰된 자살위기청소년 12사례 중 7사례가 최종적으로 선정되었다.

본래 초기 개발된 상담개입프로그램의 효과를 평가하기 위해 시범운영 기간을 2달 반 정도로 계획하였으나 지역 청소년(상담)지원센터의 내담자 및 상담자의 여건에 따라 상담의 시작 시기 및 진행 속도가 각기 다르고 조기 종결되거나, 진행되지 못하는 등의 어려움이 있었다. 현재 5회기 이상 위기관리가 연속적으로 진행된 사례가 5개이다. 연구일정의 한계로 시범운영의 전체 과정에 대한 성과를 확인하지는 못하였다.

현 시점까지의 시범운영 평가 결과를 바탕으로 프로그램 내용의 수정 방향을 제안하면 다음과 같다.

첫째, 초기개발된 프로그램에서는 내담자의 자살위험수준에 따라 프로그램을 적용하는 형태로 구안하지 못하였다. 그러나 이러한 부분을 보완하여 자살위험수준에 따라 모듈식으로 적용할 수 있도록 수정하였다. 육성필 등(2008), Bryan 등(지승희 등 2008, 재인용)이 제안한 ‘자살위험 수준’에 관한 의견들을 토대로 본원 연구진이 수정, 보완하여 자살위험성 평가기준을 마련하고, 낮은 자살위험과 중간 자살위험 수준의 내담자로 본 프로그램의 적용 범위를 제한하였다.

또한 사전검사 중 스트레스 대처, 문제해결능력, 자아존중감 검사 결과에 따라 중간점수 이하를 받은 영역에 대해서는 선택적으로 회기프로그램을 모듈화하여 적용할 수 있도록 하였다. 이로서 내담자의 자살위험 수준과 내담자의 특성 및 여건에 맞추어 최소 3회기에서 16회기에 이르는 본 프로그램을 적용할 수 있도록 한다.

본 내용은 표 19, 표 20에 제시되어 있고 보다 자세한 사항은 상담자용 매뉴얼에 제시되었다.

1) 수정보완된 프로그램은 한국청소년상담원에서 개설하는 ‘자살위기청소년 상담개입프로그램 전문가과정’에서 교육을 통해 보급되므로 본 연구보고서에는 수록되어있지 않습니다.

표 19. 청소년의 자살위험성 평가 기준

자살위험성	내용	자살위험성	보호요인
매우 높은 위험수준 (최고)	명백하고 구체적인 자살 계획 자살 수단의 접근 가능성이 높음 분명한 정신장애 분명한 알코올/ 약물 남용 급박한 위기가 있는 불안정한 심리적 상태 자살 위험의 증가 경향 보고	자살생각 + 자살치명성 + 자살의도	없음
		자살 생각 + 자살치명성 + 자살의도	있음
* 정신과 입원 평가 조치			
높은 위험수준 (고)	빈번하고 고정적인 자살 생각들 특정한 자살 방법 고려 정신장애의 가능성이 큼 급박한 위기가 있는 불안정한 심리 상태	자살 생각 + 자살치명성	없음
		* 정신과 의뢰	
중간 위험수준 (중)	자살에 대한 지속적 생각 약간의 자살 계획 있음 약간의 정신장애 증거 약간의 약물/알콜 남용 증거 불안정한 심리적 상태 찾지 않은 위험한 행동	자살 생각 + 자살치명성	있음
		자살 생각 + 자살의도	없음
		자살 생각 + 자살의도	있음
* 정신과 의사와의 협의 하에, 본 상담개입프로그램 병행 가능 * 정신장애가 없을 경우 본 상담개입프로그램 적용 가능			
낮은 위험 수준 (저)	자살에 대한 일시적 생각 자살 계획 없음 정신 장애 없음 : 우울증상이 전혀 혹은 거의 없음 약물/알코올 사용 없음 안정적인 심리적 상태	자살생각	없음
		자살생각	있음
* 본 상담개입프로그램 적용 가능			
자살위험성 관련 개념			
자살생각	- 자살하고 싶다 생각이 지속적이고 빈도가 잦으며 그런 생각을 통제할 수 없을 수록 자살생각의 위험수준이 높음		
자살치명성	- 자살계획이 구체적이고, 자살수단이나 방법이 치명적이고 접근가능성이 높을 수록 자살치명성이 높음		
자살의도	- 자살하기 위한 준비행동(유서 쓰기, 물건 정리 등)을 하거나 정말 죽을 생각을 하는 등 자살하려는 의도가 강할 수록 자살의도성이 높음		
보호요인	- 살고 싶은 이유, 주변에 자신의 편이 되어줄 사람들의 존재, 기타 애원동물, 타인에 대한 책임감 등이 해당됨		

표 20. 자살위험수준별 자살위기청소년 상담개입프로그램의 적용(수정안)

시기	회기	상담 목표	회기명	회기별 내용	자살위험성			
					저	중	고	최고
초기 관리	1	자살 위험 평가 및 안전 확보	실타래 살피기1 : 안전관리1	-자살위험 수준 평가 -자살관련 안전관리시스템 마련	필수	필수	필수	필수
	2		실타래 살피기2 : 안전관리2	-안전관리시스템의 가동 점검 -자살 관련 심리장애 스크리닝 -내담자의 자살위험 및 보호요인 파악				
	3		실타래 살피기3 : 자살의 득실 알기	-안전관리시스템의 가동 재점검 -자살의 이득과 손실 알기 -이후 프로그램 모듈의 구조화 -저위험군의 경우 종결 가능				
중기 관리	4	스트레스 대처 및 문제해결 능력 증진	실타래 풀기1 : 있는 그대로 받아들이기	-현재 삶에 대한 탐색 -삶에 대한 수용	선택	필수	정신과 의뢰평가	정신과 입원 의뢰
	5		실타래 풀기2 : 상황의 실마리로 풀기	-상황-생각-감정 및 행동의 연결 고리 이해 -자살 유혹 대처 방법 습득				
	6		실타래 풀기3 : 생각의 실마리로 풀기	-자살과 관련 인지 오류 파악 및 전환				
	7		실타래 풀기4 : 감정의 실마리로 풀기	-자살 유혹시 감정 다루기				
	8		실타래 풀기5 : 문제해결의 실마리로 풀기	-문제해결 방법 배우기 -건강한 생활 습관 만들기				
	9	사회적 지지망 구축	천짜기1 : 버디 찾기	-사회적, 정서적 지지 자원 탐색 및 활용	선택	필수		
	10		천짜기2 : 자기주장	-자기주장기술을 배우기				
	11		천짜기3 : 평화적인 갈등해결	-갈등을 평화적으로 해결하는 방법 배우기				
12	천짜기4 : 나를 존중하기		-부당한 타인의 요구 거절 방법 배우기					
후기 관리	13	자신의 잠재력 개발	작품 만들기1 : 내안의 보석 찾기	-잠재력과 강점 찾기	선택	선택		
	14		작품 만들기2 : 미래 탐색하기	-목표 달성을 위한 내적자원 활용법 배우기				
	15	종결	작품 만들기3 : 자기 스타일 찾기	-자살 위험 수준의 재점검 -자살 위험을 낮추는 최선의 방법 찾기	선택	필수		
	16		작품 만들기4 : 꿈을 펼치기	-자살 위험 수준의 재점검				
추수관리 (3~6개월)			-저,고,최고위험(3개월), 중위험(6개월) : 메일, 전화 등 정기적 점검					

표 21. 부모교육의 수정안

시기	회기	회기명	내용	자살위험성			
				저	중	고	최고
초기	1	자살위기관리	-내담자의 안전 확보 및 자살 위험 관리	필수	필수	필수	필수
중기	2	실타래 풀기 :자살위험 줄이기	-자녀의 자살위험 행동의 예방 및 자살 위험의 취약성 줄이기 -스트레스 상황에서의 자녀에 대한 지지방법 강화하기	선택	필수	정신과 의뢰	정신과 입원평가 의뢰
	3	천 짜기 :자녀와의 갈등 해결하기	-자녀와의 갈등 상황에 효과적으로 대처하는 방법 배우기 -효과적인 의사소통 방법 배우기	선택	필수		
후기	4	작품 만들기 :자녀의 강점 발견하기	-자녀의 강점과 잠재력에 관심을 갖고 자녀를 적절하게 칭찬하는 방법 배우기	선택	선택		
	5	작품 만들기 :자녀의 꿈 조력하기	-자녀가 일상생활에 잘 적응할 수 있도록 돕는 방법 배우기 -재발 방지 및 상담 종결의 문제를 다루기	선택	필수		
	추수관리 (3~6개월)		-저,고,최고위험(3개월), 중위험(6개월) : 메일, 전화 등 정기적 점검				

둘째, 본 상담개입프로그램의 소개 및 구조화에 대한 내용을 보완하고자 한다. 시범상담에서도 드러났듯이 이미 다른 상담적 접근에 따른 상담경험이 있는 내담자가 재의뢰된 경우, 구조화된 인지행동적 접근으로의 전환을 혼란스러워하거나 불편해하여 정상적으로 상담회기를 진행하는데 어려움이 있었다. 따라서 본 상담개입프로그램에 대한 입문이 쉽도록 초기 동기화 작업내용을 상세화하고 교육상황에서도 좀 더 명확히 교육할 필요가 있다.

셋째, 위기관리기록지 사용과 관련하여 보다 상세한 지침을 제공하고자 한다. 청소년들이 3가지 자살 관련 정서를 구별하여 자신의 상태를 잘 자각할 수 있도록 청소년 눈높이에 맞는 설명들을 제안하였다. 현재의 위기관리기록지 II는 1, 16회기를 제외하고 전회기를 통해 반복적으로 사용하도록 되어 있는데, 현재의 기록지는 자살 관련 행동이 연속으로 나타나지 않았을 때 그 이유를 파악하기 힘든 형태로 구성되어 있다. 따라서 이러한 부분을 보완하여 자살 관련 행동의 감소 원인을 명료화할 필요가 있다. 이를 통해 상담회기 도중에 발생하는 상담 성과를 쉽게 파악하도록 한다.

넷째, 안전 스케줄 사용 및 대처방안과 관련하여 내담자가 사회적 지지자원이 없

는 경우를 대비하여 상담자가 할 수 있는 방안에 대해 좀 더 자세한 내용을 보완하고자 한다. 또한 안전 서약과 관련하여 내담자의 저항이나 불편에 대해 유연하게 대처할 수 있도록 여러 가지 대처방안을 함께 제시한다.

다섯째, 현장의 상담자들에게 가장 어려움이 되었던 심리장애 스크리닝 및 진단을 위한 의뢰 절차를 확립하고자 한다. 지승희 등의 시행한 지역 청소년(상담)지원센터의 상담자 대상 조사 결과, 본 연구의 시범운영 상담의 결과에서도 나타났듯이 정신병리적 진단과 개입이 요구되는 자살위기청소년이 의뢰되는 경우가 많은데 현장의 상담자들은 그에 대한 준비가 부족한 실정이다. 이에 본 프로그램에서는 Berman, Jobes와 Silverman(2006)이 청소년 자살과 관련이 높은 심리장애로 보고한 주요 우울장애, 물질관련장애, 품행장애를 내담자들이 갖고 있는지를 알아보기 위한 3단계 의뢰 절차를 체계화하여 제시하였다.

여섯째, 엉킨 실타래의 개념을 이해하는데 도움이 되도록, 관련 그림 등을 수록하고자 한다. 또한 실타래 분석 예시를 다양하게 제시하여 상담자의 이해를 도울 것이다. 이를 통해 내담자의 엉킨 실타래를 명료하게 분석하고 관련된 실마리기법을 잘 연결할 수 있도록 도와야 할 것이다.

일곱째, 자살위기청소년은 사회적 지지 자원이 미약한 경우가 많은데, 사회적 지지망을 구축할 때 ‘지지 자원’을 찾는 작업은 쉽지 않은 일이다. 주변 자원과의 관계를 탐색하면서 보다 안전하고 지지적인 관계 증진의 가능성을 우선적으로 살펴보고 기타 외부 지지자원을 확대하여 만들어나가는 과정으로 좀더 세부화하고 단계화하도록 보완하였다.

이와 같이 상담개입프로그램을 수정하여, 지역 청소년관련 기관에 있는 상담자들이 보다 쉽게 이해하고 적절하게 활용할 수 있도록 도울 것이다.

IV. 요약 및 논의

자살은 우리나라 청소년의 주요 사망원인이 되고 있고, 청소년 자살에 관한 선행 연구들을 살펴보면 개인적 차원으로 해결될 수 없는 문제이므로 사회적 차원에서 보다 체계적이고 효율적으로 접근할 수 있는 방안들이 모색되어왔다.

이에 한국청소년상담원에서는 2007년도에 청소년자살예방체제 구축방안 연구를 시행하면서 청소년자살 종합대책 및 청소년자살 예방시스템 모형을 마련하였고, 2008년도에는 청소년자살 예방종합대책 5개년 계획의 기초를 마련하기 위한 첫 단계로서 청소년자살예방 프로그램과 상담모형을 개발하고, 사후개입전략 기초연구를 수행하였다. 2009년에는 청소년상담자들이 자살위기청소년들을 대상으로 효율적으로 사용할 수 있는 구조화된 상담개입프로그램을 개발하고자 하였다.

자살위기청소년 상담개입프로그램의 개발 과정은 기획-구성-실시 및 평가 단계를 거쳐 문헌연구, 포커스그룹 운영을 통한 요구 분석, 상담개입프로그램 초기 개발, 시범운영 평가 및 보완을 거쳐, 자살위기청소년 상담개입프로그램을 최종적으로 개발하였다.

문헌 연구는 청소년 자살의 특성 및 실태, 자살생각 및 자살시도 청소년의 심리, 사회, 환경적 특성들을 규명함으로써 청소년의 자살위험을 감소시키는데 유용한 정보를 얻고자 하였다. 청소년 자살 행동에 영향을 미치는 요인을 크게 위험요인과 보호요인으로 구분하였고 개인, 환경적 측면에서 이루어진 선행연구들을 살펴보았다. 이를 통해 개인, 부모 및 가족, 또래 및 학교 차원에서 바라본 상담개입프로그램 구성 요소에 대한 시사점을 얻을 수 있었다. 또한 현재 경험적으로 치료효과가 검증되고 있는 개입접근을 중심으로 주요한 세부개입방안과 내용을 검토하고 핵심적인 구성요인을 추출하였다.

지역사회 청소년(상담)지원센터에서 자살위험청소년 대상 개입경험이 있는 상담자들을 모아 포커스그룹을 구성하여 총 4차례 시행하였다. 그 결과 자살위기청소년들의 특성, 진단, 개입방법, 효과적인 개입요소 및 장애요소, 기타 지원사항 관련 시사점을 얻을 수 있었다.

이와 같은 문헌 연구와 포커스 그룹의 운영 결과를 바탕으로 자살위기청소년 상담개입프로그램 초안이 개발되었다. 본 자살위기청소년 상담개입프로그램은 2008년에 제안된 자살위기청소년 상담모형을 기반으로 초기관리, 중기관리, 후기관리에 걸친

약 3~4개월의 상담개입프로그램 적용기간과 6개월의 추수관리 기간을 포함하고 있다. 초기관리에서는 청소년의 자살위험을 평가하고, 안전 확보를 위한 관리 스케줄 및 대처방안을 마련하였다. 아울러 심리장애 스크리닝을 통해 정신과 치료 의뢰 혹은 병행 여부를 결정하도록 하였다. 중기관리에서는 자살위기를 지속적으로 관리하면서 동시에 내담자의 자살 위험을 높이는 스트레스를 다루는 인지행동적 전략, 내담자의 자살 위험을 감소시키기 위한 보호요인의 증가를 위해 사회적 지지망 구축에 집중한다. 그리고 후기관리에 들어서면 내담자의 자살위험이 낮아지고 내담자의 강점 및 잠재력을 개발하여 추후 일상생활의 적응과 자기성장을 도모할 수 있도록 조력한다. 자살위험이 해결되고 본 상담회기프로그램의 목표들이 달성되었다고 합의될 때 종결이 이루어지며, 내담자의 자살위기 재발을 방지하기 위한 추수관리까지를 포함하도록 구성되었다.

초기개발된 자살위기청소년 상담개입프로그램의 효과를 알아보기 위하여 시범운영 평가를 진행하였다. 이를 위해 7월 30일, 8월 6일 양일에 걸친 워크숍이 있었고, 여기에 참여한 상담자 및 청소년동반자들이 소속기관에 의뢰된 자살위기청소년 대상으로 실시하였다. 이번 시범운영에서는 시간적인 제약과 조기종결 및 미진행에 따른 사례 누락 등으로 인해 상담의 양적인 성과를 확인하지는 못하였으나, 5회기 이상 프로그램이 연속적으로 진행된 사례를 선별하여 자살 관련 정서 및 자살 관련 행동이 어떻게 나타나는지, 자살생각, 스트레스 대처, 자아존중감 점수에 대한 사전검사 및 중간검사 비교를 통해 잠정적으로 프로그램 적용의 결과가 어떠한지 알아보았다.

자살위기관리기록지 I, II 상에서 나타난 자살관련 정서 및 행동은 상담사례마다 개인 및 환경 특성이 각기 다르므로 그 정도와 패턴의 차이가 있었다. 프로그램 진행 중에도 상황적 스트레스가 자살 관련 정서에 많은 영향을 주는 것으로 나타났으나 그에 비해 자살 관련 행동은 비교적 관리되고 있는 것으로 보였다.

사전검사 및 중간검사를 비교한 결과 자살생각, 스트레스 대처, 자아존중감에 대해 긍정적 경향을 보였다. 그러나 아직 프로그램이 전회기가 진행된 것은 아니므로 향후 지속적인 시범운영 평가 과정을 통해 지켜볼 필요가 있다. 따라서 현재까지 진행된 결과를 반영하여 수정보완된 자살위기청소년 상담개입프로그램은 한국청소년상담원에서 개설되는 전문가과정 교육을 통해 보급되고 지속적 개선과정을 거칠 계획이므로 본 연구보고서에는 수록되지 않았다.

자살위기청소년 상담개입프로그램은 다음과 같은 점에서 의의를 찾아볼 수 있다.

첫째, 문헌연구를 통해 임상적, 경험적으로 효과가 있다고 보고된 개입방법의 공통된 구성요소를 추출하여 실효성이 높은 프로그램을 구성하고자 하였다. 자살생각이 높다해도 정신과적 문제를 지니고 있지 않거나 정신과적인 문제를 호소하지 않아도 충동적으로 자살시도를 하는 청소년들의 특성을 생각할 때 또한 대도시가 아닌 지역의 경우에는 정신과 전문의나 정신보건센터도 그리 많지 않은 현실을 생각하면 청소년상담지원센터 및 청소년복지기관의 상담원이 심각도가 높지 않은 청소년들의 위기 관리와 지속적인 상담을 실시함으로써 그들의 안전을 확보하고, 필요한 경우 정신보건센터 등의 전문기관에 의뢰하는 체계를 구축하는 것은 매우 중요하기 때문이다.

둘째, 본원에서 시행된 이전 연구 결과(지승희 등, 2007; 지승희 등, 2008)를 바탕으로 하면서, 상담현장에서 자살위기청소년을 상담한 경험이 있는 실무자들을 대상으로 포커스그룹을 운영하여 의견을 수렴함으로써 현장의 요구를 최대한 프로그램에 담고자 하였다. 전국의 청소년(상담)지원센터의 상담자와 청소년동반자의 경우, 정신과 전문가에 비하면 정신건강영역의 전문성은 부족할지 모르지만, 청소년상담의 전문성은 풍부한 집단으로 이들의 장점을 충분히 활용할 수 있기 위해서는 그들이 흔히 접하는 사례에 기초를 하고, 그들이 어려워하는 문제를 파악하여 그에 근거한 개입 프로그램을 구성하고자 하였다.

셋째, 2008년도 자살위기청소년 상담모형을 한층 발전시켜 보다 쉽고 명료하게 접근할 수 있도록 회기별로 구조화된 프로그램을 제시함으로써 상담자가 자살위기에 놓인 내담자를 대상으로 신속하게 접근하여 대처할 수 있는데 필요한 도구를 마련하였다. 자살위기청소년 상담개입프로그램을 통해 직접적으로 자살위기를 관리하고, 자살 관련 위험요인을 감소시키는 전략과 보호요인을 강화하는 전략을 회기별로 구조화하였다. 본 프로그램에는 선행연구결과로부터 파악된 요인을 가능하면 다룰 수 있도록 하고, 기존의 자살개입접근이나 방법에서 검증된 효과적인 자살개입전략을 활용하면서도, 이들 간의 관계가 동떨어지지 않게 하기 위해서 '실타래 살피기, 실타래 풀기, 천짜기' 등과 같은 상징 속에서 그것들을 서로 연결하면서 기법을 기억하게 하는 전략을 구사하려고 하였다. 이러한 노력은 상담실무자들도 프로그램의 기법을 더 쉽게 이해하고 기억하였을 뿐 아니라 대상청소년들에게도 쉽게 인식되고 기억되어 도움이 된 것으로 평가된다.

이러한 결과는 현장의 많은 청소년상담자들이 자살위기청소년을 부적절하게 개입

하거나 방치하지 않고 체계적으로 조력할 수 있는 기회를 넓히는데 의의가 있다고 하겠다.

마지막으로 본 연구의 제한점과 개선방향을 밝히자면 다음과 같다.

첫째, 본 연구의 특성상 자살위기청소년 상담경험이 풍부한 상담전문가를 대상으로 포커스그룹을 구성하여 이들 의견을 수렴하는 것이 매우 필요하였는데, 자살위기 청소년 상담경험이 있는 상담자 및 청소년동반자를 중심으로 구성하여 현재 현장 상담자의 준비도를 파악하고, 상담자의 요구를 수렴하는데 그쳤다.

둘째, 수정보완 된 프로그램에서 내담자의 자살위험 수준에 따라 상담개입프로그램의 모듈식으로 적용하기 위해 사전검사 중 자살생각 스트레스 대처, 자아존중감 검사 결과에 따라 중간점수 이하를 받은 영역에 대해서는 선택적으로 모듈화하여 적용하도록 하였다. 그러나 현재로서는 각 척도별 정상집단에 대한 준거가 마련되지 않은 상태에서 중간점수에 의해 적용해야하는 문제점을 안고 있다. 따라서 본 프로그램의 세부 회기를 적절하게 모듈화하기 위해서는 척도별 정상집단을 구분하는 준거를 마련하기 위한 후속연구가 필요하다.

아울러 장기적 관점에서 볼 때 선행 개입 프로그램 중 CARE의 경우, MAPS척도(컴퓨터용 평가프로그램)를 통해 직접적 자살위험요인 및 관련 위험요인과 보호요인에 대해 포괄적으로 평가한 후 개입에 대한 동기를 증진시키는 과정을 포함하고 있는데 이처럼 좀더 체계화되고 사용이 용이한 평가시스템을 개발하는 후속 연구가 필요하다고 하겠다.

셋째, 연구 일정의 시간적 제한성, 실제 시범운영 상의 어려움과 효과 평가의 제한점 등의 한계로 인해 본 자살위기청소년 상담개입프로그램의 효과를 충분히 검토하고 평가하는데 어려움을 안고 있다는 점이다. 본 프로그램은 시개발되었으므로 아직 현장 적용 경험이 풍부하게 반영되지 못하였으며, 본 프로그램을 사용하는 상담자 또한 적용 경험이 풍부하지 못하여 프로그램에 능숙하지 못하다. 이에 대한 장기적 효과 검증 과정을 통해 현장의 피드백을 축적하고 지속적인 개선과 정교화 과정이 요구된다.

마지막으로 시범상담에 참여한 상담자들이 요구하였듯이 현장에서 자살위기청소년 대상 상담을 수행할 때, 정기적인 슈퍼비전을 통해 프로그램에 대한 의견을 주고 받는 시스템을 마련함으로써 상담개입프로그램의 타당성을 장기적으로 검증하여 계속 수정 보완해나가는 작업이 필요하다고 하겠다.

참 고 문 헌

- 김순규(2008). 청소년자살에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인 보호요인의 매개효과를 중심으로. **정신보건과 사회사업**, 29, 66-93.
- 김재엽, 정윤경, 이진석(2009). 가정내 자녀학대 경험이 청소년의 자살생각에 미치는 영향 및 사회적 지지관계의 조절효과, **한국사회복지조사연구**, 21, 119-144.
- 김진희, 송병국, 고은미, 이채식, 최창욱, 임형백, 이창식, 김명준, 김진호, 권일남, 양승훈(2002). **청소년문제행동론**, 3장 청소년의 심리적 문제 (pp.72-75). 학지사.
- 김창대(2002). 몰입(Flow)이론을 적용한 진로상담 모형. **청소년상담연구**, 10, 5-30.
- 김현순(2008). 노인과 청소년의 자살생각 비교연구. **한국노년학회**, 28(2), 336-338.
- 김현주(2008) 청소년 자살위험성에 영향을 미치는 요인, **한국아동복지학**, 27, 69-93.
- 남민(1997). 청소년 자살. **대한의사협회지**, 453, 1282-1287.
- 문경숙(2006) 학업스트레스가 청소년의 자살충동에 미치는 영향 : 부모와 친구에 대한 애착의 매개효과, **아동학회지**, 27(5), 143-157.
- 박경애, 권혜수, 이재규(1998). 청소년 동반자살, **청소년상담문제연구보고서**, 1-126.
- 박병금, 노필순(2007) 우울에 따른 청소년의 자살생각 관련변인, **정신보건과 사회사업**, 26, 168-193.
- 박은옥(2008) 청소년의 자살시도에 영향을 주는 요인, **대한간호학회지**, 38(3), 465-473.
- 박현선(1998). 빈곤청소년의 위험 및 보호요소가 학교적응유연성에 미치는 영향. **사회복지연구**, 11, 40-41.
- 박현숙, 구현영(2009) 청소년의 스트레스와 자살사고와의 관계에서 부모-자녀 간 의사소통의 완충 효과, **정신간호학회지**, 18(1), 87-94.
- 보건복지가족부. www.mw.go.kr.
- 보건복지가족부 보건복지 콜센터. www.129.go.kr.
- 보건복지가족부(2005). **자살 예방 5개년 종합대책-세부추진계획**.
- 보건복지가족부(2007). **국내 자살원인 실태조사 및 자살 예방체계 구축에 관한 연구**.
- 신민섭, 박광배, 오경자, 김중술(1990), 고등학생의 자살성향에 관한 연구. **한국심리학회지 임상**, 9(1), 1-19.
- 신민섭(1993). 청소년기의 장정체감 혼란과 부적응행동. **대학생활연구**, 11, 77.

- 신민섭 외 역/Thomas Marra 지음(2006). **변증법적 행동치료 : 개인 치료 현장에서 실제적이고 포괄적인 안내서**. 서울 : 시그마플러스.
- 신은영(1998). **한국 아동의 스트레스 대처 모델에 관한 시도적 구성**. 부산대학교 가정학과 박사학위 논문.
- 안황권(1999). 청소년 자살에 관한 연구. **경찰행정논집**, 13, 149-169.
- 양소영(1998). **청소년기의 수동적 삶의 자세 및 이상-현실 괴리와 자살욕구와의 관계**. 숙명여자대학교 아동복지 석사학위 논문.
- 오승근(2006). **청소년의 자살태도, 자살위험성 및 생명존중교육 참여 요구와의 관계**. 고려대학교 대학원 교육학과 박사학위논문.
- 오현아, 박영례, 최미혜(2008) 부모-자녀 의사소통과 우울이 청소년 자살생각에 미치는 영향, **이동간호학회지**, 14(1), 35-43
- 우선유(1999). **청소년의 자살 생각에 영향을 주는 변인 연구**. 서울여자대학교 교육심리학과 석사학위 논문.
- 유성은(1997). **완벽주의적 경향, 사회적 지지, 스트레스에 대한 대처방식이 중년여성의 우울에 미치는 영향**. 고려대학교 석사학위 청구논문.
- 육성필, 이혜선(2008). **자살위기 청소년 긴급구조 및 위기개입 매뉴얼**. 구 국가청소년위원회.
- 윤우상, 이영식, 이길홍(1992). 소아 청소년 자살기사에 관한 내용분석. **신경정신의학** 31(1), 171-181.
- 이경진(2003). **청소년 자살의 고위험 집단과 저위험 집단의 심리적 특성**. 가톨릭대학교 대학원 상담심리학 석사학위 논문.
- 이은숙(2007) 남·여 청소년의 소외감, 우울과 자살생각에 관한 예측모형, **대한간호학회지**, 37(4), 576-585.
- 이정숙, 권영란, 김수진(2007) 청소년의 집단따돌림 피해와 우울이 자살사고에 미치는 영향. **정신간호학회지** 16(1) 32- 40.
- 이지연, 김효창, 현명호(2005) 스트레스, 부모-자녀간 의사소통 및 청소년 자살 생각간의 관계, **한국심리학회지:건강**, 10(4), 374-394.
- 임수영(1995) **중학생의 자살생각에 영향을 미치는 요인과 사회적 지지의 완충효과**, 고려대학교 석사학위논문.
- 전병제(1977). **자이개념 측정가능성에 관한 연구**. 연세논총, 11(1), 107-130.
- 전영주, 이숙현(2000). 청소년 자살구상과 관련변인 분석. **청소년학연구**, 7(1), 221-246.
- 정영주, 정영숙(2007) 청소년의 자살생각과 관련된 우울, 인지적 와해 및 친구지지 간의

- 관계 분석, **한국심리학회지:발달**, 20(1), 67-88.
- 지승희, 구본용, 배주미, 정익중, 이승연, 김은영(2007). **청소년자살예방체계 구축방안 연구**. 한국청소년상담원, 청소년상담연구, 134.
- 지승희, 김명식, 오승근, 김은영, 이상석(2008). **청소년자살예방프로그램 및 개입방안 개발**. 한국청소년상담원, 청소년상담연구, 141.
- 최태산 (1997). **청소년 비행과 자살생각에 미치는 가족역동의 심리적 변인간의 인과적 분석**. 전남대학교 교육학과 박사학위 논문.
- 통계청(2008). **2007 사망원인 통계 결과**.
- 통계청(2009). **2008 사망원인 통계 결과**. <http://www.nso.go.kr>
- 하상훈(2000). **청소년의 자살충동과 심리사회적 변인과의 관계**. 인하대 대학원 박사학위 논문.
- 하연희(2001). **중학생의 자살생각 실태에 관한 연구**. 이화여대 사회복지대학원 사회복지학전공 석사학위논문.
- 한국자살예방협회 편(2007). **자살의 이해와 예방**, 학지사.
- 한국청소년연구원(1992). **청소년문제론**. 서울: 한국청소년연구원.
- 한기석, 정영조(1992). 청소년자살의 원인과 치료적 개입. *inje medical journal*, 13, 152-153.
- 홍나미(1998). **청소년의 자살생각에 영향을 미치는 심리사회적 요인에 관한 연구**. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 홍영수(2005). 청소년의 생활스트레스가 자살행동에 미치는 영향 및 그에 대한 문제해결 능력의 완충효과. *한국이동복지학*, 20, 7-33.
- Abbey, A., Abramis, D. J., & Caplan, R.D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic & Applied Social Psychology*, 6, 111-129.
- Abela, J. R. Z., & Payne, A. V. L. (2003). A test of the integration of the hopelessness and self-esteem theories of depression in schoolchildren. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 519-535.
- Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 655-662.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). The integrative power of cognitive therapy.

New York: The Guilford Press.

- Alec L. Miller, Jill H. Rathus, Marsha Linehan, Charles R. Swenson(2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Apter, A., Bleich, A., Plutchik, R., Mendelsohn, S., & Tyano, s. (1988). Suicidal behavior, depression, and conduct disorder in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 696-699.
- Arensman, E., & Kerkhof, J. F. (1999), Classification of aifemtped suicide. A review of empirical studies, 1963-1993. *Suicide and Life Treatening Behavior*, 26, 46-67.
- Barbe, R. P., Williamson, D. E., Bridge, J. A., Birmaherm B., Dahl, R. E., & Axelson, D. A. et al.. (2005). Clinical Differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 492-498.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563--1569.
- Beck, A. T. (1967). *Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspercts*. New York : Hoebner Medical Devision Hapner & Row.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicide intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-74.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 139-145.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K.(1996). *Beck Depression Inventory(2nd Manual)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 42, 559-563.

- Berman, A. L., Jobes, D., & Silverman, M. M. (2006). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bearman, J. M. (2004). Suicide and Friendships Among American Adolescents. *American Journal of Public Health, 94*(1), 89-95.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 29*(1), 37-47.
- Brent, D. A. (1987). Correlates of medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 87-91.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J., Allman, C. J., et al. (1988). Risk factors for adolescent suicide; A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of general psychiatry, 45*(6), 581-8.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry. 54*, 877-885.
- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J. A., Connolly, J., Bridge, J., & Bartle, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 1080-1086.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Roth, C., Schweers, J., et al. (1993). Psychiatric risk factors of adolescent suicide: a case control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 521-529.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., Brent, D. A. (2006), Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol 47(3-4), Mar-Apr 2006, 372-394.
- Busch, K. A., Fawcett, J., Jacobs, D. G. (2003), Clinical correlates of inpatient

- suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 64(1), Jan 2003, 14-19.
- Bridge, J. A., Brent, D. A., Johnson, B. A., & Connolly, J.(1997). Familial aggregation of psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 36, 628-637.
- Clarke, G. N., Paul, R., Peter, M., Lewinsohn, H. H. & John, R. & Bryan, C. J. (2007). Empirically-based outpatient treatment for a patient at risk for suicide :*The case of "John"*, *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3, 1-40.
- David A. Brent MD, Patricia K. Crumrine MD, Rajiv R. Varma MD, Marjorie Allan BS, and Christopher Allman BS, *PEDIATRICS* Vol. 80 No. 6 December 1987, pp. 909-917
- Diekstra, R. F. (1989). Suicidal behavior in adolescents and young adults: *The international picture*. *Crisis*, 10, 16-35.
- Eggert L. L, Seyl CD, Nicholas IJ. (1990). Effects of a school-based prevention program for potential high school dropouts and drug abusers. *The international Journal of the Addictions*, 25(7), 773-801
- Eggert, L. L., Thomson, E.A., Herting, J. R., & Nicholas, L. J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 276-296.
- Fawcett, J., Scheftner, W., & Fogg, L. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1189-1194.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Fortune, Sarah A; Hawton, Keith. (2005). Deliberate self-harm in children and adolescents: a research update. *Child and adolescent psychiatry*, 18.
- Gispert, M., Davis, M. S., & Marsh, L. (1987). Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(4), 390-393.
- Goldstein, T. R., Bridge, J. A., Brent, D. A. (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, Vol 76(1), 84-91.

- Gould, M. S., Greenberg, T., Belting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry*, 42, 286-405.
- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., et al. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 915-923.
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., et al. (2001). Randomized controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, 323(7305), 135-138.
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Hrrington, V, et al. (1998). Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 512-518.
- Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A., & Fagg, J. (1999). Repetition of deliberate self-harm by adolescents : the role of psychological factors. *Journal of Adolescence*, 22, 369-378.
- Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J., & Osborn, M. (1982). Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 14, 286-291.
- Henriques, G., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 46, 1258-1268.
- Huey SJ Jr, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Pickrel SG, Edwards J.(2004). *Journal of Amer Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(2), 183-190.
- Jobes, D, A. (2000). Collaborating to prevent suicide : A clinical-research perspective. *Suicide and life-threatening behavior*, 30(1), 8-17.
- Jobes, D. A. (2004a). Understanding Suicide in the 21st Century. Preventing Suicide.

- The National Journal*, 3(1), 1-11.
- Jobses, D. A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. The Catholic University of America, Clinical Psychology Program, xviii, ppp. 222.
- Jobses, D. A., & Drozd, J. F. (2004). The CAMS approach to working with suicidal patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 73-85.
- Jobses, D.A., Wong, S.A., Conrad, A., Drozd, J.F., & Neal-Walden, T. (2005). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality [CAMS] vs. treatment as usual: A retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide and life-Threatening Behavior*, 35, 483-497.
- Kashani, J. H., Suarez, L., & Luchene, L. (1998). Family characteristics and behavior problems of suicidal and non-suicidal children and adolescents. *Child Psychiatry & Human*, 4(5), 78-92.
- K.,E. Bostik., R. D. Overall. (2007). Healing from suicide: Adolescent perceptions of attachment relationships, *British Journal of Guidance & Counselling*, 35,
- Kerkhof, A. J., Arensman, E., Bille-Brahe, U., Crepet, P., De Leo, D., Hjeimelan, H., et al. (1998). *Repetition of attempt suicide: Results from the WHO/Euro multicenter study on parasuicide, repetition-prediction part. 7th European Symposium in Suicide*, Gent, Belgium.
- Koons, C. R., Robin, C. J., Bishop, G. K., Morse, J. Q., Tweed, J. L., Lynch, T. R., & Gonzalez, A. M. (1998, November). *Efficacy of dialectical behavior therapy with borderline women veterans. A randomized controlled trial*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Lester, D. (1987). A subcultural theory of teenage suicide. *Adolescence*, 22, 317-320.
- Linehan, M. M. (1998, April). *Is anything effective for reducing suicidal behavior?* Paper presented at the annual meeting of the American Association of Suicidology, Bethesda, MD.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of catonically parasuicidal borderline. *Cognit Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

- Marcenko, M., Gideon, F., & Jeffrey, F. (1999). Reexamining Adolescent Suicidal Ideation: A Developmental Perspective Applied to a Diverse Population. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(1), 121-138.
- Miller, J., Katz, L., Laurence, J., Cox, J., Brian, J., Gunasekara, S., et al. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3):276-282.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., & Wetzler, S. (1997) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 78-86.
- Negron, R., Piacentini, J., Graae, F., Davies, M., & Shaffer, D. (1997). Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1512-1519.
- OECD(2006). *OECD Health Data*.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicidal and Life-Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Rosenberg, M. (1965). Society and adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rubenstein, J. L., Heeren, T., Houseman, D., Rubin, C., & Stechler, G. (1989). Suicidal behavior in "normal" adolescents: Risk and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 59-71.
- Rudd, M. D., Joiner, T. E., & Rajab, H. (2001). *Treating suicidal behavior: An effective time-limited approach*. New York: Guilford Press.
- Rudd, M. D. (2004). Cognitive Therapy for Suicidality: An Integrative, Comprehensive, and Practical Approach to Conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 59-71.
- Rudd, A. L., Berman, J., Thomas, E., Joiner, M. K., Nock, M. M., Silverman, M., et al. (2006), Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262.
- Shaffer, D., & Pfeffer, C. R. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the*

- American Academy of children and Adolescent Psychiatry*, 40, 4S-23S.
- Shaffer, D., Garland, A., Fisher, P., & Gould, M., (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 675-687.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Preview Behavior Therapy*, 23(4), 730-741.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Simon, A. D. and G. E. Murphy (1985) Sex Differences in the Causes of Adolescent Suicide ideation. *Journal of Youth and Adolescence*, 14(5), 423-434.
- Spirito, A., Fancis, G., Overholser, J., & Frank, N. (1996). Coping, depression, and adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 147-183.
- Spirito, A., Brown, L., Overholser, J., & Fritz, G. (1989). Attempted suicide in adolescence: A review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 335-363.
- Tina R. Goldstein, Jeffrey A. Bridge, David A. Brent (2008). Sleep Disturbance Preceding Completed Suicide in Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 76(1), 84-91.
- Trautman, P. D. (1989). Specific treatment modalities for adolescent suicide attempters. In Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide: Vol. 3. *Prevention and interventions in youth suicide* (DHHS Publication No. ADM 89-1623, PP. 253-263). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Wagner., & Zimmerman, J. H. (2006). *Developmental Influences on Suicidality Among Adolescents: Cognitive, Emotional, and Neuroscience Aspects*. *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*. (pp. 287-308). Ellis, Thomas E. (Ed).
- Wallerstein, R. S. (1994). Psychotherapy research and its implications for a

- theory of therapeutic change: A forty-year overview. *for Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 120-141.
- Weersing, V.R., Iyengar, S., Kolko, D.J, Birmaher, B., & Brent, D.A.(2006). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A benchmarking investigation. *Behavior Therapy*, 37, 36-48.
- Wenzel, A., & Beck, A. T.(2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189-201.

부 록

1. 포커스그룹 면접을 위한 질문 | 96
2. 포커스그룹 인터뷰 내용의 예시 | 97
3. 시범운영 평가지 | 109
4. 시범운영 사례내용의 요약 | 118

부 록

부록 1. 포커스그룹 면접을 위한 질문

1. 여러분의 현재 근무처, 경력, 전문적 배경을 말씀해주시기 바랍니다.
2. 상담하셨던 자살위기청소년들의 특성은 어떠하였는지요?
3. 자살위기청소년의 정신병리를 진단하기 위해 여러분이 사용한 방법은 무엇입니까? 그 때, 어떤 점이 어려웠나요?
4. 자살위기청소년들에게 전반적으로는 어떠한 접근으로 상담하셨나요? 접근 방법에 대해 조금 더 구체적으로 설명해주세요
5. 상담을 초기, 중기, 후기 나누어서 볼 때 시기별로 이루어져야 할 것은 무엇이라고 생각하나요? 구체적으로 말씀해주세요.
6. 자살위기청소년들에 대한 상담 및 치료시 효과적인 가장 핵심적인 요소는 무엇이라고 생각하시나요?
7. 상담과정에서 극복하기 어려웠던 장애요인이 있다면 무엇인가요?
8. 구조화된 상담 프로그램 또는 매뉴얼을 사용하신 경험이 있으신지요? (사용 경험이 있다면) 도움이 된 점과 어려웠던 점을 말씀해주시시오.
9. 자살 관련 개입 교육을 받은 적이 있으신지요? (있다면) 교육에서 도움을 받으신 것은 무엇인가요?
10. 자살위험 청소년들을 상담하기 위해 상담자가 갖추어야 할 혹은 교육받아야 할 역량에는 어떤 것들이 있을까요?
11. 자살위험 청소년들을 돕기 위한 그 외의 지원에는 어떤 것들이 있을까요?

부록 2. 포커스그룹 인터뷰 내용의 예시

		항 목	진 술 예 문
자 살 위 험 청 소 년 의 특 성	개 인 적 위 험 요 인	정서적 어려움	<p>우울, 무력감, 무망감, 무가치감, 희망없음, 불안, 충동조절 의어려움</p> <p>(우울) 처음에 우울하다고 해서 우울증 자가진단척도 한번 해봤는데, 아주 높지는 않았지만 높게 나왔어요 40정도 나왔구요</p> <p>(불안) 아빠와 집안에서 마주치기 싫어서 방도 안 열고 안 나오고, 혹시라도 마주치거나, 목소리라도 들리는 경우에는 너무 불안하고 여기서 없었으면 좋겠고</p> <p>(충동조절의 어려움)분노와 배신감과 가족에 대한 것이 충동적으로 올라와서 아예 불을 확 질러버리는 공격적인 성향이</p> <p>(무가치감)그렇게 말해놓고 나서도 '내가 쓸모없는 놈이죠?' 이렇게 반문을 하고, 그런 식으로. 자기 자신에 대해 가치에 대해서 무가치하게 스스로가</p>
		부모 자녀 관계 문제	<p>부모에 대한 분노, 부모에 대한 애정욕구 의 좌절, 가출</p> <p>(부모에 대한 분노)아버지가 위암 말기로 판정이 나서 병원에 투병생활하고 시골에서 요양하는 데 애가 지금까지 아버지가 지켜줬는데 보호막이 없어지니까, 아버지에 대한 분노심, 증오심 이런 게 있더라고요.</p> <p>(애정욕구의 좌절) 엄마는 아이를 귀찮아하시고, 놓고 들어오시고, 학교에 힘들어서 엄마한테 전화해서 '힘들다고. 오실 수 없으세요?' 엄마는 늘 있는 일이고 그래서 그렇게까지 중요하게 생각하지 않은 거예요.. 그날..목을 뺐던 거예요..</p>
		학교 정응 실패	<p>왕따에 대한 두려움, 학교 부적응</p> <p>(왕따에 대한 두려움)목을 뺐었던 친구는요, 엄마는 사교적인, 동생은 학생회장, 왕따 전교 은따 뭐 그런 친구인데.. (학교부적응)그런 상황에서 학교 적응하지 못하고, 아이들도 따돌림도 있지만 자기 스스로 소외되는 아이..</p>
		개인적 성격 특성	<p>심약하고 의존적인, 감수성이 풍부한, 4차원</p> <p>(심약하고 의존적인)그런 식의 약간 생각많고 여린 아이들이었던거 같아요..</p> <p>가정은 별거 가정이었고. 그래서 남자아이에게 자기를 의지를 많이 했던 거 같아요, 그리고 한번 맘 주면 다주는 아이고, 절대 배신하지 않을 거다 그래서 관계까지 했던 알고 보니 다른 여자사귀고 있었고, 만나주지 않아서 헤어지게 되었고.. 상대방이 헤어지자고해서 그날 바로 락스를 마셔서 (감수성이 풍부한)감수성이 많은 아이여서 그런지 시적인 표현도 많이 썼고, 우울하고 자살과 관련되고 좀 낭떨어지, 막장, 암흑 속에 들어있다고</p>
		기타	<p>주의력 결핍장애, 낮은 지능</p> <p>(주의력결핍)공격적이고 분노가 많고 우울하기보다는 엄마가 했다는 행동은 굉장히 공격적인데, 제가 보기에는 그렇지 않고 ADHD 약을 6살부터 먹었다고는 하는데.. (낮은 지능)아이는 학교에서 왕따를 당하고, 지능 82, 예쁘장하게 생겼는데</p>
자 개	성취	학업	(학업 우수) 주변에 특목고가고 우수한 친구들도 많이 있고

살위험청소년의 특성	인적 보호요인	경험	우수, 과거 학생회장 경험	본인 또한 그렇고.. 부는 잘하는 아이였음에도 불구하고, 공부는 잘하고 싶은데 주변 여건이 받쳐주지 않기 때문에 잘해봤자 뭘 하겠느냐는 이런 식의 절망으로 상담을 했던 거 같아요 (불안) 원래는 활발하던 아이이고, 회장도 하고 아이들한테 인기도 많고
		또래 인정 경험	비보이로 인기를 얻음	자기가 좋아하는 비보이 학교 발표에 참가하면서, 그것을 하면서 다시 극복이 되었고, 인정을 받는, 보여주는 것을 좋아하는 아이였드라고요.
		외향적 특성	활발, 동호회에서 활달	원래는 활발하던 아이이고, (동호회에서)자기만의 찾은 게 인터넷 동호회였는데 여기서는 굉장히 활달하게 춤도 추고 전혀 자기에게 몰랐던 끼도 알게 되고
		정서적 지지 체계	친구가 있다	또래들 사이에서 유일하게 대화하는 친한 친구가 있는데 주변에 특목고 가고 우수한 친구들도 많이 있고 본인 또한 그렇고.. 그 친구들과 같이 함께 공부하고, 살고 싶지는 않지만, 살고 있는 과정을 성실히 하는..
		기타	성실한, 호기심이 풍부한	(성실한)개가 참 성실했던 친구예요.. 학교를 빠지지도 않고 주변아이들도 몰랐던.. 살고 싶지는 않지만, 살고 있는 과정을 성실히 하는.. (호기심이 풍부한)책 같은 것도 죽음에 대해 찾아보고 자살 사이트도 들어가 보고 관련 책도 많이 보고, 어떻게 해야 할지 모르다가 그런 것 보면 정말 죽어야 할 것 같다는 생각도 들었다. 특성상 관심이 많은 호기심 많은 아이였다.
		자살위험청소년의 특성	환경요인	부모의 정신 병리
사회 경제 수준이 낮은 가정 환경	열악한 환경, 경제적으로 어려운			(열악한 환경)굉장히 지저분한 집안에.. 밖에서 보이는 모습은 깔끔하고 깨끗하게 보이고 싶으나, 가정 환경은 열악하고 (경제적으로 어려운)여건상 공장에서 일하면서 공장지하에서 생활하면서 아이는 거의 혼자 생활하고 엄마는 한달 한번 쉬시고, 경제상황도 어렵고, 시간적으로도 미뤄지고
가정폭력에의 노출 경험				제 케이스도 가정폭력. 엄마가 팬티만 입고 집을 나간 적이 있었는데, 아빠가 그때 엄마를 찾으러 나갔었다. 초등 시기에 이미 부모님과 갈등이 있었던 것 같다.
주변인의 성폭력	이모부의 성폭력, 오빠의 성폭력			이 친구가 남자친구랑 같이 자는데, 내가 얘기한 다른 친구를 불렀어요 불렀는데 또 밤에 술 먹고 성폭행을 당했데요. 성폭행도 있었고 오빠로 인한..

	부모의 가출, 이혼, 사망으로 인한 한부모 및 재결합 가정		(재결합)최고 고위험 아이 경우에는 양가부모님이 이혼하시고, 가정을 꾸리셔서 1년 단위로 왔다 갔다 하면서 성장기를 보냈더라구요.. (한부모)어머니가 이혼을 하시고 아이 둘 키우는데,
	부모의 자녀 방치 또는 유기	학생 몰래 부모가 이사감, 친척집에 맡겨짐	애가 새벽 6시에 아버지가 목욕 가라고 해서, 한겨울에 쓰레빠를 신고 갔는데.. 이사를 가 버린 거예요. 태어나자마자 고모집에 보내져서 다른 형제는 부모와 자랐고
	가정으로부터의 지지지원 부족		4년 전에 집을 나와서 혼자 고시원에서 생활하고 있고, 아주 심한 인터넷 중독인데 음란, 도박성으로 해서 본인이 그런 환경에서 그런 것들에 대한 불안이 심하니깐 새어머니는 연락하기도 힘든 경우였거든요. 그래서 아이에게 지지지원이나 근처에 도와줄 사람이 특히 가족면에서는 전혀 없었고
	부모의 관심, 칭찬, 애정 표현 부족		좀 어머니가 생각은 그렇지 않는데 애정표현도 안 해주셨고, 여건상 공장에서 일하면서 공장지하에서 생활하면서 아이는 거의 혼자 생활하고, 중학교까지 애정표현을 못 느끼고..
	가족내 대화상대 없음		환경이 그렇다 보니까 엄마가 농아인이고, 대화할 사람이 없는 거예요 학교에서도 대화할 사람이 없고 집에 가도 대화할 사람이 없고,,
	가족이 자살 문제를 가볍게 여김	부모가 동반 자살 시도, 청소년의 자살을 쇼로 받아들임	실제로 시도하시고 아이들 2명을 놓고, 알콜을 방에도 다 뿌리고 죽겠다고 어머니도 쇼를 하는 것 같다고 생각하세요. 근데 한번 기절했던 적도 있어요. 아빠라는 존재감에 대해서 자기는 아빠한테 맞다 기절한적 있다고 얘기 했었고 부모를 조정하려는 거였고, 부모는 '쇼하는 거다' 라고 받아들이는 거였고
	자살 행동	자살 시도 방법	약 구입, 뛰어내림, 칼로 손목긋기, 스스로 목을 누름, 양동이 물받고 머리 넣음, 락스 마심, 바다에 뛰어둠, 목매

			<p>아니었지만, 시도했다는 것 자체가.. 보여주려는 것의 느낌도..</p>
자살 시도 상황	<p>상담 종결 당일 자해 시도, 상담종결 직전 시도, 교사의 꾸중 직후, 부모의 무관심</p>		<p>중결 상담일 때, 아이가 학교를 안와서 상담을 못했어요.. 학교에서는 애가 아파서 그랬다고 했는데, 엄마랑 통화를 해보니까 목을 매서 병원에 실려가고..</p> <p>그날은 정말 아파서 늦게 갔는데 선생님 그것을 받아 주지 않고, 굉장히 화를 내서 수업 2교시 끝나고 나가서 집에 가서 보따리 싸서, 그 때 마침 사귀게 된 남자애에게 문자를 보내 '그동안 잘해줘서 고맙고, 너가 잘 됐으면 좋겠다. 난 떠나간다'. 문자를 보낸 거예요... 선생님한테 보여드리고, '정말 어떻게 하려고 했니?' 라고 하니까 부산에 바닷가 가서 자기 죽으려했다고..</p> <p>가족과 자기 동생과 자신이 다르고 그것에 대해서 비교된다 고 생각하고.. 왜나는 그럴까..라는 말을 자주하고, 엄마한테 자주 호소하는데, 엄마밖에 없고, 엄마는 아이를 귀찮아하시고, 놀고 들어오시고, 학교에 힘들어서 엄마한테 전화해서 '힘들다고 오실 수 없으세요?' 엄마는 늘 있는 일이고 그래서 그렇게까지 중요하게 생각하지 않은 거예요.. 그날..목을 맺던 거예요..</p>
자살 동기	<p>자살시도를 통해 관심 끌기, 자신의 어려움 강력 호소, 스트레스에 대한 반응</p>		<p>(관심 끌기)치명적인 약 먹는것도 아니고 치사량 먹는 것도 아니고 20알, 50알 정도 이런 식으로.. 어떻게 보면 부모 입장에서 '시위하는 거다'라고 생각할 정도로 관심 끌기 정도로 먹는 거 같아요.</p> <p>(어려움 호소)가정 상황 상으로 힘든 상황에서 선생님 수업하고 계신데 공책에 죽고 싶다는 이런걸 계속 써 놓는 것을 학과 선생님이 보시고, 여러 번에 걸쳐서 메모가 있고 (스트레스에 대한 반응)그 어머니가 자주 하는 말이 '고아원에 버리겠다. 데리고 못 살겠다' 한번은 굉장히 친한 고모 있는 앞에서 그런 얘기해서 화가 나서 방에 들어가 손목을 그었다.</p>
시도 후 행동	<p>자살시도를 부인함, 부모에게 연락하지 않음</p>		<p>손목 굉장히 많이 그은 아이는 내가 초기에 말은 앤데 드러내지 않고, 이게 별게 아니다.. 보이는 부분이 칼빵이라고 하죠. 백번도 넘게 했을 것 같은 아무 것도 아니다 그냥 하다 보니 이렇게 되었다.</p> <p>제가 보기에는 분명히 자살시도 가까운 것도 같은 데 아니라고. 잘 표현은 안하지만</p> <p>이 친구도 죽으려고 자해를 했는데 몰래 집안 식구가 없는 데서 하긴 했는데, 아는 오빠를 불러서 처치를 하고, 병원에 갔다 갔는데 엄마가 전혀 눈치를 못 채는 또 이런 거 때문에 힘들어하는 친구 였고..</p>
자살 위기 청소	<p>진단의 어려움</p>	<p>청소년의 인식부족 및 거부</p>	<p>귀신얘기 나오면 정말 다들 무서워했던..저희에게 의뢰된...여러 곳에서 돌다가 왔기 때문에 장기간 걸친 시간에서 왔는데 물어볼 때가 없더라구요, 물어보고 싶은데.. 상담하시는 YC 선생님들은 다들 병원 보내라고 하고, 아이가 병원을 강하게 거부를 할 때였고, 실질적으로 이 아이랑 만나서 뭘 어떻게 입을 때야할지..</p>

년 의 심 리 장 애		상담자 자신의 역량 및 자신감 부족	그냥 '이런 적이 있었어요' 라는 말을 듣는 순간, 자살 들으면 당황되고 불안하고요. 꼭 진단이 필요할까 여기에 대해서는 글썩.. 확신이 서지 않네요
		자살위험성 파악할 수 있는 검사 부재	그냥 아이의 주관적인 입장에서 말을 하는 거예요. 아이 입을 통해서만 나오는 모든 정보가.. 과연 어느 정도 어디까지 진실이고, 내가 어디 정도 까지 평가를 해서, 왜냐하면 그것에 따라서 개입이 달라지니까.. 그거가 참으로 힘들어서..
		시간과 비용 문제 병원 연계의 어려움	신경정신과나 정신보건센터로 연결해서 검사를 받기 까지 시간도 많이 걸리고, 부모님이 자비를 드려서 하시겠다고 하면 빨리 진행이 되면 좋은데, 그런 상황이 안 되고 엄마는 한달 한번 쉬시고, 경제상황도 어렵고, 시간적으로도 미뤄지고, 아이스스로 혼자가지 않고, 나랑 같이 갈래 글썩요. 거부하는 입장이고. 이런 상황을 어떻게 대처해야 할지..
	진 단 방 법	심리검사 실시	심리검사는 문장완성검사하고 더 이상 검사는 하지 않았는데 필요할 것 같아요
		심리검사 의뢰	우울이 심하게 보였던 아이였거든요, 다른 사람이 보았을 때는 그래서 그 아이도 얘기를 했어요. 엄마에게 작년에도 우울을 받았었다. 엄마가 거부를 했어요. 제가 MMPI 실시하고 병원에 가서 또 해야 되기 때문에, 문항이 장난이 아니잖아요. 어차피 하게 될 거니까, 병원에 가서 의사에게 정확하게 진단받는 것이 좋겠다고 말했는데
		정신과 의뢰	지금은 대학교 2학년이고 사회복지학과 다니고 있고 장애등급까지 받았어요. 경계선 70, 경계선 장애이고, 상담 팀장선생님이 연계해서 대구 정신과에 의뢰해서 검사를 다 받았어요..
전 반 적 개 입 방 법	상담의 공통적 요인	<p>경청, 구조화, 공감 및 지지, 감정 표현의 격려</p> <p>(경청)아이의 상황은 어떤 상황이든지 듣는 거부터 시작 되는 거 같아요, 어디에 하소연 할 때도 없고, 그리고 사방이 막혀있다고 느낌이 드는 상태에서 내가 어떻게 해야 할지 될지 모르는 상황에서 아이들이 자살을 생각하는 거 같거든요..</p> <p>(공감 및 지지)진짜 관심을 많이 가져 달라고 자길 봐 달라 호소하는 경우가 대부분이었던거 같아요. 저한테 도움을 달라 관심을 달라는 호소 많아. 관심을 많이 가져주고 널 이해한다는 공감 메시지를 굉장히 많이 주었구요, 얼마나 많이 힘들었겠니.. 선생님한테 와줘서 고맙다. 혼자 힘들어하지 말고, 니 옆에는 내가 있잖아.. 그런 따뜻한 메시지 많이 줬었어요</p> <p>(구조화) 여기서 어떤 말을 해도 비밀을 유지해 줄 수 있다. 비밀을 유지한다는 것은 니가 죽겠다는 것을 비밀로 지키는 것이 아니라, 나에게 한 말에 대해 지켜준다고</p> <p>(감정 표현 격려) 친구관계 학교에서 은따, 이런 거 때문에 그때 감정이 어땠는지, 그 말 들었을 때 어땠는지..이런 거를 탐색을 좀 했구요</p>	

<p>자살 위기 청소년상담의 특정적 요인</p>	<p>자살금지 서약서 적성, 자살위험 관리, 죽고싶은 생각 개입, 긴급구조 연계</p>	<p>(자살 서약)처음 만났을 때 자살 금지서약을 작성한 것에 대해서 못 지키겠다는 것으로 왔는데 (자살위험 관리) 자살에 체크가 되어서 온 아이들은 초기엔 반드시 물어 보구요, 자살행동에 대해 충분히 이야기하고, 자살하지 않겠다는 약속을 하고, 조금씩 아이가 심리적으로 안정되어가면 그런 과정들이 거치고 나서, 또 다른 문제가 드러나게 됐을 때, 그러면 이후 짚어봐요. 그러면 또 죽고 싶은 마음도 들겠네라는 식으로 물어보거나, 그 아이에게 상황이 좋아지면 그러면 또 인제 웃으면서, 그때 안 죽은 것이 다행이지 않냐. 이런 상황을 경험하지 못하고, 정말로 안 죽은 것은 잘 하지 않았니.. (긴급구조)저는 바로 시도하자마자 전화가 왔거나, 혹은 죽으러가겠다 그래서...112에 신고하고 애 때문에 다른 남자아이가 나도 죽겠다 해서 연락이 안 되고 행방불명이 되고... 그 모든 과정에 있어서 112에 신고해주고</p>
<p>기타 요인</p>	<p>외부 지지자원 연계, 자살이외 문제 다루기, 내담자 잠재성 강화</p>	<p>(외부자원 연계)개인적으로 지역사회 복지관이나 공부방을 알아보고 그것에 대해서 아이와 이야기 하는 부분이 종결 부분에서 많이 갔었어요. (잠재력 강화)비보잉 준비하고 뮤지컬 준비 하면서 자기가 자신감을 회복하고, 그런 것이 다 맞물리면서 긍정적으로 계속 지지해 주고.</p>
<p>접근 방식</p>	<p>정서적 접근, 인지적 접근, 문제해결 중심적 접근, 행동적 접근</p>	<p>(정서적 접근)정서적 지지...그 상황에서는 교육보다 아이가 자기가 스스로 상황을 반추한다고 해야 하나.. 스스로 깨달아 간다고 해야 하나요.. 그런 것들, 직접적 말보다 방향 제시해주고 유도를 해주고 선택은 하고 결정도 아이가 할 수 있도록. (인지적 접근)상담을 할 때 저는 인지 행동적인 쪽으로 사고에 대해서.. 부정적이고, 불합리한 사고에 대해서 합리적으로 사고로 전향할 수 있도록 상담을 했던 거 같다. (행동적 접근)행동수정 같이 이번 주에는 이것을 해보자 친구들한테.. 처음 학교 갔을 때..이런 것들이 들어가기도.</p>
<p>기타</p>	<p>역할극, 미술치료 및 분노 표출, 의사소통 훈련</p>	<p>(역할극)친구문제로 고민을 많이 했었기 때문에, 친구 갈등 해결하는 부분, 친구사이에서 오해가 어떻게 생기게 되었고, 오해 어떻게 풀어가야 너가 그런 오해를 받지 않고 아이들 하고 어울릴 수 있는지 역할극처럼 직접 해본 적도 한번 있어요. (미술치료 및 분노 표출)개인상담은 20회 안쪽. 개입방법은 주로 미술치료쪽으로 해서, 화나는 것 그러서 찢어던지고 (의사소통 훈련)의사소통 교정시 효과 컸다. 화가 났을 때 별책 습관적으로 화를 낸다든지... 가해자에게 움츠리는 반응 대신 사실대로 자기 표현하는 훈련 하고 나니 대인관계에서 크게 효과를 보았다. 의사소통 교육은 훈련이 되어졌을 때 아이들이 효과를 크게 본다.</p>

개입 시기 별 개입 방법	초기	<p>라포 형성, 구조화, 공감 및 지지, 자살위험 관리, 자원 탐색, 주변 자원 접촉, 구체화, 응급라인 연결</p>	<p>(라포 형성)처음에는 일반 상담도 마찬가지로지만 야간 비행인 아이들하고는 라포 형성이 최우선이잖아요.. 그런 애들 세계를 이해하는 것, 공감이 굉장히 쉬운 거 같지만 상담 전 회기에 걸쳐서 기법이라고 생각하는데 ..그게 제일 많이 아이와 나 관계를 형성하는 데 영향을 미칠 것이고. (구조화)이제 아이가 워낙 말하는 것 좋아해서 학교로 가서 정기적으로 일주일에 한 시간은 너의 시간이니니까, 니가 좋았던 일 슬펐던 일 선생님과 나눌 수 있다고 하고 (공감 및 지지) 초기엔 아무래도 아이도 말하기가 쉽지는 않잖아요. 공감해주고 신뢰를 주고, 아이의 이야기를 심정 들어주고, 아이가 어디까지 가 있는지 파악하고 (자살위험 관리) 처음의뢰 될 때, 자살로 온 경우, 중에 그런 아이. 자살에 체크가 되어서 온 아이들은 초기엔 반드시 물어 보구요, 자살행동에 대해 충분히 이야기하고, 자살하지 않겠다는 약속을 하고 (주변 자원 접촉)아빠가 바쁘단 핑계로 안 오시고, 조금 자원을 활용하려고 옆에 사는 고모나 아빠나 누나를 제가 만났어요. 만나면서 조금 가족들이 아이에 대한 관심이 가더라구요. 저랑 아이랑 이야기를 하니까 관심이 가는 거 같아서, 주변 친구나 가족들이 아이에 대한 관심이 가는 것 같아서, 주변에 친구나 가족이랑 셋이서 만난다거나, 아이에 대한 관심을 불러일으키는 그 행동을 많이 했었구요 (구체화)기억 안 난단 말을 참 많이 했다. 아이가 방어하기 위해서 그런 말을 하는 건지 기억이 안 나서 그러는 건지 물어보면 '정말 기억이 안 나요' 그렇게 이야기하기도 하고, 그런것을 탐색하려고 초반에는 많이 애를 썼고, 처음에는 이리저리 물어봤던 거 같아요.</p>
	중기	<p>자살위험 관리, 스트레스 대처, 자살과 관련된 문제를 구체화, 가족 개입, 부모교육, 내담자 잠재성 발굴, 긍정적 자원 강화, 학교 및 주변환경</p>	<p>(자살위험 관리)중기쯤에는 자살 충동이나 자살사고에 대한 직접적인 해결이라고 해야 하나, 이런 것들에 대한 전문 상담이 들어가야 하지 않을까 싶구요 (스트레스 대처)중기 때 아이가 해결하고자 원하는 것, 청소년들이라고 해서 그런지 자살원인이라고 하기는 조금 그렇지만 보통은 어떤 스트레스 상황에서 긍정적으로 해결하지 못할 때 오는 게 굉장히 많은 거 같거든요.... 실제로 스트레스 해결하는 방법이 무엇이 있는지 찾아보는 거 (부모 교육)부모님한테는 조금 강하게, 아이가 그 정도로 힘이 든다 지금.. 혼자 있게 하거나 방에 문을 잠글 때 엄마가 경계심을 잊으시면 안 된다. (내담자의 반복적 심리적 고통호소 버티기)전화번호를 알려 주니까 120개씩, 주말에.. 11시부터 새벽 2시까지.. 하고 싶은 얘기를 다 쏟는 거예요.. 그런 것을 굉장히 많이 견뎌줬어요. 120개 문자를 봐도 답장을 하는 게 아니라, 이틀 뒤에.. 굉장히 힘들었던 거 같아요 제 자신도 힘들었지만, 그 아이도 그렇게 할 수 밖에 없다라고 생각하는 그 상황에서</p>

		다루기, 내담자의 반복적 심리적이고 호소 버티기	바로바로 얘기 해주는 것도 중요했던 거 같은데 저 같은 경우에는 다 들어주고, 이를 뒤에 다시 연락을 하면 주말에 2시간 썩 계속 문자를 하는 경우도 있었어요
		후기 대안 제시하기, 부모와의 관계 강화, 부모 지원의 강화, 병원이나 공부방 등 지역사회 지원의 연계	<p>(대안 제시)후반기에는 어느 정도 그런 거 하다 보니까 '나 같으면 어떻게 했겠다' 그런 식의 개입 많이 했던 것 같고..</p> <p>(부모와의 관계 강화)운동도 같이 가시는 거, 아침에 산책하는 거, 아이랑 얘기 들어주시는거, 그런 것들을 엄마가 되게 노력하셨거든요..그런 것들에 대한 체크를 많이 했던 거 같아요, 아이한테.. 그때 엄마랑 같이 산책한 거 어땠어? 뭐가 좋았어? 실제 했었던 일에 대한 체크..</p> <p>(부모 지원의 강화) 비보이를 좋아한다는 얘기를 했었는데, 나중에 조부모와 상담하면서 그 부분을 강하게 말씀드렸어요. 할머니 강하게 반대하셨거든요. 아이가 좋아하는 일이고, 나중에 학교에서 한다는 얘기를 듣는 순간 인정해 주시는 거예요.</p> <p>(지역사회지원의 연계) 아이도 에너지도 낮고, 약간 소극적이어서 하나니까.. 선뜻 어디로 갈까를 결정하는 것을 어려워 하드라고요. 아이랑 같이 공부방에 가서 보여주고, 거기에 대해서 이야기 하는 것이 한달 반이 넘게 걸렸던 거 같아요. '가 보는 게 어떨겠니?' '어떤 것에 관심이 있니?' 후반기에 다른 기관으로 연계하고 종결하는 것이 마지막 부분이었어요.</p>
회 과 적 인 개 입 요 인	청소년상 담과 직접 관련된 요인	<p>상담관계 촉진방법 사용, 자기표현 및 의사소통 훈련, 관점 변화 및 확장 시도, 내담자 긍정적 내적 자원 강화, 자살위험 24시간 밀착 대처</p>	<p>(상담관계촉진)잘하는 것은 잘한다고 이야기해주고, 이런 부분 노력 했네 칭찬해주고. 그 아이는 곤충 키우는 거를 좋아하고, 세상이 살만하고 누군가 나를 생각해 주는 사람 있다는 것 끈이 있으면 자살시도를 하려다가도 생각하지 않을까. 중요한 것은 관계인거 같아요. 관계가 있으면 다른 관계에서 실망하더라도 그래도 날 기다려주는 존재가 있고 날 믿어주는 사람 있고, 나를 사랑해주는 사람이 있다는 것을 느낀다면 거기까지는 가지 않을까..</p> <p>(관점변화 및 확장 시도)생각을 조금 넓혀주는 거, 자살을 하거나 자살 시도나 이런 것들이 너만 하는 건 아니다. 청소년 전반기의 특징들, 니가 유별나서 그런 것이 아니다. 더 관점을 바꿔놓는 것일 수도 있고, 생각을 내려놓는 것일 수도 있고, 너만이 독특한 그런 것은 아니다. 누구나 갖을 수 있는 생각인데, 하고 안하고의 이런 차이이다. 이런 걸 얘기한거 같아요 보편성 이런 거.</p> <p>자신 자기의 시각을 완전히 확정하는 거 지금 18살에 있는 2007년만 보지 말고, 내가 30살이 되었을 때, 50살이 되었을 때 이런 상황으로 넓혀보자. 80살 평생 사는 데 1-2년 늦는다고 큰일 나겠니?, 1-2년 집에 있는 다고 큰일 나겠니? 안 큰일 나잖아. 이런 얘기도 많이 하고, 그렇다고 1-2년 없</p>

		<p>으면 80 평생이 안 되잖니? 역으로, 그래서 효과가 있었던 것은 그것이었던 거 같아요</p> <p>(의사소통훈련)의사소통 교정시 효과 컸다. 화가 났을 때 별 컵 습관적으로 화를 낸다든지... 가해자에게 움츠리는 반응 대신 사실대로 자기 표현하는 훈련 하고 나니 대인관계에서 크게 효과를 보았다.</p> <p>(긍정적 내적 자원 강화)지능검사 했을 때 성과라고 한다면 동작성이 높게 나와, 설명해 주는 가운데에서 니가 손으로 만지는데 재주가 있을 수 있고, 흥미가 있을 수 있다는 것을 아이와 이야기 했는데, 아이가 크게 받아들인 거 같더라구요. 그게 니 장점이 재주가 있고, 기술에 재능이 있구나. 아이가 그것을 나중에 상담에 중간평가나 종결 때에도 그 부분을 그런 부분에 재능이 있다는 것을 몰랐는데 많이 알게 된거 같다고 해서 놀라워 했더라구요. 종결을 중학교 3학년 1학기 때 했는데, 지금은 고등학교 1학년이어서 사후 관리를 가끔 하고 있어요. 고등 자동차고등학교로 입학했거든요.</p> <p>(자살위험시 24시간 밀착 대처)저와 같은 경우에는 사실 무식한 방법 이긴 한데.. 어째든 가장 기억 남는 게. 추석자살 소동 이었거든요.. 그래서 하여튼 무차별적으로 대시 한 거 같아요... 지역보건센터, 강서구. 바로 연결하고, 아이한테는 어째건 YC의 그러한 행동들이 '나를 중심으로 내 위험 진심으로 알아 그 공감의 그 걱정해 주고, 뛰어 들어줬심으구나'.. ..4일을 단 한시도 혼자 내버려두지 않았어요. 통신회사에 물어봐서, 이럴 경우에 위치추적 부탁해놓고 그랬는데, 대상자 아이 입장에서는 자기 스스로가 느꼈을 것 같구, '진심으로 걱정을 해주는 구나'는 것을 느꼈을 거 같고</p>
<p>부모 개입과 관련된 내용</p>	<p>현재의 상황 수용, 약물치료를 부모에게 이해시키기, 자녀에 대한 부모의 관심과 접촉 증대, 자녀의 잠재성에 대해 이해하기, 내담자 장점 살리도록 부모 설득하기</p>	<p>(현재의 상황 수용)니가 18살인데 20살에 곧 화려한 독립도 할거고 결혼도 할건데, 아빠로부터 내가 독립하자로 상담했던 거 같아요. 마지막 쯤에 가서는 그렇게 한 거 같아요. 아빠한테 아빠를 바꾸기는 니가 너무 힘들다. 이제는 아빠는 아빠고 너는 너잖아. 아빠 때문에 니 인생 그렇게 갈 수는 없잖아 우리가 독립하장 그렇게 상담을 했던 거 같아요.</p> <p>(약물치료를 부모에게 이해시키기)</p> <p>(자녀에 대한 부모의 관심과 접촉 증대)엄마도 정기적으로 들어오는 계기가 되어서 안정이 되었고, 어머니가 실마리를 약간 푸신 것도 있는데, 아이가 친아버지에 대해 자기존재감에 대해 궁금해 했는데, 엄마 조금씩 언급을 해주셨고,</p> <p>(자녀의 잠재성에 대해 이해)</p> <p>(내담자 장점 살리도록 부모 설득)비보이를 좋아한다는 얘기를 했었는데, 나중에 조부모와 상담하면서 그 부분을 강하게 말씀드렸어요. 할머니 강하게 반대하셨거든요. 아이가 좋아하는 일이고, 나중에 학교에서 한다는 얘기를 듣는 순간 인정해 주시는 거예요.</p>

	주변 자원 활용	학교에서 인정받음, 사회복지체계와 연결된 지원 제공	<p>(학교에서 인정받음) 아이들하고도 관계가 조금씩 조금씩 형성되면서 자기가 좋아하는 비보이 학교 발표에 참가하면서, 그것을 하면서 다시 극복이 되었고, 인정을 받는, 보여주는 것을 좋아하는 아이였더라구요.</p> <p>(사회복지체계와 연결된 자원 제공)그냥 방임이 되어버리는 경우가 많은 거 같아요. 그래서 제가 지역사회 공부방 연계하는 것도 아이가 거기 가면은 규칙적 생활도 할 수 있고 밥도 먹을 수 있으니까.. 지역사회 복지관이나 공부방을 알아보고 그것에 대해서 아이와 이야기 하는 부분이 종결 부분에서 많이 갔었어요.</p>
	상담자 지원 요인	사례회의, 슈퍼비전, 상담자교육	<p>(사례회의)금요일 사례회의라 초기 개입할 수 있는지 알고 싶었어요. 전문적이지 못해서 그래서 자살보다는 다른데 초점 두었고, 그래도 그 애와 맞아 떨어진 것 같아요</p> <p>(수퍼비전)수퍼비전 받고 해서 아이를 들어주는 입장, 아이가 무슨 이야기를 하든 들어주는 입장으로 나가다 보니까. 처음에는 자기 이야기가 힘들었던 아이였는데, 요즘에는 술술 자기가 나중에는 '제가 좀 그런 것 같죠. 선생님 이걸 어떻게 해야 하는지 얘기 좀해주세요'라는 이야기를 하고, 충분히 많이 들어주는 것이 필요한거 같아요</p> <p>(교육)저는 1388 전화를 교육을 서울시에서 했고, 3년간 1388전화를 받으면서 그런 특강들이 있어서 그런 거 하고, 생명의 전화에서 특강 받을 기회 있었다.</p>
장애 요인	부모 및 환경 관련 요인	부적절한 부모 양육태도, 부모의 정신병리, 부모의 자녀 방치, 부모의 정서적 지지 부족, 청소년 지지자원 부족	<p>(부적절한 부모 양육태도) 할머니랑 이야기를 할 때, 할머니 속마음은 아이도 불쌍하고, 하지만 할 건 해야 한다. 이런 완고한 가치관이라고 할까 교육관이라고 할까.. 그런 것 때문에 아이가 중간에 힘들어해서, 저한테 연락해서 나가지 못하게 한다. 성적을 안 올리면 때리신다고, 구타는 아니고 체벌 하시는 거..이런 거 힘들다고 중간 중간 얘기 했었어요, 너 같은 자식은 우리 집안에 해가 된다고 을지로 상담센터에서 YC를 받는 것을 한번 아셔서, 개 패듯이 맞았다고 본인인 표현을 했구요</p> <p>(부모의 정신병리) 엄마가 병리가 있어서 아빠를 못 만나게 했어요 여자 상담자가 아빠를 만난다는 것을 엄마가 차단하셨구요.</p> <p>(부모의 자녀 방치) 8,9월부터 연말까지 만나면서 다행히 어머니가 중간에 외부에서 일하면 연락이 안 되다가 들어오셨는데, 중간에 왔다갔다 나가셨다 들어왔다. 엄마 들어오면 기분이 좋아지고, 학교생활도 제가 언급한대로 잘 하다가도</p> <p>(부모의 정서적 지지 부족) 아이는 거의 혼자 생활하고, 중학교까지 애정표현을 못 느끼고..</p> <p>(청소년 지지자원 부족) 새어머니는 연락하기도 힘든 경우였거든요. 그래서 아이에게 지지자원이나 근처에 도와줄 사람이 특히 가족면에서는 전혀 없었고,</p>

<p>청소년 요인</p>	<p>이전의 부정적 상담경험, 내방상담을 원치 않음, 정신과 치료 거부</p>	<p>(이전의 부정적 상담경험)본인이 스스로 을지로 청소년 상담 지원센터에 의뢰를 해서 YC 상담을 받은 경우인데, 이 아이 말로는 그 YC 선생님이 3번이나 바꿨고, 그 기간은 3년이었고, 근데 다시 연락을 하니까 자신을 알아 보는 사람이 없더라..고 (정신과 치료 거부)아이가 병원을 강하게 거부를 할 때였고, 실질적으로 이 아이랑 만나서 뭘 어떻게 입을 떼야할지..</p>
<p>상담자 요인</p>	<p>상담자의 역량 부족, 선입견, 소극적 개입, 자살개입에 대한 두려움, 초기진단의 미흡, 개입기간이 짧음</p>	<p>(상담자의 역량 부족)제가 자살에 대해서 전문지식이 없어서, 자살관련 자료도 읽고 노력도 했는데, (선입견)그것에 대해서 불신이 있어서 신뢰감이 생기지 않을 것 이라고 생각했기 때문에.. (자살개입에 대한 두려움)그냥 '이런 적이 있었어요' 라는 말을 듣는 순간, 자살 들으면 당황되고 불안하고요. (소극적 개입)초반에 제가 먼저 꺼내지 않았었고, 많은 상담을 했었고 (초기진단의 미흡)애들이 병리가 심각하진 않았지만 있었다는 라는 게, 지금 생각하니까 느껴지는 건데... 애들이 그냥 있는데 처음 봐서 뭐라고 하지도 않았을 거고, 3학년이면 1,2,3학년이면 대략 눈도장도 찍은 아이들일 텐데도, 뭔가 같이 있기 싫고 애들이 시비 거는 느낌도 드는 거 같고, 못 마땅하고..어머님이 학교 앞까지 데려다 주었는데도 불구하고, 3월에 조금 애를 써보고 저랑 상담 연결이 안 됐어요. 할튼 그러면서 결국에는 상반기에는 학교 못 다니고, 학교를 자퇴하고 검정고시 준비하는 것으로 원래 가지고 있던 취약성이었던 거 같아요. 그 부분이 해결이 잘 안 된 거 같아요 (개입기간이 짧음) 상담기간에는 그런 부분이 없어졌거든요. 2학기에는 자기 반에서 반장도 하고, 그룹 아이들과 친해졌는데 '어떻게 친해졌니?' 자기가 가서 말을 걸었고 바로 대답을 했다고. 문자도 교환하고, 친구가 됐다고 했는데, 3학년이 되니까 또다시.. 아쉬움이 개인적으로 남고, 상담을 계속했으면 3월달이라도.. 지속이 되었으면 어땠을 까..그런 생각이 들더라구요.</p>
<p>구조화된 프로그램의 사용 경험</p>	<p>(인지치료, DBT, QPR)정신과 상담.. 뭐.. 분회에 계신 인지 DBT 하신 분도 오시고, 여러분이 오셔서 하셨는데, 그 때 실제로 하는 사례를 보여 주시고, 도움이 많이 됐었고, 저희 센터에서 어째든 QPR 하고 선생님이 하셨던 그 이후에, 집단 상담 프로그램도 하나 만들고 이랬거든요. 그런 과정에서 제일 많이 썼던 것이 QPR과 인지, 두 가지를 제일 많이 따다가 썼어요. 학급 교육 할 때도, 그런데서 많이 따다가 했어요. (대인관계향상프로그램 등)상담원에서 만든 프로그램은.. 다.. 써봤어요. 대인관계향상프로그램, 뭐 분노조절프로그램, 부모교육프로그램 같은 거요. 집단프로그램 매뉴얼 기준해서</p>	

	<p>첨가하거나 빼기도 했고, 작년에 자살 매뉴얼 따라 해보았는데 낯설어서...정확하게 따라는 못했어요.</p>
<p>기타 지원사항</p>	<p>자살시도 관련 부모의 대처 교육, 생명존중 교육 및 학교의 대처 교육, 핫라인의 강화와 상담자교육, 상담프로그램의 필요성</p> <p>(자살시도 관련 부모대처 교육) 청소년이다 보니까, 자살 집에서 하거나 부모님이 맞닥드리는 경우가 많고, 집에서 약을 먹거나, 뛰어내리거나, 방에서 또 손목을 긋고 있다가 부모님이 방문을 열어보니 휴지가 한 뭉탱이 있었다는 사례가 있었는데, 부모님하고 개입을 해야 하는데, 아이가 자살 시도를 했을 때, 그것을 어떻게 아이와 이야기 해야 한다고, 해야 할지 청소년 동반자가 어려운 부분인 거 같아요. 그래서 아이가 호소할 때, 아이가 뛰어 내린 다고 할 때.. 어머니가 가장 어려운 부분이 아이가 뛰어내린다고 했는데, 이것을 애를 말렸어야 하는 건지.. 그 때는 '그래 뛰어 내릴려면 뛰어내려라' 라고 엄마가 했고, 아이가 그만 두긴 했는데, 어떻게 대처해야 할지 모르겠다. 그런 이야기가 나와서 (생명존중 교육) 애들도요, 저희 가르치는 동반자나 부모님이 교육하는 것이 아니라, 아이들 스스로한테도 그런 생명의 소중함이랄까?... 그런 교육이 기회 체험관 이런 것은 자살 관련된 것은 없겠지만, 그런 기회가 있었으면 좋겠다. 그런 것을 생각해 보거나, 누구에게 이야기를 듣거나.. 서울 같은 경우에는 성은 체험관도 있잖아요. 자살에 대해서 그런 것을 만들 수도 없지만, 생명의 전화 홍보라든가, 아이들이 경험해보고 깨달아보고 시간이 있었으면 하는데.. 구체적으로는 어떻게 해야 할지는 모르겠네요.</p> <p>(핫라인 강화와 상담자 교육)사실은 핫라인이 제일 중요하지 않을까.. 실질적으로 애네가 확 올라왔을 때, 딱 어딘가 눌러서 전화가 되서 올 수 있는.. 저희 1388 전화도 놓지만, 저희 센터만 해도 긴급구조 서비스를 못하고 있거든요. 두 센터만 하고 있고.</p> <p>(상담프로그램의 필요성)분노 조절프로그램에서 화나는 상황에서 전환하기 굉장히 힘들잖아요. 아이들이 바로 행동으로 하니까.. 그런 거 상담회기 중에 지속적으로 분노를 어떻게 조절할 것인지 스킬 부분을 교육을 통해서 상담자와 얘기를 통해서 급박한 상황이 되었을 때, 지연시켜주는 능력을 아이에게 길러주는 거..</p>

부록 3. 시범운영 평가 질문지

[위기관리기록지 I]

날짜: 20 . . . (상담 회기)

1. 요즘 내 상태와 비슷한 곳에 √표 하세요.

항목	매우 낮은					매우 높은	내 용
	1	2	3	4	5		
스트레스							나에게 가장 스트레스가 되는 것은
심리적 고통							내 마음이 가장 고통스러운 것은
초조감과 흥분							감정이 확 솟아올라 어쩔 줄 모를 때는

2. 내가 가장 싫을 때는 _____ 이다.

3. 아무 희망이 없다고 느껴질 때는 _____ 이다.

4. 요즘 내 상태와 비슷한 곳에 √ 하세요

5-----4-----3-----2-----1-----0-----1-----2-----3-----4-----5

나는 죽고싶다 나는 살고싶다

5. 살고 싶은 이유와 죽고 싶은 이유를 기록하세요.

살고 싶은 이유	중요도 순위	죽고 싶은 이유	중요도 순위

[위기관리기록지 Ⅱ]

날짜: 20 . . . (상담 회기)

1. 요즘 내 상태와 비슷한 곳에 √표 하세요.

항목	매우 낮은					매우 높은	내 용
	1	2	3	4	5		
스트레스	1	2	3	4	5		
심리적 고통	1	2	3	4	5		
초조감과 흥분	1	2	3	4	5		

2. 요즘 내 마음과 비슷한 곳에 √ 하세요.

5-----4-----3-----2-----1-----0-----1-----2-----3-----4-----5

나는 죽고싶다 나는 살고싶다

■ 자살 생각 : ___ 있음 ___ 없음 ■ 자살 충동 : ___ 있음 ___ 없음
 ■ 자살 계획 : ___ 있음 ___ 없음 ■ 자살 시도 : ___ 있음 ___ 없음

[위기관리기록지 Ⅲ]

날짜: 20 . . . (상담 회기)

1. 요즘 내 상태와 비슷한 곳에 √표 하세요.

항목	매우 낮은					매우 높은	내 용
	1	2	3	4	5		
스트레스	1	2	3	4	5		
심리적 고통	1	2	3	4	5		
초조감과 흥분	1	2	3	4	5		

2. 내가 가장 싫을 때는 _____ 이다.

3. 아무 희망이 없다고 느껴질 때는 _____ 이다.

4. 요즘 내 마음과 비슷한 곳에 √하세요

5-----4-----3-----2-----1-----0-----1-----2-----3-----4-----5

나는 죽고싶다 나는 살고싶다

■ 상담에서 특히 도움이 되었던 것은 무엇입니까? 가능한 자세히 기술하세요.

■ 상담에서 배운 것 중에, 혹시 자살생각이 날 때 쓸 수 있는 방법은 무엇인가요?

[자살생각 척도]

※다음은 여러분의 생각에 대한 의견을 알아보고자 하는 문항입니다. 자신의 생각과 일치한다고 생각되는 곳에 √표 해주세요.

번호	문항	전혀 없다	거의 없다	약간 있다	꽤 있다	많이 있다
1	살고 싶은 소망은					
2	죽고 싶은 소망은					
3	실제로 자살시도를 하려는 욕구가 있다.					
4	자주 자살하고 싶은 생각이 든다.					
5	실제로 자살할 수 있는 능력이 있다고 생각한다.					
6	자살에 대한 생각을 실행하기 위해 실제로 준비한 적이 있다.					
7	자살하려는 글(유서)을 쓴 적이 있다.					
8	자살에 대한 생각을 다른 사람들에게 이야기한 적이 있다.					
9	죽음을 예상하고 한 일(예: 보험, 유언 등)이 있다.					
10	자살하고 싶은 충동을 통제할 수 있다.					
11	자살에 대해 깊게 생각했을 때 구체적인 방법까지 계획한 적이 있다.					
12	정말 자살시도를 할 것이라는 확신은?					
13	실제로 자살 시도를 하는 것에 대한 방해가 있다(예: 가족, 종교, 다시 살 수 없다는 생각 등).					
14	자살하고 싶은 생각이나 소망이 오랫동안 지속된 적이 있다.					

[스트레스 대처]

※ 여러분은 스트레스를 받는 상황에서 아래의 문항에 제시된 행동을 얼마나 했습니까? 문항별로 해당되는 곳에 √표 해주세요.

번호	문 항	전혀 그렇게 하지 않았다	조금 그렇게 했다	자주 그렇게 했다	항상 그렇게 했다
1	내 힘으로 해결하기 위해 해결방법을 찾는다.				
2	좋은 쪽으로 생각하려고 나 자신을 타이른다.				
3	모두 잊어버리려고 노력한다.				
4	그 일이 내게 도움이 될 수도 있다고 생각한다.				
5	영똥한 생각을 하며 시간을 보낸다.				
6	나의 느낌에 대해 다른 사람과 이야기한다.				
7	왜 그런 일이 생겼는가에 대해 더 많은 것을 알려고 노력한다.				
8	문제해결을 도와줄 사람에게 이야기한다.				
9	그 문제에 대해 생각하지 않는다.				
10	오로지 사태가 좋아지기만을 기다린다.				
11	기적이 일어나기를 바란다.				
12	오락이나 게임을 한다.				
13	밖에 나가 논다.				
14	그 문제에 대해 친구와 이야기한다.				
15	나의 기분, 느낌을 부모님께 이야기한다.				
16	나의 기분을 이해해 줄 사람을 찾으려고 한다.				
17	고향을 지르거나 운다.				
18	운동을 하거나 TV를 본다.				

[문제해결능력 척도]

※ 다음 문항을 잘 읽고 당신이 동의하는 정도를 가장 잘 나타낸다고 생각되는 칸에 $\sqrt{\quad}$ 표 해주세요.

나는.....

번호	문항	매우 그렇다	대체로 그렇다	약간 그렇다	약간 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	매우 그렇지 않다
1	문제에 대한 해결이 성공하지 못했을 때, 왜 그러했는지를 검토하지 않는다.						
2	복잡한 문제를 만나면, 그 문제를 파악할 수 있는 정보수집계획을 수립하지 않는다.						
3	문제 해결을 위한 첫 번째 노력이 실패하면, 그 상황을 다룰 수 있는 지 걱정이 된다.						
4	어떤 문제를 해결하고 난 후에는 무엇이 잘되었고 무엇이 잘 안되었는지를 따져보지 않는다.						
5	문제해결을 위한 창의적이고 효과적인 방안을 생각해 낼 수 있다.						
6	어떤 문제의 해결을 위하여 노력을 한 후에는, 시간을 내어서 실제 결과와 내가 예상했던 것을 비교한다.						
7	어떤 문제가 있을 때, 그것을 처리하기 위하여 최대한 많은 방법들을 생각해 낸다.						
8	어떤 문제 상황을 대하면 나의 느낌에 어떤 변화가 일어나는지를 꾸준히 살펴본다.						
9	처음에는 어떤 해결책이 보이지 않을지라도 그 문제를 해결할 수 있다고 믿는다.						
10	내가 만나는 많은 문제들은 내가 해결하기에는 너무 복잡하다.						
11	어떤 문제에 대하여 결정을 하면 그 후에도 그 결정에 대하여 만족한다.						
12	어떤 문제를 만나면, 맨 먼저 떠오르는 해결책을 선택하는 경향이 있다.						
13	때때로 어떤 문제들을 처리하기 위한 시간을 갖기보다는 매우 당황스러워 한다.						
14	어떤 문제에 대한 해결방법을 결정할 때, 어떤 방안이 더 성공적일지에 대하여 고려하지 않는다.						
15	어떤 문제에 부딪히면 그 문제에 대하여 생각한 후에 그 다음 단계를 결정한다.						
16	일반적으로 머리에 떠오르는 첫 번째 생각에 따라 행동한다.						
17	어떤 결정을 할 때 각 대안의 결과에 대하여 평가하고 서로 비교한다.						

번호	문항	매우 그렇다	대체로 그렇다	약간 그렇다	약간 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	매우 그렇지 않다
18	어떤 문제를 해결하기 위한 계획을 세울 때, 그 계획대로 할 수 있다고 확신한다.						
19	어떤 행동을 수행할 때 그 결과를 예측하려고 노력한다.						
20	어떤 문제에 대하여 생각할 때, 여러 가지의 다양한 대안들을 고려하지 않는다.						
21	충분한 시간과 노력을 기울인다면, 내가 만나는 대부분의 문제를 해결할 수 있다고 믿는다.						
22	새로운 상황을 맞더라도, 그 상황에서 일어날 수 있는 문제들을 처리할 수 있다고 믿는다.						
23	어떤 문제를 해결하기 위한 행동에 착수할지라도, 때때로 헤매거나 방황하곤 한다.						
24	판단을 빨리하고 나중에 그것에 대하여 후회한다.						
25	새로운 문제든 어려운 문제든 해결할 수 있는 나의 능력을 믿는다.						
26	여러 가지 대안들을 비교하고 결정을 내리는 체계적인 방법을 알고 있다.						
27	어떤 문제에 부딪힐 때, 내 주변의 어떤 것들이 문제해결에 도움이 될 것인지를 검토하지 않는다.						
28	어떤 문제를 만나게 되면, 맨 먼저 상황을 파악하고 관련된 정보들을 검토한다.						
29	때때로 나는 감정에 사로잡혀서 문제를 다루기 위한 다양한 방법들을 생각해내지 못한다.						
30	내가 결정한 일의 실제적인 결과는 내가 기대했던 결과와 대체로 비슷하다고 생각한다.						
31	어떤 문제에 접하게 되면 그것을 처리할 수 있을지 불안하다.						
32	어떤 문제가 있을 때, 그 문제를 정확히 파악할 수 있는 능력이 있다.						

[사회적 지지 척도]

※ 주위사람들과의 관계에 관한 질문입니다.

주위사람들에게 느끼는 것을 잘 나타내주는 곳에 √표 해주세요.

번 이	문 항	아주 조금 그렇다	조금 그렇다	보통 이다	많이 그렇다	아주 많이 그렇다
1	주위 사람들이 내가 하는 일들에 대해 고맙게 생각했다.					
2	주위 사람들이 나를 존중해 주었다.					
3	주위 사람들이 나를 염려해 주었다.					
4	주위 사람들이 나에게 필요한 정보와 충고를 주었다.					
5	내가 너무 많은 일을 한꺼번에 해야 했을 때 주위 사람들이 도와주었다.					
6	중요한 고민이나 감정 등을 털어놓고 싶었을 때 주위 사람들이 내 이야기를 들어주었다.					
7	주위 사람들과 다투었다.					
8	주위 사람들이 나의 신경을 건드렸다.					
9	주위 사람들이 나의 생각이나 느낌을 잘못 이해했다.					
10	내가 옳다고 생각하는 것과는 달리 못마땅한 방식으로 주위 사람들이 일을 처리했다.					
11	주위 사람들이 나를 불쾌하거나 화난 태도로 대했다.					

[자아존중감 척도]

※ 다음 질문은 평소 자신에 대해서 어떻게 느끼고 생각하는지 알아보기 위한 것입니다. 각 문항을 읽으시고 당신의 느낌과 가장 가까운 칸에 √표 하세요.

번호	내 용	전혀 그렇지 않다	약간 그렇 다	보통 그렇다	상당히 그렇다	완전히 그렇다
1	나는 내가 다른 사람들처럼 가치있는 사람이라고 생각한다.					
2	나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다.					
3	나는 대체적으로 실패한 사람이라는 느낌이 든다.					
4	나는 대부분의 다른 사람들과 같이 일을 잘 할 수가 있다.					
5	나는 자랑할 것이 별로 없다.					
6	나는 내 자신에 대하여 긍정적인 태도를 가지고 있다.					
7	나는 내 자신에 대하여 대체로 만족한다.					
8	나는 내 자신을 좀더 존경할 수 있었으면 좋겠다.					
9	가끔 내 자신이 쓸모 없는 사람이란 느낌이 든다.					
10	나는 때로 내가 좋지 않은 사람이라고 생각한다.					

[종합평가지]

현장전문가 현장활용도 평가표

1. 프로그램명

2. 평가내용

질 문	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 본 프로그램 개발은 시의 적절하다고 생각하십니까?					
2. 본 프로그램이 개발 목적에 맞게 잘 개발되었다고 생각하십니까?					
3. 본 프로그램이 현장에서 활용되기에 실용적이라고 생각하십니까?					
4. 본 프로그램을 고객(청소년)에게 적용할 경우, 유익할 것이라고 생각하십니까?					
5. 본 프로그램이 현장에서 활용된다면 기여도가 높다고 생각하십니까?					

프로그램 참여자 평가표

1. 프로그램명

2. 평가내용

질 문	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 프로그램의 내용은 이해하기 쉬운가요?					
2. 프로그램에 참여하는 것이 만족스러웠나요?					
3. 프로그램이 목적에 맞게 잘 만들어졌나요?					
4. 프로그램이 여러분에게 유익하다고 생각하나요?					
5. 프로그램이 우리나라 아동·청소년(부모)에게 널리 활용되기를 원하시나요?					

부록 4. 시범운영 사례내용의 요약²⁾

항 목	사 례 1								
성별·나이	여, 19세(고3 자퇴)	상담 기간	2009. 7. 20~10. 20(진행중)						
의뢰 경위	시설에 들어가기 전에 스트레스를 받으면 다른 사람에게 폭력을 쓰고, 자해를 했다는 사실을 알게 된 시설선생님이 상담으로 의뢰								
자살 관련 행동	- 1년전 엄마와 심하게 다툰 후 가출하고 그날 친구와 강 근처로 놀러가서 물에 들어갔는데 친구들이 건져내어 살아남 - 2009월 초 가출 당시 친구들의 갈등 상황에서 자신의 팔을 그음								
개인적 특성	- 짧은 머리, 남성적 외모, 고 3 때 자퇴 후 가출 - 자신을 받아주는 사람에게 깊게 의존하고, 자신을 안받아준다고 여겨지는 사람에게 배타적이고 과격한 행동을 보임 - 시설에 들어온 후 청소년 중 만언니 역할을 하게 되어 모범적 생활을 하려 노력								
환경	- 가출이전 : 엄마와의 갈등으로 힘들어함 - 시설선생님의 지지적인 관심과 관리 하에 심리적으로 보다 안정됨 - 시설에서 알게 된 종교지도자의 조력 하에 진지한 신앙생활을 하게 됨								
사전검사 및 중간검사	검사	자살생각	스트레스 대처	문제해결능력	사회적 지지	자존감			
	사전	33	38	120	34	40			
	중간	19	42	-	-	47			
위기 관리 기록	항목		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자살 생각	자살 충동	자살 계획	자살 시도
	기록지 I	1회기	4	3	1	있다 ○, 없다 ×			
		2회기	4	1	1	×	×	×	×
	기록지 II	3회기	4	1	1	×	×	×	×
		4회기	4	3	1	×	×	×	×
		5회기	3	2	1	×	×	×	×
회기별 주요 반응	1회	- 살고싶은 이유 : 하나님을 위해, ***이라는 직업을 갖겠다는 꿈이 생김 - 죽고싶은 이유: 친구들의 배신, 엄마와의 갈등 - 안전관리 : 시설선생님과 종교지도자의 협조							
	2회	- 심리장애 스크리닝 : 신중하고 적극적 응답(충동성이 높게 나옴) - 안전관리 확인 시 '또 하냐'하는 반응, 자살생각 없다고 분명하게 표현							
	3회	- 자살에 대한 이득과 손실 분석 : 그동안 생각지 못한 자살 행동의 이득이 있음을 이해함(자신이 왜 자살을 시도하게 되었는지를 깨닫게됨) - 미래의 직업을 얻기 위해 운동을 하면서 피곤 등으로 스트레스를 호소							
	4회	- 영킨 실타래의 개념 : 가출 후 친구들과 어울릴 때의 모습 같기도 하고 시설에 들어온 초기 답답한 상황과도 같다고 응답 '영킨 실타래도 괜찮다는 의미'를 개념을 다루면서 자신의 인생을 보다 희망적으로 수용							
	5회	(1차 10, 13) 중간검사 실시 / (2차 10, 20) 영킨 실타래 분석 : 상황, 생각, 감정을 정확하게 구분하나, 대안적 생각으로 실마리를 찾아보려했으나 분노가 많아 잘 정리되지 않아, 감정을 풀어내도록 집중함 신중플루, 독감, 진학 준비로 5회기 프로그램을 2회에 걸쳐 진행							

2) 내담자 보호를 위해 내용 일부가 변형되어 제시됨

항 목		사 례 2							
성별·나이	여, 16세(중3)	상담 기간	2009. 9. 2~10. 22(진행중)						
의뢰 경위	- 2009. 4. 동반자 상담 의뢰 이후 자해문제가 드러나 9월부터 본 상담자에게 의뢰됨								
자살 관련 행동	- 선생님께 야단맞은 이후 다음수업시간에 팔목을 그음 - 선생님에게 야단맞고 당일 아빠한테 매맞고 자해함 - 화가 나면 자해하게 되고 칼을 갖고다니다가 상담 이후 들고 다니지 않음								
개인적 특성	- 신체 기형으로 초교 때부터 따돌림을 당함 - 시험을 못보면 선생님들이 실망하실까 불안 : 시험스트레스가 높음 - 현재도 친구들에게 따돌림을 당하고 있음 - 이전에는 다이어트를 위해 피가 날 정도로 살을 꼬집어서 뼈가 보일정도의 자해를 계속 해왔다고 함								
환경	- 부 : 45세, 노동직, 자해 흔적이 있음. 내담자가 초등학교 때 모와 함께 칼로 위협당한 적이 있음 - 모 : 42세, 서비스업 - 남동생 : 10세. 부모님의 관심이 남동생에게 집중								
사전검사 및 중간검사	검사	자살생각	스트레스 대처	문제해결능력	사회적 지지	자존감			
	사전	56	39	82	17	14			
	중간	38	43	-	-	20			
위기관리 기록	항목	스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자살 생각	자살 충동	자살 계획	자살 시도	
	기록지 I	1회기	5	4	5	있다 ○, 없다 ×			
	기록지 II	2회기	5	5	4	○	○	○	×
		3회기	5	5	5	○	×	×	×
		4회기	5	5	4	×	×	×	×
		5회기	3	3	3	×	×	×	×
		6회기	2	2	2	×	×	×	×
		7회기	3	2	2	×	×	×	×
		8회기	4	3	3	×	×	×	×
		9회기	4	3	3	×	×	×	×
회기별 주요 반응	1회	- 살고 싶은 이유 : 無 - 죽고 싶은 이유 : 힘들다. 그냥 살기 싫다. - 스트레스 : 학교만 오면 기분이 울적, 지옥같다. 하소연할 사람도 없고, 이러지도 저러지도 못하겠다. (흥분) 사람들이 내게 욕하거나 함부로 말할 때							
	2회	- 심리장애 스크리닝 : 모두 그렇다 응답 - 스트레스 상황 : 거짓말로 왕따를 당했기 때문에, 지금도 친구들이 내가 하는 말을 거짓말로 생각할까봐 불안하다.							
	3회	- 자살의 이득과 손실 : 손실은 싫은 사람에게 말 못하고 죽으면 억울							
	4회	- 영킨 실타래의 개념 : 복잡한 마음을 보여줌. 어떻게 풀어야하나 짜증. '영킨 실타래 자체로도 의미가 있고, 만약 푼다면 원하는 것을 만들 수 있다' 말에 희망을 보임							
	5회	- 자해했을 때 죽지 않은 것이 다행이라 생각됨 - 영킨 실타래 풀기 : 자신이 부정적으로 생각하는 경향이 있음을 인식							

6회	- 생각실마리 : 흑백적, 부정적, 과장적 생각 습관이 있음을 인식
7회	- 시험기간에 애들에게 말을 붙이면서 이야기 시도, 거부당할까 걱정 감소 - 실타래분석 : 한 사건으로 생긴 생각을 모든 상황에 적용하는 생각습관 인식 - 감정실마리 : 오감활용기분전환법은 쉽게 따라옴, 이완훈련법은 좀 어색해했으나 침착하게 따라함
8회	- 자신이 가려는 진학교를 선생님이 아이들 앞에서 이야기해서 아이들이 비웃을까봐 몹시 화가 나고 욱하고 싶었음 - 생각의 실마리로 실타래 풀기를 해보려했으나 잘 되지 않음 - 위험한 생각습관 : '하나를 보고 백가지를 아는', '기분 따라가는' 생각습관이 많음을 확인, 그러나 그런 생각습관을 순간순간 인식하는데 어려움. 현재로서는 내담자에게 감정의 실마리 접근이 더 유용해보임 - 설록흠즈따라하기 : 문제해결실마리에 대해 생각하기 싫어하고 힘들어함
9회	- 가장 필요한 버디 : 대화, 좋은 친구, 진로문제, 학업 등 - 인라인 그리기를 힘들어하고 거의 찾지 못함. 인라인을 연결해서 그리지 못함, 상담자의 인라인을 보여주고 상담자를 통해 구체적인 도움을 받을 수 있음을 알려줌 - 내담자는 대화를 잘 하고 싶어하기 때문에 인라인을 타서 버디를 찾을 필요성을 느끼지 않음 특히 주변에 도움받을 수 있는 사람이 많다는 것을 인식하기는 해도, 그들에 대한 감정이 좋지 않아 도움을 받고 싶은 마음이 없음

항 목		사 례 3							
성별·나이	여, 19세(고3)	상담 기간	2009. 7. 27~11. 4(진행중)						
의뢰 경위	- 청소년지원센터에서 실시한 자살예방관련 교육을 받은 후 상담 자원. 올해 초 친구들과의 오해로 따돌림을 당하게 되었고 자살 욕구를 호소하면서 직접 내방								
자살 관련행동	- 자살하고 싶다는 생각 반복, 이전 약을 모은 적이 있고, 손목을 자해한 적이 있음 - 친한 친구의 자살로 충격을 받음								
개인적 특성	- 초등학교 때 신체적 특징으로 따돌림을 경험. 현재도 학급의 따돌림으로 괴로워하며 항상 얼굴을 숙이고 다님								
환경	- 모 : 45세. 내담자에게 지지적이고 협조적, 내담자에게 '항상 당당하게 못키워 미안'하다는 말 반복 - 부: 51세. 내담자의 공부에 대한 기대가 매우 큼. '넌 커서 뭐가 될래?'하는 부의 지적을 자기비하로 마음에 둠 - 담임선생님 : 내담자가 따돌림 당할 때 중재해주었고, 비밀을 말할 수 있는 든든한 지원자라고 생각함								
사전검사 및 중간검사	검사	자살 생각	스트레스 대처	문제해결능력	사회적 지지	자존감			
	사전	1회	31	44	115	31	33		
	중간	5회	30	34	-	-	27		
10회		25	49	-	-	34			
위기관리 기록	항목	스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자살 생각	자살 충동	자살 계획	자살 시도	
	기록지 I	2회기	4	5	5	있다 1, 없다 0			
	기록지 II	3회기	5	4	4	×	○	×	×
		4회기	4	4	4	×	×	×	×
		5회기	5	5	4	○	×	×	×
		6회기	4	3	3	×	×	×	×
		7회기	3	3	3	×	×	×	×
		8회기	3	4	4	×	×	×	×
		9회기	3	3	3	×	×	×	×
		10회기	3	3	3	×	×	×	×
		11회기	3	3	3	×	×	×	×
		12회기	3	3	3	×	×	×	×
		13회기	5	5	5	○	×	×	×
		14회기	3	3	3	×	×	×	×
회기별 주요	1회	- 자살위기상담개입프로그램 시범운영지도자 교육 전에 실시됨 - 문장완성 검사 실시							

반응		<ul style="list-style-type: none"> - 현재의 따돌림 관련 우울, 불안, 공포를 호소. 초등학교 때 경험을 이야기함 - 죽지않고 견딘 이유 : 인생이 아깝고, 가족, 친구(자살) 생각 때문에
	2회	<ul style="list-style-type: none"> - 죽고 싶은 이유 : 학교에서 혼자 있을 때, 가끔 살기 싫을 때 - 살고 싶은 이유 : 괴롭힌 애들한테 복수하기 위해, 내 미래에 대한 궁금하고 결혼도 하고 아이도 키우고 싶다 - 따돌림에 대한 내담자의 대처 : 친해보려하는데 잘 안됨. 학교에서는 내존재가 투명인간 같다. 그래도 결석 안하는 것은 피하면 싸운 애들이 더 좋아할 것 같고, 선생님도 피하지 말고 노력해보라고 해서
	3회	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 학급 친구가 '친구도 없고 학교 다니기 싫다'고 해서 서운, 계속 설득해도 계속 그만두겠다 해서 내존재가 없어지는 느낌과 답답함, 화가 남 - 심리장애 스크리닝 : 모든 심리장애 증상에 대해 '그렇다' 응답했음. 엄마와 상담하면서 체크한 결과, 상대적으로 모두 '아니다'라고 응답함
	4회	<ul style="list-style-type: none"> - 자살에 대한 이득과 손실 분석 : 자살에 따른 이득으로 '괴롭힘을 안당한다, 간섭을 안받는다, 스트레스를 안받는다', 자살에 대한 손실로 '미래가 없어진다, 친구들이 좋아할까봐, 소중한 사람들을 못봐서' - 사는 것의 이득으로 '친구가 많아 질 수 있고, 미래가 있고, 소중한 사람들을 볼 수 있고', 사는 것의 손실로 '스트레스, 잔소리, 괴롭힘' - 행복약속 : '나의 목표는 죽는 것이 아니라 고통을 돌보는 것, 오랫동안 즐겁게 사는 것이며 현재보다 덜 불행하게 사는 것'이 가장 마음에 와 닿음 - MMPI-A 심리검사 시행
	5회	<ul style="list-style-type: none"> - 엉킨 실타래의 개념 : 부드럽고 포근하다, 엉켜있다는 것은 답답하고 마치 나와 같은 느낌, 풀어주고 싶다 - 엉켜도 멋진 실타래 : 외롭고 스트레스 받아 힘도 들지만 간섭받지 않고 내 할 일을 할 수 있고, 싸움도 없고 잠도 잘 수 있고, 생각도 상상도 많이 할 수 있다'처럼 긍정적인 면을 보게 됨
	6회	<ul style="list-style-type: none"> - 상황의 실마리 찾기 : 친구들이 신체적 약점을 지적해서 스트레스. 얼굴을 들지 못하고 하루종일 책상만 쳐다봄. 내탓이 아닌데.. 생각 반복 - 과제 : 이러한 상황 피하기, 대처행동하기, 반아이들에게 간단한 말 걸기
	7회	<ul style="list-style-type: none"> - 상황의 실마리 과제 수행 : 쉬는 시간 음악을 듣거나, 화잘실로 가서 아이들의 수근거림을 피함 - 생각의 실마리 찾기 : 왜곡, 과장, 자기비하적 생각에 대해 인식
	8회	<ul style="list-style-type: none"> - 실타래 분석 : 친구의 문자-짜증, 화남(감정)-별 사소한 이야기 다하니까(생각), 엄마가 된 것 같아(생각)-부담스러워(감정)-그만두고 싶다(생각)-친구가 오해할까봐(생각)-내가 친구를 싫어한다고 생각하면 어찌지(생각)-미안하다(감정)-또 친구가 없어질까 두렵다(생각)-행동 : 습관적으로 '미안하다'고 하게 됨
	9회	<ul style="list-style-type: none"> - 생각의 실마리, 감정실마리 찾기 수행 : 감정을 직설적으로 표현해보며 시원해함, 자살의 안타까움에 대한 노래를 들으면서 '그들 뒤편까지 열심히 살아야지'하고 결심했다고 함
	10회	<ul style="list-style-type: none"> - 문제해결실마리(설록홈즈 따라하기) : 자신의 문제를 '나를 비하하는 생각'으로 정의, 대처방법으로 '생각바꾸기, 칭찬편지, 강점찾기' 등 탐색, 최선의

	<p>방법으로 '생각바꾸기' 선택</p> <p>- 건강한 생활실마리 : 주말에 놀러 다니는 것에 대한 엄마와의 갈등 다룸</p>
11회	<p>- 멋진 천짜기에 대한 내담자 반응 : 주변 사람들과 모두 함께 있고 싶어하는 마음 나타냄</p> <p>- 가장 중요한 버디 : 기타, 가족, 먹는 것</p> <p>- 찾기 쉬운 버디 : 노래, 가족, 상담자</p> <p>- 중요하면서 찾기 쉬운 버디 : 엄마</p> <p>- 친구들에 대한 짜증 : 감정의 실마리 적용</p> <p>- 부가 외국에 있는 것을 경제적 어려움이나 버려짐으로 왜곡하여 생각하는 것에 대해 생각의 실마리기법을 적용하여 생각바꾸기 연습</p>
12회	<p>- 가족의 교통사고에 대해 죄책감 : 감정의 실마리, 생각의 실마리 적용</p> <p>- 인라인 그리기 : 친척, 친구, 신앙친구, 선생님 그룹별 그림</p> <p>- 최고 버디 : 엄마임을 확인, 엄마와 보다 잘 의사표현하기 방법 탐색</p>
13회	<p>- 스트레스 매우 심각 : 친구와 크게 다투었고, 어떤 애가 자신에게 장난을 쳤는데 그것에 대해 담임교사가 다른 아이들에게 알리는 바람에 내담자가 몹시 화가 났음</p> <p>- 자기감정 및 생각 표현이 미숙하여 오해를 받음-> 감정의 실마리, 문제해결 실마리 사용하여 더 이상 나빠질 것이 없음을 수용, 친구에게 휩쓸려 더 악화되기 보다 힘들어도 견딜 수 있는 시간 갖기</p>
14회	<p>- 갈등깊은 친구가 학교에 나오지 않아 홀가분함. 혼자있는 점심시간에 대해 좀더 편안해짐,</p> <p>- 자기주장 훈련 : 갈등깊은 친구와 엄마에 대한 자기의사표현 연습</p>

항 목		사 례 4							
성별·나이	여, 18세(고2 중퇴)	상담 기간	2009. 7. 31~10. 21(진행중)						
의뢰 경위	- 심각한 학교 부적응으로 학교를 그만두고 싶어했으나 가족에 심한 반대에 부딪혀 자살 시도를 두 번하고 학교를 옮긴 뒤, 부가 상담 의뢰								
자살 관련행동	- 수업내용도 이해가 잘 안되고, 친구가 없어서 괴로워서 학교를 그만두고 싶었는데 가족들이 다 반대를 해서, 극약을 마시다가 미수에 그침. 다시 학교를 가게 되자 목을 매다가 가족들이 발견하여 미수에 그침								
개인적 특성	- 중학교 때 전학 후 사귀 친구들에게 배신을 당하면서 대인기피증이 생김 고 1 때 병원에 가서 우울 진단 받고 약물치료 중								
환경	- 모 : 48세. 주부. 친척이 장기간 정신과에 입원 중. 내담자가 학교를 관두는 문제에 대해 가장 심하게 반대함. 욕하고 때리며 현재 학교를 그만둔 내담자에게 '쓸모 없는 인간'이라는 자극적인 말을 끊임없이 사용 - 부 : 51세. 직장인. 모와 갈등관계. 내담자를 자극하지 않고 내담자의 부탁을 잘 들어주나 내담자에게 정신적으로 의지되는 대상은 아님 - 언니 : 19세. 대학생. 활발하며, 내담자에 대해 모와 같은 태도와 행동을 보임 - 남동생 : 17세, 고1. 내담자에 대해 모와 같은 의견이며, 내담자와 거의 교류하지 않음								
사전검사 및 중간검사	검사	자살 생각	스트레스 대처	문제해결능력	사회적 지지	자존감			
	사전	1회	48	41	98	26	29		
	중간	6회	41	47	-	-	27		
10회		33	49	-	-	32			
위기관리 기록	항목	스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자살 생각	자살 충동	자살 계획	자살 시도	
	기록지 I	1회기	3	4	4	있다 ○, 없다 ×			
	기록지 II	2회기	3	3	3	○	○	×	×
		3회기	5	5	5	○	○	×	×
		4회기	4	4	4	×	×	×	×
		5회기	5	4	5	○	○	×	×
		6회기	4	4	4	×	○	×	×
		7회기	3	2	1	×	×	×	×
		8회기	3	2	1	×	×	×	×
		9회기	3	2	1	×	×	×	×
10회기	2	2	1	×	×	×	×		
회기별 주요 반응	1회	- 살고 싶은 이유 : 의식주를 가족들이 해주니까, 좋아하는 사람들(아는 오빠, 언니)이 있어서, 원지 희망이 있을 것 같아서 - 죽고 싶은 이유 : 뭐든 할 수 있는 게 없어서, 사랑받고 싶는데 사랑받는 느낌이 안드는 것 - 안전 스케줄 작성 : 오후 10시~12시에 자주 죽고 싶다는 생각을 반복. 이에 대해 목록, 기분좋은 음악 듣기, 아는 오빠, 언니와 전화 통화하거나 엄마와 이야기하기로함. 상담자가 중간 점검 실시							

	<ul style="list-style-type: none"> - 부와 상담 : 내담자의 자살위험에 대한 구조화, 안전스케줄 작성
2회	<ul style="list-style-type: none"> - 안전 스케줄 점검 : 음악듣기, 전화하기 등이 실천되었고, 부가 모와 이야기 하여 내담자의 기분을 건드리지 않도록 노력한다는 이야기를 전달받음 - 심리장애스크리닝 : 기분부전장애 체크
3회	<ul style="list-style-type: none"> - 스트레스 : 내담자가 방학동안 집에 머물면서 엄마, 언니와의 갈등 고조 - 자살의 이득과 손실 : 자살이득 '내가 자살을 시도하면 알아주겠지', 슬프고 억울한 마음을 잊기 위해, 살기 이득 '어쩌면 문제가 해결될 지 모르고 흥미로운 일이 생길 수 있다', '사랑할 수 있고 사랑받을 수 있다', 자살손실 '죽고 없어지면 사람들이 결국 잊는다', '아무것도 할 수 없다', 사는 것의 손실 '지칠 수 있고 힘들고 고통이 많을 것이다', '혼자 걸어가는 고독이 있다'
4회	<ul style="list-style-type: none"> - 엉킨실타래 개념 : 엉킨 것을 잘라버리고 싶다. 안 풀고 싶다. 풀어야할 것 같아 답답 - 엉켜도 멋진 실타래 : 노력하는 건 피곤한데 그냥 두면 편하기도 함
5회	<ul style="list-style-type: none"> - 2학기가 되면서 학교에 가기 싫어함. 학교 가는 문제의 이득과 손실 파악 - 상황의 실마리 : 힘든 상황을 피하고(엄마와 갈등하는 상황) 편안한 상황 늘리기(수영) - 학교 가는 문제로 엄마와 심각한 갈등 보임. 상담자에게 몇 차례 이 문제를 의논하는 연락을 해왔음. 학교 가기와 자퇴 사이의 선택
6회	<ul style="list-style-type: none"> - 상황의 실마리, 생각의 실마리를 통해 '엄마와 대화하는 방법' - 부와 상담 : 학교 자퇴 문제의 득실과 부모의 대처에 대해 논의
7회	<ul style="list-style-type: none"> - 학교를 그만둬. 이에 대한 양가감정 다룸 - 엄마의 말에 대한 내담자의 생각과 대처방법에 대해 생각의 실마리 기법을 사용하여 재점검
8회	<ul style="list-style-type: none"> - 뒤엉킨 실타래 분석 : 내담자가 요즘 즐겨보는 TV프로그램에 대한 내담자의 감정 분석 - 감정의 실마리 : 음악듣기, 오락프로그램 보기, 수영과 피아노 계속하기
9회	<ul style="list-style-type: none"> - 문제해결실마리 : '이런식으로 살면 나중에 어떻게 할래?'에 대해 최악의 시나리오를 그려보고, 현재 이상으로 심각하지 않음을 인식 - 엄마와의 갈등 : 감정의 실마리, 생각의 실마리 적용
10회	<ul style="list-style-type: none"> - 멋진 천짜기에 대한 내담자 반응 : 아직 무엇인가를 하고 싶지는 않고, 이대로 계속 살면 부모님이 안 계실 때 어떻게 할지? 불안하기도 하다는 반응, 문제해결실마리를 통해 근심거리에 대한 최악의 상황 탐색, 현실 수용 - 가장 중요한 버디 : 잘 모르겠음 -> 엄마(엄마가 재워주고 먹을 것도 준다) - 찾기 쉬운 버디 : 노래, 가족(아빠)엄마, 상담자 - 중요하면서 찾기 쉬운 버디 : 아빠, 상담자

항 목		사 례 5							
성별·나이	여, 14세(중1)	상담 기간	2009. 9. 20~11. 6(진행중)						
의뢰 경위	- 학교에서 내담자가 칼로 손목을 반복해서 긁는 것을 본 친구가 상담실로 데려옴								
자살 관련 행동	- 초 5 때부터 가족갈등 스트레스로 자해하기 시작함 - 아빠가 술을 먹고 욕하고 때리면 죽고 싶다고 생각함								
개인적 특성	- 상담 시 긴 머리카락을 내려 얼굴을 가리고 고개를 숙이며 어색하게 웃음								
환경	- 부 : 40대 후반, 일용직, 술을 마시면 칼로 위협하고, 내담자는 공부를 못한다고 스트레스를 준다고 함 - 모 : 30대 후반, 노동직, 부의 알콜문제로 괴로워하며 내담자에 대한 방임태도 - 오빠 : 17세, 내담자에게 욕하고 때린다고 함								
사전검사 및 중간검사	검사	자살생각	스트레스 대처	문제해결능력	사회적 지지	자존감			
	사전	37	33	66	27	14			
	중간	미 실시							
위기관리 기록	항목		스트 레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자살 생각	자살 충동	자살 계획	자살 시도
	기록지 I	3회기	4	3	4	있다 ○, 없다 ×			
	기록지 II	4회기	4	1	2	○	×	×	×
		5회기	2	1	1	×	×	×	×
		6회기	4	2	1	○	×	×	×
		7회기	1	1	1	×	×	×	×
		8회기	1	1	1	×	×	×	×
회기별 주요 반응	1회	- 자살이란 단어 사용을 어려워함 - 친구에 의해 오게된 상태 : 상담에서 자기문제를 드러내기 어려워함 - 상담구조화 실시							
	2회	- 심리장애 스크리닝 : 질문지를 작성하는데 오래 걸림. 문제 내용을 이해하는데 어려워하며 지루해하여 도중 하차함							
	3회	- 위기관리기록지 I 사용 - 살고싶은 이유 : 좋아하는 TV프로그램이 어떻게 끝날 지 궁금해서, 엄마 때문에 - 죽고싶은 이유 : 아빠가 술먹고 욕하고 때려서, 성적 스트레스 때문에 - 안전 스케줄 작성 : 자살유혹대처방법으로 친구에게 말하기, 만화, 컴퓨터, 운동하기로 함(주말, 아빠와의 다툼 후 상담자에게 전화)							
	4회	- 위기관리기록지 II 작성 ; 심리적 고통, 초조감과 흥분이란 단어 이해 부족 - 자살의 이득과 손실 : 비교 후 죽는 것보다 사는 것이 좋겠다고 말함							
	5회	- 모와 면담 : 부의 알콜 및 폭력, 부와 내담자 간 갈등 문제 호소 - 엉켜도 멋진 내 실타래 : 시험기간 아빠의 공부 압력에 짜증 삶을 실타래로 개념화하는 것을 어려워함							
	6회	- 영킨실타래분석 : 풀었을 때 속이 풀리고 생각이 정리된다고 표현, 실마리							

		분석까지 이어서 나아가니 어려워함
7회		<ul style="list-style-type: none"> - 뒤영킨 실타래 분석 : 감정을 표현하기 어려웠던 과거 이야기에 집중 - 생각의 실마리까지 나아가지 못함
8회		<ul style="list-style-type: none"> - 생각의 실마리 기법 : 내담자의 위험한 신념을 구체적으로 탐색. 내담자의 나이가 어려서 프로그램 내용을 이해하는데 어려워하고 시간이 많이 걸림

항 목		사 례 6							
성별·나이	남, 16세(중3)	상담 기간	2009. 9. 22~10. 27(진행중)						
의뢰 경위	- 본인이 직접 내방하여 우울, 무기력함, 죽고 싶은 마음을 호소								
자살 관련 행동	- 식칼로 손목을 2번 그음(흉터 없음) - 자살하려 약을 구입한 적이 있음 - 학업성적에 대한 스트레스가 큼								
환경	- 모 : 초교 때 부와 이혼 후 소식 없음, 어릴적 부모간 다툼 잦음 부 : 초교 때 사망, 어릴 때 부가 자신을 칼로 찌르는 기억이 있음 - 형제 2과 거주 - 큰 형 : 24세, 생계를 책임. 큰 형과 사이가 좋지 않고 대화가 없음 - 작은 형 : 18세, 사이는 좋지만 개인적인 이야기는 서로 하지 않음 - 친구 : 많지만 성적이 안 좋아서 무시할까봐 신경쓰임, 인문계 고등학교를 못 간다면 친척들이 우습게 여길까봐 걱정								
사건검사 및 중간검사	검사	자살생각	스트레스 대처	문제해결능력	사회적 지지	자존감			
	사전	50	31	70	22	11			
	중간	미 실시							
위기관리 기록	항목		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자살 생각	자살 충동	자살 계획	자살 시도
	기록지 I	1회기	5	4	5	있다 ○, 없다 ×			
	기록지 II	2회기	3	3	3	×	○	×	×
		3회기	2	3	5	×	×	×	×
		4회기	3	2	4	×	×	×	×
회기별 주요 반응	1회	- 살고 싶은 이유 : 살고 싶은 이유가 없다 - 죽고 싶은 이유 : 지금까지 안 좋았던 일, 자신에 대한 분노, 부모에 대한 원망 - 학업 및 진로스트레스, 현재 가족관계에 대한 이야기							
	2회	- 심리장애 스크리닝 : 주요우울장애, 기분부전장애, 범불안장애에 체크 - 예체능 계열 고등학교 지원, 실기 준비가 늦어져서 떨어질까봐 걱정 - 형이 실기 준비를 도와준다고 한 뒤로 마음이 가벼워지고 자신감이 생김							
	3회	- '나를 해치고 싶은 유혹 이기는 4가지 방법' : 2번 '하고 싶은 일들로 채워진 바쁜 삶을 살자', 3번 '나를 이해하고 관심을 갖는 사람들을 생각하자'를 수행하면서 자신의 목표와 희망에 대해 깊이 생각 - 실기시험에 대한 스트레스가 심한 상황이나, 현재는 죽고 싶다는 생각이나 부정적 생각은 덜 하고 있다고 표현							
	4회	- 영킨실타래 개념 이해 : 삶의 영킨 모습에 쉽게 적용. '거슬린다, 부드럽다, 풀고싶다', 자신의 영킨 실타래는 복잡하고 혼란스럽고 불편하다고 함. 실타래를 풀어나가는 과정에 대해 희망 보임 - 고등학교 입시 준비 및 실기시험 문제로 상담시간을 미루기로 하고, 자살위기를 느낄 때 신속하게 연락하기로 함							

항 목		사 례 7							
성별·나이	여, 18(고2)	상담 기간	2009. 8. 26~11. 4(진행중)						
의뢰 경위	- 이미 상담을 받고 있던 내담자로 상담 중 자살생각을 표현하여 본 상담자에게 의뢰됨								
자살 관련 행동	- 자살생각을 자주함 - 상담 이후 자해시도(손목 긋기) : 시원함을 느꼈다고 보고								
개인적 특성	- 가족에게 관심을 받지 못하고 존재감이 없다고 힘들어함 - 자신이 '피해자'란 인식을 항상 하고 있고, 어른들은 나를 이용한다고 말함								
환경	- 모 : 일로 바빠며 귀가시간이 늦음. 언니와 동생 편을 많이 들어주어 내담자가 화가 날 때가 많다고 함								
사전검사 및 중간검사	검사	자살생각	스트레스 대처	문제해결능력	사회적 지지	자존감			
	사전	49	54	134	23	29			
중간검사	중간 미 실시								
위기관리 기록	항목	스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자살 생각	자살 충동	자살 계획	자살 시도	
	기록지 I	2회기	4	5	1	있다○, 없다×			
	기록지 II	3회기	- 3~4회기 동안 내담자의 저항적 태도에 실시하지 못함 ※ MMPI 실시						
		4회기	: Hs 93, Hy 85, Pa 95, Pt 86 등 대부분 높은 수치를 보임						
		5회기	2	2	2	×	×	×	×
		6회기	2	2	3	×	×	×	×
회기별 주요 반응	1회	- 동반자의 역할, 자살위기청소년 상담개입 프로그램에 대한 소개 - 내담자 태도 : 말은 거의 하지 않고 고개를 끄덕이는 형식으로 표현							
	2회	- 살고 싶은 이유 : 가족들과 얘기하고 재미있게 놀 수 있어서, 아무런 걱정 없이 공부하고 싶어서 - 죽고 싶은 이유 : 내존재가 작다, 아무도 내게 관심없다고 생각될 때 - 안전 스케줄 작성 : 서명할 수 없다(얼어버린 듯한 태도). 주변에 아무도 없다며, 아는 친구를 안전관리담당자로 지정							
	3회	- 가족 안에서 소외되는 자신에 대해 이야기 함 - 워크북 작성에 대한 저항으로, 프로그램 진행을 못하고 MMPI 실시함							
	4회	- 심리장애 스크리닝 실시 : 시간이 갈수록 우울하고 괴로운 마음을 표현							
	5회	- 시험기간 이후 면담. - 안전규칙을 세움. 상담을 하지 않는 동안 책을 읽으면서 마음이 편해지고 동생이나 언니에 대한 미움을 줄어듦고 엄마에게 고마움을 느낌							
	6회	- 자살의 이득과 손실 다름 : 자살 이득(죽으면 나를 힘들게한 사람이 죄책감을 느끼지 않을까?, 엄마가 슬퍼할 것 같다), 손실(죽게되면 가족들이 날 못본다), 살기이득(죽음보다 재미있을 수 있다, 더 좋은 일이 생길지도 모른다), 살기손실(힘든 일이 언제든지 닥쳐 나를 압박할지 모른다) - 행복약속 실천의지 보임 - 가족들의 관심을 증가되었으며, 과외선생님이 자신의 잠재력을 엄마한테 보고했다고 보고							

항 목	일부 회기 활용 사례						
-----	-------------	--	--	--	--	--	--

사례 8

성별·나이	남, 17세(고1)	상담 기간	2009. 6. 11~9, 10(22회기 진행) ※ 시범운영에 참여하기 전에 이미 상담이 많이 진행되었음				
의뢰 경위	- 내담자가 우울하고 반에서 어울리지 않아 담임교사가 관심을 기울여왔는데 면담 중 자살을 시도하려 한 적이 있다는 사실을 알게 되어 의뢰됨 * 선생님 보고에 의하면 내담자에게서 이러한 위험한 분위기를 2번 정도 더 느껴서 상담에 의뢰하게 되었다고 함						
자살 관련 행동	- 자살하고 싶은 충동이 갑자기 들어 '죽어야겠다'는 생각이 들었고, 높은 곳에 올라서 뛰어내리려다 그만둠						
개인적 특성	- 상담 초기부터 방어적이지 않고 솔직하게 말함 - 학교에서는 내성적이고 조용히 지냄. 가족들은 이를 걱정하나 본인은 별 불편감을 느끼지 않음						
환경	- 부 : 어릴 때 이혼, 중학 때 재혼 - 계모 : 재혼 초 마찰이 있었으며 지금은 큰 갈등은 없으나 거리를 둠. 계모의 잔소리과 구속이 싫다고 함						

사전검사 및 중간검사			미실시						
위기관리 기록	항목		스트레스	심리적 고통	초조감 과 흥분	자살 생각	자살 충동	자살 계획	자살 시도
	기록지 I	1회기	3	1	4	있다 ○, 없다 ×			
	기록지 II	2회기	3	2	3	×	×	×	×
회기별 주요 반응	1회	- 살고싶은 이유 : 나를 걱정해주는 사람, 내가 걱정하는 사람, 아직 나이를 덜 먹어서 - 죽고싶은 이유 : 부모님의 지나친 관심, 자신이 필요없다고 느껴질 때, 무언가 내맘대로 못할 때 - 안전 스케줄 : (대처행동)나를 사랑하는 사람들이 한 말과 행동의 회상, 친구 만나 크게 웃기, 노래 감상, 빈둥거리며 놀기 등 - 시간의 바퀴를 돌려라, 마법을 현실로 : 3년 후(대학생, 새로운 친구들, 기분은 좋다), 5년 후(회사원, 기분 좋다), 10년 후(신혼, 아내와 함께, 기분이 매우 좋다) 탐색 -> 이를 실현하기 위해서는 공부부터 하자.							
	2회	- 내안의 보석 찾기 : 자신있는 재주(초등학교 운동회 달리기), 좋아하는 일(집에 있기), 칭찬받음(학교 청소, 민망했던 느낌), 자신이 괜찮다고 생각되었던 순간(애들을 도와줄 때), 자신이 자랑스러웠던 상황(혼자서 치우거나 청소할 때), 자신이 괜찮다고 생각되었던 순간(애들을 도와줄 때), 스스로 잘했다고 생각되었던 상황(애들을 도와줄 때), 자신에게 만족스러웠던 기억(누군가에게 도움이 될 때)							

※ 상담이 많이 진행되어 일부 프로그램을 차용하여 실시하였다고 보고

항 목		정신보건센터 사례							
사례 9									
성별·나이	여, 18세(고2)	상담 기간	2009. 9. 14~10. 5.						
의뢰 경위	- 여름방학 전 학교 상담 교사에 의해 의뢰되어 방학 중 계속 연락을 취했으나 내담자의 거부와 출타 등으로 상담이 이루어지지 못함. 개학 이후 상담교사의 도움으로 학교에서 상담을 실시								
자살 관련 행동	- 친구와 갈등하거나 모에게 야단맞고 나면 자살 시도 - 시도 방법은 차도에 뛰어들기, 높은 곳에 오르기, 손목 긋기, 수면제 복용 - 자살충동은 늘 있으며, 수면제를 모아두었다가 먹거나, 어머니가 복용하는 것을 먹거나 면도칼로 긋는다고 함								
개인적 특성	- 왜소한 체구, 태어날 때 조산으로 출생, 병약한 편 - 중학교 졸업 때 신경정신과를 다녔고 현재까지 우울증약 복용 - 학업성적은 보통 - 스스로 지능이 낮다고 생각, 자신감이 매우 낮고 우울, 목표의식이 없다고 대답								
환경	- 부 : 오랜 질병과 장애를 앓고 있음 - 모 : 교통사고 후 장애 진단. 우울증약 복용, 모의 신경질과 잔소리에 질림 - 학교 : 몇몇 친한 친구와만 어울림. 초5때 친구들에게 집단 폭력 당함 경험이 충격								
사전검사 및 중간검사				미실시					
위기관리 기록	항목		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자살 생각	자살 충동	자살 계획	자살 시도
	기록지 I	1회기	5	4	4	있다 ○, 없다 ×			
	기록지 II	2회기	5	5	4	○	○	○	○
회기별 주요 반응	1회	- 살고싶은 이유 : 내 자신의 한계를 보고싶어서, 내 꿈을 이뤄보고싶은 희망 - 죽고싶은 이유 : 세상 살면서 힘든 게 많으니까, 어차피 한번은 다 죽을테니까 - 안전스케줄 : 자살시도 동기 파악, 자살수단 도구 차단(주로 밤시간 자해충동과 우울 경험, 아는 언니, 오빠, 친구를 안전관리담당자로 지정)							
	2회	- 안전스케줄 점검 : 도움을 청할 대상 늘림(학교 상담선생님, 주변친구들 포함시킴) - 위기 시 대처 : 밤시간에 전학간 친구를 떠올리기로 함 - 부모용 스크리닝 면담 위해 학교상담교사에게 사전고지하고 방문하기로 함							
부모의 기질적 장애 및 우울장애, 상습적 자살시도 등 고위험군 내담자로서 본 자살위기청소년 상담개입프로그램의 주된 적용 대상이 아니므로 자살위기관리를 집중적으로 진행하고, 정신과 혹은 정신보건센터 의뢰 권유									

항 목	조기종결 사례 및 미진행 사례		
사례 10			
성별·나이	남, 17세(고1 재학)	상담 기간	2009. 5. 25
의뢰 경위	중 3 때 학교폭력 피해 경험이 있었고 학교 생활을 불안해하고 짜증을 많이 내서 자살하고 싶다는 이야기를 한 적이 있다고 함		
자살 관련 행동	- 자살하고 싶다고 말함		
개인적 특성	- 고등학교 입학 후 집에서 잘 애기를 안하고 밤에 잠을 자지 못하고 매우 불안해함		
상담 과정	- 상담시간에 거의 말을 하지 않아 거의 상담이 진행되지 못한 상태에서 상담자가 이직을 하여 다른 상담자에게 재의뢰됨		
사례 11			
성별·나이	여, 17세(고1 재학)	상담 기간	2009. 6. 29~
의뢰 경위	담임교사가 내담자가 반복적 자살시도의 위험성과 학교생활 부적응 등의 이유로 상담 센터에 상담을 의뢰함		
자살 관련 행동	- 자살하고 싶다고 말함		
상담과정	- 6월에 상담이 시작되어 시범운영지도자교육을 마친 직후에는 내담자가 이미 많이 안정되어 있는 상황에서 본 프로그램을 소개한 결과 내담자가 '자살위기'보다 다른 주제에 더 관심을 두고 상담받고 싶어해서 본 내용이 다루어지지 않음		
사례 12			
성별·나이	남, 15세(중 3재학)	상담 기간	2009. 6. 30~
의뢰 경위	집단 따돌림을 당해 학교에서 상담을 의뢰하여 받는 중에 자살 행동을 보고		
자살 관련 행동	- 자동차 앞에 뛰어들려고 했고, 높은 곳에 올라가 뛰어내리려 한 적이 있다.		
상담과정	- 상담이 5회 이상 진행되면서 '자살 생각'을 더 이상 하지 않고, 따돌림에 대해서도 극복되었다'고 상담 종결을 원하여, 본 프로그램을 1회 이상 받으려 하지 않아 종결됨		

Development of A Counseling Intervention Program for Adolescents with Suicide Risk

ABSTRACT

There has been a series of efforts at the Korean Youth Counseling Institute to intervene youth suicide since 2007. In 2007, comprehensive measures for youth suicide prevention were established based on the study of constructing the youth suicide prevention system. As a part of those measures, in 2008, an adolescent suicide prevention program and counseling model has been developed and a preliminary study for survivors of suicide was also conducted. This year, a structured suicide intervention program for adolescents has been developed as another effort to intervene youth suicide.

The structured 16-week counseling intervention program for adolescents with suicide risk has been developed applying the systemized program development model which includes the steps of program design, development, implementation and evaluation. Three phases of the suicide risk management, which was developed in 2008 for the youth suicide prevention program were also applied; Beginning, middle and ending phases. In the beginning phase, one's suicidality is evaluated and safety plan is discussed. The purposes of the middle phase are both enhancing stress management and problem solving skills and establishing social support system. The components of the ending phases are developing adolescents' potentials, graduating the program, and 6-month follow-ups. In addition to the program for adolescents, 5-session parent training program was also conducted in order to strengthen the effectiveness of the program.

As to evaluate the effectiveness of this program, 12 cases of suicidal

youth, among participants of experimental group, were selected and analyzed. Due to the time limit of this study, comprehensive evaluation of the effectiveness of the program has not been made. Instead, scores between the pre- and middle-test were compared, and, as a result, positive change was observed among participants in the areas of suicidal thoughts, stress coping and self-esteem. As the program progressed, participants' suicidal behaviors also appeared to be managed effectively in a stable manner.

The implications of this study are two folds. One is that, in order to develop an viable intervention for suicidal youth, along with conducting need analysis with field staffs, common factors of clinically and empirically effective suicide intervention approaches were selected and included in the program. The other is that the contents of this year's structured program has been improved in terms of its clarity and plainness compared with the counseling model for adolescents with suicide risk developed in 2008.

Limitations and discussions of this study are as follows: First, program evaluation was not yet finished due to the time limit; Second, suicide evaluation system, which was used in this study, appears in lacking of stystemicity. Third, since this program is still in an infancy, it is necessary to accumulate the feedbacks of the program through longitudinal studies and to continuously modify and refine the program. Finally, it is essential to develop a more systemic evaluation system than the current one in order to intervene youth suicide after fully considering both suicide risk and protective factors.