

EBP 기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형 개발

책임 연구자 : 서 미
소 수 연
공동 연구자 : 강 유 임
김 지 혜
손 지 아



청소년상담연구 210

EBP 기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형 개발

인 쇄 : 2019년 12월

발 행 : 2019년 12월

발 행 인 : 이기순

발 행 처 : 한국청소년상담복지개발원

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

T. (051)662-3136 / F. (051)662-3005

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

인 쇄 처 : 신일디앤피

비매품

ISBN 978-89-8234-780-1 94330

ISBN 978-89-8234-001-7(세트)

본 간행물은 여성가족부의 지원을 받아 제작되었습니다.

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

간행사

청소년 자살은 우리나라의 매우 심각한 사회문제로 학계와 관련기관을 포함하여 국가차원에서 수년간 그 예방과 개입을 위한 노력을 해왔습니다. 그러나 여전히 자살은 우리나라 청소년 사망원인의 1위이며 10대의 자살 증감률(22.1%)은 다른 연령대에 비해 가장 높게 나타나고 있습니다(통계청, 2019). 특히 SNS에서 ‘자해인증샷’이 유행하는 등 청소년 자해도 점차 심각해지고 있습니다. 청소년 자살과 자해가 급격히 심각해짐에 따라 현장의 청소년상담자들의 자살과 자해 위기 청소년에 대한 효과적인 상담개입이 절실합니다.

한국청소년상담복지개발원은 ‘고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 자살·자해 편’의 연구를 통해 자살 위기 청소년 상담개입 매뉴얼과 자해 위기 청소년 상담개입 매뉴얼을 각각 개발하였습니다. 나아가 2019년 올해 청소년상담복지센터 종사자 등 청소년상담복지인력 1700여명에게 매뉴얼을 활용하여 상담 개입 교육을 실시하였습니다. 이러한 노력을 통해 현장의 청소년상담자들이 자살과 자해 위기청소년에게 상담을 보다 효과적으로 제공할 수 있도록 기여하였습니다. 다만, 2018년 개발된 매뉴얼은 청소년상담복지센터 등 현장에서 실제 청소년을 대상으로 그 효과성을 검증하고 평가하는 과정이 미비합니다. 이에 올해는 자살 및 자해 청소년 위기 개입 2년차 연구로서 해당 매뉴얼이 실제 현장의 자살 및 자해 위기 청소년 상담에 어떠한 효과가 있는지를 검증하였습니다. 나아가 청소년상담복지센터 등 청소년상담기관에서 자살 및 자해 청소년에게 체계적으로 개입하는 근거기반(Evidence-based practice; 이하 EBP) 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형을 도출하고 운영매뉴얼을 개발하였습니다.

본 연구는 기획단계에서 EBP 기반 청소년 자살·상담개입에 대한 국내·외 문헌을 검토하였습니다. 또한, 자살 및 자해 상담개입 방안에 대한 현장 종사자 대상 요구조사를 실시하였습니다. 이를 바탕으로 EBP 기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형의 구성 원리 및 구성 요소를 도출하여 운영모형 초안을 개발하였습니다. 이후 경기도 지역 청소년상담복지센터와 수도권 대학상담센터에서 시범운영을 실시하고 실험집단과 통제집단의 효과성을 검증하였습니다. 그 결과 통제집단과는 달리 실험집단에서의 ASEBA검사 내재화 점수, 비자살적 자해와 자살위험성, 무망감 점수에 대해 통계적으로

유의미한 차이를 확인하였습니다. 이러한 과정을 거쳐 최종 확정된 운영 모형과 운영매뉴얼은 내년부터 전국의 청소년상담복지센터와 상담관련 기관을 중심으로 보급할 예정입니다.

본 연구를 위하여 심층면접에 참여해주신 청소년상담복지센터, 대학상담센터 선생님들과 본 연구를 위해 귀한 시간을 내어 자문을 주신 학계전문가 분들께 감사를 드립니다. 무엇보다 시범운영을 진행한 경기도청소년상담복지센터와 대학상담센터에 깊이 감사를 드립니다. 아울러 연구를 위해 애써주신 공동연구자이신 강유임 박사님과 본원 연구진들께 진심으로 감사드립니다.

본 연구를 통해 개발된 자살·자해 상담클리닉 운영모형과 매뉴얼이 우리나라 청소년의 소중한 생명을 보호하고 건강한 구성원으로 성장하는데 기여하기를 소망하며, 현장의 청소년상담자들에게 실제적인 지침서가 되기를 기대합니다.

2019년 12월

한국청소년상담복지개발원 이사장 이기순 이 기 순

초 록

우리나라 2018년 자살자 수는 1만 4000여명에 이르고 그 중 10대의 전년 대비 자살 증감률은 다른 연령대에 비해 가장 높은 22.1%로 나타났다. 청소년기 사망원인 1위는 고의적 자해 및 자살로 나타나는 등 청소년자살 문제는 매우 심각하다(통계청, 2019). 자살뿐만 아니라 청소년의 비자살적 자해 문제도 최근 급격히 증가하고 있다. 보건복지부의 ‘최근 5년간 자해·자살 시도 응급실 내원 현황’ 자료에 따르면 2014년에서 2018년까지 자해 및 자살시도로 내원한 건수는 14만여건에 이르며, 청소년기에 해당하는 10대와 20대의 내원 건수가 가장 높은 것으로 나타났다. 특히, 연령별 증가율에서 10대가 다른 연령대에 비해 가장 높은 39%의 증가율을 보였다(연합뉴스, 2019. 09. 24). 한국청소년상담복지개발원은 2018년 청소년 자살과 자해 문제에 대처하기 위하여 ‘고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 자살·자해편’을 개발하였다. 해당 매뉴얼은 청소년 자살과 자해에 대한 차별화된 상담개입 매뉴얼이라는 점에서 의의가 있으나 현장에서 실제 청소년을 대상으로 그 효과성을 검증하고 평가하는 과정이 미비하였다. 이에 본 연구는 해당 매뉴얼이 실제 현장의 자살 및 자해 청소년 상담에서 어떠한 효과가 있는지를 검증하고자 하였다. 나아가 자살 및 자해 청소년에게 체계적이고 효과적인 상담개입을 위하여 근거에 기반한 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형을 개발하고자 하였다.

운영 모형 개발은 먼저, 기획단계에서 EBP 기반 상담개입 및 상담모형에 관한 문헌연구와 청소년 자살 및 자해 상담개입 프로그램에 대한 문헌연구를 실시하였다. 또한, 현장 종사자들의 요구를 반영하기 위하여 자살 및 자해 상담개입 방안에 대한 현장 종사자 대상 요구조사를 실시하고 그 결과를 분석하였다. 구성단계에서는 문헌연구와 요구분석 자료를 바탕으로 EBP 기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형의 구성 원리 및 구성요소를 도출하였다. 시범운영 및 평가단계에서는 경기도 지역 청소년상담복지센터와 수도권 대학상담센터에서 시범운영을 실시하고 효과성을 측정하였다. 시범운영에 참여한 실험집단과 통제집단을 비교분석 하고 실험집단 내 사전-사후검사를 통해 실험집단에서의 ASEBA검사 내재화 점수, 비자살적 자해와 자살위험성, 무망감 점수에 대해 통계적으로 유의미한 차이를 확인하였다.

시범운영 결과와 전문가 자문을 통해 최종 운영 모형을 확정하였다. 운영 모형의 목적은 전국의 청소년상담복지센터와 상담관련 기관에서 보다 효과적이고 체계적으로

자살·자해 청소년에게 표준화된 상담개입 매뉴얼을 적용하도록 하는 것이다. 모형의 주요 단계는 긴급대응 단계, 상담개입 단계, 추수관리 단계로 구성되어 내담자가 내방한 순간부터 종결까지 제공되는 서비스의 내용에 따라 구성하였다. 모형의 운영은 상담자의 상담 개입뿐만 아니라 기관 차원에서 유기적인 개입이 이루어질 수 있도록 구성하였다. 모형의 각 기능에서는 사례에 대한 지속적인 평가와 효과성 측정방안에 대한 구체적인 내용과 단계를 제시하였고, 상담자가 효과적으로 내담자에게 개입할 수 있도록 표준화된 상담매뉴얼을 제시하였다. 또한 위기관리팀의 구성을 통해 주기적으로 상담에 대한 모니터링과 슈퍼비전, 자문이 이루어질 수 있도록 구체적인 방안을 제시하였다.

본 연구는 EBP 기반 효과성이 입증된 상담클리닉 운영 모형 개발을 통해 전국의 청소년상담복지센터 및 청소년 상담관련 기관에서 표준화된 프로그램과 운영 절차에 따라 상담서비스를 제공할 수 있도록 운영 모형을 제시하였다는 점에서 의의가 있다. 또한, 시범운영과 현장의 요구분석을 통한 운영 모형 개발로 현장 적용도와 활용성을 높이고자 하였다. 끝으로 본 연구를 통해 2개년 연구체계를 통해 자살 및 자해 청소년 상담개입에 대한 체계적인 개입 방안을 확립하고 EBP 기반 상담서비스 체계 도입을 위한 토대를 마련하였다는 점에서 의의가 있다.

목차

I. 서론 1

- 1. 연구의 목적과 필요성 1
- 2. 연구과제 4

II. 이론적 배경 5

- 1. 청소년 자살·자해 상담 현황 5
- 2. 국외 청소년 자살·자해 상담개입 프로그램 6
- 3. 국내 청소년 자살·자해 상담개입 프로그램 9
 - 가. 한국청소년상담복지개발원 청소년 자살·자해 상담개입 매뉴얼 11
 - 나. 청소년상담복지센터에서의 위기상담: 자살 및 자해상담 개입 13
 - 다. 학교 및 대학에서의 자살·자해 위기개입 19
- 4. EBP 기반 상담개입 및 상담모형 24
 - 가. EBP 정의 및 기본 개념 24
 - 나. EBP 기반 상담개입 및 상담모형 25

III. 연구 방법 29

- 1. 모형 개발절차 29
- 2. 자살·자해 상담클리닉 운영 모형 개발 요구 분석 31
 - 가. 한국청소년상담복지개발원 자살·자해 전문클리닉 운영 모형 31
 - 나. 한국청소년상담복지개발원 자살·자해 전문클리닉 운영 모형 기반
현장요구 분석 32
 - 다. 의견조사 결과 요약 및 시사점 45
- 3. 자살·자해 상담클리닉 운영 모형 구성 48
 - 가. 운영 모형의 목표 48
 - 나. 운영 모형의 구성원리 48
 - 다. 운영 모형의 구성요소 48

IV. 시범운영을 통한 효과성 평가 50

- 1. 시범운영의 실행 50
- 2. 운영모형의 효과성 검증 53

가. 연구설계	53
나. 연구방법	54
다. 연구결과	56
3. 전문가 자문	61
가. 자살·자해 위기청소년 상담 클리닉 모형의 적절성	62
나. 위기관리팀 운영의 실효성	62
다. 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 활용성	63
라. 효과성 평가	64

V. EBP 자살·자해 상담클리닉 운영 모형 | 65

1. 시범운영을 통한 모형 수정	65
2. EBP 자살·자해 상담클리닉 운영 최종 모형	66

VI. 논 의 | 69

참고문헌 | 74

부록 | 82

1. 자살·자해 상담개입 매뉴얼	83
2. 한국청소년상담복지개발원 상담클리닉 운영모형	86
3. 자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 모형	87
4. 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형 개발을 위한 FGI 질문지	88
5. 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형의 효과 검증(사전/사후 조사지)	90
6. 전문가 심층면접 질문내용	98
7. 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형 사례요약서	100

Abstract | 121

표 목차 |

표 1. S.A.F.E. ALTERNATIVES 프로그램 세부내용	7
표 2. 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼(자살·자해)의 구성내용	12
표 3. Wee센터 자살 시도 학생 대상 위기개입단계	20
표 4. Wee센터 위기개입 및 세부조치사항	20
표 5. 청소년상담복지센터 현장전문가 대상 포커스그룹 인터뷰 참여자	33
표 6. 포커스그룹 인터뷰 질문지의 구성 및 내용	34
표 7. 청소년상담복지센터 현장전문가 포커스그룹 인터뷰 결과	34
표 8. 유관기관 전문가 대상 포커스그룹 인터뷰 참여자	38
표 9. 포커스그룹 인터뷰 질문지의 구성 및 내용	39
표 10. 유관기관 포커스그룹 인터뷰 결과	40
표 11. 대학상담센터 현장전문가 대상 포커스그룹 인터뷰 참여자	42
표 12. 포커스그룹 인터뷰 질문지의 구성 및 내용	42
표 13. 대학상담센터 포커스그룹 인터뷰 결과	43
표 14. 상담자의 특성	50
표 15. 내담자의 특성	52
표 16. 프로그램의 효과성 검증을 위한 연구 설계	54
표 17. 연구대상의 성별 및 연령별 분포 현황	54
표 18. 실험집단과 통제집단의 사전검사에 대한 독립표본 t-검증	57
표 19. 실험집단과 통제집단의 사전·사후검사	57
표 20. 집단에 따른 내재화문제에 대한 공분산분석표	58
표 21. 집단에 따른 외현화문제에 대한 공분산분석표	58
표 22. 비자살적자해에 대한 대응표본 t-검증	59
표 23. 자살위험성에 대한 대응표본 t-검증	59
표 24. 자존감에 대한 대응표본 t-검증	60
표 25. 무망감에 대한 대응표본 t-검증	60
표 26. 정서지능에 대한 대응표본 t-검증	61
표 27. 심층면접 질문 내용	61

그림 목차 |

그림 1. 대학상담센터의 자살예방 및 위기개입 프로토콜(개입단계)	22
그림 2. 대학상담센터의 자살예방 및 위기개입 프로토콜(구축단계)	22
그림 3. 세명대학교 위기상담 체계	23
그림 4. EBP 기반 청소년 자살·자해 상담클리닉 운영 모형 개발	30
그림 5. 한국청소년상담복지개발원 상담클리닉 운영 모형	31
그림 6. 자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 모형(안)	49
그림 7. 자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 모형	66

I. 서론

1. 연구의 목적과 필요성

우리나라 청소년의 자살과 자해문제는 심각하다. 지난 10년 간 청소년의 사망원인 1위는 자살과 자해였다(통계청·여성가족부, 2018). 청소년 사망원인 1위인 자살과 자해는 청소년 사망원인 2위인 교통사고 사망률의 2.1배에 해당하는 수치로 인구 10만명당 7.8명이 고의적 자해(자살)를 하는 것을 의미한다(통계청·여성가족부, 2018). 아동청소년 인권실태조사(2015)에서 청소년의 자살시도율은 2.4%에 달하며, 청소년의 30%가 죽고 싶다는 자살사고를 하는 것으로 나타났다. 특히 질병관리본부(2015)에서는 청소년의 11.7%가 지난 1년간 자살에 대해 심각하게 생각했다고 보고하기도 하였다. 자살과 자해는 이렇듯 심각한 자살 문제와 함께 최근 비자살적 자해의 심각성도 매우 중요하게 제기되고 있다. SNS에 바코드 자해 인증샷을 올리는 것이 청소년 사이에 급격히 증가하였고, SNS의 하나인 인스타그램에서 해쉬태그 ‘자해’로 검색되는 게시물이 3만 8,000여건에 이르고 있다(국민일보, 2018. 10. 9). 국외연구를 살펴보면, 미국 청소년의 약 14~15%가 최소 한번이상 자해경험이 있으며(Ross & Heath, 2002), 영국청소년의 10%가 자해경험이 있으며, 대만 고등학생의 11.3%(Tsai, Chen, Chen, Hsiao, & Chien, 2011), 중국 청소년(12세-24세)의 17%(Wan, Hu, Hao, Sun, & Tao, 2011)가 자해 경험이 있다고 보고하였다. 국내에서는 교육부 2017년 학생정서행동특성검사 결과를 서영교 의원실에서 분석한 결과, 전체 중학생의 7.9%, 고등학생의 6.4%가 자해 경험이 있는 것으로 나타났다(한겨레 21, 2018. 11.). 그러나 이 통계치가 학생정서행동특성검사 결과를 분석한 수치라고 해도 공식적으로 보고된 수치는 아니다. 이에 7% 정도의 청소년이 자해 경험이 있다고 추정할 수 있으나 청소년기 자해가 자살보다 훨씬 흔하게 나타난다는 점에서(Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012) 7%보다는 자해청소년의 수가 많을 것으로 추정할 수 있다. 비슷하게 이동귀, 함경애, 배병훈(2016)은 부산 소재 여자중학교 전체 학생 491명 중 20.98%에 해당하는 103명이 자해경험이 있다고 보고한 바 있다. 이처럼 청소년의 100명중 2명은 자살을 시도하고, 30명은 죽고 싶다는 생각을 하며, 적어도 7명은 자해 경험이 있는 것으로 나타나 자살과 자해에 대한 개입이 시급함을 알 수 있다.

자살·자해 개입과 관련하여 자살과 자해를 구분할 필요가 있다(이동귀 외, 2016). 실제 자살과 자해는 의도적으로 자신의 신체를 해치고 손상을 준다는 점에서 매우 유사해 뚜렷한 구분 없이 연구되었다. 이는 자해와 자살이 단일한 연속선상에 있으며 자해의 극단적인 형태가 자살로 이행된다고 보았기 때문이다(Glenn & Klonsky, 2009; Heath, Toste, Nedecheva, & Charlebois, 2008; Nock, 2010; Nock & Prinstien, 2004; Whitlock & Knox, 2007). 그러나 최근에는 자살과 자해 간에 행동의 유병률, 빈도, 기능, 중증도에서 주요한 차이가 있다고 보고, 자살과 자해를 각각 자살적 자해와 비자살적 자해로 구분하기도 한다(Asarnow, Porta, et al., 2011; Nock, 2010; Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, & Goodyer, 2011). 자살과 자해를 구분하는 가장 큰 차이는 죽으려는 의도이다(Glenn, Franklin, & Nock, 2015). 즉, 자살생각, 자살계획, 자살시도와 같은 자살은 죽으려는 의도와 관련되어 있는 반면, 자해는 죽으려는 의도와 관련이 없다(Nock, 2010). 자해를 하는 청소년들은 자해전이나 자해 도중에 자살생각을 하지 않으며(Favazza, 1998; Simeon & Favazza, 2001) 스트레스 해소와 긴장완화를 목적으로 자해를 하는 경우가 많다(Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; 이동훈, 양미진, 김수리, 2010). 이에 자해는 여러 번 자해행동을 보이는 반면, 자살은 일회적 혹은 손에 꼽힐 정도로 제한적이지만 치명적인 행동을 한다. 자해는 신체를 칼로 베거나 화상 입히기 같은 행동을 주로 하는 반면, 자살은 독극물을 마시는 경우가 더 많다(Center for Disease Control and Prevention, 2010; Favazza, 1998; Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp, 2005). 위협요인 및 보호요인에 있어서도 자살과 자해는 다소 차이가 있는 것으로 보인다. 즉 자살의 위협요인은 주로 우울, 무망감, 스트레스, 불안, 생활불만족, 학교폭력, 부모와의 부정적 관계 등이며(김미예, 김정미, 2013; 김인규, 조남정, 2006; 노혜련, 김형태, 이종익, 2005; 송인한, 권세원, 김현진, 2013; Beck, Kovacs & Weissman, 1979; Kienhorst, Wilde, Diekstra, & Wolters, 1992) 보호요인은 낙관성, 자기효능감, 자아존중감, 사회적 지원 등과 관련이 있다(강희양, 양경화, 2013; 조한익, 차주연, 2013). 자해는 분노, 자기혐오, 분리불안, 수치감, 충동감, 우울감, 역기능적 가정, 부모의 정서적 박탈 등이며(Martinson, 2002), 특히 자살과 관련이 높은 우울보다는 분노, 불안과 관련이 높다(권혁진, 2014; 이동귀, 함경애, 정신영, 함용미, 2017). 또한 자살의 경우 자해에 비해 아동기 학대 경험, 무망감, 섭식장애, 주요우울장애, 외상 후 스트레스장애 등을 유의하게 더 많이 보고 하였다(Jacobsom, Muehlenkamp, Miller, Turner, 2008). 이처럼 자살과 자해는 치사율, 동기, 행동 및 인지적 특성 등에서 서로 질적으로 다르기 때문에(Favazza, 1996; Favazza & Rosenthal, 1993; Kahan & Pattison, 1984; Pattison & Kahan, 1983) 자살과 자해 청소년에게 차별적인 상담

개입이 이루어져야 한다.

청소년 자살과 자해 문제의 심각성으로 상담개입 및 치료는 지난 10년간 급격히 증가하였다(Kessler, Berglund, Borges, Nock, & Wang, 2005; Nock et al., 2013). 안타깝게도 청소년 자살과 자해 치료와 상담개입이 증가하는 비율만큼 자살이 감소하지 않았다(Kessler et al., 2005). 이는 자살과 자해 청소년 상담에 효과성을 고려하여 상담개입이나 치료가 이루어져야 함을 시사한다. 다수의 연구에서 인지행동치료(CBT:Cognitive Behavioral Therapy), 변증법적 행동치료, 가족기반치료, 부모교육이 자살 및 자해 청소년을 다루는데 효과적인 것으로 보고된다(Donaldson, Spirito & Esposito-Smythers, 2005; Perepletchikova et al., 2011). 또한 대표적인 구조화 프로그램으로 자살위기청소년 집단 상담 프로그램인 CAST(Coping and Support Traing), 자해청소년 집단교육 및 상담프로그램인 S.A.F.E. ALTERNATIVES(Self Abuse Finally Ends), 자해청소년 종사자 대상 교육프로그램인 Self-Injury and Recovery Research and Resources와 부모회복프로그램을 들 수 있다. 한편 국내에서도 자살·자해 청소년 대상 상담프로그램이 개발되고 있는데(김영선, 최윤정, 2016; 박현숙, 2008; 유재순, 손정우, 남민선, 2010; 최현미, 이선화, 2014; 함경애, 천성문, 2014) 대부분이 집단상담 프로그램에 한정되어 있고, 자살과 자해에 대한 개입이 구분되어 있지 않다. 이런 맥락에서 서미, 김은하, 이태영, 김지혜(2018)의 ‘고위기청소년정신건강 매뉴얼: 자살·자해’ 연구는 자살 위기청소년과 자해 위기청소년에게 차별적으로 개입할 수 있는 개인상담 매뉴얼을 개발하였다는 점에서 주목할 만하다. 서미 등(2018)은 자살 위기청소년과 자해 위기청소년에게 차별적으로 개입할 수 있는 개인상담 매뉴얼을 개발하였다. 이 연구는 문헌연구, 자살 및 자해 경험이 있는 청소년 심층인터뷰, 자해 및 자살 청소년의 상담자 인터뷰를 분석하여 자살 및 자해를 극복하는 상담 과정을 밝히고, 이를 근거로 자살과 자해 청소년 대상 표준화된 상담 개입 매뉴얼을 각각 개발하였다. 매뉴얼이 자살과 자해에 대해 차별적인 상담개입 방안을 개발하였다는 점, 그리고 자해청소년 및 상담자 인터뷰를 통해 실효성 있게 매뉴얼을 개발하였다는 점에서 매우 중요한 연구라고 볼 수 있다. 다만 이 매뉴얼들이 현장에서 실제로 청소년을 대상으로 효과를 검토하고 평가하는 과정을 거치지 않았다는 점에서 아쉬움이 남는다. 따라서 본 연구에서 서미 등(2018)의 고위기청소년정신건강 상담개입 프로그램이 실제로 청소년의 자살 및 자해와 관련된 행동이나 사고를 감소시키는데 효과가 있는지를 검토하고자 한다.

최근 상담 및 복지 분야에서 현장에서의 상담 및 복지서비스의 효과성을 경험적으로 입증해야 한다는 근거기반 실천(Evidence-Based Practice; 이하 EBP)을 강조하고 있다.

Glenn, Fraklin, Nock(2015)은 기존의 청소년 자살 및 자해 상담개입을 EBP 기준으로 분석하였다. 즉 이들은 청소년 자살 및 자해 상담개입프로그램 총 29편을 EBP 기준에 근거하여 분석하였다. 그 결과, ‘개인 및 가족에 대한 인지행동치료와 부모교육’, ‘가족기반 접근(가족간의 관계, 부모자녀관계 향상)에 기반한 부모교육’, ‘개인의 대인관계 기반치료’ 등이 효과적인 것으로 나타났다. 즉 청소년의 자해 생각과 행동에 있어 효과적인 치료 개입들은 부모와 자녀관계를 중심으로 관계의 변화가 있어야 하고, 문제해결 능력, 감정조절 부분인 것으로 나타났다. 이러한 치료적 요인들은 서미 외(2018)의 고위기청소년정신건강 매뉴얼에서 주요하게 다루어지고 있다. EBP는 다양한 연구방법을 통해 도출된 근거에 대한 강점과 한계를 파악하는 것이 중요하며 이를 토대로 프로그램과 모형을 개발하는 것이다. 즉 다양한 연구근거를 통합하는 의사결정과정으로서 심리평가, 사례개념화, 치료관계 등 보다 넓은 범위의 치료적인 활동들을 모두 포함하며 경험적으로 지지되는 치료를 포함한다(임민경 이지혜, 이한나, 김태동, 최기홍, 2013). 본 연구에서는 자살 및 자해 청소년 대상으로 먼저 표준화된 자살 및 자해 청소년 상담개입 매뉴얼을 적용하여 효과성을 검증하고자 하였다. 즉, 자살과 자해 위기 청소년에게 상담서비스를 제공하는 청소년상담복지센터에 표준화된 상담개입 매뉴얼을 적용하였을 때의 효과성을 검증하고자 하였다. 청소년상담복지센터는 위기청소년에게 공적서비스를 제공하는 기관으로서 EBP 기반 상담개입이 절실하다. 본 연구에서는 청소년상담복지센터 등 현장의 상담센터에서 표준화된 상담개입 매뉴얼을 적용하는 모형을 개발하고 효과성을 검증하고자 한다. 이때 상담센터에 표준화된 상담개입 매뉴얼을 적용하는 모형을 상담클리닉 운영모형이라고 정의한다. 따라서 본 연구에서는 효과성이 입증된 상담클리닉 운영모형을 도출하고자 하였다. 또한 현장에서 상담클리닉 모형을 활용할 수 있도록 매뉴얼을 개발하고자 하였다.

2. 연구과제

첫째, 자살 및 자해 위기 청소년 상담개입 매뉴얼이 적용된 상담클리닉 운영모형을 도출한다.

둘째, 자살 및 자해 위기 청소년 상담클리닉 운영모형의 효과성을 검증한다.

셋째, 자살 및 자해 위기 청소년 상담클리닉 운영모형 매뉴얼을 개발한다.

II. 이론적 배경

1. 청소년 자살·자해 상담 현황

OECD 회원국의 평균 자살률은 12.1명이고 우리나라는 OECD평균에 비해 2.4배에 해당하며, 특히 청소년 및 청년층에 해당되는 10대와 20대의 사망원인 1순위가 고의적자해(자살)인 것으로 나타났다(OECD, 2016). 또한 2016년 국가응급환자진료정보망(NEDIS)의 발표에 따르면 자살 및 사해 시도로 인해 응급실에 내원한 10대 환자는 8.2%, 20대는 19.6%이며, 10대의 경우 2012년부터 매년 감소하는 추세로 나타났다. 하지만 자살시도 및 자해행동 자체가 사적이고 은밀하게 이루어지기 때문에 응급실로 내원하지 않은 10대들의 자해행동 및 자살시도를 현실적으로 반영했다고 볼 수 없다. 국외의 경우 일반 청소년 집단 14~21%가 자해행동을 경험하였다고 보고되었으며(Heath et al., 2008), 실제 청소년 중 70%가 자살시도를 한 경험이 있다고 밝혀졌다(Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006).

이러한 청소년의 자살 및 자해 상담개입 방안에 대한 국내·외 연구를 살펴보면, 먼저 국외에서는 인지행동치료, 변증법적 행동치료, 가족치료, 부모교육 등이 청소년의 자살 및 자해를 다루는데 있어서 효과적이라고 보고되고 있다(서미 외, 2018에서 재인용). 뿐만 아니라 질병예방통제센터(CDC:Center for Disease Control and Prevention), 국제자해 연구단체(ISSS:International Society for the Study of Self-Injury) 및 대학교 등을 중심으로 교내 정신건강 전문가, 상담사, 교사, 부모를 대상으로 자살 및 자해 위기 청소년을 돕기 위한 프로그램이나 개입전략에 대한 교육을 제공하며, 학급 및 그룹단위 형식으로 청소년 대상 집단상담을 실시하고 있다.

한편, 국내에서는 주로 자살·자해 위기 청소년에 대한 집단상담 프로그램 개발이 이루어지고 있는데(김영선, 최윤정, 2016; 배주미, 양윤란, 김은영, 2009; 양영애, 2012; 이귀숙, 김은영, 장은희, 2015; 이동귀, 함경애, 정신영, 함용미, 2017; 함경애, 천성문, 2014) 대다수의 연구들은 청소년의 자살에 초점화 되어 있어 자살 의도가 없는 자해 청소년에게 적용하기에는 한계가 있다. 최근 KBS <추적 60분>은 2월 22일 방송 ‘소리 없는 아우성, 청소년 자해’를 통해 자해의 심각성과 이에 대한 보호 대책을 강구해야 할 필요

성에 대해 방영하였다. 방송을 통해 제작진은 17곳의 시·도 교육청에 청소년 자살 및 자해 개입 매뉴얼에 대해 문의한 결과, 청소년 자살과 관련해서는 간단한 핸드북이 있지만, 자해와 관련된 올바른 대응 매뉴얼이 매우 부실한 것을 문제로 지적하였다. 이런 맥락에서 서미 등(2018)이 개발한 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 연구는 자살과 자해개입에 대해 각기 차별적인 매뉴얼을 개발하였다는 점에서 주목할 만하다. 여기서는 대표적인 국내외 자살 및 자해 프로그램을 살펴보고자 한다.

2. 국외 청소년 자살·자해 상담개입 프로그램

미국의 경우 질병예방통제센터(CDC)를 중심으로 다양한 유형의 자살예방 프로그램들이 개발되고 효과성을 검증하는 연구들이 이루어지고 있으며(오승근, 2005), 자해 관련 프로그램 또한 대학교 차원에서의 자해 전문 센터가 운영되거나, 자해상담 프로그램 개발 및 효과성 등의 연구들이 활발하게 이루어지고 있다(Favazza, Conterio, 1988; Muehlenkamp, Walsh, McDade, 2010; Rossouw, Fonagy, 2012). 본 연구에서는 자살 및 자해 위기 청소년을 대상으로 한 상담 운영 모형 개발에 초점을 두고 있으므로 국외 자살 및 자해 상담 프로그램 중 모든 청소년을 대상으로 한 보편적 차원의 예방 프로그램 보다는 자살 및 자해 위기 청소년을 대상으로 한 교육 및 상담 프로그램 위주로 선별하여 고찰함으로써 어떠한 개입전략으로 구성되어 있는지 살펴보고자 한다.

1) CAST(Coping And Support Training) ¹⁾

CAST 프로그램은 자살 위기 청소년 대상 집단상담 프로그램으로 청소년의 우울이나 분노와 같은 부정적인 감정을 해소시키고 약물에 대한 의존도를 줄이며 학교에서의 적응적인 생활방식을 습득할 수 있도록 하는 것이 목적이다. 프로그램의 초기에는 목표설정과 목표에 대한 모니터링, 자존감 향상을 위한 세션으로 구성되어 있고, 중기에는 의사결정기술, 분노관리하기, 건강한 의사결정을 위해 약물 사용 조절하기로 이루어져 있으며 후기에는 학교생활적응, 재발방지, 변화에 대한 인식 등의 개입이 포함되어 있다. 본 프로그램은 6~8명의 청소년을 한 집단으로 구성하고 주 2회씩 총 12회기 동안 진행된다. NIH(National Institutes of Health)에서 제시한 CAST프로그램의 효과를 살펴보면 자살 위협 행동, 불안 및 우울수준, 약물 및 알코올 사용이 감소하였으며, 문제해결 기술,

1) <http://www.reconnectingyouth.com> 에서 발췌(검색일 2019.3.22.)

자기 통제력, 가족간의 지지는 향상된 것으로 보고되었다.

2) S.A.F.E. ALTERNATIVES (Self Abuse Finally Ends)²⁾

S.A.F.E. 프로그램은 1988년 Favazza와 Conterio가 ‘자해치료프로그램(PITSI: Program for the Treatment of Self Injury)’ 이란 이름으로 30일 동안 병원입원치료 프로그램으로 개발되었다. 하지만 30일 동안의 입원치료는 현실적으로 점점 불가능해졌으며, 프로그램을 보다 쉽게 활용하기 위해 90년대 초반 집단교육과 상담이 결합된 형태의 프로그램인 S.A.F.E. ALTERNATIVES로 재구성되었다. 본 프로그램은 내담자의 자기조절력 향상을 위한 상담, 자해행동을 멈추고 건강한 대처방법을 습득하는 내용으로 구성되어 있으며, 세부 프로그램으로 자해경험이 있는 청소년 및 성인을 대상으로 한 S.A.F.E. Choice와 S.A.F.E. Intensive 프로그램, 자해 위기 청소년만을 대상으로 한 S.A.F.E. Expression으로 구성되어 있다. 자세한 내용은 아래 표에서 확인할 수 있다.

표 1. S.A.F.E. ALTERNATIVES 프로그램 세부내용

프로그램명	회기	대상	구성	내용
S.A.F.E. Choice	주1회 (6주)	자해 경험이 있는 청소년 및 성인	집단치료 (8명)	<ul style="list-style-type: none"> 정서적 불안에 대한 건강한 대처방법 습득을 위한 치료와 교육
S.A.F.E. Expression	7일 (기숙형)	12~18세의 자해위기 청소년	개인상담, 집단치료, 가족치료	<ul style="list-style-type: none"> 자해와 관련된 이슈 탐색 대인관계 의사소통기술 감정다루기 충동 조절 방법 대안적 활동 선택하기
S.A.F.E. Intensive	30일 (기숙형)	12세 이상의 자해 위기 청소년 및 성인	개인상담, 집단치료, 가족치료	<ul style="list-style-type: none"> 자기 조절력 향상 자해를 멈추고 건강한 선택을 하는 방법

2) <https://selfinjury.com> 에서 발췌(검색일 2019.3.22.)

3) SIRRR(Self-Injury and Recovery Research and Resources)

미국 코넬 대학교 생활과학대학교에서는 2003년 청소년과 성인의 자해행동에 대한 이해를 도모하고자 자해와 회복(Self-Injury and Recovery)에 대한 본격적인 연구를 시작하였으며, Self-Injury and Recovery Research and Resources(SIRRR) 홈페이지를 개설하여 자해에 관한 연구를 수행하고 자해 회복 프로그램을 개발하고 있다. 대표적인 프로그램으로 교사 및 청소년 관련 기관 종사자 대상 교육 프로그램(Non-Suicidal Self-Injury 101, NSSI 101.)과 부모를 위한 회복프로그램(Non-Suicidal Self-Injury: A Course for Parents) 두 가지가 있다. NSSI101은 학교, 내 청소년 대상 전문가 및 정신건강 관련 전문가 대상 프로그램으로, 누가 언제 어디서 왜 자해를 하는지에 대한 구체적인 정보와 함께 자해 위기 청소년을 발견, 개입, 치료, 예방하는 전략으로 구성되어 있다. 본 프로그램에서 다루는 세부내용은 아래와 같다.

- 자해를 유발하고 유지시키거나 중단시키는 발달환경에 대한 이해
- 자해와 회복의 생물학적, 기능적 요소에 대한 이해
- 자해의 확산 경로에 대한 이해
- 자해를 멈추기 위한 효과적인 핵심 원리와 실제
- 자해 위기 청소년 개입 전략과 프로토콜 개발을 위한 논의
- 자해와 관련된 자료 찾는 방법(책, 웹사이트, 논문 등)

NSSI for Parents는 자녀가 자해행동을 극복하도록 도움을 주고자 하는 부모를 대상 온라인 교육으로 제공된다. 이 프로그램은 부모-자녀간의 협력관계를 바탕으로 구성되어 있으며, 부모가 자녀의 자해행동을 이해하고 자해를 극복하는 것을 격려할 수 있도록 조력하는 것이 목적이다. 본 프로그램에서 다루는 세부내용은 아래와 같다.

- 자해란 무엇인가. 왜 이들은 자해를 하는가에 대한 이해
- 자녀의 회복과정에서 부모의 역할 이해하기
- 회복과정에서의 중요한 요소 이해하기
- 자녀와 자해에 대해 의사소통 하는 기술 습득하기
- 자녀와의 힘 투쟁을 잘 다루는 법 배우기
- 건강한 가정환경을 구성할 수 있는 방법에 대한 이해

위와 같은 프로그램 외에도 국외에서는 자해 위기 청소년 대상 집단 교육프로그램 (Muehlenkamp et al., 2010), 우울 및 자해 위기 청소년 대상 상담 프로그램(Rossouw, Fonagy, 2012) 등 자해 위기 청소년 대상 프로그램 개발이 활발하게 이루어지고 있다.

3. 국내 청소년 자살·자해 상담개입 프로그램

국내에서 이루어지고 있는 청소년 자살 상담 프로그램 개발 현황을 살펴보면, 청소년 자살예방 프로그램에는 청소년 집단 전체를 다루는 보편적 예방프로그램과 자살가능성과 연관된 위험인자를 가진 사람을 대상으로 하는 선택적 예방, 자살가능성이 높은 위험군을 대상으로 하는 지표적 예방프로그램으로 구분 될 수 있다(Haggerty & Mrazek, 1994; 김아리, 2018에서 재인용). 본 연구에서는 자살 위기 청소년을 주로 다루는 선택적 및 지표적 예방프로그램 위주로 선행연구를 고찰하고자 한다.

김영선과 최윤정(2016)은 마음챙김 명상에 근거한 인지치료(Mindfulness Based Cognitive Therapy:MBCT) 중심의 프로그램을 구성하고 정서행동검사 고위험 고등학생 33명을 대상으로 시범운영 하였다. 이 프로그램은 현재의 순간에 집중하며 자신의 정서, 느낌, 사고와 신체 감각에 대해 수용하고 알아차려 부정적인 인지와 정서에 빠지는 것을 막아 자살을 예방하는 것이 주요 내용이며, 프로그램 참여 후 청소년의 자살생각과 우울수준이 감소하였다.

함경애와 천성문(2014)은 인지치료 중심으로 자살 위기 청소년의 자살행동의 근본적인 원인, 자살과 관련된 행동의 목적 탐색 그리고 보호요인과 같은 내담자의 긍정성을 강화시키는 것을 목적으로 하였으며, 정서행동검사 고위험 중학생을 대상으로 시범운영 하였다. 프로그램은 구체적으로 부정적인 정서와 사고를 완화시키는 것과 동시에 심리적 안녕감과 같은 긍정성을 강화시켜 지속적으로 자살행동을 감소시키는 방향으로 구성되었으며, 프로그램 참여 청소년의 우울과 자살생각이 감소하였고 심리적 안녕감이 증가하였다. 위와 같은 프로그램 외에도 자살 위기 청소년을 대상 인지행동치료를 기반으로 한 자살예방 프로그램이 많이 개발되고 있으나(박현숙, 2008; 유재순, 손정우, 남민선, 2010; 최현미, 이선화, 2014), 이 프로그램들은 집단 프로그램으로 구성되어 진행되며 자살 위기 청소년을 위한 개인상담 매뉴얼에 대한 개발은 미비한 실정이다.

한편, 국내 청소년 자해 상담 프로그램 개발 현황을 살펴보면, 청소년 자살 및 자해예방 집단 상담 프로그램 운영 사례를 살펴본 연구(양영애, 2012), 자해행동 청소년을 위한 단기개입 프로그램을 개발하고 효과성을 검증한 연구(이동귀 외, 2017), 고위기 자살·자

해 상담개입 매뉴얼을 개발하고 효과성을 검증한 연구(서미 외, 2018) 등이 진행된 바 있다.

양영애(2012)는 정서행동 고위험군 청소년을 대상으로 청소년 자살 및 자해예방 워크북(Shapiro, 2008)에 근거하여 단회기 집단상담 프로그램을 구성하고 시범운영하였다. 구체적인 프로그램은 자해에 대한 이해, 자해와 관련된 감정과 생각 인식하기, 도움 요청하기, 자해 극복하기(문제해결기술), 알아차림 명상하기로 구성되며, 자해에 대한 교육과 함께 명상기법을 활용한 상담이 제공되었다.

이동귀 등(2017)은 정서행동 고위험군 청소년 중 자해경험이 있는 청소년을 대상으로 단기개입 프로그램을 실시한 후, 자살생각, 공격성, 정서인식·표현 및 정서조절에 미치는 효과를 검증하였다. 단기개입 프로그램은 주 2회, 총 8회기로 한 회기당 45분간 진행되었다. 프로그램은 3단계로 구성되어 있으며 각 단계별 목표는 다음과 같다. 1단계의 목표는 자기 정서를 인식하고 이해하며 자신의 대처행동에 대한 문제점을 파악하게 된다. 2단계의 목표는 자기 정서를 조절하는 것으로, 자신에 대한 취약한 정서를 표현하고 정서조절방법을 습득하게 된다. 마지막 3단계의 목표는 대인관계기술을 익히는 것으로 이를 통하여 사회적 지지자원을 확보하게 된다. 위와 같이 구성된 프로그램 효과 검증을 실시한 결과 실험집단은 자살생각과 공격성이 유의하게 감소하였고, 정서인식·표현, 정서조절은 유의미하게 증가하여 자해행동 단기개입 프로그램이 효과가 있는 것으로 나타났다.

이처럼 국내 자살예방 및 상담 프로그램은 많은 반면에 자해 상담 프로그램에 관한 실증적인 연구가 부족한 상황이다. 특히 청소년의 자해행동은 SNS를 통한 확산으로 모방하기 쉬우며, 자해의 결과로 생명에 큰 위험을 초래할 수 있다는 심각성에 비해 아직까지 국내 연구가 부족하고 청소년 자해에 대한 전문적인 개입은 이루어지고 있지 않다. 또한, 자해 상담 프로그램 개발이 이루어지고 있으나, 과학적인 근거 없이 특정 심리치료에 기반하여 개발되거나, 학교 중심의 집단상담 프로그램 위주로 개발되고 있어 실제 현장에서 활용될 수 있는 청소년 자살·자해 상담 개입 매뉴얼이 부족한 실정이다. 이에 서미 등(2018)은 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼(자살 및 자해)을 개발하여 상담현장에서 실제적으로 활용될 수 있는 개인상담 매뉴얼을 개발하였다. 본 연구는 아래에서 자세히 살펴보고자 한다.

가. 한국청소년상담복지개발원 청소년 자살·자해 상담개입 매뉴얼

한국청소년상담복지개발원에서 개발한 고위기 청소년 상담개입 매뉴얼 : 자살·자해 편(서미 외, 2018)은 자살 및 자해 위기에 있는 청소년 상담에 대한 현장 실용가능성을 높인 구조화된 프로그램 및 매뉴얼이다. 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼(자살·자해)의 특징은 다음과 같다. 첫째, 상담개입 매뉴얼은 자살과 자해를 구분하여 적용할 수 있도록 구성하였으며 이를 스크리닝 할 수 있는 평가도구와 면담절차를 통해 자살과 자해 중 어떤 문제를 가지고 있는지 파악한다.

둘째, 근거기반이론을 토대로 한 인지행동치료 중심으로 초기, 중기, 후기 단계별 프로그램으로 구분하여 적용할 수 있도록 하였다. 초기에는 자살·자해의 위험수준 및 내담자의 증상을 파악하고, 내담자와 신뢰관계를 형성하는 것을 가장 중요한 목표로 구성하였다. 중기에는 인지행동치료를 기반으로 하여 자신의 스트레스 대처방식을 인식하고 비합리적 신념 및 행동을 변화시켜나가는 것을 주요내용이며, 후기에는 구체적인 대처방안을 수립하고 실행할 수 있도록 내담자의 생활관리까지 다룰 수 있도록 구성되었다.

셋째, 매뉴얼은 중기·후기 청소년을 대상으로 하며, 부모상담 매뉴얼을 강화하였다. 현장전문가 대상 심층면접 결과, 초기 청소년에게는 자살예방에 대한 개입을, 중·후기 청소년에게는 자살 및 자해 개입을 하는 것이 효과적이라고 나타났다. 또한 부모가 자녀의 자살·자해 증상을 발견 했을 때 어떻게 대처해야하는지, 자녀와 어떻게 상호작용하는지 등 자녀의 위기 수준에 따라 부모가 어떻게 개입하고 행동해야하는지에 대한 지침을 포함하였다.

마지막으로 매뉴얼은 자살·자해 청소년 상담 시 공감 및 진솔성 등 상담자의 역할과 함께 상담자의 소진을 방지하기 위한 전략을 포함하였다는 점에서 기존 연구와 차별화 된다. 자살 및 자해 위기 청소년을 상담할 때, 상담자의 무비판적이고 지지적인 태도의 역할을 강조할 뿐만 아니라 자살 및 자해 위기 청소년 상담으로부터 비롯된 상담자의 불안과 소진을 예방하기 위해 자기감정 점검하기, 지지자원 확보하는 법 등이 매뉴얼에 수록되어 있다.

프로그램의 효과성을 알아보기 위해 현장전문가 20명 대상 시범교육 후 참여자 관점의 평가를 통해 5점 만점 중 평균 4.05로 전반적으로 높은 만족도를 보였으며, 현장전문가 9명 대상 심층면접 결과, 상담 단계에 따른 목표와 구체적인 전략이 포함되어 있고, 인지치료 도식 활동지를 활용할 수 있어 자살·자해 위기 청소년에게 효과적인 상담을 제공할 수 있을 것으로 보고되었다. 서미 등(2018)이 개발한 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼(자살·자해)의 구성내용은 아래 표 2와 같다.

표 2. 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼(자살·자해)의 구성내용

단계	목표	주요 내용	
		자살	자해
초기관리 (1-3회기)	위험성 평가 안정성 확보 신뢰감 형성	자살 및 자해 위험수준 판단	
		주호소 문제 및 위험사건 탐색	
		보호요인 탐색	
		안전 계획 마련 및 안전 약속	
		상담구조화	
중기관리 (4-7회기)	스트레스 대처 및 문제해결력 증진	자살 위험평가 및 개입	자해 위험 평가 및 자해극복
		생활 스트레스 확인	
		자살 및 자해 주요 정서 다루기	
		비합리적 신념 및 행동 변화	
		기관연계 및 자원활용	
후기관리 (8-10회기)	긍정적 자기개념	생활계획 및 관리	위험수준 평가 및 생활관리
		스트레스 대처 방법	대안적 문제해결방식 & 스트레스 대처방식
		긍정성 및 잠재력 강화	
		종결 다루기	
		부모상담	
부록		상담자 태도 및 자기점검	

이처럼 서미 등(2018)은 이론적 근거를 바탕으로 자살 및 자해 경험이 있는 청소년의 요구, 현장전문가의 자문 및 감수를 통해 자살 및 자해 청소년에게 효과적으로 개입할 수 있는 상담개입 매뉴얼을 개발하였으며, 현장에서 쉽게 적용할 수 있도록 초기, 중기, 후기 관리를 나누어 제시하여 체계적인 과정으로 자살 및 자해 청소년을 조력할 수 있도록 개발하였다.

한국청소년상담복지개발원에서는 매뉴얼 개발과 더불어 전문클리닉을 통해 자살 및 자해 청소년 내담자를 대상으로 이를 시범적으로 적용하였다. 전문클리닉이란 위기수준이 높은 내담자를 선별하여 상담 시작부터 종결까지 지속적인 슈퍼비전과 자문을 통해 관리하는 시스템으로, ‘자살 및 자해’, ‘폭력’, ‘정신건강’, ‘중독’, ‘성폭력’ 등 5개 분과로 운영되고 있다.

이와 같이 선행연구에서 이론적 근거를 바탕으로 한 프로그램 개발과 함께 현장전문가 대상 효과성 검증과 내담자를 대상으로 시범 적용하였음에도 불구하고, 개발된 매뉴얼을 토대로 자살·자해 청소년 대상 상담을 진행한 후 청소년의 변화를 검증하는 등의 프로그램의 효과를 검토 하고 평가하는 과정이 생략되었다는 아쉬움이 있다. 따라서 본 매뉴얼을 실제 상담 현장에서 적용하기 위해서는 청소년을 직접 상담하고 평가하는 과정이 필요한 것이 사실이다. 이에 따라 본 연구에서는 서미 등(2018)이 개발한 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼(자살·자해)이 실제로 청소년의 자살·자해와 관련된 행동이나 사고를 감소시키는데 효과가 있는지 경험적으로 입증할 수 있는 근거기반(Evidence-Based) 효과검증 연구가 요구된다. 또한 이를 청소년상담복지센터에서 실제적으로 활용하기 위해 자살·자해 청소년의 수요가 많은 지역 센터에서 직접 운영하고 그 효과성을 검증할 필요성이 제기된다. 이를 통해 본 연구는 효과성이 검증된 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형을 개발하고 지역 청소년상담복지센터에 적용·보급함으로써 자살·자해 위기 청소년에게 더욱 효과적인 서비스를 제공하는데 기여할 수 있을 것이다.

나. 청소년상담복지센터에서의 위기상담: 자살 및 자해상담 개입

전국청소년상담복지센터(이하 상담센터)는 자살자해 상담을 긴급 위기상담으로 분류하여 즉시 개입하는 것을 원칙으로 한다. 그 개입과정 및 내용은 각 상담센터마다 조금씩 차이는 있지만, 기본적인 개입과정은 동일하다. 즉, 사례접수, 접수면접, 사례배정회의 통한 상담사 배정, 심리상담, 자원연계, 추수관리의 순으로 진행한다. 심리상담 과정에는 심리상담, 심리평가, 부모상담이 포함된다. 다만 현장에서는 자살과 자해 상담을 명확하게 구분하여 진행하기보다 자살 위험 수준을 평가하여 자살상담으로 진행하고 있다.

1) 상담접수 및 사례배정

가) 상담접수

자살·자해 상담은 다양한 경로를 통해 의뢰된다. 청소년 내담자 자신, 부모나 형제·자매, 친구, 기존 내담자를 통해 의뢰되거나, 학교 및 학원, 경찰서, 소방서, 지역아동센터, 드림스타트, 병원 등 CYS-Net 기관과 상담센터에서 운영하는 1388청소년지원단, 아웃리

치 등을 통해 의뢰되고 발굴된다. 예를 들면, 119구조대가 자살을 시도한 청소년을 구출한 후 바로 상담센터에 의뢰하는 경우, 경찰관이 순찰 중 청소년을 지도하는 과정에서 자해 흔적을 발견하고 상담을 의뢰하거나 권유 경우 등 다양한 의뢰를 통해 사례가 발굴되고 접수된다.

자살·자해상담 신청이 타 상담 신청과 다른 점 중 하나는 청소년 내담자 스스로 도움을 요청하는 경우가 많다는 것이다. 이는 자신의 상태에 대해 조절할 수 없다는 비통제감에 대한 불안 및 공포, 자신에게는 아무도 없다는 사고에서 비롯된 외부도움 요청, 절박함을 호소하고 싶은 심리적 상태에 기인한 것으로 분석된다.

나) 접수면접

일반적으로 전화상담을 통한 상담접수 후 상담사 배정을 하고 접수면접을 실시한다. 단, 불시에 상담센터를 찾아오는 내담자의 경우 상담총괄팀에서 접수면접을 실시한다. 접수면접에서는 자살생각 강도, 자살시도 경험, 자살도구 소지 유무, 자살계획 여부, 대인관계, 현재의 스트레스 등 자살과 관련된 사항을 구체적으로 탐색한다.

다) 사례배정

자살·자해 상담사례 접수 시 위험성을 감소시켜 불의의 사고 발생을 예방하기 위해 즉각적인 개입을 하고 있다. 즉각적인 개입을 위한 절차는 상담센터마다 다소 차이가 있다. 사례 접수를 받은 상담사가 직접 당일 상담약속을 정하거나, 접수된 사례에 대해 긴급 사례배정 회의를 통해 적합한 상담사에게 사례 배정 후 당일 개입하는 방법을 채택하고 있다.

약속 없이 내방한 내담자의 경우 상담총괄팀에서 접수면접을 실시한 후 위험성이 높지 않다면 사례배정회의를 통해 상담사를 배정하고, 매우 심각하거나 긴급한 경우 접수면접을 실시한 상담사가 바로 개입하거나, 사례총괄 팀장에게 보고하여 상담사를 즉시 배정, 상담을 진행한다. 내담자의 상담거부가 심하거나 이동이 불편한 상황 등 찾아가는 상담이 필요한 경우 청소년동반자가 내담자가 있는 곳을 찾아가서 상담을 진행한다. 흔하지는 않지만 긴급상황 발생 시 가정, 학교 등을 찾아가 위기개입 하는 경우도 있다.

2) 상담 진행

가) 심리평가

심리검사 및 부모, 형제, 교사, 친구 등 주요한 사람들의 보고, 행동관찰, 내담자 보고 등을 통하여 내담자의 심리를 종합적으로 평가한다. 특히 상담을 의뢰한 사람을 통해 내담자 개인에 대한 정보 및 자살·자해와 관련된 정보를 충분히 탐색한다.

내담자의 자살·자해 위험수준을 평가하기 위해 주로 사용하는 척도는 자살생각척도(SSI) 또는 우울척도(BDI), 스트레스척도, 충동성척도이다. 자살, 자해 문제를 호소하는 내담자의 경우 다양한 어려움을 호소하므로 다면적 인성검사(MMPI-A), 문장완성검사(SCT), 집·나무·사람 그림검사(HTP)를 실시하여 위험 단계를 평가하기도 한다. 필요한 경우 부모 또는 보호자 대상 검사를 실시하여, 부모나 보호자에 대한 이해를 높이고 이를 바탕으로 상담사, 부모, 보호자가 내담자를 보호, 상담, 지도함에 있어 활용할 수 있도록 한다. 기타 사회적 지지척도, 자아존중감척도, 문제해결능력척도를 실시하고 있다.

자살·자해와 무관하게 접수된 사례 중 모든 내담자에게 실시하고 있는 위기스크리닝 척도를 통해 내담자의 자살·자해 사고 및 시도가 파악되기도 한다. 이 경우 사례총괄 팀장에 보고하고 위기상담 개입과정에 따라 개입한다.

나) 자살예방 서약서(생명존중 서약서)

내담자의 생명을 스스로 보호하고 안전한 상담관계를 형성하기 위해 자살예방 서약서를 작성한다. 이는 추후 발생하게 될지도 모를 불의의 사고로부터 상담사를 보호하는 하나의 도구가 되기도 한다. 자살예방 서약서를 작성한 내담자들은 주로 ‘나를 보호해주는 사람이 있다는 것에 감사하는 마음이 들었다. 하나의 약속이니 지키기 위해 노력해 보겠다’ 는 반응을 보였다. 그러나 혼자 사는 내담자의 경우 자살예방 서약서의 효과성은 낮기 때문에 자살하기 전 반드시 상담사에게 연락을 하겠다는 약속을 받고 이를 실행하도록 한다.

자살 상담의 경우 필수적으로 자살예방 서약서를 작성하도록 하고 자해의 경우는 필요시만 작성한다.

다) 심리상담

상담은 최소 3개월은 기본으로 진행하고 위험수준에 따라 1년 진행한다. 매우 위험한 수준의 특별한 사례의 경우 추수상담을 포함하여 5~6년 관리하는 경우도 있다. 상담동

의서에 3개월 이상 의무적으로 상담 받았다는 내용을 포함하여 서명을 받아 내담자의 상담의지 및 책임과 의무를 강조하는 상담센터도 있다.

라) 부모상담

모든 자살·자해상담에서 부모상담은 필수이다. 자살을 염두에 둔 자살시도의 경우 내담자 상태를 부모가 인지하고 있거나, 인지하지 않고 있더라도 부모에게 알리는 것을 거부하는 내담자가 많지 않은 반면, 자해는 부모님이 모르고 계시는 경우도 많고 부모님에게 알리는 것을 거부하는 내담자가 많다. 이 경우 내담자를 설득하고 이해를 구하는 절차를 거쳐 부모에게 내담자의 자해 상태를 알리고 도움을 요청한다.

내담자의 상태를 부모에게 알린다고 해서 모든 부모가 협조적으로 상담에 임하는 것은 아니다. 문제가 심각할수록 부모의 협력을 이끌어내기 힘들어 부모상담 진행이 어렵고 심지어는 전화상담이 아닌 전화통화 조차 어려운 경우도 종종 있다. 부모상담이 가장 어렵고 내담자의 변화 또한 더딘 사례는 내담자가 가출한 상태로 쉼터 등 어느 기관에도 소속되어 있지 않거나 부모와 함께 지내되 부모가 방치 또는 방관으로 일관하는 경우이다. 이런 사례는 특히 더 지지자원 발굴 및 연계를 위한 상담사의 노력이 요구된다.

마) 상담 중단

사례배정을 받았는데 내담자가 상담을 거부하거나 상담 진행 중간에 오지 않는 경우가 있다. 이때 상담사는 내담자 또는 보호자를 설득하여 상담을 받도록 노력하고, 만약 상담사 요인이 개입된 경우라면 다른 상담사를 연계한다. 내담자가 원한다면 다른 기관으로 리퍼하는 것도 좋은 방법이다. 상담을 자발적으로 신청한 내담자도 상담에 적극적으로 참여하지 않을 수 있다. 이런 내담자의 경우 끊임없이 새로운 상담사를 찾아다니며 상담사 쇼핑을 하기도 한다.

바) 상담종결

내담자의 자살·자해 위험수준이 사라지거나 낮아지면 상담종결을 준비한다. 종결시기는 3주 정도 전에 논의하여 내담자가 상담을 종결할 마음의 준비를 할 시간을 부여한다. 종결 후 추수상담은 어느 간격으로 어떻게 진행할 것인지에 대한 논의를 통해 내담자의 상담에 대한 의존심과 상담종결에 대한 불안감을 낮춘다.

3) 자원 연계

가) 내부자원 연계

각 상담센터에서 진행되는 다양한 프로그램에 내담자 및 부모가 참여하도록 하여 시너지 효과를 기대할 수 있다. 내담자의 상태에 따라 참여 가능한 위기집단상담, 문화체험 등을 권유한다. 경제적으로 열악한 경우 상담센터 내 복지지원 사업을 통해 식사, 교통비, 의류, 서적 등을 제공한다.

부모의 경우 그 상태에 따라 부모교육, 부모 집단상담에 참여하도록 권유한다. 상담센터에 따라 상담접수 시 부모교육 참여를 의무화하여 부모의 적극적인 협조를 이끌어내고 있다.

나) 외부자원 연계

위기사례 특히 자살·자해사례는 신체, 심리·정서, 사회, 경제적인 문제를 동시에 보유하고 있는 경우가 많기 때문에 보다 적극적인 외부자원의 연계와 많은 사람들의 도움을 필요로 한다.

상담 중 가장 많이 연계되는 기관은 의료기관으로 주로 CYS-Net 병원을 연계하여 사례 개입에 대한 공조체계를 마련한다. 상담사는 필요하다면 의료진과 전화 또는 방문을 통해 내담자의 상태를 확인하고 정보를 공유하며 향후 개입에 대한 논의를 한 후 상담에 반영한다. 이를 위해서 사전에 내담자에게 정보공유에 대한 허락을 받는다.

자살위험 수준이 높으면서 지지자원이 미약하다면 의사로부터 입원을 권유 받는데, 이때 내담자나 부모가 입원을 거부하거나 입원 여부에 대해 상담사에게 결정을 해달라고 요청받기도 한다. 이때 상담사는 결정 해주는 것은 삼가고, 의사의 진단 및 처치에 대해 신뢰하도록 도우며 내담자의 입원에 대한 불안감을 다루어 상황을 객관적으로 받아들이도록 조력한다.

내담자가 처한 상황에 따라 내담자의 욕구와 필요로 하는 자원이 다르기 때문에 내담자 평가에 기초하여 자원을 연계하는 것이 중요하다. 내담자 가정이 열악한 경제 환경으로 인하여 의식주 해결이 어려운 상태라면 국가나 지방자치단체에서 제공하는 복지 서비스 제도³⁾를 연계하여 시급한 경제 문제를 해결할 수 있도록 한다. 내담자가 대인관계에 어려움을 경험하고 있다면 또래관계 증진을 위한 대인관계 기술훈련 프로그램에

3) 여성가족부의 특별지원사업 : 소득수준 조사 후 학업, 자립, 상담, 법률, 활동 등 지원 경기도의 무한돌봄사업 : 소득조사 후 생계비, 주거비, 의료비 등 지원

참여하게 하거나 또래와 어울릴 수 있는 기회를 제공하기 위해 복지관의 문화체험 프로그램에 연계하는 것을 고려한다. 이 역시 내담자에 대한 평가와 이해를 바탕으로 소화 가능한 프로그램을 연계해야 실패 없이 효과를 기대할 수 있다.

자살·자해시도 내담자뿐만 아니라 가족에게 현재의 어려운 상황을 극복하기 위해 다양한 외적 도움을 제공한다. 그동안 가족들은 내담자의 극단적인 행동으로 말미암아 죄책감, 분노, 불안, 책임감 등 다양한 감정을 느끼며 지친 상태일 수 있다. 이런 가족들에게 실제적으로 필요한 부분을 연계하는 것을 고려한다. 만약 부모상담을 센터 내에서 진행하는 것이 적합하지 않거나 여의치 않다면 성인상담이 가능한 건강가정지원센터를 연계하고 양 기관 간 사례회의를 통해 보다 효율적인 개입 방안을 논의하여 내담자의 변화를 도모한다.

기타 검정고시 지원, 법률지원 등 내담자의 상황과 욕구에 따라 기존에 보유하고 있는 상담센터의 자원을 활용하거나 새로운 자원을 개발하여 적합한 자원을 연계한다.

4) 사례지도

자살·자해상담에서 수퍼비전의 중요성은 더욱 강조된다. 따라서 센터에서는 자살·자해상담은 주기적인 수퍼비전을 실시하고 상사가 사례 관리를 하며 심각한 자살·자해상담 사례인 경우 센터장에게 보고한다. 수퍼비전은 외부전문가 수퍼비전, 팀별 수퍼비전, 또래수퍼비전 등 다양한 형태로 운영된다. 자살·자해상담은 내담자의 복잡한 심리와 상담 중 자살 및 자해시도가 발생하기 쉬우므로 정기적인 수퍼비전 외 비정기적인 수퍼비전 또는 긴급 사례회의를 통한 의사결정 및 상담 개입을 한다.

5) 사후관리

자살·자해상담의 경우 단기상담 보다 장기상담으로 이루어지는 사례가 많은데, 여하한 경우든 사후관리가 필요하다. 즉, 내담자의 상태가 호전되어 사례를 종결하는 경우, 병원 등 타기관으로 리퍼되어 종결하게 되는 경우 등 모든 사례에 대하여 사후관리를 진행한다. 사후관리는 내담자와 합의한 일정기간의 간격을 두고 개인상담을 진행하거나 전화상담, SNS상담, 부모를 통한 체크 등 다양한 방법을 사용한다. 만약 초기에 내담자의 거부로 상담이 중단된다면 일정 기간 후 전화상담, SNS 상담을 시도하여 다시 상담 센터를 찾을 수 있도록 하거나 타 기관을 안내하여 도움을 받을 수 있도록 독려한다.

이와 같이 전국 청소년상담센터복지센터에서 자살 및 자해청소년에 대해 위기상담으로 진행하고 있다. 그러나 청소년상담복지센터의 위기상담은 자살 및 자해 청소년, 특히 자해청소년 상담에 특화되어 있지 않다는 점에서 한계가 있다. 또한 위기상담개입 과정이 상담복지센터마다 비슷한 과정으로 진행된다 하더라도 표준화된 매뉴얼이 부재하여 상담자 및 센터의 역량에 따라 효과성이 달라질 수 있다. 따라서 전국 청소년상담복지센터에서 자살 및 자해 청소년 개입 시 신속하고 효과적으로 적용할 수 있도록 상담개입 매뉴얼 및 상담과정이 도출될 필요가 있다.

다. 학교 및 대학에서의 자살·자해 위기개입

교육부에서도 청소년 자살률 증가에 심각성을 인지하고 교육청별로 Wee센터를 중심으로 자살 위기 개입 매뉴얼을 제작하여 보급하고 있다. 또한 대학에서도 학교별로 해마다 증가하는 학생 자살 문제 예방과 개입 방안을 마련하여 적용하고 있는 것으로 나타났다.

매뉴얼에는 자살 사안이 발생할 경우, 위기개입 절차를 제시하고 있으며, 자살 위험이 있는 내담자를 어떻게 개입하는지에 대한 상담개입 과정을 포함하고 있다.

1) 중·고등학교에서의 자살·자해 위기 개입

학교 상담기관에서는 자살에 대한 위기개입 매뉴얼은 제시하고 있으나, 자해관련 위기개입을 따로 제시하지 않고 있다. 따라서 이 절에서는 Wee센터 홈페이지에 게시된 대구광역시 서부교육지원청(2014)의 ‘자살위기개입 매뉴얼’을 중심으로 학교에서의 자살관련 위기개입 과정 및 내용을 살펴보고자 한다.

우선 매뉴얼에서는 학교 내 자살관련 사안이 발생할 경우에 대처하는 방안을 제시하고 있다. 제1단계는 사안접수로, Wee센터에서는 발생한 사안을 파악하고 학교에서 취해야 할 조치사항을 안내하고 위기상담을 위한 협조를 요청한다. 이때 학교에서는 사안에 따라 Wee센터에 협조를 요청한다. 제2단계는 응급상황조치로, 신체적 손상이나 심리적 동요 정도가 큰 학생을 우선적으로 응급의료센터에 연계한다. 제3단계는 학교현장위기개입이다. 즉 발생 사안을 파악하고 행정적인 사안처리와 면담과 심리검사를 통해 선별된 자살 고위험 학생에 대한 조치사항을 논의한다. 제4단계는 위기개입 조치사항으로, 상담 및 교육, 복지적 개입, 행정 등 필요한 조치사항을 수행한다. 이때 자살 시도자나

자살 목격자, 면담 및 심리검사를 통해 선별된 고위험 학생, 교사, 부모를 대상으로 상담이나 교육 등을 실시한다. 제5단계는 종결보고서 작성으로, 사안에 대한 종결보고서를 작성하여 보고하는 것으로 마무리된다.

다음으로, 매뉴얼에서는 Wee센터에서 자살 시도 학생을 대상으로 상담할 경우, 위기개입 단계를 아래와 같이 제시하였다.

표 3. Wee센터 자살 시도 학생 대상 위기개입단계



Wee센터에서는 자살관련 내담자에 대한 상담개입을 접수, 스크리닝, 추후조치, 종결 및 추수관리 순으로 진행한다. 첫째, 접수 단계에서 자살 사안을 파악하고, 이를 토대로 사례회의를 개최한다. 둘째, 스크리닝 단계에서는 관심 대상자의 위기 수준에 따라 선별을 한다. 셋째 추후조치 단계에서는 선별 결과에 따라 상담, 교육, 자문, 외부기관과의 연계 등을 수행한다. 넷째, 종결 및 추수관리 단계에서는 종결 보고를 하고, 종결 후 일정 기간이 지난 다음 추수상담을 하는 등 사례를 지속적으로 관리한다.

그리고 위기개입 시 세부적인 조치사항을 면담 및 심리검사, 상담, 교육, 센터 프로그램, 기관 연계, 학교 자문, 외부전문가 자문으로 구분하여 제시하고 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

표 4. Wee센터 위기개입 및 세부조치사항

개입 구분	조치사항
면담 및 심리검사	<ul style="list-style-type: none"> • PTSD 진단척도검사, SAIC, MMPI-A, SCT, HTP, IES 등 • 정서변화 추이를 확인하기 위해 학교의 관찰과 보호자의 돌봄을 요청하고 필요시 면담 및 심리검사 재 실시
상담	<ul style="list-style-type: none"> • 개인상담 / 집단상담
교육	<ul style="list-style-type: none"> • 학생 : 사안별 개별화된 프로그램(사회성증진 교육, 자살예방 교육 등) • 부모 : PTSD 이해를 위한 교육 • 교사 : 청소년 자살 신호에 대한 대처법, PTSD 이해를 위한 교육

개입 구분	조치사항
센터 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> • 멘토 프로그램 지원 • 사안 발생 후 곧바로 학교생활의 복귀가 어려운 학생의 경우 단기간 센터의 상담과 활동을 통해 심신의 회복과 일상생활의 적응을 도움
기관 연계	<ul style="list-style-type: none"> • 임상심리센터, 외부상담기관, 가족상담기관, 의료기관, 정신의료기관, 정신보건센터, 성교육전문기관 등
학교 자문	<ul style="list-style-type: none"> • 사안과 관련한 심리상담 영역의 자문 <ul style="list-style-type: none"> - 사안내용공지 시 유의사항 안내 - 가정에서 자녀의 정서적 돌봄을 위한 지침 안내 - 학교에서 학생들의 정서적 돌봄과 관찰을 위한 지침 안내 - 자살사안 발생 시 학생들의 부정적인 파급효과의 방지와 정서적인 애도반응과 관련한 자문 • 사안대응 및 교육청 보고와 관련한 행정 자문 • 학교대책회의 참석
외부전문가 자문	<ul style="list-style-type: none"> • 외부전문가 자문 요청

상담자는 자살을 시도한 학생을 상담할 경우, 우선 심리검사를 통해 내담자의 외상후 스트레스 위기수준 및 정서 상태에 대한 평가를 실시하고, 이를 토대로 개인상담 또는 집단상담을 실시한다. 필요한 경우, 내담자에게는 자살예방교육 등 사안별로 적합한 프로그램을 실시하고, 부모 대상으로 PTSD 이해 교육을, 교사 대상으로는 PTSD 이해와 청소년 자살 신호에 대한 대처법 등의 교육을 실시하여 내담자를 이해하는데 초점을 맞춰 교육을 실시하도록 되어있다. 그리고 자살 시도 후 즉각 학교로 복귀하기 어려운 경우에는 멘토 프로그램이나 일상생활의 적응을 도울 수 있는 지원을 한다. 이밖에도 타 기관을 연계하거나 학교 내에서는 교사나 관련 위원회, 학교 밖에서는 다양한 분야의 전문가로부터 자문을 받을 것을 권유하고 있다.

2) 대학에서의 자살·자해 위기 개입

최근 대학에서도 자살 및 자해 관련 위기문제 발생률이 지속적으로 증가하고 있다. 이에 대한 대응방법으로 대학마다 연구 등을 통해 위기개입 지침 또는 가이드북을 제작하고, 학교 내 학생상담 기관에서 위기상담에 사용할 수 있도록 매뉴얼을 개발하여 보급하고 있다. 권호인, 김소라, 윤경선은 국립서울병원과의 연구를 통해 대학상담센터에서의 자살 예방 및 위기개입 대응방안을 제시하였다(전주대학교, 2014). 연구자들은 자살 위기개입 프로토콜을 개발하였는데, 개입 단계는 다음과 같다.



그림 1. 대학상담센터의 자살예방 및 위기개입 프로토콜(개입단계)

우선 1단계에서는 ‘위험학생 알아차리기’ 로, 다양한 방법으로 상담센터에 내원한 내담자들의 자살위기를 알아차리는 방법을 포함하고 있다. 구체적으로 접수 기록과 BDI, MMPI-2 등 검사를 통해 자살 위험성이 있는 학생을 선별한다. 2단계는 ‘위험수준 평가하기’ 로, 자살생각, 자살의도, 자살 행동의 세 가지 개념을 기준으로 위험 수준을 분류하도록 하였다. 3단계는 ‘개입계획과 실행하기’ 로, 자살 위기의 심각성 수준에 따른 행동지침을 수록하였다. 낮은 위험 수준에서는 일반 상담과 동일한 절차를, 중간정도의 위험 수준에서는 정신과 외래치료 권유, 부모에게 연락하기, 위기개입 상담하기 등을, 높은 위험 수준에서는 부모와 지도교수 연락, 연계기관 연계 등의 행동지침을 제시하였다. 마지막 4단계는 ‘추수관리하기’ 로, 내담자에 대한 개입 후의 절차를 포함하고 있다. 즉 내담자에 대한 3단계의 개입을 상담자가 제대로 실행하였는지 확인하기, 기관의 수퍼바이저 및 기관 회의에서 이 절차를 검토하기, 내담자의 모든 기록을 제대로 관리하기 등의 내용을 포함하고 있다.

그리고 연구진들은 자살 위기대응체계 구축 프로토콜을 조사 과정에서 많은 실무자들이 실제 자살과 관련된 행동 지침 뿐 아니라, 상담기관의 체계가 부족하여 어려움을 호소하는 점에 착안하여 대학 상담기관용 자살위기대응체계 구축 프로토콜을 개발하였다. 구체적인 구축단계는 ‘비밀보장 규정 만들기’, ‘위기관리팀 구축’, ‘연계기관과 연대하기’, ‘자살행동에 대한 보고체계 구축’ 으로 제시하고 있다.



그림 2. 대학상담센터의 자살예방 및 위기개입 프로토콜(구축단계)

첫 번째로 ‘비밀보장 규정 만들기’에서는 모든 상담기관은 각자 비밀보장에 대한 각자의 기준을 갖고 있어야 한다고 제안하고 있다. 특히 자살행동의 경우 비밀보장 예외 사안이므로, 이에 대한 사전 대처와 초기 상담동의서 단계에서 비밀 보장 예외 규정에 대한 설명과 위기상황을 대비한 직계가족 연락처 취득에 대한 내용을 담고 있다. 두 번째, ‘위기관리팀 구축’으로, 자살 위기를 겪고 있는 내담자의 자살위험성을 평가하고 상담하는 것은 신속한 의사 결정과 대처가 이루어져야 하는 만큼 전문 지식과 경험을 필요하므로 위기관리팀을 구성할 것을 강조하고 있다. 위기관리팀을 중심으로 상담센터의 자살 위험성 평가, 위기개입, 연계기관 의뢰 등 사례관리가 되어야 한다. 세 번째, ‘연계기관과 연대하기’는 자살 고위험군에 대한 위기개입 시 연계기관과 연대의 중요성을 담고 있다. 이를 위해 외부 정신건강 전문기관과 업무 협조관계를 지속적으로 맺어야 한다고 설명하고 있다. 네 번째, ‘자살 행동에 대한 보고체계 구축’으로, 자살 고위험군의 사례에 대한 개입에서는 추수관리 부분이 중요하므로 프로토콜에는 자살 행동개입에 대한 문서화 작업과 정례적 사례회의를 통해 고위험군에 대한 보고체계를 구축하는 내용을 포함하고 있다. 이는 자살 위기단계가 지난 후 상담센터에 방문하거나, 다음 위기 때 다시 방문하는 것에 대비하기 위함이다.

다음으로 세명대학교(2016)의 위기상담 체계를 살펴보면, 앞에 개입체계와 유사하다. 자세한 절차는 아래와 같다.



그림 3. 세명대학교 위기상담 체계

이 체계에서도 자살 위험 내담자를 대상으로 첫째, 위기상황을 파악하고, 둘째, 위기 수준을 평가하고, 셋째, 위기개입을 통해, 넷째, 사후관리하는 4단계를 제시하고 있다.

이와 같이 중·고등학교와 대학에서도 증가하는 자살 및 자해관련 위기상담 개입을 위한 체계를 지침이나 매뉴얼 등으로 개발, 제작하고 있음을 알 수 있다. 개입 단계 및 방법은 유사하나 표준화된 매뉴얼이 없을 뿐 아니라, 최근 사회문제로 대두되고 있는 자해문제 개입 방안에 대한 구체적인 대응방안이 제시되고 있지 않음을 확인할 수 있었다. 따라서 학교 현장에 자살 및 자해 개입 모형 및 매뉴얼의 개발과 보급이 시급해 보인다.

4. EBP 기반 상담개입 및 상담모형

가. EBP 정의 및 기본 개념

EBP는 근거기반실천을 의미하는 ‘Evidence-Based Practice’의 약자로 임상진료 지침(clinical guideline)은 주관적 판단이나 전문가의 의견 등이 아닌 필히 근거에 기반을 두어야 한다는 ‘근거기반(Evidence-Based)’에서부터 시작된 용어이다(Eddy, 1990). EBP는 1990년대 중반부터 심리학에서 언급되기 시작하여, 미국심리학회(APA)가 Template for Developing Guideline(1995)를 발표하고 APA의 임상분과에서 경험적으로 지지된 심리치료(Empirically Supported Treatments, EST)를 발표하면서 활성화되기 시작하였다. 이후, 2005년 APA는 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice를 발족하여, 이전까지 사용했던 근거기반 운동을 근거기반 실천인 EBP(Evidence-Based Practice)라는 용어로 사용하기 시작하였다(임민경 외, 2013; APA, 2005).

APA는 근거기반실천의 특징으로 다음의 3대 요소를 강조하여 정의하였다. 첫째, 연구를 통해 확보된 가능한 최선의 증거를 둘째, 임상적으로 숙련된 치료자가 셋째, 환자/내담자의 필요, 가치와 선호 등의 맥락을 고려하여 통합, 적용하는 의사결정 과정으로 정의하였다(APA, 2005, 2006). 과학적 연구에 기반을 두어 실천을 해야 한다는 근거기반 의학의 정신은 효과적인 개입방법에 대한 요구, 그리고 공공서비스의 비용대비 효과성 및 목적 달성 여부에 대한 의문이 지속적으로 제기되면서 그 적용 분야가 넓혀지고 근거기반실천 운동으로 확산되었다(Gray, 2001; Macdonald, 1999; Mullen & Streiner, 2004). 근거기반실천이 빠른 속도로 보건의학과 교육, 그리고 사회서비스 등의 분야로 전파된 것은 간결하고 명확한 방법론적 체계를 갖추었을 뿐 아니라 그것이 전하는 메시지가 간단하

면서도 강력하기 때문이라고 평가받고 있다는 점에 주목할 필요가 있다(Trinder, 2000).

현재 국외에서는 EBP를 위하여 체계적인 문헌고찰과 연구를 통해 임상에서 일관성 있게 통상적으로 사용할 수 있는 프로토콜이나 지침서의 기준을 마련하고 있다(최성희, 2013). 특히 영국과 미국의 경우 근거기반실천을 촉진하기 위해 정부의 재정지원과 관련 연구소 설립이 추진되었으며, 사회복지대학에서 근거중심실천 관련 교육과정이 개설되어 있다(Johnson & Austin, 2006). 국내에서는 보건복지부와 건강보험심사평가원을 중심으로 정책적 의사결정과정에서 근거중심의학이 강조되고 있으며, 특히 의료기관 평가와 의료의 질 평가에 도입되고 있다(이영미, 2001). 하지만 다양한 분야의 현장에서 근거기반실천의 중요성은 강조되고 있으나 근거기반실천을 현장에 체계적으로 적용하는 연구는 부족한 실정이며, 데이터베이스의 체계적인 구축 또한 이루어지지 않고 있는 실정이다(이대식, 2009; 이예다나, 손승현, 2010에서 재인용). 따라서, 본 연구에서는 EBP에 근거하여 체계적인 문헌고찰과 연구를 통해 현장에서 일관성 있게 사용할 수 있는 표준화된 자살·자해 청소년 상담개입에 대한 모형을 개발하고자 한다.

나. EBP 기반 상담개입 및 상담모형

내담자가 받는 치료의 효과성을 검증하는 것은 상담을 포함하는 정신건강서비스의 질을 보장하고 제고함에 있어 가장 기본적이면서 중요한 부분이라 할 수 있다(APA, 2006; Roberts & James, 2008). APA 윤리규정에 따르면, 치료자는 “내담자에게 최상의 유용할 수 있도록 노력” 해야 하며 “어떠한 해도 끼쳐서는 안 된다.” 는 윤리적 원칙을 따른다. 이러한 윤리적 원칙에 따르면, 청소년이 보이는 임상적 증상이나 행동에 효과성이 과학적으로 검증된 치료가 있다면 이를 내담자에게 제시하는 것이 중요하다(이소연, 2014). 또한, 치료의 효과성을 검증하는 것은 심리치료가 내담자에게 실제로 도움이 되었는지의 여부와 어떠한 요소들이 효과적인 치료에 영향을 미쳤는지를 과학적으로 제시할 수 있는 근거를 마련할 수 있다. 이러한 관점에서 심리치료의 효과성에 대한 의문을 불식시킬 수 있을 것이다(임민경 외, 2013). 최근 북미에서는 ‘의료분야의 관리 보호’ 제도 아래 보험회사들이 치료효과가 과학적으로 입증된 치료를 받은 내담자들에게만 보험료를 지불하고 있어, 치료효과에 대한 과학적 근거를 마련하는 것이 치료자와 내담자들을 위해 점차 중요해지고 있는 실정이다(Kazdin, 2008; Robert & Hurley, 1997). 이를 위해 서구에서는 지난 20여 년간 치료의 기제와 치료와 관련된 요인들을 연구로 입증하고, 다양한 심리치료 간 비교 연구로 특정 증상이나 상태 치료에 효과적인 치료

및 상담방법을 찾기 위해 노력해 왔다(Wampold & Budge, 2012; Western, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). 이는 결과적으로 근거기반실천, 즉 EBP의 대두를 야기하였으며, EBP를 채택하여 사용하는 치료자의 경우 대체로 경험적으로 지지되거나 근거기반의 치료를 사용하고 있다(이소연, 2014).

현재 ‘연구를 통해 효과가 지지된 심리치료(research-supported psychological treatments)’는 총 74가지가 존재하며, 인지모델 26가지, 행동주의 모델 18가지, 제 3세대 행동주의 모델 6가지, 정신분석 및 정신역동 모델 3가지, 대상관계 모델 4가지, 애착 모델 1가지 및 인간중심, 계슈탈트, 가족 및 지역사회 등으로 구성된다. 미국 심리학회 아동청소년임상분과의 경우에도 일반적인 증상의 불안장애, 우울장애, 양극성 장애 등 다양한 장애에 대한 근거기반치료를 소개하고 다섯 가지 근거에 따라 분류하고 있다(APA, 2012; 이소연, 2014; 임민경 외, 2013). 국내에는 근거기반치료에 대해 정리된 자료가 부재하며, 치료과정에 대한 명확한 이해와 더불어 매뉴얼화 된 치료에 대한 치료충실도가 치료효과에 영향을 줄 수 있는 중요한 변인임에도 불구하고 이를 교육받거나 훈련받을 수 있는 시스템이 부족하다는 문제가 제기된다(이소연, 2014). 이러한 맥락에서 국내의 실정과 내담자에게 부합하는 치료모형의 탐색과 개발이 요구된다.

최근 해외에서는 EBP에 기반한 청소년 자해에 대한 치료적 개입에 대한 분석이 이루어지고 있다. Glenn, Franklin, Nock(2015)은 2013년 6월 이전까지 주요 심리학 저널에서 발표된 청소년과 아동의 자해 생각 및 행동에 대한 개입과 관련된 연구 29편을 EBP 기준에 근거하여 분석하였다. 인지행동 치료, 가족기반 치료, 대인관계 치료 등을 포함하는 치료개입에 대한 분석을 통해 청소년과 아동의 자해 생각과 행동을 감소시킬 수 있는 치료개입을 5가지 수준으로 나누어 분류하였다. 구체적으로는 ‘안정된(Well-Established)’에 해당되는 1수준, ‘효과적으로 생각되는(Probably Efficacious)’의 2수준, ‘효과성이 있을 수 있는(Possibly Efficacious)’의 3수준, ‘실험적인(Experimental)’의 4수준, ‘효과성이 의심되는(Questionable Efficacy)’에 해당되는 5수준까지로 분류하였다. 본 연구에서 1수준에 해당되는 개입방법은 없었으며, 2수준에 해당되는 치료적 개입은 5가지가 존재하였다.

‘효과적으로 생각되는’ 2수준의 치료개입에 해당되는 5가지로는 먼저, ‘개인에 대한 CBT + 가족에 대한 CBT + 부모교육’이 있었으며, 이러한 개입은 자해 행동을 유의하게 감소시키는 효과를 보였다. 다음으로, ‘가족기반 접근’은 치료과정과 감정에 초점을 두고 가족 간의 관계, 특히 부모-자녀간의 관계를 향상시킴으로써 자해 생각을 비교적 빠른 속도로 효과적으로 감소시키는 효과를 보이는 것으로 나타났다. 세 번째,

‘가족기반 접근에 기반한 부모교육’은 부모교육 프로그램을 통해 효과적인 양육태도를 가르치고, 가족의 갈등과 스트레스를 감소하는 데 초점을 두어 결과적으로 청소년의 자해위험을 감소시키는 데 효과성을 보였다. 네 번째, ‘개인의 대인관계 기반 치료’는 개인 간의 문제를 적절하게 해소시킬 수 있는 것을 돕는데 초점을 두어 결과적으로 자해생각을 감소시킬 뿐만 아니라 우울이나 불안, 무력감을 유의하게 감소시키는 것으로 나타났다. 마지막으로, ‘개인과 가족에 대한 정신역동적 접근’은 내적인 생각과 감정의 상태가 현재의 행동과 어떻게 연관되어 있는지를 알고, 근본적으로 자해를 감소시킬 수 있는 자기조절 능력을 향상시키는데 초점을 두었는데 특히 청소년의 자해를 감소시키는데 효과적인 것으로 나타났다. 결과적으로, 청소년과 아동의 자해 생각과 행동에 있어 효과적인 치료적 개입들은 부모와 자녀관계를 비롯하여 관계적인 측면에서의 기능을 향상시키고, 문제 해결 능력을 증진시키는 것과 더불어, 감정 조절, 문제해결 능력, 관계 간 효과적인 기술에 대한 부분이 포함되어 있는 것으로 나타났다. 또한, Glenn, Franklin, Nock(2015)은 향후 연구 과제로 청소년의 자해 생각과 행동을 감소시킬 수 있는 좀 더 효과적인 치료법에 대한 연구가 지속적으로 필요함을 언급하였으며, 단순한 통계적 검증 외에 치료적 요인을 확인할 수 있는 보다 과학적인 검증방법 적용의 필요성을 제기하였다.

실제, 임상 현장에서 EBP 기반 상담 및 심리평가가 실현되기 위해서는 각 기관과 장면의 특성에 적합한 근거기반 상담 및 심리평가 적용 방안이 모색되어야 한다. 시간과 비용, 기관 내 의사결정 체계 및 업무 분담에 대한 인식, 상담인력의 숙련도 등의 요소에 따라 적용이 가능하며, 앞서 제시한 요소들에 따라 최적화된 EBP 기반 상담모형의 형태는 변화될 수 있다(김빛나, 김지혜, 2015). EBP는 내담자에 중점을 두고 시작되었으며, 심리치료자가 최선의 치료결과를 내기 위해서는 무선통제연구를 비롯한 과학적으로 검증된 연구결과를 활용할 수 있는 방법을 제시한다. 이는 다양한 연구 근거를 통합하는 의사결정 과정을 의미하며 심리평가, 사례개념화, 치료관계 등 보다 넓은 범위의 치료적인 활동들을 모두 포함한다는 점에서 경험적으로 지지된 치료를 모두 포함하는 개념이라 볼 수 있다(임민경 외, 2013). 즉, EBP는 다양한 연구방법을 통해 도출된 특정 심리치료를 지지하는 근거를 치료개입 과정에 통합하여 적용하는 의사결정 과정을 의미한다(APA, 2006). 실제로 APA(2006)의 근거기반실천위원회가 밝힌 가이드라인에 따르면, EBP란 여러 가지 유형의 연구로 얻어진 여러 근거들에 대한 강점과 한계를 파악하는 것이 중요하며 이를 토대로 프로그램과 모형을 개발하여야 한다. EBP에 근거한 상담개입 및 모형개발을 위해서는 EBP기반 연구와 실시 프로그램에 대한 지원, 현장 관련 중

사자들 대상 교육, 관련 자료의 데이터베이스 지원 등을 포괄할 수 있는 대규모 지원체계가 필요하다. 이를 토대로 효과적인 상담개입 및 모형에 대한 인식이 제고되며, 효과적인 상담을 제공할 수 있는 상담자들 또한 증가하여 효과적인 상담을 개입할 수 있는 기반을 형성할 수 있을 것이다. 미국과 영국의 경우에도 주정부 또는 중앙정부 차원에서 다양한 EBP 프로그램을 제공(Editorial, 2012; Mchugh & Barlow, 2010)하고 있는 것과 마찬가지로 최근 급증하고 있는 청소년 자살·자해에 대한 상담개입 및 모형개발에 있어서도 정부차원, 정부 산하 공공기관의 해당 역할에 대한 수행이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 EBP에 기반하여 자살·자해 청소년에 대한 표준화된 상담개입 매뉴얼 적용 및 효과성 검증을 통해 자살·자해 청소년 상담클리닉을 개발하고자 한다. 특히 청소년 상담복지개발원은 물론 대학상담센터 및 학교 Wee클래스, 정신건강복지센터 등 청소년을 상담하는 모든 기관에서 적용할 수 있는 상담클리닉 운영 모형을 개발하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 모형 개발절차

본 연구는 ‘EBP 기반 자살·자해 상담클리닉 운영 모형’ 개발을 위해 김창대 등(2011)의 프로그램 개발 및 평가모형의 프로그램 개발 절차 모형을 수정하여 모형 개발을 기획 및 구성, 시범운영을 실행하고 평가하여 모형을 수정·보완하는 절차를 진행하였다.

기획단계는 문헌연구와 기존 상담모형 및 요구분석을 통해 목표를 정립하는 단계이다. 본 연구에서는 EBP 기반 상담개입 및 상담모형 선행연구, 청소년 자살·자해 상담개입 프로그램을 중심으로 문헌연구를 진행하였다. 그리고 현장 실무자를 중심으로 한국청소년상담복지개발원에서 운영하고 있는 자살·자해 전문클리닉 운영 모형을 기반으로 운영모형 개발에 대한 포커스그룹 인터뷰를 실시하였다.

구성단계는 기획단계에서 도출된 결과를 중심으로 운영 모형의 주요내용을 구성하여 각 요소를 조직하는 단계이다. 본 연구는 기획단계의 문헌연구 및 현장요구조사 분석의 결과를 토대로 도출된 내용을 바탕으로 기존의 운영 모형을 수정·보완하여 운영 모형 구성과 내용을 조직화하였다.

시범운영 및 평가단계에서는 구성단계에서 도출된 운영 모형 초안으로 시범운영을 실시하여 프로그램의 효과를 측정하고 참여자로부터 평가적 의미의 피드백을 받게 된다. 이를 통해 운영 모형을 수정·보완하여 구성된 운영 모형의 표준화를 위한 완성도를 높이는 단계라고 볼 수 있다. 본 연구는 경기도 지역 청소년상담복지센터 및 수도권 대학상담센터를 중심으로 시범운영을 실시하였다. 시범운영 대상자들을 실험집단으로 구성하고 운영 모형을 적용하지 않은 통제집단을 선정하여 사전-사후 검사를 통한 종속변인의 변화크기를 비교하여 통계적으로 검증하고자 하였다. 이후 운영 모형에 참여한 상담자들의 만족도 및 참여의견을 분석하고 전문가 감수와 자문을 통해 수정·보완을 거친 후 최종적인 운영 모형을 개발하였다. 타당화된 이론적 모델에 근거하면서 현장의 요구를 충분히 반영하여 보다 실질적인 모형을 개발하는데 중점을 두고자 하였다. 본 연구에 적용된 운영 모형 개발절차 단계별 내용은 그림 4와 같다.

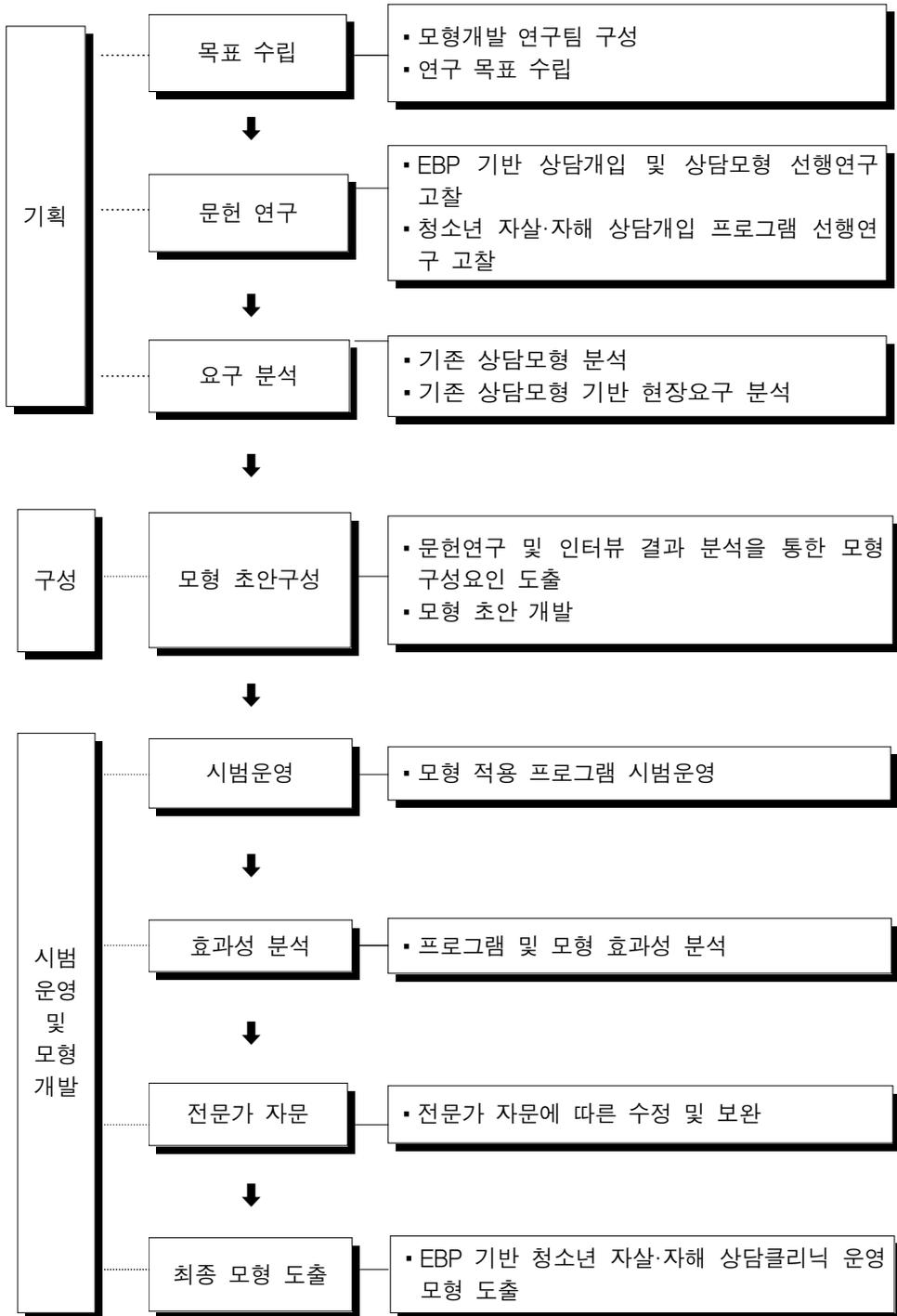


그림 4. EBP 기반 청소년 자살·자해 상담클리닉 운영 모형 개발

2. 자살·자해 상담클리닉 운영 모형 개발 요구 분석

가. 한국청소년상담복지개발원 자살·자해 전문클리닉 운영 모형

본 연구는 한국청소년상담복지개발원에서 운영하고 있는 자살·자해 전문클리닉 운영 모형을 기반으로 전국 청소년상담복지센터 중심의 자살·자해 상담클리닉 운영 모형 개발하고자 하였다. 따라서 먼저 기존 한국청소년상담복지개발원에서 운영 중인 자살·자해 전문클리닉 운영 모형을 제시하고자 한다. 자살·자해 전문클리닉이 포함된 운영 모형은 다음 그림 5와 같다(부록 참조).



그림 5. 한국청소년상담복지개발원 상담클리닉 운영 모형

위 그림과 같이 한국청소년상담복지개발원에서는 자살·자해를 포함하여 5개 분과로 전문클리닉을 운영 중이다. 자살·자해 청소년이 내방하게 되면 접수면접과 함께 위기 스크리닝 검사와 ASEBA 검사를 실시하게 된다. 접수면접 보고서와 검사결과를 바탕으로 사례배정회의가 진행되며 내담자의 위기수준 및 유형을 고려하고 내담자의 상담자 선호유형과 상담자의 전문영역을 반영하여 사례를 배정하게 된다. 자살·자해 청소년의 경우, 위기수준이 높은 청소년은 우선적으로 사례배정이 진행되며 주로 자살·자해에

대한 전문성이 상대적으로 높은 전문클리닉 분과위원에게 사례를 배정하는 경우가 많다. 자살·자해 전문클리닉에 해당되는 청소년의 경우 첫 회기 상담 이전에 종합심리검사를 받게 된다. 종합심리검사는 MMPI-A 또는 MMPI, SCT, 분과별 검사 및 분과별 효과성 검증 척도로 구성된다. 자살·자해의 경우, 배주미 등(2009)의 자살위험 척도와 서미외(2018)의 자해 위험성 평가척도를 분과별 검사 및 효과성 검증 척도로 사용한다. 첫 회기 상담이 진행되고 적어도 3회기 상담 내에 필수적으로 전문클리닉 분과장(슈퍼바이저)에게 초기 슈퍼비전을 받아야 한다. 초기 슈퍼비전에서는 주로 사례개념화와 사례개입방법에 대한 Tip, 상담목표 및 방향성을 제시하는 것에 초점을 둔다. 또한 초기 상담에 대한 슈퍼바이저의 양적, 질적 평가가 동반된다.

상담의 진행은 표준화된 상담 매뉴얼인 ‘고위기 청소년 상담개입 매뉴얼: 자살·자해편’에 따라 진행된다. 표준화된 상담 매뉴얼에 따른 상담진행을 위하여 상담자는 사전에 매뉴얼 교육을 필수적으로 이수하고, 매뉴얼에 대해 숙지하여야 한다. 더불어, 상담자는 상담진행 과정에서 스스로 내담자의 위기개선율을 점검하고 내담자 만족도를 점검하여 상담에 대한 자체적인 모니터링을 수시로 실시한다. 필요에 따라 상담 진행 과정에서 슈퍼바이저에게 요청하여 사례 모니터링 및 슈퍼비전을 실시할 수 있다. 10회기에는 상담초기 진행하였던 ASEBA 검사와 분과별 효과성 검증 척도를 한 번 더 실시하고 필수로 자살·자해 분과장에게 사례 모니터링을 받는다. 이후 상담이 종결되면 내담자 상담만족도 설문지를 실시하고 상담 효과성 확인을 위해 ASEBA검사와 분과별 효과성 검증 척도를 실시하여 사전-사후 위기수준 개선율과 상담의 효과성을 확인한다. 종결된 사례에 대해 상담종결보고서를 작성하고 상담 관리 부서에서 종결된 사례에 대한 사례파일을 관리하게 된다.

나. 한국청소년상담복지개발원 자살·자해 전문클리닉 운영 모형 기반 현장 요구 분석

자살·자해 상담클리닉 운영 모형 개발을 위하여 앞서 제시한 한국청소년상담복지개발원의 자살·자해 전문클리닉 운영 모형의 전국 청소년상담복지센터 적용과 관련하여 전문가 포커스그룹 인터뷰를 진행하였다. 포커스그룹 인터뷰는 운영모형의 필요성, 필수 포함 요소, 운영 시 기대사항, 어려운 점에 대한 질문을 위주로 진행되었다. 더불어, 한국청소년상담복지개발원의 자살·자해 전문클리닉 운영 모형을 보여준 뒤 해당 모형에서 추가 및 보완되어야 할 부분, 삭제되어야 할 부분에 대해서도 구체적으로 의견을

구하였다. 주로 지역 특성 및 상담자 역량을 고려한 개입의 필요성과 내담자의 다양성으로 인한 표준화의 어려움에 대해 의견을 제시하였다. 최종적으로 청소년상담복지센터 및 대학상담센터 종사자 대상으로 진행된 포커스그룹 인터뷰를 통해 모형의 현장 적용 시 필요한 부분에 대한 의견 수렴을 통해 이를 바탕으로 자살·자해 상담클리닉 운영 모형의 초안을 구성하였다.

1) 청소년상담복지센터 전문가 포커스그룹 인터뷰

가) 조사대상

본 연구의 포커스그룹 인터뷰는 자살·자해 위기청소년을 지원한 경험이 있는 청소년상담복지센터 팀장급 현장전문가 5명을 대상으로 1회(약 120분)에 걸쳐 진행되었다. 참여자의 성별, 연령, 소속은 표 5와 같다.

표 5. 청소년상담복지센터 현장전문가 대상 포커스 그룹 인터뷰 참여자

구분	인원	소속	성별(연령)
경기지역	5	A 청소년상담복지센터	여(40대)
		B 청소년상담복지센터	여(40대)
		C 청소년상담복지센터	남(40대)
		D 청소년상담복지센터	여(40대)
		E 청소년상담복지센터	여(40대)

나) 질문지 구성

포커스그룹인터뷰 질문지는 청소년상담 전문가로 다수의 위기청소년 직접지원 및 연구경험이 있는 교육학박사 2인, 자살·자해 상담 경험과 청소년 상담 경험이 있는 석사 2인 등에 의해 ‘질문에 대한 아이디어 수집 → 질문초안 작성 → 질문초안 검토 → 질문지 작성’의 질문지 구성절차(김성재 외, 2007)에 따라 구성되었다. 이후 교육학박사 2인의 검토를 통해 최종 수정되었다. 최종 확정된 질문지는 Krueger와 Casey(2000)이 제시한 질문방식에 따라 도입질문, 전환질문, 주요질문, 마무리질문의 순으로 구성되었으며, 개방형의 질문방식으로 구성하였다. 질문지의 구체적인 내용은 표 6에 제시되어 있다.

표 6. 포커스그룹 인터뷰 질문지의 구성 및 내용

구분	내용
도입질문	<ul style="list-style-type: none"> 참가자의 소개 및 자살·자해 위기청소년 지원 경험
주요질문	<ul style="list-style-type: none"> 각 기관의 위기사례 관리 시스템의 운영 방법 각 기관의 위기사례 관리 시스템의 장점 및 효과 각 기관의 위기사례 관리 시스템의 보완점 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 장점 및 보완점 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 단계별 필수적인 상담개입(초·중·후기) 자살·자해 상담개입 매뉴얼 적용 시 고려할 점 EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형의 필요성 EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형에 필수적인 요소 EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형 운영 시 기대효과 EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형 운영 시 어려운 점
마무리질문	<ul style="list-style-type: none"> 자살·자해 위기청소년 지원에 관한 제언점 인터뷰 마무리

다) 실시절차 및 분석방법

포커스그룹 인터뷰의 진행은 5명의 현장전문가로 구성된 1개 집단(약 120분)으로 이루어졌다. 진행은 상담전공 교육학박사 1인이 주 진행자로, 상담전공 교육학박사 1인이 보조 진행자로 참여하였다. 인터뷰 실시 전 참여자 전원에게 녹음에 대한 동의를 구하여 인터뷰의 전 과정은 녹음되었으며, 인터뷰가 끝난 후 축어록 형태로 전사되어 분석 자료로 사용되었다. 전사된 자료는 연구진이 축어록을 반복적으로 읽어가면서 내용의 의미를 파악하고 주제별로 범주화하였다. 범주화하는 과정에서는 각각의 의미단위들을 유사성, 구별성, 관련성 등을 기준으로 검토하면서 의미가 정확히 전달되는지와 각 의미들을 대표할 수 있는 내용으로 범주화 되었는지 살펴보았다(Morgan, 1997). 도출된 범주와 내용은 교육학박사 2인의 감수를 통해 최종 수정되었다.

라) 분석결과

표 7. 청소년상담복지센터 현장전문가 포커스그룹 인터뷰 결과

대범주	하위범주	의미단위
자살·자해 위기청소년 지원서비스	상담지원	<ul style="list-style-type: none"> 사례발굴 상담
	관련 기관 연계	<ul style="list-style-type: none"> 자살예방센터 의뢰 병원 연계

대범주	하위범주	의미단위
		<ul style="list-style-type: none"> • 경찰서, 소방서 연계 • 학교 협조
	긴급대응 매뉴얼 내용	<ul style="list-style-type: none"> • 상담자 보호 안전수칙 • 긴급대응 조치 내용 • 연계 기관 정보
	위기수준 구분 기준	<ul style="list-style-type: none"> • 자살시도 여부 • 체크리스트 및 검사 결과 활용 • 일상생활 가능 여부
	위기관리 매뉴얼 장점	<ul style="list-style-type: none"> • 상담자 및 사례 배정 시스템 활용 • 상담자가 본연의 업무에 집중 가능 • 필수적으로 확인할 부분 점검 가능 • 사례에 대한 책임 분배 가능 • 내담자에게 도움이 됨 • 초심상담자에게 도움
	위기관리시스템 보완점	<ul style="list-style-type: none"> • 상담자 지원 • 정책 보완 및 예산 지원
자살·자해 상담개입 매뉴얼	장점	<ul style="list-style-type: none"> • 표준화된 매뉴얼 제공 • 상담자의 심리적 안정감 부여 • 현장성 있는 방법 • 개입방법 구조화
	보완점	<ul style="list-style-type: none"> • 전체 흐름 제시 • 사례 특성별 개입방법 제시 • 자해 사례에 특성화된 관계형성 방법 제시 • 긴급대응 방법 • 시각화된 자료 및 사용방법 제시
	초기단계	<ul style="list-style-type: none"> • 심리적 안정 • 상담구조화
	중기단계	<ul style="list-style-type: none"> • 중기단계는 제안된 내용 없음
	후기단계	<ul style="list-style-type: none"> • 지지자원 탐색 • 사후관리
	매뉴얼 적용 시 고려할 점	<ul style="list-style-type: none"> • 내담자에 대한 지속관리 • 내담자 특성에 따라 시트지 활용 • 활용 편리성 제고 • 사례 및 상황에 따라 적용
표준화된 자살·자해 상담클리닉 모형	추가 필요 내용	<ul style="list-style-type: none"> • 의무교육으로 실시 • 성공사례 예시 • 상담자 소진관리

대범주	하위범주	의미단위
	사업 운영 시스템 구축	<ul style="list-style-type: none"> • 팀 개입 • 상담 클리닉 예산 및 전담 인력확보 • 사업 운영 환경 조성
	지속적 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 운영 인력의 전문성 확보
	기대효과	<ul style="list-style-type: none"> • 상담자로서의 전문성 향상 • 상담성과

(1) 자살·자해 위기청소년 지원서비스

청소년상담복지센터의 자살·자해 위기청소년 지원서비스 관련 질문에서 상담지원, 관련 기관 연계, 긴급대응 매뉴얼 내용, 위기수준 구분 기준, 위기관리 매뉴얼 장점과 보완점이 제안되었다. 상담센터는 주요기능인 상담을 기본적으로 실시하고 있고, 특히 자해·자살 위기청소년의 경우 사례 발굴을 위해 적극적인 활동을 하고 있었다. 발굴하거나 의뢰 받은 사례에 대한 상담개입은 청소년뿐 아니라 부모상담을 병행하고 심리검사도 실시하는 것으로 나타났다. 상담만으로 개입이 어려운 경우 기관연계를 하는데, 주로 자살예방센터(정신건강복지센터)와 병원을 연계하고, 긴급구조가 필요한 경우 경찰서와 소방서를 연계하고 있으며, 가끔 경찰서의 요청을 받고 현장 개입을 하는 사례도 있었다. 학교와의 연계는 상황을 인지한 교사가 먼저 초기개입을 한 후 상담센터에 의뢰하거나, 센터에서 사례 연계를 위해 ‘학교를 찾아가는 회의’를 개최한 결과로 사례를 연계 받는 경우도 있었다. 긴급대응 매뉴얼을 구비하고 있는 센터는 매뉴얼에 상담자 보호를 위한 안전수칙, 긴급대응 조치, 연계기관 정보 등 즉시 적용할 수 있는 내용을 담아 매뉴얼의 절차에 따른 개입을 하고 있는 것으로 보고되었다. 매뉴얼이 없는 센터는 한국청소년상담복지개발원의 「위기관리매뉴얼」을 활용하고 있었다. 또한 자살·자해 전화상담 시 타 상담사의 도움을 요청할 수 있도록 비상벨을 설치하여 대응하는 센터도 있었다. 위기수준을 어떻게 구분하느냐 하는 질문에는 구체적인 자살·자해 시도 여부 및 시기, 회수 등의 탐색과 체크리스트 및 검사 결과활용, 일상적인 생활 가능 여부를 종합적으로 평가하여 위기수준을 판단하고 있는 것으로 나타났다. 현재 각 센터에서 사용하고 있는 위기관리 시스템의 이로운 점은 상담자 및 사례 배정 시스템을 활용할 수 있기 때문에 위험성은 낮추고 전문성은 향상시킬 수 있다는 점, 연계 부분은 다른 상담자가 담당하는 시스템으로 운영하여 상담자가 상담 본연의 업무에 집중할 수 있다는 점, 필수적으로 확인할 부분을 놓치지 않고 점검할 수 있다는 점, 사례에 대한 책

임을 분배할 수 있어서 부담감을 덜 느낄 수 있다는 점, 초심 상담자에게 도움이 된다는 점 그리고 궁극적으로 내담자에게 도움이 된다는 점을 제시하였다. 위기관리 시스템의 보완점으로 상담자 지원과 정책 및 예산지원이 중요하다는 의견이 있었다. 자살·자해 상담을 숙련된 특정 상담자에게 의존하거나 위기사례 총괄 역할을 수행하는 경우 피하기 힘든 상담자 소진 문제가 다루기 어려운 것으로 보고되었고, 고위기 사례 개입 구조화 등의 내용을 포함한 전문가 연수의 필요성과 상담자의 노고에 대한 인정이 필요함을 제시하였으며, 이는 센터 차원이 아닌 중앙정부 차원에서 고려해야 한다는 현장의 목소리가 있었다.

(2) 자살·자해 상담개입 매뉴얼

참석한 모든 현장 전문가들은 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 필요성을 절실하게 느끼고 있었다. 개발된 매뉴얼 관련하여 크게 장점과 보완점, 단계별 주개입, 매뉴얼 적용 시 고려해야 할 점에 대해 논의되었다. 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 장점으로 표준화된 매뉴얼을 제공함으로써 부담스러운 심리적 요인으로 인해 놓칠 수 있는 구조화를 촘촘하게 할 수 있게 하고, 이를 통해 상담자는 심리적으로 안정감을 느낄 수 있으며, 10회기로 부족하다는 의견에는 모두 동의하였으나, 단기상담이 증가하고 있는 현 상황에서 현장성 있는 방법을 제공하였다는 점에서 의미가 있다고 하였다. 매뉴얼의 보완점으로는 전체적인 흐름을 쉽게 파악할 수 있도록 해야 할 필요성이 제안되었고, 사례 특성별로 구체적인 개입방법을 제시하고, 자살·자해 청소년들이 어려움을 겪고 있는 관계형성 방법을 제시하며, 긴급대응 방법을 지침의 형태로 제시하면 활용도가 높을 것이라는 제안이 있었다.

단계별 보완으로 초기단계는 안정화가 중요하므로 심리적 안정을 위한 내용을 보완하는 것과 10회기의 짧은 상담이므로 구조화의 중요성이 더 강조되어야 한다는 의견이 있었다. 중기단계는 별도로 구성된 부모교육을 회기 중 삽입하여 부모개입의 중요성을 강조할 필요성이 제안되었다. 후기단계는 지지자원 탐색 부분을 보완하고 사후관리 부분을 첨가하여 내담자가 회복 이전으로의 회귀를 예방하고 적응여부를 점검할 필요가 있다는 제안이 있었다. 매뉴얼 적용 시 고려할 점은 상담 종결 후 내담자에 대한 지속 관리가 필요하다는 점과 제시된 시트지를 회기별로 제시하는 한편 내담자 특성에 따라 필요한 시트지를 선택하여 활용할 수 있도록 하는 안, 편리성 제고 확보를 위해 인쇄된 형태로 제공하는 안, 매뉴얼을 그대로 적용하지 못하는 경우도 발생하므로 사례 및 상황에 따라 적용할 수 있도록 할 필요성이 제안되었다.

(3) 표준화된 자살·자해 상담클리닉 모형

상담클리닉 모형 관련하여 추가로 필요한 내용, 사업 운영 시스템 구축, 지속적 관리, 기대효과에 대해 논의되었다. 추가로 필요한 내용으로는 성공한 사례를 제시하는 것과 상담자 소진관리를 제도적으로 마련하는 것, 운영 시스템 구축에 있어서는 팀 개입 방식을 채택하여 전문성을 향상시키는 한편 상담자의 부담감을 줄여 상담에 집중할 수 있도록 하는 방안을 제시하였다. 또한 효과성 있는 기존의 시스템에 클리닉 모형 운영을 추가하는 방식이 아닌 예산 편성을 통해 전담 인력을 확보하여 운영하는 것이 모형 운영의 성패를 좌우할 것이라는 의견을 제시하였고, 사업을 운영할 수 있는 환경조성을 통하여 모형에 집중해서 개입할 수 있는 시스템을 확보해야 한다는 제안이 있었다. 지속적 관리 부분에서는 운영 인력을 확보하여 기존의 팀장이 담당을 함으로써 업무과다로 인한 효과성 있는 개입이 어렵게 되는 일이 반복되지 않도록 해야 한다는 점이 강조되었다. 클리닉 모형 운영에 대한 기대효과는 상담자로서의 전문성이 향상되고 상담성과가 가시적으로 나타날 것이라는 기대가 제시되었다.

2) 청소년 유관기관 전문가 포커스그룹 인터뷰

가) 조사대상

본 연구의 포커스그룹 인터뷰는 자살·자해 위기청소년을 지원한 경험이 있는 Wee센터 및 유관기관에 종사하고 있는 현장전문가 3명을 대상으로 1회(약 60분)에 걸쳐 진행되었다. 참여자의 성별, 연령, 소속은 표 8과 같다.

표 8. 유관기관 전문가 대상 포커스 그룹 인터뷰 참여자

구분	인원	소속	성별(연령)
청소년 유관기관	3	○○교육지원청 Wee센터	남(50대)
		△△중학교 Wee클래스	여(30대)
		◇◇정신건강복지센터	여(30대)

나) 질문지 구성

포커스그룹 인터뷰 질문지는 청소년상담 전문가로 다수의 위기청소년 직접지원 및 연구경험이 있는 교육학박사 2인, 자살·자해 상담 경험과 청소년 상담 경험이 있는 석사 2인 등에 의해 ‘질문에 대한 아이디어 수집 → 질문초안 작성 → 질문초안 검토 →

질문지 작성'의 질문지 구성절차(김성재 외, 2007)에 따라 구성되었다. 이후 교육학박사 2인의 검토를 통해 최종 수정되었다. 최종 확정된 질문지는 Krueger와 Casey(2000)이 제시한 질문방식에 따라 도입질문, 전환질문, 주요질문, 마무리질문의 순으로 구성되었으며, 개방형의 질문방식으로 구성하였다. 질문지의 구체적인 내용은 표 9에 제시되어 있다.

표 9. 포커스그룹 인터뷰 질문지의 구성 및 내용

구분	내용
도입질문	<ul style="list-style-type: none"> • 참가자의 소개 및 자살·자해 위기청소년 지원 경험
주요질문	<ul style="list-style-type: none"> • 각 기관의 위기사례 관리 시스템의 운영 방법 • 각 기관의 위기사례 관리 시스템의 장점 및 효과 • 각 기관의 위기사례 관리 시스템의 보완점 • 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 장점 및 보완점 • 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 단계별 필수적인 상담개입(초,중,후기) • 자살·자해 상담개입 매뉴얼 적용 시 고려할 점 • EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형의 필요성 • EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형에 필수적인 요소 • EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형 운영 시 기대효과 • EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형 운영 시 어려운 점
마무리질문	<ul style="list-style-type: none"> • 자살·자해 위기청소년 지원에 관한 제언점 • 인터뷰 마무리

다) 실시절차 및 분석방법

포커스그룹 인터뷰의 진행은 3명의 현장전문가로 구성된 1개 집단(약 60분)으로 이루어졌다. 진행은 상담전공 박사 1인이 주 진행자로, 상담전공 석사 1인이 보조 진행자로 참여하였다. 인터뷰 실시 전 참여자 전원에게 녹음에 대한 동의를 구하여 인터뷰의 전 과정은 녹음되었으며, 인터뷰가 끝난 후 축어록 형태로 전사되어 분석 자료로 사용되었다. 전사된 자료는 연구진이 축어록을 반복적으로 읽어가면서 내용의 의미를 파악하고 주제별로 범주화하였다. 범주화하는 과정에서는 각각의 의미단위들을 유사성, 구별성, 관련성 등을 기준으로 검토하면서 의미가 정확히 전달되는지와 각 의미들을 대표할 수 있는 내용으로 범주화 되었는지 살펴보았다(Morgan, 1997). 도출된 범주와 내용은 교육학박사 1인, 아동가족학 석사 1인의 감수를 통해 최종 수정되었다.

라) 분석결과

표 10. 유관기관 포커스그룹 인터뷰 결과

대범주	하위범주	의미단위
자살·자해 위기청소년 지원서비스	발굴	<ul style="list-style-type: none"> • 학생들 • 상담 • 정서행동특성검사 • 발굴어려움
	학교 위기관리 위원회 운영	<ul style="list-style-type: none"> • 치료비 지원 • 자살 자해 사건 발생 시 운영 • 지원방안 논의
	교육청 자살 및 자해 매뉴얼	<ul style="list-style-type: none"> • 자살과 자해 구분 • 자해 초점 개입 필요 • 모방성 자해 개입 필요 • 자해 수준 체크리스트 필요 • 부모상담 전략 필요
	자살 자해 개입의 어려움	<ul style="list-style-type: none"> • 상담에 부정적인 부모 태도 • 초보 상담교사 미숙한 대응 • 상담교사에게 부여되는 책임감
	고위기 사례 기관 연계	<ul style="list-style-type: none"> • 병원통원치료 연계 • 청소년 동반자 연계 • 위기수준별 구분 • 청소년 대상 전문 병원 부재
자살·자해 상담개입 매뉴얼	상담개입 보완	<ul style="list-style-type: none"> • 초기단계 자해 동기 및 목적 탐색 • 초기단계 행동수정 및 대처행동 • 중복프로그램 제외 • 추수상담
표준화된 자살·자해 상담클리닉 모형	기관별 운영	<ul style="list-style-type: none"> • 기관별 위기개입방안 • 시범운영 및 모니터링 • 기관별 기능 및 연계방안
	효과성 검증	<ul style="list-style-type: none"> • 장기적 효과성 검증
	단기개입	
	플로어차트	

(1) 자살·자해 위기청소년 지원 서비스

청소년 상담 유관기관에서 자살·자해 위기청소년을 대상으로 지원하는 서비스는 자살·자해 위기 청소년 발굴, 학교 위기관리위원회 운영, 교육청 자살 및 자해 매뉴얼, 자살·자해 개입의 어려움, 고위기 사례 기관 연계로 구분되었다. 자살·자해 청소년 발굴은 학

생들의 보고, 상담 시 자해 흔적들이나 정서행동특성검사에서의 발견이 있었고 반대로 발굴의 어려움도 하위 의미단위로 나타났다. 학교 위기관리 위원회 운영은 치료비 지원, 자살·자해 사건 발생 시 운영지원방안으로 구분되었다. 교육청 자살 및 자해 매뉴얼에는 자살과 자해를 구분하였고, 자해에 초점화 된 개입이 필요, 모방성 자해 개입 필요, 자해 수준 체크리스트 필요, 부모상담 전략이 필요한 것으로 나타났다. 청소년 상담 유관 기관에서 자살·자해 개입의 어려움으로는 상담에 부정적인 부모 태도, 초보 상담교사의 미숙한 대응, 상담교사에게 부여되는 책임감이 있었다. 마지막으로 고위기 사례 기관 연계는 병원통원치료, 청소년 동반자 연계, 위기수준별 구분하여 연계가 이루어졌으며 반면에 청소년 대상 전문 병원이 부족한 것 또한 하위 의미단위로 나타났다.

(2) 자살·자해 상담개입 매뉴얼

자살·자해 상담개입 매뉴얼은 상담개입 보완이 큰 하위범주로 나타났다. 상담개입 보완은 초기단계 자해 동기 및 목적 탐색 필요, 초기단계 행동수정 및 대처행동 필요가 나타났고, 자살·자해 상담개입 매뉴얼 내 중복 프로그램 제외, 추수상담에 대한 안내가 필요하다는 의견이 있었다.

(3) 표준화된 자살·자해 상담클리닉 모형

표준화된 자살·자해 상담클리닉 모형은 크게 기관별 운영, 효과성 검증, 단기개입, 플로어차트로 구분되었다. 기관별 운영은 기관별 위기개입방안과 기관별 기능 및 연계 방안이 필요하며 시범운영 및 모니터링이 필요하다는 의견이 있었다. 또한 장기적인 효과성 검증 과정이 요구되며 플로어차트를 통해 자살·자해 상담개입 과정의 흐름도가 필요하다는 의견도 제기되었다.

3) 대학상담센터 전문가 포커스그룹 인터뷰

가) 조사대상

본 연구의 포커스그룹 인터뷰는 자살·자해 위기청소년을 지원한 경험이 있는 대학상담센터 현장전문가 4명을 대상으로 1회(약 60분)에 걸쳐 진행되었다. 참여자의 성별, 연령, 소속은 표 11과 같다.

표 11. 대학상담센터 현장전문가 대상 포커스그룹 인터뷰 참여자

구분	인원	소속	성별(연령)
대학교 학생상담센터	4	○○대학교 학생상담센터	여(40대)
		△△대학교 학생상담센터	여(40대)
		◇◇대학교 학생상담센터	여(40대)
		◎◎대학교 학생상담센터	여(40대)

나) 질문지 구성

포커스그룹 인터뷰 질문지는 청소년상담 전문가로 다수의 위기청소년 직접지원 및 연구경험이 있는 교육학박사 2인, 자살·자해 상담 경험과 청소년 상담 경험이 있는 석사 2인 등에 의해 ‘질문에 대한 아이디어 수집 → 질문초안 작성 → 질문초안 검토 → 질문지 작성’의 질문지 구성절차(김성재 외, 2007)에 따라 구성되었다. 이후 교육학 박사 2인의 검토를 통해 최종 수정되었다. 최종 확정된 질문지는 Krueger와 Casey(2000)이 제시한 질문방식에 따라 도입질문, 전환질문, 주요질문, 마무리질문의 순으로 구성되었으며, 개방형의 질문방식으로 구성하였다. 질문지의 구체적인 내용은 표 12에 제시되어 있다.

표 12. 포커스그룹 인터뷰 질문지의 구성 및 내용

구분	내용
도입질문	<ul style="list-style-type: none"> 참가자의 소개 및 자살·자해 위기청소년 지원 경험
주요질문	<ul style="list-style-type: none"> 각 기관의 위기사례 관리 시스템의 운영 방법 각 기관의 위기사례 관리 시스템의 장점 및 효과 각 기관의 위기사례 관리 시스템의 보완점 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 장점 및 보완점 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 단계별 필수적인 상담개입(초·중·후기) 자살·자해 상담개입 매뉴얼 적용 시 고려할 점 EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형의 필요성 EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형에 필수적인 요소 EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형 운영 시 기대효과 EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형 운영 시 어려운 점
마무리질문	<ul style="list-style-type: none"> 자살·자해 위기청소년 지원에 관한 제언점 인터뷰 마무리

다) 실시절차 및 분석방법

포커스그룹 인터뷰의 진행은 4명의 현장전문가로 구성된 1개 집단(약 60분)으로 이루어졌다. 진행은 상담전공 박사 1인이 주 진행자로, 상담전공 석사 1인이 보조 진행자로 참여하였다. 인터뷰 실시 전 참여자 전원에게 녹음에 대한 동의를 구하여 인터뷰의 전 과정은 녹음되었으며, 인터뷰가 끝난 후 축어록 형태로 전사되어 분석 자료로 사용되었다. 전사된 자료는 연구진이 축어록을 반복적으로 읽어가면서 내용의 의미를 파악하고 주제별로 범주화하였다. 범주화하는 과정에서는 각각의 의미단위들을 유사성, 구별성, 관련성 등을 기준으로 검토하면서 의미가 정확히 전달되는지와 각 의미들을 대표할 수 있는 내용으로 범주화 되었는지 살펴보았다(Morgan, 1997). 도출된 범주와 내용은 교육학박사 1인, 심리학석사 1인의 감수를 통해 최종 수정되었다.

라) 분석결과

표 13. 대학상담센터 포커스그룹 인터뷰 결과

대범주	하위범주	의미단위
자살·자해 위기청소년 지원 서비스	사례의뢰	<ul style="list-style-type: none"> 교내 상담의뢰 시스템
	사례평가	<ul style="list-style-type: none"> 체크리스트 작성 1차 스크리닝 평가도구
	사례배정	<ul style="list-style-type: none"> 전문가/경력자 배정 신속개입
	사례관리	<ul style="list-style-type: none"> 의료비 지원 주기적인 사례회의 학교 내 보고체계
	타기관 연계	<ul style="list-style-type: none"> 교내 및 지역병원 MOU 지역 센터 연계
교내 위기관리 시스템	전담인력	<ul style="list-style-type: none"> 위기상담 대응인력 채용
	관계자용 배포 매뉴얼	<ul style="list-style-type: none"> 간단한 형식 스크리닝/발굴 위기대응 방법 안내 상담인식 제고 홈페이지 홍보
	상담자용 매뉴얼	<ul style="list-style-type: none"> 초기대응 개입 프로세스 안내

대범주	하위범주	의미단위
교내 위기관리 시스템	위기관리 시스템 미비	<ul style="list-style-type: none"> • 위기관리 대응 매뉴얼 부재 • 상담센터의 권한 부재 • 타 부서와의 연계 어려움 • 컨트롤타워의 부재
	자원 활용	<ul style="list-style-type: none"> • 교내 자원 활용 • 보호자 연계
자살·자해 상담개입 매뉴얼	체크리스트 보완	<ul style="list-style-type: none"> • 기능수준 확인 • 심리치료 경험 및 진단명 파악 • 변화과정 체크
	초기개입 보완	<ul style="list-style-type: none"> • 죽지 않고 있는 이유 탐색 • 안전확보 및 지지체계 탐색 • 안전계획 수립 구체화
	비상연락체계 보완	<ul style="list-style-type: none"> • 최신 비상연락 정보 제공
	후기청소년 개입 보완	<ul style="list-style-type: none"> • 내담자 정보 공유 • 내담자 동의 • 자취생 개입
표준화된 자살·자해 상담클리닉 모형	지역 특성 고려한 개입	<ul style="list-style-type: none"> • 지역간 자원의 차이 • 지역별 연계체계 구축
	상담자 역량을 고려한 개입	<ul style="list-style-type: none"> • 상담자 역량을 고려한 개입
	표준화의 어려움	<ul style="list-style-type: none"> • 내담자의 다양성

(1) 자살·자해 위기청소년 지원 서비스

현재 대학상담센터에서 자살·자해 위기청소년을 대상으로 지원하는 서비스는 사례 의뢰, 사례평가, 사례배정, 사례관리, 타 기관 연계로 크게 구분되었다. 사례의뢰는 교내 상담의뢰 시스템이 있었고, 사례평가는 체크리스트 작성, 1차 스크리닝, 평가도구로 구성되었다. 사례배정의 경우, 전문가/경력자 배정, 신속개입이 있었다. 사례관리는 의료비 지원, 주기적인 사례회의, 학교 내 보고체계가 있는 것으로 나타났다. 타 기관 연계는 교내 및 지역병원 MOU, 지역 센터 연계가 있는 것으로 보고하였다.

(2) 교내 위기관리 시스템

교내위기 관리 시스템은 전담인력, 관계자용 배포 매뉴얼, 기관연계상담, 대상별 맞춤형 프로그램 지원으로 구성되었다. 전담인력 확보를 위해 위기상담 대응인력을 채용하는 것으로 나타났다. 관계자용 매뉴얼은 간단한 형식, 스크리닝과 발굴, 위기대응 방법

안내로 주로 구성되며 상담인식 제고를 목적으로 하며, 홈페이지를 통해 홍보하는 방식 등으로 배포되는 것으로 나타났다. 상담자용 매뉴얼은 초기대응과 개입 프로세스 안내로 구성되었다. 위기관리 시스템의 미비와 관련된 의견이 있었다. 특히, 관련하여 위기관리 대응 매뉴얼의 부재, 상담센터의 권한 부재, 타부서와의 연계 어려움, 컨트롤 타워의 부재 등을 보고하였다. 자원 활용은 교내 자원 활용 및 보호자 연계가 있는 것으로 보고하였다.

(3) 자살·자해 상담개입 매뉴얼

자살·자해 상담개입 매뉴얼은 크게 체크리스트 보완, 초기개입 보완, 비상연락체계 보완, 후기청소년 개입 보완으로 구분하였다. 체크리스트는 기능수준 확인, 심리치료 경험 및 진단명 파악, 변화과정 체크와 관련된 부분이 보완될 필요가 있다는 의견이 있었다. 초기개입과 관련하여서는 죽지 않고 있는 이유에 대해 탐색하고 안전 확보 및 지지체계 탐색 부분이 보완되어야 하고 안전계획 수립의 구체화가 필요하다고 제안하였다. 비상연락체계 보완을 위해서는 최신 비상연락 정보 제공이 필요한 것으로 보고하였다. 후기청소년 개입과 관련된 부분의 추가적인 보완이 필요하며, 특히 내담자 정보 공유 문제, 내담자 동의, 자취생 개입과 관련된 부분에 대한 의견이 있었다.

(4) 표준화된 자살·자해 상담클리닉 모형

표준화된 자살·자해 상담클리닉 모형은 크게 지역 특성을 고려한 개입, 상담자 역량을 고려한 개입, 표준화의 어려움으로 구분되었다. 지역 간 자원의 차이를 반영하고 지역별 연계체계를 구축하는 지역 특성을 고려한 개입이 필요한 것으로 나타났다. 또한, 상담자 역량을 고려한 개입이 필요하며 내담자의 다양성으로 인한 표준화의 어려움에 대한 의견도 제기되었다.

다. 의견조사 결과 요약 및 시사점

앞서 자살 및 자해 청소년 상담클리닉 운영 모형을 개발하기 위한 포커스그룹 인터뷰 내용과 결과를 살펴보았다. 본 연구에서는 청소년상담복지센터 포커스그룹 인터뷰, 청소년 유관기관 포커스그룹 인터뷰, 대학상담센터 전문가 포커스그룹 인터뷰를 실시하였으며, 조사대상은 현장전문가 총 5명, 유관기관 전문가 3명, 대학상담센터 4명이었다.

세 인터뷰 그룹결과는 다소 차이가 있지만, 자살 및 자해 위기 청소년 지원 서비스,

자살 및 자해 상담개입 매뉴얼, 표준화된 자살 및 자해 상담클리닉 모형으로 대범주가 도출되었다. 먼저, 자살 및 자해 위기 청소년 지원 서비스와 관련하여, 청소년상담복지센터, 청소년 유관기관, 대학상담센터 모두 자체적인 위기관리시스템을 가지고 있었다. 위기관리와 관련하여 이들 기관은 공통적으로 심리평가, 상담서비스를 지원하고 있었으며, 지역의 타 기관과 연계하고 있었는데 특히 병원과의 연계를 가장 많이 하는 것으로 나타났다. 각 기관의 차이점이 있다면, 먼저 상담복지센터는 한국청소년상담복지개발원에서 발행한 ‘긴급대응 매뉴얼’에 따라 위기개입이 이루어지고 있었는데 상담자 보호 안전수칙, 긴급대응 조치내용, 연계 기관 정보가 수록되어 있었다. 특히 이들은 긴급구출시 경찰서, 소방서와 긴밀하게 연계하고 있었다. 이처럼 청소년상담복지센터의 위기 청소년개입은 상담서비스 뿐만 아니라 지역에서 청소년안전망(CYS-Net) 운영을 통해 지역의 다양한 자원 활용을 통한 연계가 중요하게 다루어짐을 알 수 있었다. 둘째, 학교 및 정신건강복지센터 등 청소년 유관기관은 청소년 발굴 및 위기관리위원회 운영이라는 체계가 있었다. 특히, 학교는 자살 및 자해 청소년을 발굴하고 자살 및 자해 청소년 발굴 시 필수적으로 위기관리위원회를 운영하여 치료비 지원, 학생 상담지원 등 지원 방안을 모색하는 등 학생 발굴 및 초기 개입이 구조화되어 있었다. 셋째, 대학상담센터의 경우 위기청소년을 대상으로 지원하는 서비스가 좀 더 구체화되어 있었다. 즉, 사례의뢰, 사례평가, 사례배정, 사례관리, 기관 연계로 크게 구분되어 있었다. 즉, 학생상담센터의 지원이 의뢰된 학생에게 체계적으로 상담지원을 진행하는 데 초점화 된 것으로 보인다. 대학상담센터의 특이한 점은 학생 발굴 및 타 부서와의 연계가 어렵다는 점에서 자살 및 자해 청소년 상담, 의뢰 및 위기관리에 대한 홍보를 학생 및 학교관련 부서에 대해 강화하고 있다는 점이다. 한편 위기지원 서비스의 아쉬운 점과 관련하여 자해 및 자살 시도 청소년 상담개입 방안 및 전문가가 필요하며, 상담에 부정적인 부모에 대한 상담 및 교육 방안도 구체화될 필요가 있다고 보고되었다. 이와 같은 결과를 토대로 자살 및 자해 청소년을 지원하는 단계를 크게 두 단계로 구분될 수 있다. 즉, 상담지원이 본격적으로 이루어지기 전인 ‘긴급대응단계’와 ‘상담 개입 단계’이다. ‘긴급대응 단계’에서는 사례 발굴 및 의뢰, 사례의 위기수준 평가, 개입 및 지원 방안 선정, 타 기관 연계(필요시), 사례 배정(상담 개입 시) 방안에 대해 결정하는 것이 중요하다. ‘상담 대응단계’에서 자살 및 자해 청소년에 대한 구체적인 상담개입이 이루어진다. 이때, 일반적인 위기개입상담과는 구분되는 비자살적 자해와 자살적 자해에 초점화 된 상담개입이 이루어져야 한다. 특히 자살 및 자해는 상담자의 전문성이 높게 요구되는데, 위기 수준에 따라 숙련된 상담자가 우선적으로 배정되어야 하며 지속적인 상담자문 및 슈퍼

비전이 제공되어야 한다.

두 번째 대범주인 자살 및 자해상담개입 매뉴얼은 한국청소년상담복지개발원에서 ‘18년 개발한 자살위기 청소년 상담개입 매뉴얼과 자해위기 청소년 상담개입 매뉴얼에 대한 의견이다. 대체적으로 시의적절하며, 특히 자해시도 청소년에 초점화된 매뉴얼 개발이 상담자들에게 불안감을 경감시키고 있다는 의견이었다. 전체적으로 개입의 흐름을 알려주고, 단기상담인 10회기로 구성되었고, 매 단계마다 촘촘하게 구조화되어 있다는 점이 매우 긍정적으로 평가되었다. 보완되어야 할 점과 관련하여, 전체적으로 사례 특성별 구체적 개입방법, 라포형성 방법, 부모상담 및 교육방법, 사후관리, 후기청소년 개입이 추가되거나 강화되어야 한다고 보고하였다. 덧붙여 현재 기능수준 관련 체크리스트, 과거 심리치료 경험 및 진단명 파악, 변화정도 점검, 비상연락체계(비상연락 기관), 내담자 및 보호자 동의, 사례 및 상황별 시트지 종류의 보완이 제시되었다. 마지막으로 자살 시도 청소년 개입과 관련하여 죽지 않고 사는 이유와 안전계획 수립 부분이 구체화되어야 한다는 의견이 있었다. 이러한 결과를 토대로 전반적으로 ’18년에 개발된 자해위기 상담개입 및 자살위기 상담개입 매뉴얼이 수정되어야 한다.

마지막으로 표준화된 자살 및 자해 상담클리닉 모형에 관해서 기본적으로 시범운영을 통해 효과성이 검증된 모형을 보급하는 것에 대해서는 긍정적이었다. 다만, 상담자 역량 및 지역특성이 다양하다는 점에서 우려의 의견이 제기되었다. 이와 관련하여 상담자 개인역량에 의존하여 개입되지 않도록 위기관리 팀을 구성하여 초기개입부터 종결까지 모니터링하고, 자문 및 슈퍼비전을 제공할 필요가 있다. 실제로 포커스그룹 인터뷰에서도 팀으로 관리하자는 의견이 제기되기도 하였다. 이때 단계별 사례자문 및 슈퍼비전 점검 내용도 구체화해야 한다. 또한 장기적인 효과성 검증, 전담인력 확보, 예산 편성에 대한 정책 제언도 있었다. 끝으로 기관별·지역특성별 운영방안 및 성공적 운영사례가 제시되기 원하는 의견이 있었다. 이와 관련하여 장기적으로 효과성이 검증되는 체계가 도입된다면 기관별·지역특성별 운영방안에 대한 체계적인 제언이 이루어질 수 있을 것으로 보인다. 결론적으로 포커스그룹 인터뷰 결과를 토대로, 상담클리닉 운영 모형에 팀 관리 체계, 효과성 관리 체계, 기관별·지역특성별 운영 방안 및 모범사례가 포함되어야 한다. 또한 이러한 모형이 플로어차트처럼 시각화되어 활용의 편의성을 제고해달라는 의견에 따라 모형을 설명하는 간단한 매뉴얼이 개발되어 보급되어야 한다.

3. 자살·자해 상담클리닉 운영 모형 구성

가. 운영 모형의 목표

자살·자해 상담클리닉 운영 모형의 목표는 자살·자해 청소년 대상 표준화된 상담개입 매뉴얼을 적용하여 청소년상담복지센터 등 상담현장에서 매뉴얼이 효과적으로 적용될 수 있게 하는 것이다. 심리평가, 치료관계, 치료전략 등 상담과정에 대한 전반적인 모형을 개발하여 청소년 상담기관에서 효과적이고 효율적으로 상담클리닉 모형을 활용할 수 있도록 하고자 한다.

나. 운영 모형의 구성원리

운영 모형은 기본적으로 청소년상담복지센터를 기본으로 하였다. 상담자가 상담을 통해 내담자에게 개입하는 것과 위기관리팀을 구성하여 팀 체제의 개입 두 가지 운영 체제를 통합하여 상담클리닉을 운영하게 된다. 내담자 의뢰에서 종결 후 추수상담에 이르기까지 단계별로 구성되어 있으며, 각 단계별로 위기관리팀과 상담자가 동시에 역할을 수행하게 된다. 또한, 위기관리팀에서 각 단계별로 제공해야 할 역할에 대해서도 상세하게 기술하였으며, 상담자가 단계별로 내담자에게 지원해야 할 부분에 대해서는 자살·자해 청소년 상담개입 매뉴얼을 따른다. 또한, 상담 단계에 따라 내담자의 위기수준을 평가하고 사전-사후 상담의 효과성을 확인할 수 있도록 구체적인 평가 시기와 평가 방법을 포함하였다.

다. 운영 모형의 구성요소

운영 모형은 크게 자살·자해 청소년 발굴 및 의뢰 시 상담 전 단계인 긴급 대응단계와 상담개입이 이루어지는 사례를 대상으로 상담을 진행하는 상담개입 단계, 자살·자해 청소년의 재발을 방지하기 위한 정기적인 관리를 포함하는 추수관리로 구분된다. 각 단계는 숙련된 상담자의 지도하에 위기관리팀을 구성하여 팀 차원에서 위기 개입을 하는 Management, 위기관리팀의 지도 및 지원 하에 상담자가 내담자에게 상담을 제공하는 Intervention, 자살·자해 청소년의 위기수준 및 변화에 대한 객관적인 심리평가와 개입의 효과성을 평가하는 Assesment로 구분된다. 구성된 자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 모형(안)은 아래와 같다.

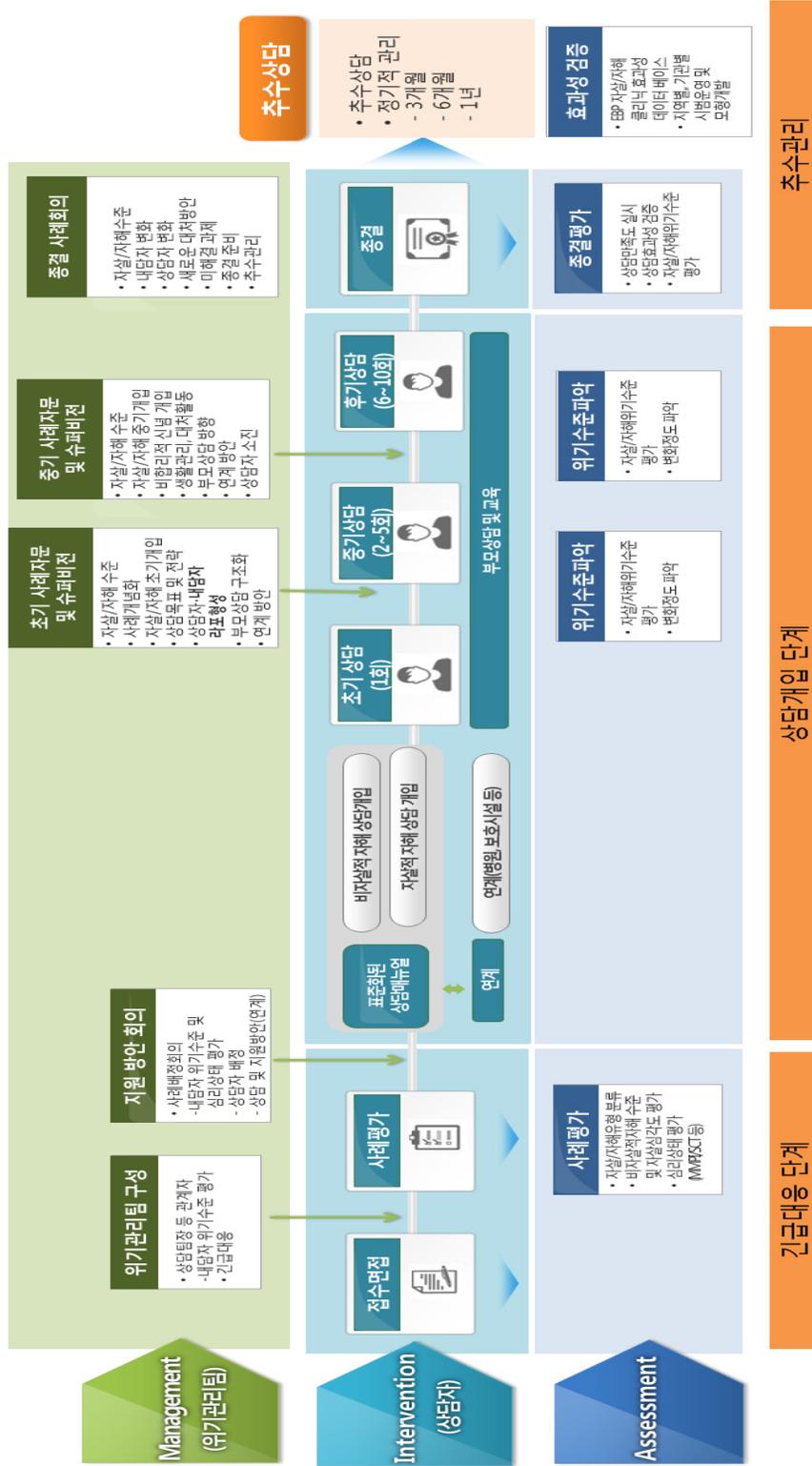


그림 6. 자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 모형(안)

IV. 시범운영을 통한 효과성 평가

1. 시범운영의 실행

본 연구에서는 문헌연구, 기존 「고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 자살·자해편」 평가, 현장요구분석을 토대로 EBP기반 자살자해 청소년 상담클리닉 운영모형을 구성하였으며, 운영모형의 효과성을 검증하고 완성도를 높이기 위해 시범운영을 실시하였다. 시범운영은 경기도 소재 청소년상담복지센터 및 Wee센터 방문 내담자 총 20명을 대상으로 실시하였다.

1) 상담자의 특성

EBP기반 자살자해 청소년 상담클리닉 운영모형 시범운영에 참여한 상담자의 특징은 다음과 같다. 상담(심리)학 관련 석사학위 수료자 이상 중 경기 지역 청소년상담복지센터 및 Wee센터에 종사하고 있는 총 16명이 시범운영에 참여하게 되었다. 소속은 청소년상담복지센터 15명, Wee센터 1명이었으며, 직급은 청소년동반자 12명, 팀원급 2명, 팀장급 1명, 전문상담사 1명 이었다. 상담자들의 학력은 석사수료 1명, 석사졸업 13명, 박사재학 2명이었으며, 자살·자해 상담개입 경험이 3사례 이상이 11명, 1사례 2명, 2사례 1명, 사례경험 없음이 1명, 무응답 1명으로 나타났다.

표 14. 상담자의 특성

번호	성별	나이	지역	전공	학력	직급	경력	자살·자해 상담경험	진행여부
1	여	40대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	청소년 동반자	3~5년	-	합의종결
2	여	50대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	청소년 동반자	5년 이상	3사례 이상	합의종결
3	여	40대	서울	상담(심리)학	석사 졸업	청소년 동반자	3~5년	3사례 이상	합의종결

번호	성별	나이	지역	전공	학력	직급	경력	자살·자해 상담경험	진행여부
4	여	30대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	청소년 동반자	1년 미만	1사례	합의 종결
5	여	40대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	청소년 동반자	3~5년	3사례 이상	합의 종결 조기 종결
6	여	50대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	청소년 동반자	5년 이상	3사례 이상	합의종결
7	여	40대	경기	상담(심리)학	박사 재학	청소년 동반자	5년 이상	3사례 이상	합의종결
8	여	30대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	팀원	1년~2년	1사례	합의종결 조기종결
9	여	30대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	청소년 동반자	5년 이상	없음	종결 후 연계
10	여	20대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	청소년 동반자	1년 미만	2사례	합의종결
11	여	30대	경기	상담(심리)학	석사 수료	팀원	3~5년	3사례 이상	합의 종결
12	여	30대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	청소년 동반자	3~5년	3사례 이상	합의 종결
13	여	40대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	Wee센터 전문상담사	9년	3사례 이상	조기종결
14	여	30대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	청소년 동반자	5년 이상	3사례 이상	조기종결
15	여	40대	경기	상담(심리)학	석사 졸업	팀장	5년 이상	3사례 이상	조기종결
16	여	40대	경기	상담(심리)학	박사 재학	청소년 동반자	3~5년	3사례 이상	조기종결

2) 내담자의 특성

시범운영에 참여한 내담자 특성은 다음 표 15와 같다.

내담자의 의뢰경위는 학교 및 상담자 의뢰가 9사례, 가족 의뢰가 6사례, 내담자의 자발적인 신청이 3사례, 경찰 및 유관기관 의뢰가 2사례 있었다. 내담자 20명 모두 자살 사고 및 자해증상을 보고하였고, 구체적으로 비자살적 자해가 8사례, 자살사고가 2사례 있었으며, 혼합유형으로 자살적 자해 및 자살사고가 4사례, 비자살적 자해 및 자살사고가 3사례, 비자살적 자해, 자살적 자해, 자살사고 3가지 혼합유형이 3사례가 있었다.

총 20명이 시범운영에 참여하였으며, 이 중 6사례는 조기 종결되었으며, 총 14사례가 합의종결로 마무리 되었다. 또한 1회 이상 슈퍼비전이나 모니터링이 이루어진 사례는 13 사례였으며 나머지 7사례는 슈퍼비전이나 모니터링이 이루어지지 않았다. 조기 종결의 사유는 신체적인 질병과 전학과 같이 외부 요인에서 부터 중요한 사람과의 이별로 인한 절망, 방학 후 시간관리 실패로 상담 불참, 상담에 대한 거부감과 갑작스러운 통보와 같은 개인내적 요인도 있었다. 개인내적 요인으로 조기 종결한 사례 중 슈퍼비전과 모니터링을 받은 횟수는 1사례인데, 이 경우 조기종결 후에 슈퍼비전을 받았다.

시범운영에 참여한 내담자는 본 연구에 대한 설명을 듣고 연구 참여 및 상담내용의 비밀 보장에 대한 동의서를 작성하였다. 내담자가 원할 경우 언제든지 시범운영 참여를 중단할 수 있음을 사전에 고지하였다. 14세 미만의 내담자의 경우, 내담자와 보호자의 동의를 모두 이루어진 경우에만 시범운영 참여자로 상담이 진행되었다. 연구자는 시범 운영 결과 작성에서 내담자의 개인정보를 최소화하여 기술하였다.

표 15. 내담자의 특성

번호	성별	나이	의뢰경위	유형 (비자살적자해/ 자살적자해/자살사고)	회기	슈퍼비전	시범운영 현황
1	여	18	상담자 의뢰	자살적 자해 및 자살사고	13	2회	합의 종결
2	여	15	학교 의뢰	비자살적 자해	12	-	합의 종결
3	여	18	내담자 신청	비자살적 자해	6 진행중	-	합의 종결
4	여	21	내담자 신청	혼합	13 진행중	1회	합의 종결
5	여	18	상담자 의뢰	자살사고	15	1회	합의 종결
6	여	17	학교 의뢰	혼합	10	1회	합의 종결
7	남	23	내담자 신청	자살적자해 및 자살사고	18	2회	합의 종결
8	여	15	학교 의뢰	비자살적자해	13	1회	합의 종결
9	남	19	상담자 의뢰	혼합	8	1회	합의 종결
10	여	17	가족 의뢰	자살사고	15	-	합의 종결
11	여	14	학교 의뢰	비자살적 자해	8	1회	합의 종결
12	여	14	경찰 의뢰	비자살적 자해	15	1회	합의 종결

번호	성별	나이	의뢰경위	유형 (비자살적자해/ 자살적자해/자살사고)	회기	슈퍼 비전	시범운영 현황
13	여	17	가족 의뢰	비자살적 자해 및 자살사고	11	-	합의 종결
14	여	16	가족 의뢰	자살적 자해 및 자살사고	16	1회	합의 종결
15	남	17	가족 의뢰	자살적 자해 및 자살사고	6	2	조기종결 (갑작스런 신체적 병)
16	여	18	상담자 의뢰	비자살적 자해 및 자살사고	6	-	조기종결 (중요한 사람과의 이별)
17	여	20	가족 의뢰	비자살적 자해	8	1	조기종결 (갑작스런 통보)
18	여	16	가족 의뢰	비자살적 자해 및 자살사고	5	-	조기종결 (전학)
19	여	15	학교 의뢰	비자살적 자해	5	-	조기종결 (상담거부감)
20	여	17	유관기관 의뢰	비자살적 자해	7	-	조기종결 (충동적인 시간관리)

2. 운영모형의 효과성 검증

가. 연구설계

본 연구에서는 EBP기반 자살자해 청소년 상담클리닉 운영모형 개발을 위해 본원에서 개발된 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 자살·자해편을 토대로 자살·자해 청소년 대상 상담개입 효과를 검증하였다. 실험집단은 2019년 4월부터 10월까지 시범운영 대상인 총 20명의 내담자 중 조기종결이나 사전사후 검사를 거부한 내담자 7명을 제외한 13명으로 하였다. 통제집단은 2018년 3월부터 2019년 10월까지 한국청소년상담복지개발원에서 자살 및 자해 상담 매뉴얼에 근거하지 않고 상담자의 개인역량과 경력에 따라 제각기 다른 상담 기법으로 상담 받은 내담자 총 10명을 대상으로 하였다. 통제집단의 경우 자살 및 자해 문제를 호소하는 내담자를 선정하고, 개입을 하지 않은 경우 상담의 윤리적 문제가 발생할 수 있으므로 선정하지 않았으며, 이를 보완하기 위해 본원에서 우울 및 불안 등의 정신건강 및 자살·자해 문제를 호소하고 청소년 행동평가척도(YSR) 사전·사후 검사를 실시한 내담자를 통제집단으로 선정하였다.

표 16. 프로그램의 효과성 검증을 위한 연구 설계

집단구분	사전검사	실험처치	사후검사
실험집단	O1	X1	O2
통제집단	O3		O4

O1: 사전검사 / 청소년 행동평가척도(YSR), 비자살적 자해, 자살위험성, 자존감, 무망감, 정서지능.

X1: 실험처치 / 자살·자해 상담개입 매뉴얼

O2: 사후검사 / 청소년 행동평가척도(YSR), 비자살적 자해, 자살위험성, 자존감, 무망감, 정서지능.

O3: 사전검사 / 청소년 행동평가척도(YSR)

O4: 사후검사 / 청소년 행동평가척도(YSR)

나. 연구방법

시범운영 참여자를 실험집단과 통제집단으로 나누어 성별 및 연령별 분포를 살펴보면 표 17과 같다.

표 17. 연구대상의 성별 및 연령별 분포 현황

구분		실험집단	통제집단(명)
성별	남	2명(15.4%)	2명(20.0%)
	여	11명(84.6%)	8명(80.0%)
	합계	13명(100.0%)	10명(100.0%)
연령	14세~16세	5명(38.5%)	7명(70.0%)
	17세~19세	6명(46.2%)	3명(30.0%)
	21세~23세	2명(15.3%)	0명(0.0%)
	합계(%)	13명(100.0%)	10명(100.0%)

1) 측정도구

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

K-YSR(Youth Self Report)검사는 미국판 YSR을 토대로 오경자, 하은혜, 이해련, 홍강의 (2001)가 만들고 2010년 한국판 YSR로 공식 출시된 청소년 자기행동평가 척도이다. 이 척도는 3점 리커트 척도(0-그렇지 않다, 1-가끔 그렇다, 2-매우 그렇다), 총 119문항으로 크게 문제행동증후군 척도와 적응 척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 문제행동증후

군 척도 내 내재화, 외현화 T점수를 기준으로 효과성을 검증하였으며, 내재화문제에는 불안 및 우울, 위축 및 우울, 신체증상으로 구성되어 있고, 외현화 문제에는 규칙위반, 공격행동으로 구성되어있다. 본 연구에서 내재화문제의 Cronbach' s α 계수는 .886, 외현화문제의 Cronbach' s α 계수는 .640으로 나타났다.

나) 비자살적 자해

비자살적 자해는 Lloyd 등(1997)이 개발한 자해기능 평가지를 권혁진(2014)이 번안 및 타당화한 척도를 수정·보완하여 사용하였다. 이 척도는 자해의 방법 및 빈도, 자해와 관련된 치료 여부, 자해행동과 관련된 요인, 비자살적 자해를 하는 이유와 목적을 묻는 문항으로 구성되어 있으며, 본 연구에서는 비자살적 자해의 이유와 목적을 묻는 문항을 분석대상으로 하였다. 본 문항은 총 23문항, 4점 리커트 척도로 구성되어 있으며(0-전혀없음, 1-드물게, 2-가끔씩, 3-자주), 본 연구에서 Cronbach' s α 계수는 .743으로 나타났다.

다) 자살위험성

자살 위험성 척도는 Cull & Gill(1989)이 개발한 Suicide Probability Scale을 고효진, 김대진, 이홍표(2000)가 우리나라 청소년에게 맞게 개발한 ‘청소년 자살위험성 예측 척도’를 사용하였다. 이 척도는 4점 리커트 척도(0-거의 그렇지 않다, 1-가끔 그렇다, 2-자주 그렇다, 3-대부분 그렇다)로, 부정적 자기평가, 적대감, 절망감, 자살사고 문항 총 4가지 하위척도로, 전체 31문항으로 구성되어 있으며, 본 연구에서 Cronbach' s α 계수는 .965로 나타났다.

라) 자존감

자존감 척도는 Resenberg(1965) 개발한 척도를 이훈진, 원호택(1995)이 번안한 한국판 자존감 척도를 사용하였다. 이 척도는 단일요인 10문항으로 구성되어 있으며 본 연구에서는 4점 척도(0-거의 그렇지 않다, 1-가끔 그렇다, 2-자주 그렇다, 3-대부분 그렇다)로 구성하여 평정하도록 하였다. 본 연구에서 Cronbach' s α 계수는 .835로 나타났다.

마) 무망감

무망감 척도는 단기 및 장기적인 미래에 대한 부정적인 기대를 측정하는 것으로 Beck과 Weissmanm(1974)이 개발한 Beck Hopelessness Scale(BHPL)를 신민섭 등(1990)이 국문

으로 변안한 척도를 사용하였다. 이 척도는 2점 척도(1-예, 2-아니오) 미래감정, 의욕상실, 미래 기대감 3가지 하위요인으로 전체 20문항으로 구성되어 있으며 본 연구에서 Cronbach's α 계수는 .955였다.

바) 정서지능

청소년용 정서지능검사는 정서지능(Emotional Intelligence)이론에 근거하여 문용린(1997)이 개발한 검사를 사용하였다. 각 문항은 정서지능의 정서인식능력, 정서표현능력, 감정이입, 정서활용능력, 정서조절능력 5가지 하위요인으로 구성되어 있으며 본 연구에서는 정서조절과 관련된 문항만을 추출하여 사용하였다. 이 척도는 5점 척도(0-전혀 그렇지 않다, 1-별로 그렇지 않다, 2-가끔 그렇다, 3-대체로 그렇다, 4-매우 그렇다) 총 8문항으로 구성되어 있으며 본 연구에서 Cronbach's α 계수는 .843였다.

2) 절차 및 분석

자료의 분석은 SPSS 18.0 프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석되었다.

첫째, 실험집단과 통제집단의 인구통계학적 변인에 대한 백분위를 산출하였다. 둘째, 실험집단과 통제집단의 청소년 행동평가척도의 사전검사 점수에 대한 동질성 검증을 위해 독립표본 t-test를 실시하였다. 셋째, 실험집단의 시범운영 효과를 측정하기 위해 실험집단과 통제집단의 청소년행동평가 척도 사후검사 점수를 비교하기 위해 공분산분석을 실시하였다. 넷째, 실험집단의 비자살적 자해, 자살위험성, 자존감, 무망감, 정서지능의 사전검사와 사후검사에 대한 대응표본 t-test를 실시하였다.

다. 연구결과

1) 청소년 내재화, 외현화에 미치는 영향

가) 실험집단과 통제집단의 동질성 검증

본 매뉴얼의 사전점수와 사후점수의 차이를 통한 매뉴얼의 효과성을 검증하기에 앞서 우선, 실험집단과 통제집단의 동질성이 확보되어야 하므로 독립표본 t-검증을 통하여 동질성을 확인하고자 하였다. 결과는 표 18에 제시되어 있다.

표 18. 실험집단과 통제집단의 사전검사에 대한 독립표본 t-검증

종속변수	집단	N	M	SD	t	p
내재화	실험	13	68.54	14.89	.896	.380
	통제	10	63.10	13.80		
외현화	실험	13	59.54	11.84	-.597	.571
	통제	10	62.90	15.21		

* $p < .05$, ** $p < .01$

실험집단과 통제집단간 내재화, 외현화 사전 점수에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않아 실험집단과 통제집단은 동질적인 것으로 나타났다.

나) 청소년 내재화, 외현화문제의 사전-사후 점수

실험집단과 통제집단의 사전-사후 변화정도에 대한 차이는 다음 표 19와 같다.

표 19. 실험집단과 통제집단의 사전·사후검사

구분	실험집단(N=13)		통제집단(N=10)	
	사전검사	사후검사	사전검사	사후검사
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
내재화	68.54(14.89)	61.08(13.29)	63.10(13.80)	64.60(16.43)
외현화	59.54(11.84)	60.62(15.26)	62.90(15.21)	61.10(15.93)

먼저 각 집단의 내재화 문제를 측정된 결과, 실험집단은 사전검사에서 평균 68.54점 ($SD=14.89$)으로 나타났고, 사후검사에서 평균 61.08점($SD=13.29$)으로 -7.46점 감소하는 모습을 보였다. 통제집단의 내재화문제는 사전검사에서 평균 63.10점($SD=13.80$)에서 사후검사 평균 64.60($SD=16.43$)점으로 1.5점 증가하는 양상을 보였다. 그리고 외현화 문제를 측정된 결과 실험집단은 사전검사에서 평균 59.54점($SD=11.84$)에서 사후검사 평균 60.62점 ($SD=15.26$)으로 1.08 증가하는 모습을 보였다. 통제집단은 사전검사에서 평균 62.90점 ($SD=15.21$)에서 사후검사 평균 61.10점($SD=15.55$)으로 -1.8 감소하는 양상을 나타냈다.

다) 청소년 내재화, 외현화문제에 대한 매뉴얼의 효과성 검증

다음으로 ‘자살·자해 상담개입 매뉴얼’의 순수한 실험처치 효과를 검증하기 위해 내재화 및 외현화문제에 대한 실험집단과 통제집단의 사전검사 영향을 통제된 상태에

서 내재화 및 외현화문제 점수의 평균에 대한 공분산분석을 실시하였다. 먼저 내재화문제에 대한 결과는 아래 표 20과 같다.

표 20. 집단에 따른 내재화문제에 대한 공분산분석표

변량원	제곱합	자유도	평균제곱	F	p
사전내재화	3209.300	1	3209.300	47.828	.000***
집단간	364.497	1	364.497	5.432	.030*
오차	1342.023	20	67.101		
전체	91178.000	23			

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

표 20에 나타난 바와 같이 내재화문제의 사전검사 영향력을 통제한 후 사후검사의 차이를 살펴본 결과, 실험집단(M=61.08)이 통제집단(M=64.60)보다 낮게 나타났고, 그 차이는 통계적으로 유의한 것으로 드러났다($p < .05$). 즉 시범운영에서 상담을 받은 내담자들은 시범운영에 참여하지 않은 내담자들보다 내재화문제가 감소하였다는 것을 알 수 있다.

표 21. 집단에 따른 외현화문제에 대한 공분산분석표

변량원	제곱합	자유도	평균제곱	F	p
사전외현화	1226.660	1	1226.660	6.370	.020*
집단간	11.435	1	11.435	.059	.810
오차	3851.317	20	192.566		
전체	90175.000	23			

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

다음으로 표 21과 같이 외현화문제에 대한 사전검사의 영향력을 통제한 후 사후검사의 차이를 살펴본 결과, 실험집단(M=60.62)이 통제집단(M=61.10)보다 낮게 나타났으나 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

2) 비자살적 자해, 자존감, 무망감, 정서지능에 미치는 영향

실험집단의 비자살적 자해, 자존감, 무망감, 정서지능에 대한 사전-사후 효과성을 알아보기 위해 비모수 대응표본 t-검증을 실시하였다.

가) 비자살적 자해에 미치는 영향

매뉴얼 실시 전과 실시 후의 실험집단의 비자살적 자해에 대한 변화를 알아보기 위해 비모수 대응표본 t-검증을 실시하였으며 그 결과는 표 22와 같다.

표 22. 비자살적자해에 대한 대응표본 t-검증

	N	사전검사		사후검사		Z	p
		M	SD	M	SD		
비자살적자해	7	.739	.266	.453	.323	-2.213 ^a	.027*

*p<.05

a. 양의 순위를 기준으로

표 22에서 보는 바와 같이, 실험집단의 비자살적 자해 사후검사 점수(M=.453)가 사전검사 점수(M=.739)보다 낮았고 통계적으로 유의한 것으로 나타났다(Z=-2.213a, p<.05). 즉 본 매뉴얼은 청소년의 비자살적 자해 감소에 유의한 효과를 보였다고 할 수 있다.

나) 자살위험성에 미치는 영향

매뉴얼 실시 전과 실시 후의 실험집단의 자살위험성에 대한 변화를 알아보기 위해 비모수 대응표본 t-검증을 실시하였으며 그 결과는 표 23과 같다.

표 23. 자살위험성에 대한 대응표본 t-검증

	N	사전검사		사후검사		Z	p
		M	SD	M	SD		
자살위험성	7	1.752	.497	1.299	.759	-2.197 ^a	.028*

*p<.05

a. 양의 순위를 기준으로

표 23에서 보는 바와 같이, 실험집단의 자살위험성 사후검사 점수(M=1.299)가 사전검사 점수(M=1.752)보다 낮았고 통계적으로 유의한 것으로 나타났다(Z=-2.197a, p<.05). 즉 본 매뉴얼은 청소년의 자살위험성 감소에 유의한 효과를 보였다고 할 수 있다.

다) 자존감에 미치는 영향

매뉴얼 실시 전과 실시 후의 실험집단의 자존감에 대한 변화를 알아보기 위해 비모수 대응표본 t-검증을 실시하였으며 그 결과는 표 24와 같다.

표 24. 자존감에 대한 대응표본 t-검증

	N	사전검사		사후검사		Z	p
		M	SD	M	SD		
자존감	10	1.061	.653	1.458	.735	-.867 ^b	.386

*p<.05

b. 음의 순위를 기준으로

표 24에서 보는 바와 같이, 실험집단의 자존감 사후검사 점수(M=1.458)가 사전검사 점수(M=1.061)보다 높았지만, 통계적으로 볼 때 유의하지 않았다(Z=-.867b, p>.05). 즉 본 매뉴얼은 청소년의 자존감 향상에 유의한 효과를 보였다고 할 수 없다.

라) 무망감에 미치는 영향

매뉴얼 실시 전과 실시 후의 실험집단의 무망감에 대한 변화를 알아보기 위해 비모수 대응표본 t-검증을 실시하였으며 그 결과는 표 25와 같다.

표 25. 무망감에 대한 대응표본 t-검증

	N	사전검사		사후검사		Z	p
		M	SD	M	SD		
무망감	10	1.675	.291	1.470	.327	-2.092 ^a	.036*

*p<.05

a. 양의 순위를 기준으로

표 25에서 보는 바와 같이, 실험집단의 무망감 사후검사 점수(M=1.470)가 사전검사 점수(M=1.675)보다 낮았으며, 통계적으로 유의한 것으로 나타났다(Z=-2.092a, p<.05). 즉 본 매뉴얼은 청소년의 무망감 감소에 유의한 효과를 보였다고 할 수 있다.

마) 정서지능 미치는 영향

매뉴얼 실시 전과 실시 후의 실험집단의 정서지능에 대한 변화를 알아보기 위해 비모수 대응표본 t-검증을 실시하였으며 그 결과는 표 26과 같다.

표 26. 정서지능에 대한 대응표본 t-검증

	N	사전검사		사후검사		Z	p
		M	SD	M	SD		
정서지능	10	1.763	.876	2.013	.982	-.950 ^b	.342

*p<.05

b. 음의 순위를 기준으로

표 26에서 보는 바와 같이, 실험집단의 정서지능 사후검사 점수(M=2.013)가 사전검사 점수(M=1.763)보다 높았지만, 통계적으로 볼 때 유의하지 않았다(Z=-.950b, p>.05). 즉 본 매뉴얼은 청소년의 정서지능 향상 유의한 효과를 보였다고 할 수 없다.

3. 전문가 자문

자살·자해 위기청소년 상담 클리닉 운영모형과 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 효과성 입증에 위해 매뉴얼을 적용하여 전문가 7명에게 자문을 받았다. 전문가는 자살·자해 매뉴얼 교육을 받고 시범운영에 참가한 상담자들로 선정하였다. 심층면접 질문 내용은 자살·자해 위기청소년 상담 클리닉 모형의 적절성, 위기관리팀 운영의 실효성, 상담개입 매뉴얼의 활용성, 효과성 평가로 구성하였다. 구체적인 내용은 아래 표 27과 같다.

표 27. 심층면접 질문 내용

질문 영역	질문내용
상담 클리닉 모형의 적절성	• 자살·자해 위기청소년 상담클리닉 모형이 적절하다고 생각하나요.
위기관리팀 운영의 실효성	• 위기관리팀의 구성, 역할 중 개선되었으면 하는 내용은 무엇인가요. 시범상담을 하면서 받은 수퍼비전에서 도움이 된 점과 아쉬웠던 점은 무엇인가요.
상담개입 매뉴얼의 활용성	• 매뉴얼을 적용하여 상담한 결과 도움이 되었던 부분과 수정이 필요하다고 생각하는 내용은 무엇인가요.
효과성 평가	• 사전·사후검사의 장단점은 무엇이라고 생각하나요.

가. 자살·자해 위기청소년 상담 클리닉 모형의 적절성

자살·자해 위기청소년 상담 클리닉 모형에 대해서 전문가들은 전반적으로 긴급대응 단계, 상담개입 단계, 추수관리 단계로 구성되어 위기개입에 효과적이라고 평가하였다. 구체적으로 내담자의 위기 상태에 따른 순차적 개입 내용과, 각 단계별 위기관리팀의 기능과 상담자의 역할이 체계적으로 제시되어 있어 체계적으로 개입하기 용이했다고 평가하였다. 특히 위기관리팀 구성과 역할이 구체화되어 있어 자살·자해상담 내담자에 대한 초기 대응에서부터 종결까지 촘촘한 개입이 가능하도록 도울 수 있을 것이라고 평가하였다. 다만 지역별 연계 자원 등 지역 마다 상담센터의 상황이 달라 지역 특성을 반영한 운영모형도 필요하다는 지적이 있었다. 이 부분은 추후 다양한 기관과 연계를 통해 보완할 필요가 있다.

나. 위기관리팀 운영의 실효성

자살·자해 위기청소년 상담 클리닉 모형에 따라 위기관리팀이 자해상담 초기부터 종결까지 단계별로 관리를 해주는 것이 효과적이라고 보고하였다. 위기관리팀에서 내담자의 위기수준을 평가하고 이에 따라 내담자에게 지원할 서비스를 결정하고, 상담개입을 지속적으로 모니터링하고 슈퍼비전하는 것이 체계적이고 효과적인 개입이 이루어지게 돕는다고 평가하였다. 시범운영 위기관리팀의 슈퍼비전 운영과 관련하여 사례를 이해하고 개입하는데 매우 도움이 되었으며, 초기의 슈퍼비전은 상담 방향을 설정함에 있어 도움이 되었다고 보고하였다. 또한 슈퍼비전에 참석한 타 상담자의 사례를 통한 배움과 상담자들의 피드백이 도움이 되었고, 나만 힘든 것이 아니라는 안도감과 동질감을 느낄 수 있어서 매우 좋았다는 의견이 다수였다. 나아가 위기관리팀에게 슈퍼비전을 제공 받으면서 상담을 진행하고 종결에 이르는 것은 상담효과 뿐만 아니라 상담자 혼자 감당해야 하는 심리적 부담감을 덜어준다는 측면에서 높이 평가하였다.

위기관리팀 구성에 관해서는 센터에서 결정권이 있는 사람, 기관 연계를 위한 정보를 제공하거나 연계해 줄 수 있는 사람이 구성원에 포함되어야 한다는 의견이 제기되었다. 이는 위기상황에서 빠른 의사결정을 할 수 있는 구성원이 포함되어야 즉각적인 개입이 이루어지고, 최적의 기관이 연계될 수 있기 때문이라고 보고하였다. 이에 위기관리팀의 역할에 대해서 구체적으로 운영매뉴얼에서 정리하였다.

위기관리팀 운영여부와 관련하여 청소년상담복지센터는 위기관리팀 형태로 운영하는 센터가 많은 반면, 대학상담센터는 센터별로 차이는 있으나 경력자가 부족하고 객원상담

원을 다수 활용하는 상황에서 상담자 개인 역량에 의지하는 경우가 많아 체계적인 관리가 되지 않고 있다고 보고하였다.

다. 자살·자해 상담개입 매뉴얼의 활용성

첫째, 초기·중기·후기상담에서 다뤄야 하는 것이 명료하게 제시되어 있고, 회기별로 개입 내용이 제시되어 있어 상담자가 놓친 것이 있는지 점검할 수 있는 기회를 제공하였다는 측면에서 활용도가 높다고 평가하였다. 다만 매뉴얼 회기수가 10회기로 구성되어 있는 것과 관련하여 1시간이 촉박하고 변화를 기대하기 어려운 바, 전체 회기를 늘려야 한다는 의견이 제시되었다. 특히 상담 초기에 신뢰감 형성이 어려워 상담 초기에 더 시간을 배정해야 하며 이 시기에 적용할 수 있는 시트지의 추가 필요성이 제기되었다. 이에 모형에 10회기로 지정된 회기수를 제거하고 단기, 중기, 후기로 명시하였다.

둘째, 질문예시와 상황예시, 스트레스 상황 대처 리스트 등 시트지가 있어서 세심한 개입이 가능했다는 의견이 있었다. 질문예시를 통해 내담자에게 해야 하는 질문과 해로운 질문을 명확히 알 수 있어서 자신감을 갖고, 개입하는 데 도움이 된다는 의견이었다. 단, 대학생의 경우 예시나 용어가 중고생 수준에 맞춰져 있어서 대학생에게 적용하는 것은 무리가 있다는 지적이 있었다.

셋째, 부모상담을 제시하며 친절하게 개입방법을 담아 자살·자해상담에 필수적인 부모상담을 잘 풀어갈 수 있었다는 의견이 제시되었다. 내담자의 상태가 인지되어 있지 않거나, 인정하고 싶지 않거나, 관여하고 싶어 하지 않는 부모를 대상으로 상담을 하는 것에 어려움을 겪을 때가 종종 있는데 매뉴얼을 활용할 수 있어서 든든했다는 의견이 있었다.

넷째, 중기단계 상담 내용 중 ‘비합리적 신념 탐색과 변화’ 와 ‘대안적 문제해결 방식 & 스트레스 대처방식’ 에 대해서는 상이한 견해를 보였다. 즉, 자해를 중단하는데 도움이 되었다는 의견과 내담자와 신뢰형성이 잘 안 되는 상태에서 다루는 것은 시기적으로 빠른 개입이 되어 효과적이지 않았다는 의견이 있었다. 따라서 내담자의 위기수준 및 심리상태를 파악하고 활용하는 것이 필요하다고 볼 수 있다.

다섯째, 후기단계 상담 시 내담자가 안정되었다고 안심할 때 발생하는 변수를 줄이기 위해 후기상담 시 집중적으로 관리하는 시스템 보완에 대한 제안이 있었다. 예를 들어 자해의 중독성과 내담자의 높은 충동성이 자해를 중단했다가 다시 시도하는 데 기여하는 것으로 보고되었다.

여섯째, 개선사항으로 상담 초심자를 위해 각 회기별로 간단명료하게 내용을 제시해주

고, 시, 각 개입에 따른 효과성도 같이 제시해주면 상담자가 더 안정감을 갖고, 매뉴얼 활용을 할 수 있을 것이라는 의견이 있었다. 또한 민감한 내담자들을 위해 매뉴얼과 평가에 민감성을 높이면 좋겠다는 의견이 있었다.

일곱째, 자해 만성 내담자의 경우 상담중기의 ‘감정기록지’와 ‘나를 잘 돌볼 수 있는 활동’이, 대학생은 후기상담의 ‘나의 생활습관 분석하기’, ‘소중한 순간들’, ‘삶의 목적과 의미’가 도움이 되었다고 하였다. 더불어 만성화된 내담자의 경우 별도 매뉴얼의 필요성이 제안되었다.

라. 효과성 평가

매뉴얼에서 제시한 위기관리기록지가 큰 도움이 되었다는 의견이 많았다. 위기관리기록지를 회기마다 평가해서 내담자의 상태를 확인하는 데 도움이 되었다는 의견과 위기관리기록지에 긍정적인 감정을 추가하여 부정적인 감정에 치우치는 것을 예방하고 긍정적인 감정을 불러일으키는 효과를 추구하자는 의견이 있었다.

또한 사전·사후 평가와 관련하여 내담자가 지나치게 우울하거나 무기력할 때 심리검사를 진행하기 어렵고 신뢰감 형성을 저해할 수 있다는 지적이 제기되었다. 이와 관련하여 공적 서비스를 제공한다는 점에서 변화를 측정할 수 있지만, 평가지가 신중하게 고려될 필요가 있다고 제기되었다. 이와 관련하여 긴급 대응단계에서 신속하게 평가가 이루어져야 함에도 다양한 검사를 실시할 수 없다는 점을 고려하여 자살 및 자해 위기 수준을 신속하고 간단하게 파악할 수 있는 체크리스트나 내용이 보완될 필요가 있다고 제기하였다.

V. EBP 자살·자해 상담클리닉 운영 모형

1. 시범운영을 통한 모형 수정

시범운영 효과성 분석을 통해 상담클리닉 운영모형이 자살 및 자해 위기 청소년을 상담하는데 효과적이었음이 확인되었다. 또한 시범운영에 참여했던 전문가 자문에서도 상담클리닉 운영모형이 체계적으로 개입하는데 효과적이라고 보고하였다. 이처럼 자살·자해 상담클리닉 운영 모형이 자살·자해 위기 청소년 개입에 전반적으로 효과적이지만, 몇 가지 보완할 필요가 있다.

효과성 분석과 자문내용을 토대로 모형에서 보완할 점은 다음과 같다. 먼저 위기관리팀의 구성 및 단계별 역할을 체계화하고 슈퍼비전이나 모니터링 역할을 좀 더 구체화할 필요가 있다. 특히 위기관리팀이 상담자 불안을 감소시키고 소진을 예방해준다는 측면에서 위기관리팀이 상담자의 불안 및 소진관리에서 할 수 있는 역할을 추가하였다. 위기관리팀의 구성과 역할은 새로 개발된 ‘EBP 자살·자해 상담클리닉 운영 모형 매뉴얼(이하 EBP 상담클리닉 매뉴얼)’에 구체적으로 정리하였다. 둘째, 2019년 개발된 ‘고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 자살·자해편’ 적용 회기수를 10회 상담으로 규정하는 것이 문제라는 지적에 따라 상담회기를 지정하지 않고 초기·중기·후기 상담으로 정리하였다. 특히 상담개입기법 등을 좀 더 쉽게 활용할 수 있도록 주요 내용을 간단하게 정리할 필요가 있다는 점에서 ‘EBP 상담클리닉 매뉴얼’에서 중요한 기법을 단계별로 정리하여 제시하였다. 셋째, 사례평가 및 효과성 측정이 차별화되고, 실효성 있는 검사도구로 대체될 필요가 있다. 시범운영에 참가한 전문가들은 초기 사례평가의 중요성은 동의하였다. 하지만, 사전·사후 효과성 측정은 필요하지만 필수적이지 않다는 의견이 있었다. 이에 기존 모형에서 사례평가와 효과성 검증을 구분할 필요가 있다. 또한 사례평가와 효과성 검증을 위한 도구나 체크리스트를 간소화할 필요가 있다. 이에 새로운 모형에서 긴급대응단계나 초기단계에서 필수적으로 할 척도나 체크리스트들과 선택적으로 할 검사들과 구분하였다. 또한 자살·자해 상담 효과를 지속적으로 체크하면서도 간단히 체크할 수 있는 위기관리 기록지를 필수척도로 포함시켰다. 마지막으로 효과성 검증을 위해 사전·사후에 실시할 수 있는 검사나 척도를 정리하였는데, 이 척

도의 선정은 시범운영 효과성 검증에서 효과성이 검증된 척도들로 정리하였다.

2. EBP 자살·자해 상담클리닉 운영 최종 모형

본 연구에서는 문헌고찰 및 포커스그룹 인터뷰, 시범운영을 통해 다음과 같이 자살 및 자해 위기 청소년 상담클리닉 모형이 최종 확정되었다(부록 참조).

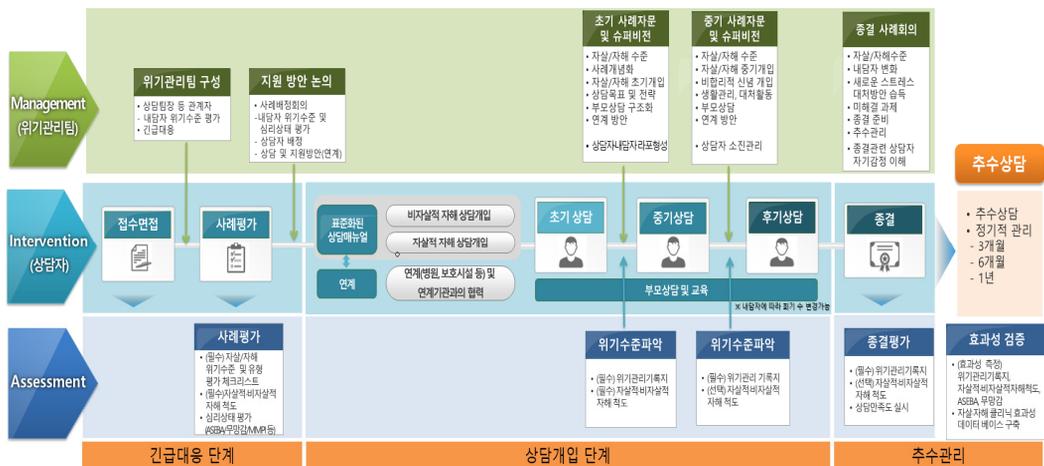


그림 7. 자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 모형

상담클리닉 모형은 크게 긴급대응단계, 상담개입단계, 추수관리로 구분한다. 긴급대응 단계는 자살 및 자해 위기청소년이 처음 발굴되고 의뢰되었을 때 상담개입이 이루어지기 전 단계이며, 상담개입 단계는 긴급대응단계에서 상담개입이 주로 이루어져야 하는 사례를 대상으로 상담서비스가 지원되는 단계이다. 마지막으로 추수관리 단계는 자살 및 자해 위기청소년의 경우 다시 자살 및 자해 증상이 재발되는 경우가 잦다는 점에서 정기적인 추수관리를 하는 단계이다.

각 단계는 매니지먼트(Management), 인터벤션(Intervention), 어세스먼트(Assessment)라는 기능으로 구분될 수 있다. 자살 및 자해 위기 청소년 상담은 촉각을 다루는 긴급 대응, 상담개입의 저항, 위기상담에 대한 상담자 불안 등 고도의 상황판단 및 상담 전문성이 요구된다. 이에 상담자 개인의 개입이 아니라 팀 차원의 개입이 필요하다. 즉 상담자 개인의 전문성에 기대어 위기개입을 하는 것이 아니라 숙련된 상담자의 지도하여 팀 전체가 함께 위기개입을 하는 것이 필요하다. 매니지먼트란 위기관리팀이 청소년에게 지

원하는 개입 방향에 대해 전반적으로 관리하는 기능이다. 인터벤션이란 위기관리팀의 지도 하에 상담자가 제공하는 상담 및 개입 활동이다. 즉 내담자가 주로 받는 서비스이다. 어세스먼트란 청소년의 위기수준 및 변화에 대한 객관적 평가와 개입 효과에 대한 효과성 평가에 관련된 것이다.

단계별로 매니지먼트와 인터벤션의 기능에 대해서 살펴보면, 먼저 긴급대응단계에서 위기관리팀이 구성되고 회의를 통해 사례에 대한 지원 방안을 결정한다. 이때 사례의 첫 접수면접 및 사례의 심리평가 결과에 근거하여 내담자의 위기수준 및 심리상태를 평가하고 지원방안을 결정한다. 즉, 다른 기관에 연계할지를 파악하고(약물치료 유무, 입원치료 유무 등), 상담사례로 해당기관에서 관리할지를 결정한다. 만약 상담사례로 개입할 것이 결정된다면 상담자를 배정하게 된다. 이 단계에서 상담자는 내담자의 객관적인 평가를 위해 검사나 접수면접을 통해 자살 및 자해 수준 및 유형(비자살적 자해, 자살적 자해 등), 심리상태를 평가한다.

이후 상담개입단계에서는 입원치료가 아닌 상담개입으로 가능한 내담자에 대해 이루어진다. 이때 비자살적 자해와 자살적 자해 유형에 따라서 상담자는 다르게 개입해야 한다. 이때 구체적인 상담개입 방법은 서미 등(2018)의 자살·자해 위기 청소년 상담개입 매뉴얼 개입 내용에 따라 이루어진다. 특히 이 단계에서는 부모상담 및 교육이 매우 중요하며 내담자의 상태에 따라서 연계가 지속적으로 이루어져야 한다. 사실 이 개입단계는 상담자의 역량 및 전문성에 매우 좌우된다. 따라서 지속적으로 자문 및 슈퍼비전을 통해 모니터링이 필수적이다. 위기관리팀은 1회 상담이 끝나고, 그리고 중기 및 종결 시점에 자문 및 슈퍼비전을 제공하면서 상담자의 개입 방향에 대해서 체크해주고 상담자의 불안 및 소진을 관리해준다. 자문 내용은 사례에 따라 다를 수 있지만 일반적으로 초기에서는 사례개념화, 자살/자해 초기개입, 상담목표 및 전략, 상담자 내담자 라포 형성, 연계방안들이 적절했는지를 점검하고, 부모상담 및 교육이 효과적으로 이뤄지고 있는지 점검한다. 중기사례자문에서는 내담자의 자살 및 자해수준을 점검해주고, 자살/자해 개입방법을 점검한다. 또한 주로 중기에서 이루어지는 비합리적 신념의 변화, 규칙적인 시간 및 생활관리, 자해 대체 활동 등 사고, 행동, 정서적인 변화를 점검한다. 또한 부모상담 방향 및 연계방안에 대해서 체크한다. 특히 이 단계에서는 상담자의 소진 및 불안이 높을 수 있어 이를 점검하고 상담자를 지지해주는 것이 필요하다. 종결시점의 사례자문에서는 자살/자해 수준을 다시 평가하고, 향후 내담자에게 생길 문제 및 미해결 과제를 점검한다. 중요한 것은 내담자의 변화 및 내담자의 새로운 스트레스 대처방식에 대해서 상담자가 인식하고 정리하도록 돕는다. 종결을 앞두고 있다면 내담자와의

종결 회기에 다룬 내용을 정리해주고 향후 추수관리에 대해서 안내하도록 돕는다. 나아가 상담자의 변화에 대해서 정리해주고 격려해준다. 이때 내담자의 변화를 객관적으로 파악하기 위해서 상담자는 위기수준을 증기 및 종결 시기에 점검해볼 수 있으며, 종결 후에는 상담만족도, 자살 및 자해 위기수준, 심리상태평가를 해볼 수 있다. 추수관리 단계에서 상담자는 최소 6개월에서 12개월 정도 관리 해준다.

한편, 최종 모형에서 보완된 어세스먼트 단계는 크게 사례평가와 효과성 검증으로 구분되어 이루어 질 수 있다. 사례평가는 긴급대응단계와 상담 진행단계, 종결시점에 걸쳐 이루어진다. 특히 긴급대응 단계에서 사례평가는 향후 지원 방안을 결정한다는 차원에서 신속하고 명확하게 이루어져야 한다. 접수면접에서 주로 이루어지는 사례평가에서 자살와 자해 위기 수준이 어느 정도인지, 그리고 비자살적 자해인지, 혹은 자살적 자해인지의 유형을 구분할 수 있어야 한다. 이를 위해 상담자는 위험수준 평가와 자살적·비자살적 자해 유행 평가 체크리스트를 필수적으로 점검한다. 이후 내담자의 상태에 따라 접수면접이나 1회 상담에서 위기관리기록지, 자살 평가척도, 비자살적 자해 척도를 필수적으로 체크한다. 이때 내담자의 심리상태를 평가하기 위해 ASEBA검사, 무망감 척도, MMPI를 활용할 수 있지만 필수는 아니다. 상담이 진행되고 종결이 되는 시점까지 위기관리기록지는 지속적으로 적어도 3회에 한번 정도는 체크하도록 한다. 이러한 사례평가는 효과성 검증을 위해서도 활용될 수 있다. 즉, 위기관리 기록지, 자살적·비자살적 자해 척도, ASEBA검사, 무망감 척도는 사례 상담개입 전과 후에 실시함으로써 그 효과성을 측정할 수 있다. 한국청소년상담복지개발원은 각 기관에서 측정한 사전·사후 데이터를 축적할 수 있는 데이터베이스를 관리하여 해당 기관에 상담효과성을 분석해주고 보다 효과성 높은 개입이 되도록 지속적으로 보완한다.

VI. 논 의

본 연구는 자살 및 자해 위험 청소년에게 체계적이고 효과적인 상담개입을 위하여 근거에 기반 한 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형을 개발하고자 하였다. 이를 위해 문헌연구, 전문가 포커스 그룹 인터뷰(청소년상담복지센터, 청소년 유관기관, 대학상담센터)를 통해 ‘자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 운영 모형(이하 상담클리닉 모형)’의 구성원리 및 요인을 도출하였다. 이후 도출된 구성원리 및 구성요인에 따라 상담클리닉 운영모형을 도출하고, 시범운영을 실시한 후 효과성 검증을 실시하였다. 시범운영은 경기도 소재 청소년상담복지센터와 수도권 소재 대학상담센터에서 진행하였으며, ‘자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 운영모형’ 중 상담개입 방법은 2018년 개발된 자살·자해 위기 청소년 상담개입 매뉴얼을 적용하였다. 최종 상담클리닉 모형은 시범운영과 전문가 자문을 통해 수정·보완하여 확정하였다.

모형의 개발은 김창대 외(2011)의 프로그램 개발 모형을 적용하여 기획, 구성, 시범운영 및 평가 절차에 따라 진행되었다. 기획단계에서 EBP 기반 상담개입 및 상담모형 문헌연구와 청소년 자살·자해 상담개입 프로그램 문헌연구를 진행하였다. 그리고 현장에서의 자살·자해 상담개입 방안에 대한 현장 실무자 요구분석을 실시하였다. 이러한 분석을 토대로 구성단계에서 EBP 기반 자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 운영 모형의 구성원리 및 구성요소를 도출하였다. 마지막으로 시범운영 및 평가단계에서 경기도 소재 청소년상담복지센터와 수도권 소재 대학상담센터에서 시범운영을 한 후 효과성을 측정하였다. 그 결과, 먼저 실험집단의 경우 청소년 행동평가 척도(ASEBA검사)의 내재화 점수가 사전검사 대비 사후검사에서 감소한 것으로 나타난 반면, 외현화점수는 사전검사와 사후검사 간 통계적으로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 또한 실험집단의 비자살적 자해, 자살위험성, 무망감 점수가 사전보다 사후에 감소하였다. 이를 통해 자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 운영 모형이 자살·자해 위험 청소년의 자살적·비자살적 자해를 감소시키고, 불안·우울 등 내재화 문제와 무망감을 감소시키는 등의 효과가 있음을 알 수 있었다. 최종모형 확정은 전문가 자문을 통해 시범운영을 하는 과정에서 밝혀진 보완점을 반영하여 확정하였다.

이러한 과정을 통해 개발된 모형의 내용은 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 모형의 목적은 청소년상담복지센터 등 상담현장에서 효과적·체계적으로 자살·자해 위기청소년에게 표준화된 상담개입 매뉴얼을 적용하는 것이다.

둘째, 모형의 주요 단계는 크게 긴급대응 단계, 상담개입 단계, 추수관리 단계이다. 세 단계는 내담자에게 서비스를 제공하는 순간부터 종결까지 제공되는 서비스의 내용에 따라 구분되었다. 먼저, 긴급대응 단계는 자살 및 자해 위기청소년이 발굴되고 의뢰되었을 때 사례에 대해 긴급하고 정확한 평가를 통해 개입 지원 방안에 대해서 결정하는 단계이다. 상담개입 단계는 긴급대응 단계의 지원방안 회의를 통해 상담개입이 결정된 사례에 대해서 상담서비스가 지원되는 단계이다. 마지막으로 이러한 지원 이후 사후관리가 이루어진다.

셋째, 상담클리닉 모형은 상담자 개입 뿐만 아니라 조직이나 기관의 개입이 유기적으로 이루어진다. 긴급대응 단계, 상담개입 단계, 추수관리 단계 각각에는 상담자의 개입을 서포트하는 위기관리팀의 역할이 필수적이다. 상담자는 긴급단계에서 접수면접과 사례평가를 하고, 상담개입 단계에서는 초기상담, 중기상담, 후기상담을 진행하며, 추수관리에서 종결과 추수상담을 한다. 이처럼 내담자에 대한 개입은 상담자가 진행하지만 위기관리팀은 상담자의 개입을 관리해준다. 즉, 위기관리팀은 사례평가에 기반하여 사례에 대한 지원방안을 결정하고, 상담자에게 초기, 중기, 종결 과정에 정기적으로 슈퍼비전이나 모니터링을 제공해야 한다. 이런 측면에서 모형은 각 단계마다 상담자의 인터벤션 기능, 위기관리팀의 매니지먼트 기능을 포함하고 있다.

넷째, 상담클리닉 모형은 어세스먼트 기능에서 단계별 자살·자해 위기 청소년에 대한 사례 평가와 효과성 측정 방안에 대한 가이드라인을 구체화하였다. 사례평가와 관련하여 긴급대응 단계나 초기 상담에서 필수적으로 평가하고 파악해야 하는 내용은 자살·자해 위기수준 및 자살적 자해·비자살적 자해 유형에 관한 평가이다. 또한 상담이 진행되는 과정에서는 간단한 위기관리 기록지를 통해 위기수준을 상시적으로 체크해야 한다. 또한 사례개입에 대한 효과성을 측정하기 위해서는 간단하게 위기관리 기록지를 활용하거나 자살적·비자살적 자해 척도, 무망감척도, 청소년 행동평가 척도(ASEBA검사)를 활용한다.

본 연구를 통한 자살·자해 상담클리닉 운영 모형 개발의 의의는 다음과 같다.

먼저, 효과성이 입증된 상담 클리닉 운영 모형을 개발하여 현장에서 자살·자해 청소년에게 표준화된 프로그램과 절차에 따라 상담서비스를 제공할 수 있도록 기여했다는 점이다. 상담클리닉 시범운영 효과성 결과를 보면, 상담클리닉 시범운영 이후 통제집단에 비해 실험집단의 내재화 점수가 감소하였고, 실험집단의 비자살적 자해, 자살위험성,

무망감 점수가 감소하였다. 이는 통제집단과의 비교에서 효과성이 검증되었다는 점에서 Glenn, Franklin, Nock(2015)의 EBP 기반 프로그램의 기준 중 ‘효과성이 있는’ 3수준의 기준을 충족시킨다. 상담클리닉 운영모형은 EBP 기반 효과성이 있는 프로그램으로 입증됨으로써 자살·자해 청소년들이 전국 어디에서나 효과성이 입증된 서비스를 제공받을 수 있게 된다. 특히, 지역 청소년상담복지센터의 경우 근거에 기반 한 표준화된 상담서비스를 제공함으로써 공적 서비스를 제공하는 기관의 책무를 다하고, 나아가 지역 간 상담서비스 질의 편차를 감소시킬 것으로 기대된다.

둘째, 자살·자해 상담클리닉 운영 모형의 현장 적용성과 활용가능성을 높이기 위해 현장의견을 최대한 반영하고, 시범운영을 하였으며, 운영모형에 대한 매뉴얼을 새로이 개발하였다. 먼저 현장전문가 12명을 대상으로 모형개발에 대한 프로그램 구성원리와 요소를 도출하였다. 또한 시범운영을 진행한 전문가들의 자문을 통해 모형의 현장 적용에서 한계나 보완점을 적극 반영하여 모형을 수정하였다. 특히 현장에서 센터들이 상담클리닉 운영모형을 효과적으로 적용할 수 있도록 구체적으로 매뉴얼을 개발하였다.

셋째, 2년에 걸친 연구를 통해 자살 및 자해 위험 청소년 개입에 대한 총괄적·체계적 개입 방안을 정리하였다는 데 큰 의의가 있다. 최근 청소년 자살 및 자해 문제가 국가에서 대책을 수립하여 관리할 정도로 심각함에도 불구하고 상담 및 학교 현장에 적용할 상담 프로그램이 미비한 실정이다. 자살 위기 개입 매뉴얼이 부재하고(김은하, 전소연, 김다예, 도민정, 2015), 상담자들은 비자살적 자해와 자살적 자해의 차이를 인식하지 못한 채(김수진, 김봉환, 2015; 이동훈 외, 2010) 상담을 진행한다. 이런 측면에서 2018년에 1차적으로 ‘고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 자살·자해편’ 연구는 비자살적 자해와 자살적 자해 청소년에 대한 차별적인 상담방안과 매뉴얼을 개발하였다는 점에서 상담자에게 상담개입에 대한 가이드라인을 제공하였다는 점에서 매우 의미가 있다. 그러나 상담개입과 매뉴얼을 기관에서 어떻게 운영하고 적용하느냐에 따라 효과성은 다를 수 있다. 특히, 위기청소년을 주로 대면하는 청소년상담관련 기관들은 기관차원에서의 위기관리가 필요하다. 이에, 본 연구는 2018년 개발된 상담개입방안과 매뉴얼이 실제 현장에서 효과적으로 적용되기 위한 운영방법을 제시하는 상담클리닉 운영모형을 개발하였다. 특히 상담클리닉 운영 모형은 지역 청소년상담복지센터를 기반으로 하지만, 인터뷰 과정에서 Wee센터 등의 청소년 유관기관과 대학상담센터 전문가 의견을 반영하였기에 다양한 기관에 확대 적용될 수 있다는 점에 의의가 있다. 결과적으로 2년에 걸쳐 한국청소년상담복지개발원은 자살 위기청소년과 자해 위기청소년에 대한 개인상담차원의 상담 개입과 매뉴얼을 개발하여 청소년 상담자가 청소년에게 질적으로

높은 서비스를 제공하도록 기여할 것이다. 나아가 이 매뉴얼을 기관차원에서 효과적으로 운영할 때의 모형과 매뉴얼에 대해서 개발함으로써 전국 청소년상담 관련 기관의 서비스 제고에 기여할 것이라는 점에서 의의가 있다.

마지막으로 근거기반 상담서비스 체계 도입에 대한 토대를 마련하였다는 점에서 의의가 있다. 상담클리닉 운영모형은 서비스를 제공하는 모든 단계와 절차가 표준화되어 있으며, 효과성을 측정할 수 있는 척도와 도구에 대한 가이드라인이 제시되어 있다. 따라서 상담클리닉을 운영하는 기관들은 동일한 단계와 절차로 서비스를 제공하고, 동일한 도구와 척도로 효과성을 측정하게 된다. 한국청소년상담복지개발원은 전국 400여개의 청소년상담복지센터와 학교밖청소년지원센터에 상담 프로그램을 지원하는 기관으로 상담클리닉 모형을 400여개 센터에 보급하고 효과성 측정을 위한 데이터를 축적할 수 있다. 이는 근거기반 프로그램이나 서비스의 필요성이 절실함에도 불구하고, 근거기반의 체계적 연구나 데이터베이스 구축이 부재하였다는 점에서 매우 의의가 있다. 상담클리닉 운영모형의 축적된 데이터는 향후 상담클리닉 운영의 효과성을 체계적으로 분석하는데 활용될 뿐만 아니라 지속적으로 운영모형이 변화하는데 기초자료로 활용될 수 있다.

본 연구의 제언을 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 상담클리닉 모형의 확대가 여전히 제한이 있다는 점이다. 상담클리닉 모형이 대학상담센터와 청소년 유관기관 전문가들의 의견을 반영하였지만 시범운영은 청소년상담복지센터를 중심으로 이루어져 확대하는데 한계가 있다. 실제 본 연구에서 대학상담센터를 시범운영기관으로 정하였지만 실제로 사례관리가 이루어지지 않았다. 따라서 향후 청소년상담복지센터 외 대학상담센터와 청소년 유관기관 등에 적용하여 운영모형을 개발할 필요가 있다.

둘째, 조기종결 사례에 대한 가이드라인이 개발되어야 한다. 자살 및 자해 사례의 조기종결이 발생하는 경우가 있다. 본 연구에서도 전학과 같은 외부 요인 외에 방학 후 시간관리 실패나 상담에 대한 거부감 등으로 4사례가 조기 종결되었다. 이 사례들의 경우, 상담 개입 초기에 모니터링이나 슈퍼비전을 받지 않은 사례로 분류되었다. 추가적으로 자살 및 자해 사례 중 조기 종결에 대한 세부적인 지침이 필요하며, 초기 슈퍼비전이나 모니터링을 통해 조기종결을 예방하도록 도울 필요가 있다.

셋째, 상담클리닉 운영모형이 지역별 특성을 고려하지 않았다는 점에서 실제 적용에 한계를 갖는다. 예를 들어 자살 위기 심각성이 높게 판단되어 청소년을 병원에 의뢰할 때 지역 연계 자원이 없어 어려움을 겪기도 한다. 이러한 지역 특성을 고려하여 연계기

관을 정리할 필요가 있다. 따라서 지역별 특성을 고려하여 운영모형의 세부적인 지침서가 개발되어야 한다.

마지막으로 상담클리닉 운영모형 효과성 검증과 관련하여 청소년 행동평가 척도 (ASEBA검사)의 외현화, 자존감, 정서지능에서 사전점수와 사후점수가 차이가 없었다는 점을 주목할 필요가 있다. 자살·자해 상담개입 매뉴얼이 중기와 후기단계에서 정서조절, 스트레스 대처, 자존감 향상에 대해 다룬다는 점에서 차이가 없다는 점은 다소 부정적이다. 다만, 시범운영 사례의 상당수가 10회기 이내 사례였다는 점에서 상대적으로 중기와 후기 단계에 포함된 세부적인 내용에 대한 개입이 다루어지지 않았을 가능성이 있다. 흥미로운 것은 10회기 이내에서 내재화, 자살·자해, 무망감 점수는 감소하였다는 것이다. 따라서 향후 연구에서 상담클리닉 모형의 개입단계에 따른 각 변인들의 변화와 상담 효과성을 살펴볼 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 강희양, 양경화 (2013). 청소년의 자살생각에 대한 경로분석: 우울과 자기개념을 중심으로. **상담학연구**, 14(1), 539-554.
- 고효진, 김대진, 이홍표 (2000). 청소년 자살위험성 예측척도의 타당화 연구. **신경정신의학**, 39(4).
- 교육부 (2017). **2017정서행동특성검사**.
- 국민일보, “청소년 자해는 ‘사회적 재난’ ..대책마련 시급“, 2018.09.20., <http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0012702378>.
- 권혁진. (2014). **비자살적 자해에 영향을 미치는 정서적·인지적 요인의 탐색**. 서울대학교 일반대학원 석사학위논문.
- 권호인, 김소라, 윤경선 (2014). **대학상담센터 자살예방체계 구축 및 위기개입 프로토콜 개발**. 전주대학교.
- 김미예, 김정미. (2013). 청소년 자살생각에 영향을 미치는 정신건강요인. **청소년학연구**, 20(12), 267-293.
- 김빛나, 김지혜 (2015). 근거기반 심리평가의 기본 개념과 국내 적용에 대한 논의: 공황장애와 우울장애의 예시와 함께. **한국심리학회지: 임상**, 34(3), 579-605.
- 김성재, 오상은, 은영, 손행미, 이명선, 공역 (2007). **질적 연구로서의 포커스 그룹**. 서울:군자출판사.
- 김수진, 김봉환 (2015). 청소년 내담자의 반복적 자해행동의 의미탐색: ‘고통으로 고통을 견디기’. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 27(2), 231-250.
- 김아리 (2018). **청소년 자살예방 프로그램에 관한 통합적 문헌고찰 : 국내문헌을 중심으로**. 한림대학교 일반대학원 석사학위논문.
- 김영선, 최윤정 (2016). 마음챙김 명상에 기초한 인지치료 (MBCT) 가 정서·행동 관심군 고등학생의 우울 및 자살생각 감소에 미치는 효과 및 상담 성과. **열린교육연구**, 24, 261-284.
- 김은하, 전소연, 김다예, 도민정 (2015). 대학상담자들의 자살예방과 자살위기개입 경험 질적 연구. **한국청소년연구**, 26(4), 177-206.

- 김인규, 조남정 (2006). 청소년 자살생각에 대한 구조모형 검증. **상담학연구**, 7(4), 1189-1202.
- 김창대, 김형수, 신을진, 이상희, 최한나 (2011). **상담 및 심리교육 프로그램 개발과 평가**. 서울: 학지사.
- 노혜련, 김형태, 이종익. (2005). 가출청소년의 자살생각과 행동에 영향을 미치는 심리사회적 변인에 관한 연구. **한국청소년연구**, 16(1), 5-33.
- 대구광역시서부교육지원청 (2014). **자살위기개입 매뉴얼**.
- 문용린 (1997). **한국학생들의 정서지능 측정 연구, 새로운 지능의 개념: 감성지능**. 삼성생명 사회정신건강연구소. 서울대학교 교육연구소
- 박현숙 (2008). 청소년을 위한 통합적 자살·폭력 예방 프로그램의 개발. **대한간호학회지**, 38(4), 513-521.
- 배주미, 양윤란, 김은영 (2009). **자살위기청소년 상담개입프로그램 개발**. 서울: 한국청소년상담원.
- 서미, 김은하, 이태영, 김지혜 (2018). **고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 : 자살·자해편**, 한국청소년상담복지개발원 연구보고서.
- 송인한, 권세원, 김현진. (2013). 청소년의 자살생각에 건강증진행동이 미치는 영향: 자기효능감의 매개효과 분석. **청소년학연구**, 20(9), 97-123.
- 신민섭, 박광배, 오경자, 김중술 (1990). 고등학생의 자살 성향에 관한 연구 : 우울·절망·자살간의 구조적 관계에 대한 분석. **한국심리학회지:건강**, 19(3), 313-325.
- 양영애 (2012). 청소년 자살 및 자해예방 집단 상담프로그램 운영사례. **명상심리상담**, 8, 187-232.
- 연합뉴스, “자해·자살 시도 응급실 내원 5명 중 1명꼴 20대” 2019.09.24., <https://www.yna.co.kr/view/AKR20190923151900017?section=search>
- 오승근 (2005). **청소년의 자살태도, 자살위험성 및 생명존중교육 참여 요구와의 관계**. 고려대학교 일반대학원 박사학위 논문
- 유재순, 손정우, 남민선 (2010). 자살 위험성이 높은 청소년을 대상으로 한 우울중재 및 자살예방 프로그램의 효과. **지역사회간호학회지**, 21(1), 71-81.
- 이귀숙, 김은영, 장은희 (2015). **청소년 자살예방 심화 프로그램 개발**. 한국청소년상담복지개발원 연구보고서.
- 이대식 (2009). 한국형 중재-반응 (RTI) 접근법의 조건. **특수교육학연구**, 44(2), 341-367.
- 이동귀, 함경애, 배병훈. (2016). 청소년 자해행동: 여중생의 자살적 자해와 비 (非) 자살적

- 자해. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 28(4), 1171-1192.
- 이동귀, 함경애, 정신영, 함용미. (2017). 자해행동 청소년을 위한 단기개입 프로그램 개발 및 효과. **재활심리연구**, 24(3), 409-428.
- 이동훈, 양미진, 김수리. (2010). 청소년 자해의 이해 및 특성에 대한 고찰. **청소년상담연구**, 18(1), 1-24.
- 이소연 (2014). 아동청소년을 위한 근거기반 치료와 근거기반 놀이치료. **한국놀이치료학회지**, 17(3), 261-281.
- 이영미 (2001). 근거중심의학의 교육학적 활용 사례. **연세대의학교육**, 3(1), 37-45.
- 이에다나, 손승현 (2010). 중재반응모형에서의 증거기반교수를 위한 읽기중재효과 메타분석. **학습장애연구**, 7(2), 119-143.
- 이훈진. 원호택 (1995). 자기개념과 편집증적 경향. **Psychological Science**, 4(2), 15-29
- 임민경, 이지혜, 이한나, 김태동, 최기홍 (2013). 근거기반실천과 심리치료. **한국심리학회지**, 32(1), 251-270.
- 전주대학교 (2014). **대학상담센터자살예방체계구축 및 위기개입프로토콜개발**. 전주대학교.
- 조한익, 차주연. (2013). 부모-자녀 의사소통과 청소년의 자살생각: 자아탄력성 및 사회적 지지의 조절효과를 중심으로. **청소년학연구**, 20(11), 129-149.
- 질병관리본부(2015). **제11차(2015년) 청소년건강행태온라인조사**. 교육부, 보건복지부, 질병관리본부, Available from: <http://yhs.cdc.go.kr>
- 최성희 (2013). 음성언어재활사의 음성평가와 음성치료의 임상실제: 표준 임상지침과 증거기반중재를 위한 설문조사. **Communication Sciences and Disorders**, 18(4), 473-485.
- 최현미, 이선화. (2014). 청소년 정신건강증진을 위한 이야기치료 프로그램의 효과. **예술심리치료연구**, 10, 311-335.
- 통계청·여성가족부(2019). **2019 청소년통계**. 서울: 통계청.
- 통계청·여성가족부(2018). **2018 청소년통계**. 서울: 통계청.
- 한겨레, “ ‘자해계’ 운영하는 ‘자해러’ 아시나요?” 2018.11.09., http://h21.hani.co.kr/arti/cover/cover_general/46167.html.
- 한국청소년정책연구원(2015). **한국아동청소년인권실태조사**. 한국청소년정책연구원.
- 함경애, 천성문 (2014). 청소년의 자살행동 개입 프로그램 개발 및 효과. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 26(3), 573-598.
- American Psychological Association. (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on evidence-based practice*. Washington, DC: APA

- American Psychological Association. (2013). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Retrieved March, 25, 2014, from <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- American Psychological Association Division 12. (2012). Website on Research-Supported Psychological Treatments. Retrieved from <http://www.psychologicaltreatments.org>.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61 (4), 271-285.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wangner, K. D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M., & Brent, D. A., (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). Web-based injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [Online interactive database]. <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html> 2016. 7, 4.
- Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 113-120.
- Eddy, D. M. (1990). Practice policies: where do they come from? *Journal of the American Medical Association*, 263 (9), 1265-1275.
- Editorial. (2012). Therapy deficit: Studies to enhance psychological treatments are scandalously undersupported. *Nature*, 489, 473-474.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. JHU Press.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(5), 259-268.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24(1), 22-30.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric*

Services, 44(2), 134-140.

- Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 1-29.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 25-29.
- Gray, J. A. M. (2001). *Evidence-based health care: how to make health policy and management decisions* (2nd ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Heath, N., Toste, J., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 137-156.
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375.
- Johnson, M. A., and Austin, M. J. (2006). Evidence-based practice in the social services: Implications for organizational change. *Administration in Social Work*, 30(3):75-104.
- Kahan, J., & Pattison, E. M. (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: The Deliberate Self-Harm syndrome (DSH). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14(1), 17-35.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American psychologist*, 63(3), 146.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Jama*, 293(20), 2487-2495.
- Kienhorst, C. W. M., De Wilde, E. J., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. G. (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(3), 222-228.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045-1056.

- Krueger R. A., & Casey M. A. (2000) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research, 3rd ed*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Macdonald, G. (1999). Evidence-based social care: wheels off the runway? *Public Money & Management, 19* (1), 25-32.
- Martinson, D. (2002). What self-injury is, Retrieved January 16, 2015, from <http://buslist.org/ijuury.html>.
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidencebased psychological treatments: a review of current efforts. *American Psychologist, 65*(2), 73-84.
- Morgan, D. L. (1997). *The focus group guidebook* (Vol. 1). Sage publications.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 324-333.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 6*(1), 10.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(1), 12-23.
- Muehlenkamp, J. J., Walsh, B. W., & McDade, M. (2010). Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(3), 306-314.
- Mullen, E. J. & Streiner D. L. (2004). The evidence for and against evidence-based practice, *Brief Treatment and crisis intervention, 4*(2), 111-121.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science, 18*(2), 78-83.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology, 6*, 339-363.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson N. A., Zaslavsky, A. M., et al. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents. *JAMA Psychiatry, 70*(3), 300-310.
- Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation

- to suicide attempts. *Psychiatry research*, *144*(1), 65-72.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, *72*(5), 885.
- OECD. (2016). OECD Health Statistics 2016.
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American journal of psychiatry*. *140*(7), 867-872.
- Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., & Miller, A. L. (2011). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for children: Towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours *Child and adolescent mental health*, *16*(2), 116-121.
- Robert, M. C., & Hurley, L. K. (1997). *Managing Manage Care*. New York: Plenum.
- Roberts, M. C., & James, R. L. (2008). Empirically supported treatments and evidence-based practice for children and adolescents. In R. G. Steele, T. D. Elkin, & M. C., Roberts(Eds.), *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents: Bridging Science and Practice* (pp. 9-24). New York: Springer.
- Ross, S., & Lee Heath, N. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 277-287.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlledtrial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(12), 1304-1313.
- Shapiro, L. E. (2008). *Stopping the pain: A workbook for teens who cut & self-injure*. New Harbinger Publications.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors. Self-injurious behaviors, assessment, and treatment, 1-28.
- Trinder, L. (2000). Evidence based practice in social work and probation. In L. Trinder & S. Reynolds(Eds.), *Evidence-based practice: a critical appraisal*(pp. 1-16). Ames, IA: Blackwell Science.
- Tsai, M. H., Chen, Y. H., Chen, C. D., Hsiao, C. Y., & Chien, C. H. (2011). Deliberate self-harm by Taiwanese adolescents. *Acta Paediatrica*, *100*(11), e223-e226.
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship—And its relationship to the common and specific factors of

- psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 4(4), 601-623.
- Wan, Y. H., Hu, C. L., Hao, J. H., Sun, Y., & Tao, F. B. (2011). Deliberate self-harm behaviors in Chinese adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 517.
- Western, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(7), 634-640.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American journal of psychiatry*, 168(5), 495-501.

부 록

1. 자살·자해 상담개입 매뉴얼
2. 한국청소년상담복지개발원 상담클리닉 운영모형
3. 자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 모형
4. 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형 개발을 위한 FGI 질문지
5. 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형의 효과성 검증(사전/사후 조사지)
6. 전문가 심층면접 질문내용
7. 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형 사례요약서

자살·자해 상담개입 매뉴얼

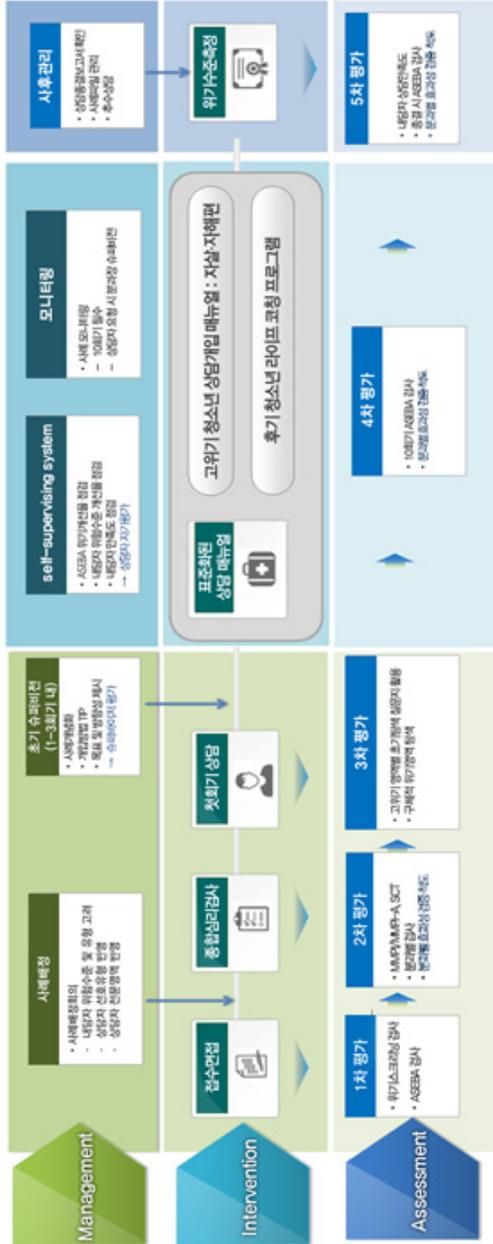
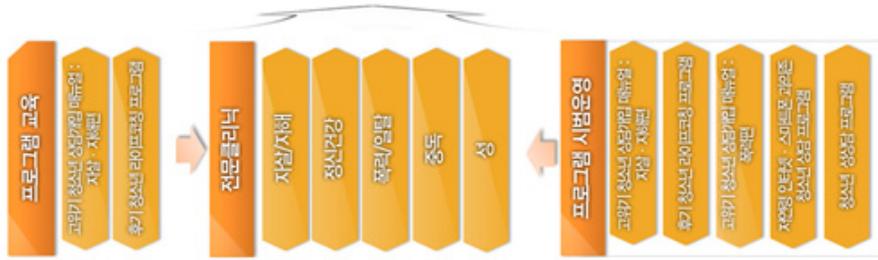
○ 자살·자해 상담개입 매뉴얼 개발(2019년 수정)

단계	회기	목표	구성요소	프로그램 세부내용	
				자살	자해
초기 관리	1-3 회기	- 자살 및 자해 안전성 확보 - 신뢰감 형성	위험 수준 판단	- 비자살적 자해 및 자살적 자해 평가 - 위기(고·중·저)평가 - 기관연계(병원, 경찰, 심터 등) 여부 결정 - 과거 심리치료 경험 및 진단명 파악 - 현재 기능수준 체크리스트	
			문제 탐색	- 주호소 문제 - 자살 관련 경험 탐색 - 자살사고 및 충동, 행동 탐색 - 생활사건(가족, 학교생활, 교사 및 또래관계, 소중한 사람의 죽음 등) 탐색	- 주호소 문제 - 자해 관련 경험 탐색 - 자해 행동 및 동기 탐색 - 생활사건(가족, 학교생활, 교사 및 또래관계, 소중한 사람의 죽음 등) 탐색
			보호 요인 탐색	- 죽지 않을 이유 : 타인에게 도움되는 느낌, 종교, 삶의 목표, 친구관계 등 - 내담자 강점 탐색	- 감정조절 및 스트레스 대처 방법 탐색 - 내담자 강점 탐색
			안전 확보	- 자살방지 서약 - 지지체계 구축 (가족, 친구 등 연계) - 위험 물건 없애는 등 주변 환경 안전성 확보 - 안전계획 수립	- 자해 멈출 준비 점검 - 지지체계 구축 (가족, 친구 등 연계) - 위험 물건 없애는 등 주변 환경 안전성 확보 - 안전계획 수립
			상담 구조화	- 상담회수 - 비밀보장의 범위 - 상담기대 및 욕구(상담자 및 내담자 역할 구조화) - 동기파악이 잘 되지 않는 내담자, 무기력한 내담자 다루기 - 녹음에 대한 동의 안내 - 약물 치료 병행 시 상담 구조화 안내 - 내담자 및 보호자 상담 및 비밀보장 동의 - 라포 형성	

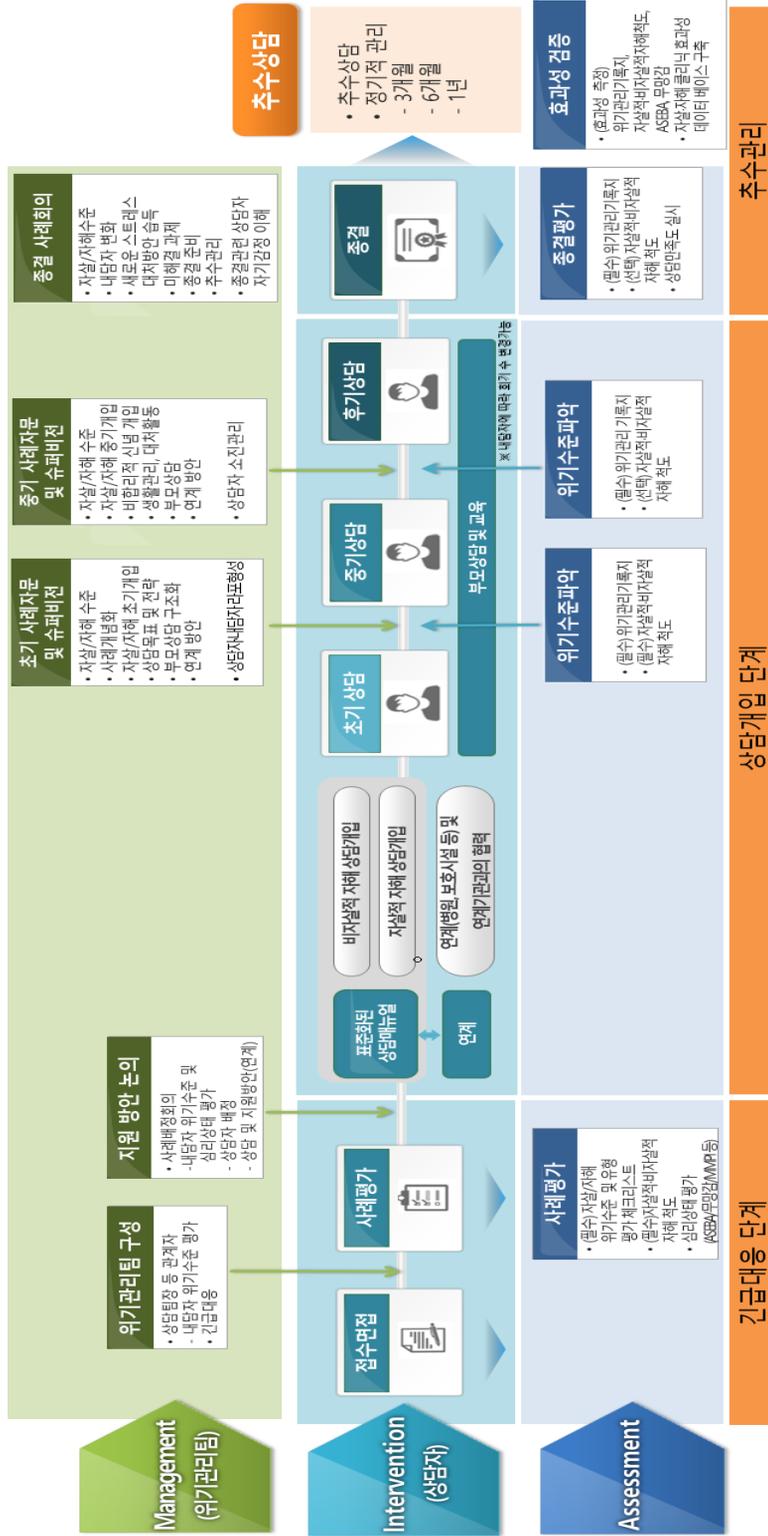
단계	회기	목표	구성요소	프로그램 세부내용	
				자살	자해
중기 관리	4-7 회기	- 스트레스 대처 및 문제해결 능력 증진 - 협력적 관계 수립	위험 평가 및 개입	- 자살 위험 지속성 평가 - 약물치료 점검: 약물치료 여부, 약물 복용 체크 - 자살 사고 및 행동 파악 - 삶의 목적 및 의미 찾기	- 자해 위험 지속성 평가 - 자해 동기, 목적 탐색 및 이해 - 자해 후 느낌 파악 및 이해 - 자해 멈추기 목표 및 전략 세우기
			스트레스 관리	- 내담자의 환경과 생활스트레스 확인 - 구체적인 스트레스 요인 확인 - 생활스트레스가 내담자의 자살사고에 미치는 영향 파악	- 내담자의 환경과 생활스트레스 확인 - 구체적인 스트레스 요인 확인 - 생활스트레스가 내담자의 자해행동에 미치는 영향 파악
			감정인식 및 변화	- 감정 명명하기 - 자살과 관련 감정 이해 - 자살 관련 부정적 정서, 생각 점검 - 우울, 무망감, 불안 등 부정적 정서 다루기 - 자살 시도 이후 정서 다루기 - 자기 돌봄을 통해 부정적인 정서 환기	- 감정 명명하기 - 자해와 관련된 감정 이해 - 자해 관련 부정적 정서, 생각 점검 - 분노, 불안 등 부정적 감정 다루기 - 자해 이후 정서 다루기 - 자기 돌봄을 통해 부정적인 정서 환기
			비합리적 신념 및 행동 변화	- 자살사고 관련 비합리적 사고 탐색 - 자살사고 관련 인지적 오류 탐색 - 자살 관련 비합리적 사고 변화 - 긍정적인 행동 강화	- 자해 관련 비합리적 사고 탐색 - 자해 관련 사고의 인지적 오류 탐색 - 자해 관련 비합리적 사고 변화 - 긍정적인 행동 강화
			기관연계 및 자원 활용	- 지지체계(친구, 가족 등) 구축 및 활용 - 기관 연계	
후기 관리	8-10 회기	긍정적 자기개념	생활계획 및 관리	- 위험수준 재점검 - 나의 생활습관 분석하기 - 건강한 생활습관 만들기	
			스트레스 대처방법	- 효과적인 스트레스 대처방법 이해 - 새로운 문제해결 방법 배우기	
			회복 탄력성	- 강점 및 탄력성 찾기 - 삶의 의미 및 목표 설정	

단계	회기	목표	구성요소	프로그램 세부내용	
				자살	자해
			종결 다루기 추수 상담	<ul style="list-style-type: none"> - 종결 시점 정하기 - 위험수준 재점검 - 추수관리 - 종결 후 기관연계 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>6개월에서 1년까지 관리</u> - <u>추수상담 안내</u>
부모 상담		협력적 관계 수립	부모 상담	<ul style="list-style-type: none"> - 부모상담 구조화(비밀보장, 부모의 상담에 대한 기대 다루기) - 부모 무관심 및 방관적 태도 상담전략 - 구체적인 사례를 통해 자해에 대한 부모 대처방법 교육 - 부모에게 알려야 하는 고위험에 대한 기준 제시 - 자살·자해에 대해 부모에게 알리는 방법 - 부모-자녀 간 새로운 관계 형성을 위한 상담전략 	
상담자 태도 및 소진 예방		신뢰감 형성	상담자 태도	<ul style="list-style-type: none"> - 자살에 대한 경청 및 공감 - 자살사고 및 경험에 대한 무비판적 경청 - 자살사고 및 행동의 원인에 대한 공감 - 상담기록 - 상담자-내담자 관계 점검(진솔성, 역전이 등) - 주 양육자에게 알리는 방법, 전달 내용의 범위, 주요 타자와 협력하는 방법 	
		상담자 자기 점검	상담자 소진 예방	<ul style="list-style-type: none"> - 상담자의 자해 및 자살청소년 상담 시 불안 및 부담감 점검 - 상담자의 불안한 반응(비판 및 충고, 위로 등 부정적 반응) 점검 - 상담자 소진 점검(부담감, 무기력 등) - 상담자 지지자원 확보(동료, 슈퍼바이저, 자문위원 등) - 개입의 성과 및 효과성 점검 상담기록 - 종결 관련 자기 감정 이해 	

한국청소년상담복지개발원 상담클리닉 운영모형



자살·자해 위기 청소년 상담클리닉 모형



3. 자살·자해 상담개입 매뉴얼

- 3-1. 자살·자해 청소년 상담개입 매뉴얼의 좋은 점, 보완되어야 할 점은 무엇일까요?
- 3-2. 초기, 중기, 후기 3단계에서 각각 필수적인 상담개입은 어떤 것이 있을까요?
- 3-3. 본 매뉴얼을 귀 기관에 적용할 때 고려해야 할 점은 어떤 것이 있을까요?

4. EBP 기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형

- 4-1. 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형이 필요성에 대해 어떻게 생각하나요?
- 4-2. 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형에 포함되어야 하는 요소들은 어떤 것들이 있나요?
- 4-3. 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형 운영 시 기대되는 효과는 어떤 것이 있나요?
- 4-4. 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형 운영 시 어려운 점은 어떤 것이 있을까요?

[마무리 질문]

- 5. 추가로 하고 싶은 말씀이 있으시다면?

자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형의 효과 검증
(사전/사후 조사지)

안녕하세요, 청소년 여러분!

한국청소년상담복지개발원은 여성가족부 산하 공공기관으로, 청소년의 조화로운 성장을 돕기 위해 청소년상담복지와 관련된 연구, 교육 및 상담을 실시하고 있습니다.

이 설문지는 청소년의 자살·자해 상담개입 매뉴얼 개발을 위한 기초자료개발을 위한 질문으로 구성되어 있습니다. 여러분들은 각 문항을 읽고 해당하는 곳에 솔직하게 응답해 주시면 됩니다.

이 조사는 익명으로 진행되므로 여러분의 이름은 적을 필요가 없습니다. 따라서 여러분이 응답한 내용은 철저히 비밀이 보장되며, 전체응답은 한꺼번에 통계처리 될 것입니다. 조사결과는 학교나 보호자에게 알려지지 않으며, 오직 연구 목적으로만 사용될 것임을 약속드립니다.

여러분들이 응답해주시는 내용은 향후 청소년을 위한 제도나 지원을 마련하는데 소중한 기초자료로 활용될 것입니다. 힘들더라도 한 문장도 빠뜨리지 말고 성실하게 응답해주시기 바랍니다.

소중한 시간을 내어 설문조사에 참여해주셔서 진심으로 감사드립니다.

한국청소년상담복지개발원 상담연구부 드림

행 동 내 용	행 동 빈도						
	전혀 없음	1회	2회	3회	4회	5회	6회 이상
9. 피가 날 때까지 신체 특정부위를 꼬집었다.	0	1	2	3	4	5	6
10. 상처가 날 정도로 피부를 긁었다.	0	1	2	3	4	5	6
11. 살갓을 벗겼다.	0	1	2	3	4	5	6
12. 기타 _____	0	1	2	3	4	5	6

※ 위 문항에서 모두 '전혀없음(0)'에 표시한 경우, 바로 9번 문항으로 넘어가세요.

2. 위와 같은 행동을 한 적이 1년 이내입니까? 만약 1년 이내가 아니라면, 가장 마지막에 위와 같은 행동을 한 시점을 괄호 안에 기입해주세요.

① 예 () ② 아니오(년 전)

3. 위에 열거된 행동들을 하기 전에, 그 행동을 하는 것에 대해 얼마동안 생각하였나요?

- ① 생각하지 않았다. ()
- ② 몇 분 동안 ()
- ③ 한시간 미만 ()
- ④ 한시간 이상 24시간 미만 ()
- ⑤ 하루 이상 일주일 미만 ()
- ⑥ 일주일 이상 ()

4. 술을 마시거나 약물을 복용하던 중 위와 같은 행동을 하였나요?

① 예 () ② 아니오 ()

5. 의도적으로 그러한 행동을 하는 동안 고통을 경험했나요?

- ① 심한 고통 ()
- ② 중간정도 고통 ()
- ③ 약한 고통 ()
- ④ 고통없음 ()

6. 위와 같이 처음 의도적으로 자신의 신체를 훼손하였을 때는 몇 살이었나요?

만 () 세

7. 아래의 표에 제시된 이유들이 앞서 언급한 행동을 하는 것에 이유가 된 적이 있나요?
각 문항에 대하여 자신의 경험 또는 생각과 일치하는 곳에 V표를 하세요.

이유	빈도			
	전혀 없음	드물게	가끔씩	자주
1. 학교, 일 또는 다른 어떤 활동을 회피하기 위해	0	1	2	3
2. 마비감 또는 공허함을 완화 시키기 위해	0	1	2	3
3. 주의를 끌기 위해	0	1	2	3
4. 고통스럽더라도 무엇인가를 느끼기 위해	0	1	2	3
5. 하기 싫은 불쾌한 어떤 일을 하는 것을 회피하기 위해	0	1	2	3
6. 사회적 상황 또는 대인관계를 통제하기 위해	0	1	2	3
7. 부정적인 반응이라 하더라도 누군가로부터 반응을 이끌어내기 위해	0	1	2	3
8. 부모님 또는 친구들과로부터 더 많은 관심을 얻기 위해	0	1	2	3
9. 사람들과 함께 있는 것을 피하기 위해	0	1	2	3
10. 스스로를 처벌하기 위해	0	1	2	3
11. 다른 사람들을 변화시키거나 다르게 행동하도록 하기 위해	0	1	2	3
12. 존경하는 누군가처럼 되기 위해	0	1	2	3
13. 처벌받거나 대가를 치르는 것을 피하기 위해	0	1	2	3
14. 나쁜 기분들을 멈추기 위해	0	1	2	3
15. 다른 사람들로 하여금 당신이 얼마나 절박한지 알게 하기 위해	0	1	2	3
16. 단체의 구성원이라는 기분을 더 느끼기 위해	0	1	2	3
17. 부모가 당신을 더 이해하게 하거나 주목하게 만들기 위해	0	1	2	3
18. 혼자 있을 때 어떤 자극을 추구하기 위해	0	1	2	3
19. 다른 사람과 함께 있을 때 어떤 자극의 추구를 위해	0	1	2	3
20. 도움을 얻기 위해	0	1	2	3
21. 다른 사람을 화나게 하기 위해	0	1	2	3
22. 편안함을 느끼기 위해	0	1	2	3
23. 기타	0	1	2	3

8. 의도적으로 자신의 신체를 훼손하는 행동들을 할 때, 죽으려는 의도가 있었나요?

- ① 예 () ② 아니오 ()

※ 위 문항에서 '㉔ 아니오'에 표시한 경우, 바로 10번 문항으로 넘어가세요.

9. 각 문항에 대하여 자신의 경험 또는 생각과 일치하는 곳에 V표를 하세요.

질문	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	대부분 그렇다
1. 나는 흥분하면 물건을 집어 던진다.	0	1	2	3
2. 내가 할 수 있는 일들이 많이 있다.	0	1	2	3
3. 주위 사람들을 벌주거나 혼내주고 싶을 때면 자살을 생각한다.	0	1	2	3
4. 나는 다른 사람들에게 적대감을 느낀다.	0	1	2	3
5. 나는 사람들로 부터 소외감을 느낀다.	0	1	2	3
6. 나는 나의 미래를 위해 노력하고 있다.	0	1	2	3
7. 내가 할 수 있는 일들이 별로 없는 것 같다.	0	1	2	3
8. 다른 사람들이 나에게 적대적인 것 같다.	0	1	2	3
9. 내가 죽어도 아무도 나를 보고 싶어 하지 않을 것이다.	0	1	2	3
10. 내가 하는 일이 그런대로 잘 되는 편이다.	0	1	2	3
11. 계속 살아갈 만큼 세상이 가치가 없다고 느껴진다.	0	1	2	3
12. 나는 되는 일이 없다.	0	1	2	3
13. 내가 죽으면 사람들이 더 잘 살 거라고 느껴진다.	0	1	2	3
14. 이런 식으로 사는 것보다는 죽는게 덜 고통스러울 것이라고 느껴진다.	0	1	2	3
15. 나는 어머니와 가까운 사이였고 지금도 그렇다.	0	1	2	3
16. 일이 잘 되어 가리라는 희망이 거의 없다.	0	1	2	3
17. 다른 사람들이 내가 한 일이나 나를 인정하지 않는다고 느껴진다.	0	1	2	3
18. 어떻게 자살할지 생각해 본적이 있다.	0	1	2	3
19. 돈 걱정을 많이 한다.	0	1	2	3
20. 무슨 일이 잘해 나갈 수 있다.	0	1	2	3
21. 피곤하고 기운이 없다.	0	1	2	3
22. 나는 화가 나면 물건을 부순다.	0	1	2	3
23. 나는 아버지와 관계가 좋았으며 지금도 그렇다.	0	1	2	3
24. 나는 쓸모 있는 사람이 될 것이다.	0	1	2	3

질문	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	대부분 그렇다
25. 사람들이 내 속마음을 잘 이해해준다.	0	1	2	3
26. 다시 시작한다면 지금처럼 살지는 않을 것이다.	0	1	2	3
27. 나는 재수가 좋은 편이다.	0	1	2	3
28. 내가 좋아하는 일을 찾고 그것을 계속해 나가는 데 어려움이 많다.	0	1	2	3
29. 감당해야 할 일이 너무 많다.	0	1	2	3
30. 자살하고 싶은 생각이 든다.	0	1	2	3
31. 내 주변 사람들을 대체로 나를 좋아한다.	0	1	2	3

10. 각 문항에 대하여 자신의 경험 또는 생각과 일치하는 곳에 V표를 하세요.

질문	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	대부분 그렇다
1. 나는 내가 다른 사람들처럼 가치 있는 사람이라고 생각한다.	0	1	2	3
2. 나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다.	0	1	2	3
3. 나는 대체적으로 실패한 사람이라는 느낌이 든다.	0	1	2	3
4. 나는 대부분의 다른 사람들과 같이 일을 잘 할 수가 있다.	0	1	2	3
5. 나는 자랑할 것이 별로 없다.	0	1	2	3
6. 나는 내 자신에 대하여 긍정적인 태도를 가지고 있다.	0	1	2	3
7. 나는 내 자신에 대하여 대체로 만족한다.	0	1	2	3
8. 나는 내 자신을 좀 더 존경할 수 있으면 좋겠다.	0	1	2	3
9. 나는 가끔 내 자신이 쓸모없는 사람이라는 느낌이 든다.	0	1	2	3
10. 나는 때때로 내가 좋지 않은 사람이라고 생각한다.	0	1	2	3

11. 만약 각 문항이 오늘을 포함하여 지난 한 주 동안 자신의 태도를 잘 설명 한다면, 각 문항 옆에 '예'에, 그렇지 않은 문항에서는 '아니오'에 표시해 주시기 바랍니다.

질문	예	아니오
1. 미래에 대해 희망과 열정을 가지고 기대하고 있다.	1	2
2. 내 상황을 개선할 수 없기 때문에 포기하는 것이 나을 것 같다.	1	2
3. 일이 잘 풀리지 않으면, 항상 이렇게 상황이 나빠지는 않을 것이라고 생각하고 힘을 얻는다.	1	2
4. 10년 후에 내 인생이 어떻게 될지 상상이 되지 않는다.	1	2
5. 내가 원하는 것을 이루기 위한 시간이 충분하다.	1	2
6. 미래에 내가 가장 중요하게 생각하는 일에서 성공할 것으로 기대한다.	1	2
7. 나의 앞날은 어두워 보인다.	1	2
8. 유난히 운이 좋아서, 보통 사람보다 인생에서 좋은 것들을 많이 얻을 수 있을 것이다.	1	2
9. 그다지 운이 좋았던 적도 없고, 앞으로도 그럴 것이다.	1	2
10. 지난날 과거 경험들 덕분에 미래를 잘 준비할 수 있을 것이다.	1	2
11. 나의 앞날은 즐거운 일보다는 고통스러운 일이 가득할 것이다.	1	2
12. 내가 정말 원하는 것을 얻게 되리라 기대하지 않는다.	1	2
13. 앞날을 생각하면, 지금보다 더 행복할 것이라고 예상한다.	1	2
14. 여러 가지 일들이 내가 원하는 대로 이루어지지 않을 것이다.	1	2
15. 나는 앞날에 대해 확신을 가지고 있다.	1	2
16. 내가 원하는 것을 절대로 얻을 수 없기에, 무엇을 바라는 것은 바보 같은 짓이다.	1	2
17. 미래에 진정한 만족을 얻을 것이라고 기대하는 것은 매우 비현실적이다.	1	2
18. 나의 미래는 매우 모호하고 불확실해 보인다.	1	2
19. 앞으로 어려운 때 보다는 좋은 때가 더 많기를 기대하고 있다.	1	2
20. 아무리 노력해도 내가 원하는 것을 얻지는 못할 테니, 노력해봐야 소용이 없다.	1	2

12. 각 문항에 대하여 자신과 더 가깝다고 생각하는 곳에 V표를 하세요.

질문	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	가끔 그렇다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 나는 내가 느끼는 감정이나 기분을 잘 조절하는 편이다.	0	1	2	3	4
2. 나는 누군가에게 화가 나면 그 일이 잊혀지지 않고 계속해서 떠오르곤 한다.	0	1	2	3	4
3. 나는 화가 나는 일이 있으면 반드시 그대로 표현하는 편이다.	0	1	2	3	4
4. 나는 불쾌한 기분이 들면 어쩔 줄 몰라 하는 경우가 있다.	0	1	2	3	4
5. 나는 아무리 친한 친구라 해도 다투면 화가 풀리지 않는다.	0	1	2	3	4
6. 나는 기분 나쁜 일이 생기면 다른 일에 방해되지 않도록 잊으려고 노력한다.	0	1	2	3	4
7. 나는 우울하거나 슬퍼서 아무것도 못한 적이 있다.	0	1	2	3	4
8. 나는 내 일이 마음대로 되지 않으면 짜증을 잘 내는 편이다.	0	1	2	3	4

감사합니다

★ 빠진 문항이 없는지 다시 한 번 확인해주세요 ★

FGI 질문지

1. EBP 기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형

- 1) 운영 모형 체계에 대해 전반적으로 어떻게 생각하십니까?
- 2) 매니지먼트, 개입, 평가단계로 기능을 나눈 것이 적절하다고 생각하십니까?
- 3) 긴급대응 단계, 상담개입 단계, 추수관리로 구분되는 것이 적절하다고 생각하십니까?

2. 위기관리팀 운영

- 1) 위기관리팀의 역할에 대해서 어떻게 생각하십니까?
추가하거나 삭제해야 하는 역할이 있을까요?
- 2) 해당기관에서 위기관리팀을 구성한다면 어떻게 구성되어야 하나요?
구성되어야 한다면 언제 구성되어야 할까요?
상시로 운영한다면 어떻게 운영되어야 할까요?
- 3) 위기관리팀을 운영할 때 필요한 것은?

3. 상담 개입

- 1) 상담자의 역할에 대해서 어떻게 생각하십니까?
추가하거나 삭제해야 하는 역할이 있을까요?
- 2) 상담사례를 진행할 때 어떠했나요?
긴급대응 단계, 상담개입 단계, 추수관리는 적절한가요?
- 3) 상담자가 표준화상담 개입 매뉴얼로 상담할 때 도움이 된 점은?
상담할 때 어려운 점은? 상담개입 매뉴얼 중에 필요한 점은?
- 4) 모니터링 및 슈퍼비전을 받을 때 어떤 점이 도움이 되었나요?
어떤 점이 보강되면 좋을 것 같나요?

4. 평가

- 1) 평가는 적절한가요? 필수적으로 이루어져야 하는 평가단계가 있나요?
- 2) 필수적인 평가 척도를 고른다면?
- 3) 추가하거나 삭제해야 할 평가 척도가 있다면?

자살·자해 청소년 상담클리닉 운영모형 사례요약서

◆ 사례1(여, 18세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	<input type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살사고							
의뢰경위	상담자 의뢰							
주 호소문제	가족갈등으로 인한 우울감 호소							
ASEBA 사전 사후검사	검사 사전	문제행동총점 55	내재화 60	외현화 48				
	사후	60	60	52				
위기관리 기록	실시x							
회기별 주요내용	1회	주호소문제 탐색. 자살사고, 계획에 대한 심층면접 진행. 자살방지서약서 작성						
	2회	가족 내 갈등으로 인한 절망감 호소						
	3회	가족 내 갈등 회복으로 인한 정서적인 안정감						
	4회	자살사고 탐색. 미래에 대한 희망감 다룸						
	5회	자살사고 재발현. 가족 내에서 불편감 호소						
	6회	자살관련 실마리 찾기. 우울과 불안감의 원인 탐색						
	7회	가족 내 관계 회복 시도						
	8회	지역사회 지원으로 인해 불안감 및 자살사고 감소(생계지원 등)						
	9회	가족 내 갈등 재등장. 갈등상황에 대한 대처행동 시도						
	10회	갈등상황에 대한 대처행동 시도 및 그에따른 감정 탐색						
	11회	지역사회 지원으로 인해 불안감 감소. 가족 구성원에 대한 감정탐색						
	12회	자살관련 사고 감소. 향후 진학 준비로 인한 불안감 호소						
	13회	종결 및 추수상담 계획						
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1차	언어적 표현과 비언어적 표현이 불일치한 내담자에 대한 개입방법에 대해 도움 받음						
	2차	자살사고의 증가·감소가 반복되는 부분, 내담자에게 정서적으로 깊이있게 접촉할 수 있는 방법에 대해 도움 받음						
소감	<ul style="list-style-type: none"> ● 자살사고와 관련된 평가점수 및 행동은 감소됨. 종결시점에서 내담자는 미래에 대한 생각이 많아지면서 불안이 높아짐. 추수상담 진행중 ● 자살사고와 구체적인 계획이 있는 내담자에게 많은 서류의 제시는 감정의 흐름에 많이 방해가 됨을 느꼈으며, 추후 서류를 받을 때도 조금 어려운 면이 있음. 							

◆ 사례2(여, 15세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살사고							
의뢰경위	학교 의뢰							
주 호소문제	또래관계 갈등을 호소							
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점	내재화	외현화				
	사전	55	61	50				
	사후	57	61	50				
위기관리 기록		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도
	-	실시x						
회기별 주요내용	1회	자해에 대한 원인 및 감정 탐색						
	2회	자해의 빈도, 자해 전 스트레스 사건, 감정에 대한 탐색						
	3회	자해의 원인으로 대인관계 문제를 호소함						
	4회	대인관계 문제 및 학교생활에 대한 어려움 호소						
	5회	학교생활에 대한 어려움 호소. 특히 친구관계 어려움 호소						
	6회	학교생활에서 벗어나고 싶어함						
	7회	자해에 취약한 환경적 특성에 대해 탐색함(학교생활)						
	8회	자해도구가 없어지면서 자연스럽게 자해증상이 감소됨						
		...						
12회	상담 종결							
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	실시하지 않음							
소감								

◆ 사례3(여, 18세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살사고							
의뢰경위	내담자 신청							
주 호소문제	우울, 무의욕 호소							
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점	내재화		외현화			
	사전	86	81		69			
	사후	76	69		86			
위기관리 기록		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도
	-	실시x						
회기별 주요내용	1회	우울감 및 자해문제 호소						
	2회	자해의 원인 및 자해로 인한 부정적 경험 탐색						
	3회	자해 상처가 회복되기를 희망함						
	4회	자해의 원인이 되는 사건 탐색 및 미래에 대한 생각 탐색						
	5회	대인관계 갈등. 자해 욕구가 들었으나, 행동으로 옮기지 않음						
	6회	가족 구성원간의 갈등. 자해 욕구가 들었으나, 행동으로 옮기지 않음						
	...							
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	실시하지 않음							
소감								

◆ 사례4(여, 21세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	■ 비자살적 자해 ■ 자살적 자해 ■ 자살사고							
의뢰경위	내담자 직접 신청							
주 호소 문제	이성관계 및 사회생활에서 어려움 호소. 우울 및 불안감 호소							
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점	내재화	외현화				
	사전	91	96	89				
	사후	92	94	90				
위기관리 기록	스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도	
	-	실시x						
회기별 주요내용	1회	과거 자해 행동 및 자살사고 탐색						
	2회	종합심리검사 실시. 자살사고 원인 탐색						
	3회	스트레스 사건 탐색(가족갈등). 자살의사 없음						
	4회	일상생활 탐색, 자살의사 없음						
	5회	스트레스 사건 탐색(이성관계)						
	6회	과거의 스트레스 사건 탐색(학교생활 등)						
	7회	스트레스 사건 탐색(이성관계). 분노감정 다루기						
	8회	스트레스 사건 탐색(이성관계). 분노감정 다루기						
	9회	스트레스 사건 이후 내담자의 대처방안 탐색						
	10회	스트레스 사건 이후 내담자의 대처방안 탐색 및 새로운 대처방안 모색						
	11회	새로운 대처방안에 대한 제안						
	12회	기존 내담자의 대처방안을 지속함						
	13회	기존 내담자의 대처방안을 지속하고 그에 따른 부정적인 감정 호소						
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1회	자살·자해 상담시 정확한 구조화, 부모상담의 필요성에 대해 슈퍼비전 받음. 도움을 받고 싶어하는 내담자였으나, 기존의 대처방식을 그대로 행하는 모습을 인지시킬 것을 도움받음						
소감								

◆ 사례5(여, 18세)

항목		사례							
자살 및 자해유형	<input type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살사고								
의뢰경위	상담자 의뢰								
주 호소 문제	우울감 및 본인에 대한 통제불능을 호소함(자살충동)								
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점	내재화		외현화				
	사전	68	67		64				
	사후	58	53		64				
위기관리 기록		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도	
	1회	4	4	4	○	X	X	X	
	2회	2	1	1	X	X	X	X	
회기별 주요내용	1회	주 호소문제 탐색, 자살충동 발생 수준 확인, 자살 및 자해 검사							
	2회	자살충동 및 자해행동 여부 체크.							
	3회	자살충동 없음. 되고 싶은 직업에 대해 표현함							
	4회	자살충동 및 자해행동 없음. 과거 자해 행동의 원인 탐색							
	5회	자살충동 및 자해행동 없음. 긍정적 자원 발견(친구관계)							
	6회	현재 자신의 모습에 대한 불만족. 미래에 대한 고민							
	7회	미래에 대한 고민을 호소함(진학 등)							
	8회	관계 속에서 외로운 감정에 대해 호소함							
	9회	관계 속에서 느껴지는 열등감에 대해 다룸							
	10회	관계 속에서 느껴지는 열등감에 대해 다루며, 열등감의 원인 탐색							
	11회	본인의 힘듦을 공감받지 못하는 상황에 대해 불만감							
	12회	과거 스트레스 사건에 대한 탐색(가족관계)							
	13회	가족구성원에 대한 탐색							
	14회	자신이 잘하는 것에 대한 탐색							
	15회	또래관계에 대해 탐색 필요. 사후검사 실시 및 종결							
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1회	자살위기는 중. 친구관계가 개선되며 자살충동이 줄어들음. 관계가 매우 중요한 내담자임을 지각하게 되었으며, 부모상담의 필요성에 대해 도움받음							
소감	자살 이슈로 찾아온 위급한 상황의 내담자에게 첫 상담부터 필수로 사전검사를 시행해야 하는 것이 다소 부담스러웠고, 매뉴얼 내 주어진 시트지들이 워낙 방대해, 단기상담 세팅에서는 모두 활용하기가 사실상 불가능한터라 상담하는 입장에서 효율적인 취사선택에 대한 고민이 많았음.								

◆ 사례6(여, 17세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	■ 비자살적 자해 ■ 자살적 자해 ■ 자살사고							
의뢰경위	학교 의뢰							
주 호소 문제	친구관계 어려움 호소, 가족 내 보호체계 부족							
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점		내재화		외현화		
	사전	77		73		79		
	사후	92		90		90		
위기관리 기록		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도
	-	실시x						
회기별 주요내용	1회	내담자의 정서적 불편감에 대한 전반적 탐색						
	2회	자살, 자해와 관련된 이전 경험과 현재의 실행력 탐색 (자살 및 자해 위험수준 평가 시트지 사용)						
	3회	자살과 관련된 과거의 경험(왕따사건)과 이로인한 심리적 압박감에 대해 이야기 나눔(안전스케줄, 생활계획표 등 시행)						
	4회	자살시도 이후 감정탐색 시트지와 나를 잘돌볼 수 있는 활동 등의 시트지를 통해 감정적 대처에 대해 이야기 나눔						
	5회	인지치료 시트지를 통해 내담자의 부정적 사고의 흐름을 탐색함						
	6회	감정기록지를 통해 자신의 감정에 대해 객관적으로 점검하는 시간을 가짐						
	7회	정서의 온도계를 통해 자신의 감정적인 변화를 객관적으로 확인하는 시간을 가짐						
	8회	인지왜곡과 관련된 시트지를 통해 자신의 당위적 사고에 대해 스스로 점검해 보는 시간을 가짐						
	9회	생각의 실마리를 통해 당위적 사고에 대해 스스로 점검해 보는 시간을 가짐						
	10회	상담을 종결하면 그동안의 변화와 소감을 나눔						
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1회	내담자와 상태점검과 상담자로서의 대응에 관련된 전반적인 피드백을 받음						
소감								

◆ 사례7(남, 23세)

항목	사례								
자살 및 자해유형	<input type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살사고								
의뢰경위	내담자 신청								
주 호소 문제	우울감 및 가족갈등 호소								
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점		내재화		외현화			
	사전	65		90		56			
	사후	59		61		57			
위기관리 기록		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도	
	7회	5점	5점	3점			○		
	8회	4점	4점	2점			○		
	9회	4점	4점	2점			×		
	10회	4점	2점	1점			×		
	11회	3점	2점	1점			×		
	12회	4점	2점	3점			×		
	13회	3점	3점	1점			×		
	14회	3점	2점	2점			×		
	15회	3점	2점	1점			×		
	16회	5점	2점	3점			×		
	17회	3점	2점	0점			×		
18회	3점	2점	0점			×			
회기별 주요내용	1회	상담 구조화 및 위기수준 파악							
	2회	위기수준 파악 ; 자살치명도, 보호요인, 위험요인 탐색, 자살사고 있음. 안전계획서 작성							
	3회	불면증, 무기력 호소, 자살사고가 우울과 함께 올라옴. 위기상황 안전매뉴얼 안내, 병원치료 권함							
	4회	mmpi검사 실시, 우울 및 자살생각 파악, 개인력 탐색(자해시작 지점 탐색) 센터내 위기수퍼비전 받음 : 위기개입 필요, 병원치료 권함							
	5회	신체화증상 호소(불면, 소화불량, 식욕감퇴 등), 심리검사결과 어려움을 호소하고 있으며 임상척도 대부분이 매우 높게나옴.							
	6회	적용시작 사전검사 및 Aseba 검사 실시 병원치료 시작(약물복용)							
	7회	우울과 무기력이 증가. 위기상황 안전매뉴얼 숙지, 위기관리 기록지							

항목	사례	
	8회	위기관리기록지 통해 내담자 상황 파악, 약물복용 확인. 정서온도계를 통한 자신의 감정 알아차리기(우울)
	9회	위기관리기록지 통해 내담자 상황 파악, 약물복용 확인. 분노폭발사건 탐색, 감정온도계를 통하여 분노할 때의 생각과 행동을 구체적으로 인식하게 함.
	10회	위기관리기록지 통해 내담자 상황 파악, 약물복용 확인. 대인관계 탐색 및 강점연결, 우울에서 벗어나기 위해 자신을 돌보는 활동 찾기
	11회	위기관리기록지 통해 내담자 상황 파악, 약물복용 확인. 대인관계패턴 중 비합리적 신념 확인 및 반박(상황- 생각-감정 연쇄 고리 분석연습 및 고리 끊기 연습)
	12회	위기관리기록지 통해 내담자 상황 파악, 약물복용 확인. 분노폭발사건발생-상황- 생각-감정 연쇄 고리 분석연습 및 고리 끊기 연습
	13회	위기관리기록지 통해 내담자 상황 파악, 약물복용 확인. 자신을 돌보는 활동 중 도움된 것과 더 강화시킴.
	14회	위기관리기록지 통해 내담자 상황 파악, 약물복용 확인. 자신을 돌보는 활동 점검
	15회	위기관리기록지 통해 내담자 상황 파악, 약물복용 확인. 자신을 돌보는 다양한 활동 찾기(나의 자원 찾기)
	16회	위기관리기록지 통해 내담자 상황 파악, 약물복용 확인. 직장생활 스트레스 및 심리적 고통 증가(자신을 돌보는 방법 찾아 해보기)
	17회	자신의 상태 스스로 확인하게 함(위기관리, 약물복용) 우울한 상황- 생각-감정 연쇄 고리 분석연습 및 고리 끊기 연습
	18회	강점인지. 자신을 돌보는 방법 다룸. 상담 종결 후 자기관리 계획 구체적으로 나눔
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1회	고위험군, 위기상담으로 안전을 최우선으로 해야 하는 부분, 병원연계에 대해 도움 받음. (3회기 후 받음)
	2회	후기에 접어들어 트라우마를 다루는 것보다 지금까지 했던 것들을 혼자서도 할 수 있도록 반복하는 것이 더 필요함.(15회기 후 받음)
소감	<ul style="list-style-type: none"> - 종결사례 : 단계별 개입방안(회기별 목표, 주요내용)을 큰 틀로 놓고 내담자의 상황에 맞게 활동지를 사용한 것이 도움이 되었음. 마지막까지 안정적인 상담을 할 수 있었던 것은 내담자와의 라포형성을 충분히 하였다는 것과 전체 매뉴얼을 숙지한 것 때문이라고 생각함. - 조기 종결된 다른 사례 : 매뉴얼에 충실하고자 하였던 마음이 앞서 내담자의 상황에 집중하기보다는 매뉴얼과 활동지에 집중하게 되어 내담자와 라포형성을 하는데 실패한 것으로 보인다. 매뉴얼 또한 제대로 숙지하지 못해 무분별하게 활동지를 사용한 것도 조기종결의 한 원인이 된 것으로 생각됨. 	

◆ 사례8(여, 15세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살사고							
의뢰경위	학교 의뢰							
주 호소 문제	친구관계 어려움 호소							
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점	내재화		외현화			
	사전	57	64		45			
	사후	46	51		34			
위기관리 기록		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도
	1회	8점	9점	9점	(O) 주 1회	(O) 월 1회	(X)	(X)
회기별 주요내용	1회	자해의 원인 탐색(가족 내 갈등)						
	2회	자해의 원인인 가족 내 갈등을 깊이 다룸						
	3회	자해의 원인 탐색(친구관계 어려움)						
	4회	상담목표 설정(친구관계 개선)						
	5회	내담자의 호소문제에 대한 인지행동치료적 개입						
	6회	가족 관계 개선 및 불안감 감소						
	7회	친구 관계 개선 및 불안감 감소						
	8회	자해충동 없음. 자해 충동을 조절 할 수 있음						
	9회	친구 관계 개선 및 이성관계 관심						
	10회	가족 관계 및 학교생활 전반적으로 만족감 표현						
	11회	가족 내 갈등 발생 및 그에 대한 감정 탐색						
	12회	친구관계 내 갈등 발생 및 대처방법 탐색						
	13회	친구관계 개선 및 대처방법 습득						
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1회	친구관계 어려움을 호소하는 내담자였으며, 상담자의 공감과 경청으로 내담자가 안정됨						
소감	자해위기 청소년 상담 매뉴얼 및 슈퍼비전을 통해 내담자의 자해행동을 조절하고 친구관계 개선하는데 도움을 줌							

◆ 사례9(남, 19세)

항목		사례							
자살 및 자해유형	■ 비자살적 자해 ■ 자살적 자해 ■ 자살사고								
의뢰경위	상담자 의뢰								
주 호소 문제	우울감 및 자기비하로 인한 자해문제 호소								
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점	내재화	외현화					
	사전	65	78	57					
	사후	61	69	61					
위기관리 기록		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도	
	1회	4점	4점	4점	(O) 주 4회	(X) 주 0회	(O)	(X)	
	2회	4점	4점	3점	(O) 주 3회	(X) 주 0회	(O)	(X)	
	3회	4점	3점	3점	(O) 주 2회	(X) 주 0회	(X)	(X)	
회기별 주요내용	1회	상담목표설정, 상담구조화, 자살·자해 수준 평가, 주호소문제 탐색							
	2회	내담자의 보호요인 탐색, 자해를 하는 이유 탐색, 안전스케줄 작성, 자해 하기 이득, 손실 분석, 위기관리기록지 체크함.							
	3회	자해 이후에 나는 어떠한지 체크함. 자해를 막아주는 활동, 자해대체활동찾기, 자해 물건 피하기							
	4회	생활스트레스 확인하기, 일주일간 감정기록지 작성, 정서온도계 체크함. 위기관리기록지 체크함.							
	5회	자해 주요정서 다룸. 정서온도계와 감정기록지 작성한 것 토대로 상담진행함.							
	6회	인생목표와 방학계획 탐색함. 위기관리기록지 체크함.							
	7회	비합리적 신념 탐색 및 인지행동치료 진행함.							
	8회	작은 것 들에서 오는 행복 찾고, 성취감 느끼기. 자살, 자해 프로그램 종결과 심리상담 계속 진행함.							
	9회	자해·자살 위험 지속성 평가 비합리적 신념 탐색 및 변화요인 탐색함.							
	10회	내담자의 긍정성 및 잠재력 강화, 내담자의 강점 찾기							
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1회	실존적인 부분(지금까지 버텨온 부분)에 대한 격려와 지지를 통해 존재의 의미를 깨달을 수 있도록 슈퍼비전 받음							
소감	<ul style="list-style-type: none"> • 자살, 자해 다소 무거운 주제를 가지고 상담할 때, 막연한 부분이 있었는데, 매 뉴얼로 상담을 진행하니 상담구조화와 상담진행에 있어 많은 도움이 됨 • 특히 내담자의 위험수준을 파악하고, 워크지를 통해 개입을 하다보니 언어상담만으로 부족한 부분을 채워주어 내담자를 이해하고, 상담을 진행해 나가는 데 있어 내담자 뿐만아니라, 상담사에게도 꼭 필요한 매뉴얼이라는 생각이 들 • 다만, 제 내담자는 자살사고가 많은 내담자여서 이 부분에 관련된 내용이 적었던 부분이 조금 아쉬움. 자살 부분에 대한 내용이 추가필요 								

◆ 사례10(여, 17세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	<input type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살사고							
의뢰경위	가족 의뢰							
주 호소 문제	친구관계 및 가족관계 어려움 호소							
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점		내재화	외현화			
	사전	56		57	56			
	사후	48		44	52			
위기관리 기록	스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도	
	미 실시							
회기별 주요내용	1회	상담신청 경위 및 학교생활 탐색						
	2회	자살·자해 평가서 작성, 학업에 대한 부담감 탐색 자살의 이득과 손실 분석						
	3회	스트레스 사건 경험(또래관계) 유사한 과거 사건에 대한 생각과 감정이 침습						
	4회	내담자의 전형적인 하루 일상 탐색[시트지2-1] 나를 힘들게 하는 것들 탐색[시트지 2-2]						
	5회	과거 스트레스 사건 탐색 정서온도계를 통한 감정 탐색[시트지 2-4]						
	6회	나영이의 감정 이해하기 활동[시트지 2-5]으로 감정 표현을 도움 인지치료[시트지 2-9] 작성 및 내담자의 자동적 사고 확인						
	7회	인지치료[시트지 2-9] 작성 및 내담자의 자동적 사고와 감정 탐색 생각의 실마리로 엉킨 실타래 풀기[시트지 2-12] 활동을 통해 내담자의 감정에 대해 척도화						
	8회	내담자의 욕구 탐색						
	9회	자살사고 감소, 내담자의 강점 탐색						
	10회	자살사고 감소, 스트레스 요인(친구)과 분리되면서 만족감 표현 내담자의 스트레스 대처방법 확인(게임)						
	11회	스트레스 상황 리스트[시트지 3-3], 스트레스 대처방법[시트지 3-4] 내담자의 스트레스 대처방법 확인(친구와의 갈등상황을 회피하는 모습)						
	12회	나의 문제해결능력 높이기, 소중한 순간들, 삶의 목적 및 의미[시트지 3-9, 3-10, 3-11] 자신을 돌봐주는 가장 좋은 방법에 대해 탐색함						
	13회	상담 종결을 계획 하였으나, 내담자의 불안함으로 상담을 추가진행						
	14회	가족과 자신에 대한 연민과 안타까운 감정에 대해 다룸						
	15회	합의종결						
모니터링 및 슈퍼비전주요내용	미 실시							
소감	<ul style="list-style-type: none"> •매뉴얼을 통해 자살사고를 가진 내담자를 개입하는 방법에 대해 도움 받음 •매뉴얼 중 [인지치료] 활동은 내담자와 가장 많은 시간동안 비합리적 사고를 점검하고 개선하는데 도움이 되었음 							

◆ 사례11(여, 14세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살사고							
의뢰경위	학교 의뢰							
주 호소 문제	친구관계 어려움 호소(외로움)							
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점	내재화	외현화				
	사전	56	56	58				
	사후	62	55	73				
위기관리 기록	스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도	
	미 실시							
회기별 주요내용	1회	상담구조화. 친구관계 갈등 원인 탐색						
	2회	친구관계에 대한 내담자의 지각 탐색						
	3회	진학 및 또래관계에 대한 고민						
	4회	스트레스 사건 이후 또래관계에서 불안감 호소(친구에 대한 의심 등)						
	5회	친구들/선생님이 말하지 않아도 억울함을 알아주길 바람						
	6회	분노 감정 및 대처방법 다루기						
	7회	대인관계 패턴 탐색하기						
	8회	학교생활 및 친구관계에서의 긍정적 변화 변화를 위해 내담자가 했던 노력에 대한지. 종결합의						
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1회	슈퍼비전을 통해 상담자의 역전이에 대해 깨닫게 됨 일관되고 안정적인 모습으로 상담개입을 해야하는 것에 대해 도움 받음						
소감	<ul style="list-style-type: none"> 자살·자해 내담자를 만날 때, 자살·자해에 대한 사고 및 행동들도 점검해야할 뿐만 아니라 내담자의 주 호소문제에 초점을 맞추어 상담을 진행해나가야 함을 배우고 상담에서 적용하게 됨 							

◆ 사례12(여, 14세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살사고							
의뢰경위	경찰 의뢰							
주 호소 문제	자해를 줄이고 싶지만 자해행동을 조절할 수 없음을 호소함							
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점	내재화	외현화				
	사전	66	55	73				
	사후	69	54	63				
위기관리 기록	스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도	
	미실시							
회기별 주요내용	1회	자해 심각도 파악						
	2회	심리검사 실시 및 자해충동 탐색						
	3회	자해를 하는 이유 탐색						
	4회	가족관계에서의 부정적인 감정 다루기						
	5회	가족관계에서 부정적인 감정 다루기 자해하지 않을 때 주변의 반응 살펴보기						
	6회	친구관계에서 갈등 경험 및 그로 인한 부정적인 감정 표현						
	7회	이성관계에서 어려움 호소. 감정기복이 심한 나에 대한 인지						
	8회	[감정온도계] 자해 재발에 따른 내담자의 격한 감정 탐색 및 공감						
	9회	친구관계에서 발생할 수 있는 스트레스 상황에 대한 점검						
	10회	자해로 인한 주변인의 반응						
	11회	자해 재발에 대한 부모님 반응 살펴보기 친구관계에서의 부정적인 감정 재탐색						
	12회	이성관계에서 나의 감정 세분화 해보기						
	13회	자해를 끊고 싶어도 끊을 수 없었던 이유 탐색하기 : 휘몰아치는 감정을 잠재우기 위해						
	14회	자해를 참을 수 있었던 이유 : 나를 위해주고 지켜주고자 하는 사람들						
	15회	긍정적인 대처방법 습득하기(좋아하는 일 탐색). 상담종결						
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1회	수퍼비전을 통해 자해행동 소거에 초점을 두기보다는 상담목표를 재설정하여 내담자의 스트레스원과 그에 따른 정서적 고통을 다루는 것을 목표로 상담을 진행하고, 부모면담을 통해 다각적으로 내담자를 돕기 위한 노력이 필요하다는 것을 피드백 받았다.						
소감	자해문제를 호소하며 내방했다고 하더라도, 결국 자해라는 행동을 할 수밖에 없었던 정서요인에 더욱 초점을 두어야 함을 깨달았다. 상담자는 자해라는 문제행동에 압도되어 행동소거에만 목표를 두면 근본적인 심리적 어려움이 해결되지 못할 것이므로 상담자도 이 부분을 특히 유념해야겠다고 생각했다.							

◆ 사례13(여, 17세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살사고							
의뢰경위	가족 의뢰							
주 호소 문제	감정조절의 어려움 호소							
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점	내재화		외현화			
	사전	48	47		56			
	사후	46	48		50			
위기관리 기록	스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도	
	미 실시							
회기별 주요내용	1회	자살사고 및 자살시도에 대한 탐색						
	2회	아르바이트 등의 대처활동으로 부적응적인 대처방법 감소						
	3회	가족 내에서의 부정적인 감정 호소(답답함)						
	4회	가족 내에서의 부정적인 감정 호소 및 지지자원 탐색						
	5회	자해의 원인 감정에 대해 탐색						
	6회	모의 태도 변화로 인해 일시적인 안정감을 가짐						
	7회	향후 진로에 대해 탐색. 자신을 이해해주지 못하는 가족에 대한 불만감 표현						
	8회	내담자의 진로에 대해 가족들이 지지할 수 있도록 개입						
	9회	내담자의 진로에 대해 가족들이 수용함						
	10회	향후 진로에 대한 불안감 호소						
	11회	향후 진로에 대한 불안감 및 가족들의 부정적인 피드백을 받음						
	12회	상담기간 연장에 동의함						
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	미 실시							
소감	상담을 진행하면서 자신의 감정에 대해 인식하고, 자해하는 원인에 대해 인지하게 됨. 자해를 하지 않고 언어적으로 표현하고자 노력함. 하지만 모와의 관계가 불안정적이며, 이로 인해 추후 재발 가능성이 있으므로 지속적으로 상담이 필요하게 됨							

◆ 사례14(여, 16세)

항목	사례							
자살 및 자해유형	<input type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살사고							
의뢰경위	가족의뢰							
주 호소 문제	친구관계에서의 어려움 호소, 부모-자녀간의 갈등							
ASEBA 사전 사후검사	검사	문제행동 총점	내재화	외현화				
	사전	68	79	53				
	사후	67	75	56				
위기관리 기록		스트레스	심리적 고통	초조감과 흥분	자해 충동	자해 시도	자살 사고	자살 시도
	미실시							
회기별 주요내용	1회	상담 구조화와 주 호소문제 탐색 및 SCT 문장완성 검사						
	2회	(모) 내담자의 친구관계 및 괴롭힘 피해에 대해 모의 이해를 도움						
	3회	심리검사 실시(한국청소년상담복지개발원-자살·자해 척도 검사)						
	4회	(모) 심리검사 실시 (MMPI-2, TCI)						
	5회	심리검사 실시(J-TCI), 내담자 심리검사 실시 (MMPI-A)						
	6회	친구관계에서의 어려움 호소						
	7회	심리검사 해석 상담 : 내담자 자기표현 어려움 및 소외감에 대해 나눔						
	8회	(모) 모의 심적 어려움 및 회사생활, 남편과의 갈등 나눔						
	9회	긍정적인 미래 계획에 대해 이야기 나눔.						
	10회	가족, 친구관계에서 의사 표현하지 못하는 데서 오는 어려움에 대해 나눔						
	11회	가족 관계 내의 갈등 호소						
	12회	내담자의 변화된 대처행동에 대해 나눔						
	13회	가족 관계 내의 갈등이 해결되고 있는 과정에 대해 개입						
	14회	친구관계에서 내에서 의사소통하는 방법에 대해 나눔						
	15회	친구관계에서 갈등 다루는 방법에 대해 나눔						
	16회	자기 표현하는 것에 대한 노력을 다룸. 상담종결						
모니터링 및 슈퍼비전주요내용	1회	센터 내 자체 슈퍼비전 받음						
소감	<ul style="list-style-type: none"> • 자기표현이 힘든 내담자가 상담을 진행하면서 자기표현 연습을 하게 됨 • 모와의 상담 병행으로 내담자와의 관계가 급격히 회복됨으로써 모상담의 중요성을 알게 됨 • 내담자에 대한 개입만 진행한 것이 아니라, 가족 구성원 전체적으로 개입을 진행함으로써 더욱 효과적인 상담이 될 수 있었음 							

◆ 조기종결 사례1(남, 17)

항목	사례	
자살 및 자해유형	<input type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살사고	
의뢰경위	가족 의뢰	
주 호소 문제	부모-자녀간의 갈등을 호소함	
회기별 주요내용	1회	자살시도에 대해 다룸
	2회	자살시도에 대한 구체적인 탐색, 자살생각이 들 때 도움받을 수 있는 곳 안내
	3회	최근 자살·자해 시도 경험 탐색 및 보호요인 탐색
	4회	가족 구성원에 대한 내담자의 부정적인 감정에 대한 개입
	5회	가족 구성원에 대한 내담자의 부정적인 감정에 대한 개입
	6회	스트레스 상황에 대한 대처방법 익히기
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	1회	부모교육이 필요함을 도움 받음
	2회	내담자의 진로에 대해서도 탐색이 필요함을 도움 받음
조기종결	사례를 진행하면서 어렵거나 힘들었던 부분 • 부모개입이 어려움	
	조기 종결의 이유 • 내담자의 개인사정으로 인해 상담진행이 어려움	
	상담자로서 아쉬웠던 점 • 내담자의 개인사정으로 인해 상담이 지속되지 못한 부분에 대해 아쉬움	

◆ 조기종결 사례2(여, 18)

항목	사례	
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살사고	
의뢰경위	상담자 의뢰	
주 호소 문제	학교생활 부적응 및 친구관계 어려움 호소	
회기별 주요내용	1회	자해의 원인 탐색(관계에서의 어려움). 우울함에서 벗어나고자 하는 마음 표현
	2회	ASEBA 사전검사를 통해 내담자의 자살·자해 생각과 행동을 돌아보고 매뉴얼에 따라 상담을 진행할 것을 안내.
	3회	자해의 원인 사건에 대해 구체적으로 탐색 인지행동치료를 통해 부적응적인 인지 및 행동 수정 실시
	4회	자해의 원인 사건에 대해 구체적으로 탐색 인지적 파국화에 이르는 내담자의 인지를 수정하는 작업
	5회	무기력과 우울감 호소. 자해 행동 감소 자해하지 않는 내담자를 지지함
	6회	무기력과 우울감 지속. 작은 활동부터 시작해보자는 것을 제안
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	미실시	
조기종결	사례를 진행하면서 어렵거나 힘들었던 부분 ● 자살·자해 매뉴얼을 적용하면서도 상담 장면에서 상담자-내담자 간의 건강한 관계, 재양육의 경험을 하도록 조력하는 것이 어려운 부분이었음.	
	조기 종결의 이유 ● 내담자의 큰 스트레스 사건 경험 이후 상담이 지속적으로 진행되지 않음	
	상담자로서 아쉬웠던 점 ● 매뉴얼을 좀 더 구체적으로 적용하지 못한 것이 아쉬움. ● 자해행동 외의 대체방안(행동)들이 다양하게 있는 건 좋았으나, 자해를 하지 않는 상황에서 근본적인 자해 예방에 도움이 되는 인지·정서·행동 매뉴얼이 개발 되었으면 함.	

◆ 조기종결 사례3(여, 20)

항목	사례	
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살사고	
의뢰경위	가족 의뢰	
주 호소 문제	가족 내 갈등 호소. 자해를 멈추고자 함	
회기별 주요내용	1회	내담자의 정서적 불편감에 대한 전반적 탐색
	2회	자살, 자해와 관련된 이전 경험과 현재의 실행력 탐색(자살 및 자해 위험수준 평가 시트지 사용)
	3회	자해 관련된 과거의 경험과 이로 인한 심리적 압박감에 대해 이야기 나눔(안전스케줄, 생활계획표 등시행)
	4회	자해 감정탐색 시트지와 나를 잘 돌볼 수 있는 활동 등의 시트지를 통해 감정적 대처에 대해 이야기 나눔
	5회	자해 전후의 감정과 자해를 막아주는 활동의 시트지를 사용
	6회	감정 기록지를 통해 자신의 감정에 대해 객관적으로 점검하는 시간을 가짐
	7회	정서의 온도계를 통해 자신의 감정적인 변화를 객관적으로 확인하는 시간을 가짐
	8회	인지왜곡과 관련된 시트지를 통해 자신의 당위적 사고에 대해 스스로 점검
	9회	생각의 실마리를 통해 당위적 사고에 대해 스스로 점검
	10회	상담을 종결하면 그동안의 변화와 소감을 나눔
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	내담자와 상태점검과 상담자로서의 대응에 관련된 전반적인 피드백을 받음	
조기종결	사례를 진행하면서 어렵거나 힘들었던 부분 <ul style="list-style-type: none"> • 긍정적인 변화가 보이고 있는 시점에서 내담자의 갑작스러운 종결 통보로 인해 상담진행이 어려웠음 	
	조기 종결의 이유 <ul style="list-style-type: none"> • 8회기를 진행하며 내담자가 정서적 안정기에 들어있던 중 갑작스럽게 종결을 통보해 옴. 	
	상담자로서 아쉬웠던 점 <ul style="list-style-type: none"> • 자해뿐만 아니라 여러 문제행동을 동반한 사례를 접근하는 방법에 대한 매뉴얼이 있었으면 함 	

◆ 조기종결 사례4(여, 16).

항목	사례	
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살사고	
의뢰경위	가족 의뢰	
주 호소 문제	학교생활 부적응 및 우울감 호소	
회기별 주요내용	1회	자살사고 탐색, 자해방법에 대한 탐색, 위기스크리닝 작성
	2회	스트레스 상황에서 내담자가 하고 있는 대처방법을 확인 및 적절한 대처방법에 대하여 안내함. 청소년 행동평가척도 작성
	3회	최근 자해행동 탐색, 병원치료에 대해 제안
	4회	최근 자해행동 탐색, 분노 상황과 비합리적 신념에 대해 확인
	5회	자살시도 탐색, 병원 치료와 병행. 현재 문제가 되는 상황으로부터 회피하고자 함. 상담종결을 통보
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	미실시	
조기종결	사례를 진행하면서 어렵거나 힘들었던 부분 <ul style="list-style-type: none"> • 자해, 우울감 등의 문제에 대한 외적 귀인을 하는 내담자를 다루는데 어려움이 있었음 • 내담자의 반복된 자해 등으로 모가 심리적으로 취약한 상태로 상담진행이 어려움 	
	조기 종결의 이유 <ul style="list-style-type: none"> • 내담자의 개인사정으로 인한 종결 통보 	
	상담자로서 아쉬웠던 점 <ul style="list-style-type: none"> • 모상담 및 교육을 체계적으로 진행하지 못한 부분 	

◆ 조기종결 사례5(여, 15)

항목	사례	
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살사고	
의뢰경위	학교 의뢰	
주 호소 문제	가정 내 소외감, 또래갈등을 호소	
회기별 주요내용	1회	가정에서 경험하는 차별 및 소외감 및 이해받고 싶은 욕구 표현
	2회	자해도구 및 자해이유 파악 - 자해 매뉴얼 적용 상담 동의
	3회	자해행동으로 인해 모와의 갈등, 자해억제, 포기하고 싶은 마음 - 매뉴얼 적용상담 거부
	4회	상담에 대한 거부감 표현
	5회	상담을 통해 자신의 잘못을 재확인하는 것으로 인식. (상담종결의사 표현 - 유예기간을 가져보기로 합의함.)
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	미실시	
조기종결	사례를 진행하면서 어렵거나 힘들었던 부분 <ul style="list-style-type: none"> • 비자발적인 내담자 • 만성적인 자해행동 및 소외감 경험하고 있는 내담자를 다루기 어려움 	
	조기 종결의 이유 <ul style="list-style-type: none"> • 자해행동 및 스트레스에 대한 원인을 전부 내적 귀인을 하는 내담자로, 상담에서도 이러한 비합리적인 신념이 변화되지 않음 	
	상담자로서 아쉬웠던 점 <ul style="list-style-type: none"> • 부모 개입이 필요했으나 이루어지지 않은 점 • 만성적으로 자해문제를 가진 내담자에 대한 이해가 부족 	

◆ 조기종결 사례6(여, 17)

항목	사례	
자살 및 자해유형	<input checked="" type="checkbox"/> 비자살적 자해 <input type="checkbox"/> 자살적 자해 <input checked="" type="checkbox"/> 자살사고	
의뢰경위	지역 유관기관 의뢰	
주 호소 문제	부모-자녀간의 갈등	
회기별 주요내용	1회	자해의 원인과 감정에 대한 탐색
	2회	부모에게 자신의 감정에 대해 호소함. 자해 행동 감소
	3회	가족관계 탐색
	4회	자해로 인한 주변인의 반응 탐색. 자해행동 감소
	5회	최근 재미있는 것과 진로에 대해 나눔
	6회	가족관계 탐색
	7회	진로에 대해 가족의 반대에 부딪힘
모니터링 및 슈퍼비전 주요내용	미실시	
조기종결	사례를 진행하면서 어렵거나 힘들었던 부분 <ul style="list-style-type: none"> • 부모의 상담에 대한 반감 및 부모개입의 어려움 	
	조기 종결의 이유 <ul style="list-style-type: none"> • 일정이 불규칙한 내담자의 잦은 상담취소로 인해 종결됨 	
	상담자로서 아쉬웠던 점 <ul style="list-style-type: none"> • 모와의 갈등을 해결하려는 점, 상담을 통해 도움을 얻고자 하는 점 등에 대해 더욱 공감하고 지지하지 못한 부분에 아쉬움이 있음 • 초기 내담자와의 신뢰관계가 충분히 형성되지 못한 것 같은 아쉬움이 있음 	

Abstract

In 2018, approximately 14,000 people in Korea died by suicide. In particular, teen suicides increased by 22.1% year-on-year which is a rate higher than any other age groups. The number one cause of death among adolescents was reported to be deliberate self-harm and suicide, showing that suicide is a grave threat to adolescents (Statistics Korea, 2019). Also on a steep rise is the problem of non-suicidal self-injury in adolescents. According to “Trends in Emergency Department Visits for Self-injury and Suicide for the Recent 5 Years” by the Ministry of Health and Welfare, the number of ER visits for self-harm and suicide attempts amounted to 140,000 from 2014 to 2018, of which young people in their teens and early 20s represented the highest number. In particular, teen suicides recorded the highest increase of 39% compared to other age cohorts (Yonhap News, 2019, September 24). Against this backdrop, the Korea Youth Counseling & Welfare Institute (KYCI) had developed “A Manual for Intervention for Youth at High Risk: Suicide and Self-injury” in 2018 to address the challenges of suicide and self-harm among adolescents. The manual provided guidelines for counseling intervention specifically designed to tackle these problems in adolescents, but had limitations in terms of validating the effectiveness by applying the program in practice. Thus, this study set out to assess the effectiveness of the manual in actual counseling practice for suicidal/self-harming adolescents. We further intended to develop an evidence-based practice model for youth clinics dealing with these problems in order to enable effective and practical counseling for youths.

In the planning phase of development, we first conducted a review of literature covering evidence-based counseling intervention and models as well as counseling programs for youth suicides and self-harm. We also surveyed practitioners in the field to identify their needs for dealing with youth suicide and self-injury, after which the responses were analyzed to be reflected in the program. In the construction phase, the principles and elements of the EBP model were drawn based on the literature review and the survey result. Finally, we ran pilot programs in youth counseling centers of

Gyeonggi-do and college counseling centers in the capital area, and assessed their effectiveness. When compared against the controlled group, the experimental group showed statistically significant differences in ASEBA internalizing score, non-suicidal self-harm and suicidal risk, and hopelessness, along with differences between pre and post-test results within the group.

The final model was confirmed by reflecting the lessons of the pilot-run and consultation with experts. The model aims to provide an effective and standardized manual that youth counseling centers and organizations nationwide can adopt to help adolescents cope with suicide/self-harm issues. The phases of the model consist of emergency response, counseling intervention, and follow-up management where the services provided are tailored to the needs of each stage from initial entry to termination. The design intends to facilitate holistic intervention at an organizational level, extending the range of support beyond intervention by the counselor. In terms of functions, this model provides detailed guidelines and steps to keep track of the progress and effectiveness of counseling cases, and presents a standardized manual for counselors to facilitate effective intervention. In addition, the model included a concept of a crisis management team as a measure to ensure regular monitoring, supervision, and consultation for counseling practice.

This study contributes to youth counseling centers and organizations by presenting an EBP model that clinics can adopt to apply standardized programs and procedures. The pilot-run and survey of practitioners also brought high applicability and practicality. Lastly, this study established effective intervention measures for youth suicide and self-injury, and laid the foundation for introducing evidence-based counseling practice through a two-year research framework.