

비자살적 자해 청소년 상담에서의 상담자 개입 경험에 관한 질적 연구*

오윤서

장유진[†]

한양대학교

청소년의 비자살적 자해 문제가 사회적 문제로 부각되고 있는 상황을 반영하여, 본 연구에서는 비자살적 자해 청소년과의 상담을 성공적으로 진행한 상담자들의 경험을 탐색하였다. 이를 위하여 최근 1년 이내에 비자살적 자해 청소년을 상담을 정상적으로 종결한 경험이 있는 상담자 8명을 눈덩이 표집 방법으로 모집하여 심층면담을 실시하였다. 연구 참여자들이 경험한 비자살적 자해 상담에 대해 진술한 자료를 바탕으로 그들의 경험을 심층적으로 이해하기 위하여 Giorgi의 현상학적 연구 방법으로 분석한 결과, 4개의 상위 범주와 21개의 범주, 53개의 의미 단위를 도출하였다. 연구 참여자들은 내담자 진단 및 평가 방법, 효과적으로 작용했던 상담 개입과 상담의 방해 요인에 대해 진술하였으며, 자해 청소년 상담 시 고려 사항에 대해서도 언급하였다. 연구 결과에 기초하여 논의를 진행하고 시사점을 제언하였다.

* 주요어 : 청소년 상담, 비자살적 자해, 상담자 경험, 현상학적 연구

* 이 논문은 오윤서(2020)의 석사학위 논문을 수정·보완한 것임.

† 교신저자(Corresponding Author): 장유진, 한양대학교, 서울시 성동구 왕십리로 222, 사범대학 503호
Tel: 02-2220-2614. E-mail: yoojinjang@hanyang.ac.kr

서론

비자살적 자해(Non-suicidal Self-injury: NSSI)는 새로운 현상이 아니며 사회에 항상 존재해 왔다(Halicka & Kiejna, 2018). 그러나 최근 그 수가 크게 증가하여 2018년에는 전 세계 인구의 약 10%가 비자살적 자해를 경험하는 것으로 보고되었다(Halicka & Kiejna, 2018). 국내에서도 SNS와 유튜브, 온라인 커뮤니티를 통해 확산되고 있는 청소년의 자해는 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 인터넷 검색창에 ‘자해’를 입력하면 방대한 양의 자해 관련 자료(글, 사진, 동영상 자료 등)들을 접할 수 있으며 ‘자해계1’, ‘자해러2’, ‘패션자해3’와 같이 자해 관련 신조어도 다수 등장하는 등 청소년들 사이에서 자해가 유행하고 있다는 것을 확인할 수 있다. 한국청소년상담복지개발원의 자료에 따르면 청소년 자해 관련 상담은 2017년 8,352건에서 2018년 27,976건으로 3배 이상 증가하였으며, 보건복지부와 경찰청, 중앙자살예방센터가 2019년에 ‘국민참여 자살유해정보 클리닝 활동’을 2주간 진행한 결과, 총 16,966건의 자살 유해 정보 중, 자해 사진/동영상 정보가 52.5%(8,902건)로 절반 이상을 차지하고 있는 것으로 조사되었다(보건복지부, 2019. 7. 16). 교육부는 이러한 청소년들의 자해 실태를 파악하고자 2017년부터 ‘학생 정서·행동 특성검사’에 자해와 관련한 문항을 추가하여 조사를 실시하고 있다. 전국 중·고등학교 학생을 대상으로 2018년에 실시한 검사에서는 전체 중학생의 7.9%, 고등학생의 6.4%가 자해 경험이 있는 것으로 보고되었다(한겨레21, 2018. 11. 10). 그러나 청소년들은 개인적이고 은밀하게 자해행동을 하며 흔적을 감추려 하기 때문에 치료를 받는 경우가 드물다는 점(Nock, 2010)을 고려하면, 실제로 행해지고 있는 청소년들의 자해 경험의 비율은 더 높을 수 있다.

Klonsky(2007)는 자해(自害, self-harm)를 ‘신체 조직의 손상과 긴장 완화를 목적으로 스스로 자신의 신체에 의도적이고 반복적인 위해를 가하는 행위’로 정의하였다. 자해의 가장 흔한 예는 신체를 칼로 베거나 긁는 행동이지만 그 외에도 화상 입히기, 할퀴기, 신체 부위 때리기, 상처 난 곳을 방치하기, 머리카락 뽑기, 독극물이나 이물질 마시기 등이 있다(이동귀, 함경애, 배병훈, 2016; Skegg, 2005; Zila & Kiselica, 2001). 자해는 그 목적에 따라 자살적 자해와 비(非)자살적 자해로 나눌 수 있다. 자살적 자해는 극단적이고 위협적이며 치명적인 행동으로써 한 개인이 고통에서 벗어나기 위해 선택하는 치명적인 방법 중에 하나이다. 즉, 심각한 신체적 손상을 가하는 행동으로 설명할 수 있는데, 목매달기나 높은 곳에서 뛰어내리기와 같은 방법으로 평생에 한두 번 시도된다(Halicka & Kiejna, 2018). 반면, 비자살적 자해는 문화적으로 승인된 목적이나 죽고자 하는 의도 없이 직접적이고 고의적으로 자신의 신체 조직

- 1) 자해 사진을 올리는 SNS 계정의 줄임말.
- 2) 자해를 하며 자해 계정에 관련 게시물을 올리는 사람을 일컫는 용어.
- 3) 습관적으로 자해를 하며 허세를 부리는 모양을 일컫는 용어.

을 훼손시키는 행위(Bresin & Gordon, 2013; Favazza, 1998; Nock, 2009; Walsh, 2007)로써 자살 의도를 동반한 자살적 자해와 구분된다(Simeon & Favazza, 2001). 비자살적 자해는 불쾌한 영향(긴장, 분노, 공허감, 무감각)을 완화하기 위해 비치명적인 방법으로 약간의 신체적 손상을 가하며 반복적으로 이루어지는 특징이 있다(Walsh, 2012).

청소년들의 자해는 대개 자살 의도가 없는 비자살적 자해로 시작하게 된다. 자해를 시작하는 연령은 주로 12~14세로(Klonsky & Muehlenkamp, 2007), 10대 초기에 시작하여 수년간 지속될 수 있으며(DSM-5: American Psychiatric Association, 2013), 18-19세에 가장 많이 시도하는 것으로 알려져 있다(Klonsky & Muehlenkamp, 2007; White, Trepal-Wollenzier, & Nolan, 2002). 국내에서 실시된 자해 행동과 관련된 연구에서도 자해 행동이 최초로 나타난 시기는 평균 12.43세(표준편차 1.28)로 조사되었다(이동귀 외, 2016). Kim과 Yu(2017)의 연구에서는 8.8%의 청소년들이 비자살적 자해를 경험한 것으로 나타났으며, 남자 청소년은 8.0%, 여자 청소년은 9.7%로 남자 청소년보다 여자 청소년의 자해 경험이 더 많은 것으로 나타났다(성요안나, 배유빈, 김소정, 2019).

자살의 의도가 없는 비자살적 자해일지라도 스트레스 해소를 위해 자해 행동을 반복하면서(Muehlenkamp & Gutierrez, 2004) 신체적, 정신적 후유증을 남길 뿐만 아니라 점점 더 파괴적인 방법으로 자해함으로써 자살 충동을 경험하고, 시도하는 과정 중에 사망에까지 이를 수 있다는 점에서 매우 위험하다고 할 수 있다. 즉, 비자살적 자해를 통해 스트레스가 감소하고 자살에 대한 두려움이 둔감화되면, 공포와 고통에 점차 익숙해진 누군가는 결국 자살에 이르게 될 수도 있다. Joiner(2005)는 이를 '습득된 자살 실행력(acquired capability for suicide)'이라고 지칭하면서, 비자살적 자해가 자살과 밀접한 관계가 있으며 자살만큼 위험성이 높다고 주장하였다.

전 세계적으로 증가 추세인 비자살적 자해의 경향을 반영하여 2013년 개정된 미국 정신의학회(American Psychiatric Association, APA)의 『정신장애 진단 및 통계 편람』 DSM-5에서는 비자살적 자해를 '추가 연구 필요 상태(Conditions for Further Study)' 범주로 분류하였다. 또한, DSM-5에서는 자살행동 장애(Suicidal Behavior Disorder)와 비자살적 자해를 구분하는 중요한 기준으로 '죽고자 하는 의도'의 존재 여부를 제시하고 있다. DSM-5가 새롭게 개정한 이러한 분류는 비자살적 자해 연구의 현 상황을 반영한 것으로, 이에 대한 지속적인 연구를 통해 향후 임상적 진단명으로서 비자살적 자해를 별도로 분류할 가치가 있다는 것으로 해석할 수 있다.

비자살적 자해 행동에 대한 대부분의 연구는 자해행동의 원인과 특징에 초점을 맞추어 진행되어 왔으나(김수진, 김봉환, 2015; 서미, 김지혜, 이태영, 김은하, 2019, Nock, 2010; Taylor et al., 2018; Valencia-Agudo, Burcher, Ezpeleta & Kramer, 2018), 최근 그 심각성이 부각되면서 자해행동 중단과 극복을 촉진하는 요인을 탐색하는 연구들이 늘어나고 있다. Nathan(2004)

은 자해 상담에 있어서의 치료적 관계를 강조하였는데, 상담자는 관계 경험이 취약한 비자살적 자해 내담자에게 안정된 대상으로 존재하며, 안정된 관계 경험은 내담자가 고통의 세계를 탐험할 수 있는 안전한 기반을 제공해 줄 수 있다(Farber, Lippert, & Nevas, 1995; Mallinckrodt, 2010)는 선행연구들에 따라 상담관계와 상담자 역할이 강조되었다.

자해 중단에 효과적인 상담 개입에 대한 연구들도 진행되었는데, 그중 Glenn, Francklin과 Nock(2015)은 주요 심리학 저널에 2013년 6월 이전까지 발표된 아동과 청소년에 대한 자해 개입과 관련된 논문 29편을 증거 기반(evidence-based) 기준에 근거하여 5 수준으로 분류하여 분석하였다. 그 결과, 1 수준 '효과적으로 생각되는(Probably Efficacious)'에 해당되는 개입 방법은 없었고, 2 수준 '효과성이 있을 수 있는(Possibly Efficacious)'에 해당하는 개입, 특히 상담 프로그램이 총 5개로 나타났다. 이러한 프로그램들은 부모와 자녀 관계를 비롯하여 대인 관계 기술을 발달시키고, 문제 해결 능력을 증진시키며, 감정 조절 기능을 향상하는 데 효과적인 것으로 확인되었으나(서미 외, 2019), 실제 내담자의 관점에서 상담자의 어떤 개입이 자해를 중단하고 극복하는 데 도움이 되었는지 밝히지 못했다. 이는 비자살적 자해 상담에서 중요한 상담자의 역할은 비자살적 자해의 맥락과 심각성을 평가하여 성공적인 치료의 장을 마련하는 것(권경인, 김지영, 2019)이라는 점에서 연구 결과의 한계를 확인할 수 있다.

이동훈, 양미진, 김수리(2010)는 자해 연구 문헌 검토를 통해 청소년 자해에 대한 상담 및 개입 방안을 제시하였는데, 상담자는 자해 청소년들이 자신의 자해 행동에 대해 충분히 설명하게 함으로써 통찰을 얻게 하여 자해 행동을 중단하도록 하거나, 자해 청소년들이 자신의 감정을 이해하고 적절히 표현하는 방법과 적응적인 대처 전략을 소개하고 스트레스 관리 방법을 교육함으로써 그들이 긍정적인 자아 개념을 형성하고 자존감을 향상할 수 있도록 돕는 방안을 제시하였다. 또한 국내외 문헌고찰을 통해 비자살적 자해에 영향을 미치는 보호요인과 위험요인을 분석한 김수진(2017)은 상담 관계를 통해 예착을 재형성할 수 있도록 도와주는 것이 중요하다고 제안하였다. 비자살적 자해 내담자 개입에 있어 안정된 상담 관계를 제공하는 것은 상담자의 매우 중요한 핵심 역량이자 상담의 촉진제로(Levitt, Butler, & Hill, 2006; Walsh, 2007)로 내담자의 불안을 줄이고 감정 표현을 촉진하기 위한 수단으로써 치료적 동맹을 형성하는 데 핵심적인 역할(De Stefano, Atkins, Noble & Heath, 2012)을 하는 것으로 보고되고 있다.

자살·자해 위기청소년에 대한 개입방법들을 검증한 선행연구들에서 인지행동치료, 변증법적 치료, 가족치료, 부모교육이 고위기 청소년의 자살·자해를 다루는데 효과적이었던 연구 결과(Donaldson, Spirito, & Esposito-Smythers, 2005; Glenn 외, 2015; Perepletchikova et al, 2011)에 따라 한국청소년상담복지개발원에서는 인지행동치료를 중심으로 한 '고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 자해·자살 편'을 개발하였다(서미, 김은하, 이태영, 김지혜, 2018).

이를 통해 증가하고 있는 국내 자해 청소년 현황에 대응하여 학교와 청소년 상담기관 등에서 활용하고 있다. 그러나 자살과 비자살적 자해를 다르게 접근해야 한다는 현재 연구 동향(DSM-5, 2013)과 같이 자해 전문상담 매뉴얼을 개발하려는 시도가 필요할 것으로 보인다.

최근 국내에서는 특성화고 남학생들의 비자살적 자해 실태와 동기에 대하여 살펴본 연구(박문숙, 서영석, 안하얀, 2020)를 비롯하여 중학생(이진규, 조성희, 2020)과 대학생(김지윤, 조영희, 김성연, 이동훈, 2020)등 특정 집단의 자해 경험에 대하여 분석한 연구들이 진행되었다. 이처럼 비자살적 자해 청소년에 대한 연구와 함께 치료적 개입에 대한 지침을 제안하거나 특정 이론을 기반으로 한 치료적 개입의 효과성을 확인하려는 시도는 이루어졌지만, 실제 이들을 대상으로 상담을 수행하고 있는 상담자들의 경험을 탐색한 연구는 찾아보기 어렵다. 이러한 상황에서 권경인과 김지영(2019)은 비자살적 자해 행동을 하는 내담자를 중심으로 진행되어 왔던 기존의 연구들과 달리, 청소년의 비자살적 자해 위기상담 경험에 대한 상담자 중심의 연구를 진행하였다. 이 연구는 상담자의 경험에 초점을 맞추어 자해 상담에서 상담자들이 만나는 청소년들의 자해 양상을 확인하고, 상담에서 발생하는 상담자들의 정서적 경험과 전문적 성장을 탐색하였다는 데 의의가 있다. 또한 그들은 동일한 상담자들을 대상으로 비자살적 자해 상담에서 상담자들이 경험하는 어려움과 그에 대한 대처방안을 모색하는 연구(권경인, 김지영, 2020)를 진행하였다. 그들이 수행한 2개의 질적 연구는 비자살적 자해 내담자들을 상담한 상담자들의 주관적 경험을 조명하였으나, 실제 어떤 상담 개입이 효과적이었는지에 관하여 밝히는 데는 초점을 두지 않았다. 따라서 효과적인 개입 방안에 대한 상담자들의 경험적 지식을 구체적으로 탐색하는 작업은 청소년 상담 현장에서 비자살적 자해 내담자를 만나 상담을 진행하고 있는 상담자들에게 개입 지침에 관한 정보를 제공해 줄 것이며, 아울러 상담자 교육이나 훈련에 대해서도 유용한 시사점을 제시할 것이다.

이에 본 연구에서는 비자살적 자해행동을 하는 청소년들과의 상담에서 중단이나 조기종결 없이 정상적인 종결을 거둔 상담자들을 대상으로 그들의 경험적 지식을 탐색하였다. 현상학적 연구 방법을 이용한 심층 면담을 통해 연구 참여자들이 비자살적 자해 청소년을 상담하면서 어떠한 경험을 하였는지 탐색하였으며, 그들의 경험의 본질과 그 의미를 바탕으로 성공적이었다고 판단하는 개입 방법은 무엇이었는지, 이러한 상담 경험을 통해 느낀 점이나 보완할 점은 어떠한 것이 있는지 알아보았다. 이에 본 연구에서 선정한 연구 문제는 다음과 같다. 첫째, 비자살적 자해 청소년 상담에서 효과적인 상담 개입과 관련된 상담자의 경험은 무엇인가? 둘째, 비자살적 자해 청소년 상담에서 고려되어야 할 요인들과 관련된 상담자의 경험은 무엇인가?

방 법

연구자

본 연구의 연구진은 질적 연구방법을 활용한 연구 수행과 논문 게재 경험이 풍부한 상담 전공 교수 1인과 청소년 상담사 자격을 보유하고 현장에서 상담을 수행 중인 상담심리학 전공 석사 과정생 1인으로 구성되었다. 석사과정에 재학 중인 연구자는 연구가 시작되기 이전부터 현상학적 연구 관련된 특강과 워크숍에 지속적으로 참여하고 관련 서적을 탐독하면서 방법론에 관한 지식을 꾸준히 다져갔다.

연구 참여자

본 연구에서는 ‘적절성’과 ‘충분성’의 원칙을 기초로(Giorgi, 1997)하여 비자살적 자해 청소년 상담에 대한 이해와 경험이 풍부한 상담자를 연구 참여자로 선정하였다. 연구 참여자 선정 기준은 다음과 같다. 첫째, 석사 학위 이상을 취득하였으며 학교현장, 청소년 상담기관, 사설 상담기관 등에서 비자살적 자해 청소년을 상담한 경험이 있는 상담경력 3년 이상의 상담자이다. DSM-5에서 제시하는 비자살적 자해의 정의에 기초하여 ‘죽고자 하는 의도는 없으나 자신의 신체를 훼손하는’ 청소년 내담자를 상담한 상담자로 연구 참여자의 범위를 제한하였다. 둘째, 연구 시점을 기준으로 1년 이내에 비자살적 자해를 호소하는 만 12~24세의 청소년 내담자를 상담한 경험이 있는 상담자이다. 비자살적 자해의 경우, 13세 전후로 자해를 시작하는 비율이 가장 높고(이동귀 외, 2016; Klonsky 외, 2007), 청소년 후기나 청년 초기에 걸쳐 감소하는 경향을 보인다(Jacobson & Gould, 2007)는 선행연구에 따라 연구 참여자들이 상담한 내담자의 연령을 고려하였다. 셋째, 비자살적 자해 청소년 상담 경험에 있어 중단이나 조기 종결 없이 사례를 진행한 상담자를 대상으로 하였다. 표집방법은 연구자가 임의로 선정한 Wee class 상담사 중 비자살적 자해 청소년을 상담한 경험이 있는 상담자와 심층면담을 진행하는 것을 시작으로, 연구 참여자들이 청소년의 비자살적 자해 상담경험이 있는 다른 상담자를 소개하는 눈덩이 표집(snowball sampling)(Gall, Borg, & Gall, 1996) 방법으로 진행하였다. 적절성과 충분성의 원리(Morse & Field, 1995)에 따라 자료가 충분히 포화될 때까지 수집하기 위하여 참여자의 수는 처음부터 정하지 않았으나, 참여자의 수를 2~10명으로 제시하는 Giorgi의 분석방법(최영희, 1993)에 따라 새로운 범주가 도출되지 않는 경우에도 면담을 진행하여 연구 참여자 8명의 면담을 분석 자료로 선정하였다. 면담은 연구자가 근무하는 상담소의 개인 상담실에서 진행하였으며 면담을 마친 후 연구 참여에 대한 답례로 소정의 사례비를 제공하였다. 선정된 연구 참여자의 주요 정보는 표 1에 제시하였다.

〈표 1〉 연구 참여자 정보

번호	성별	연령	학력	상담경력	근무기관
1	여	20대 후반	박사 과정 재학	3년	학교 및 공공기관
2	여	30대 중반	석사 학위	3년	학교 및 공공기관
3	여	30대 중반	석사 학위	8년	학교 및 공공기관
4	여	40대 중반	석사 학위	10년	대학 및 사설 상담소
5	여	40대 후반	석사 학위	6년	학교 및 사설 상담소
6	여	40대 초반	박사 학위	10년	사설 상담소
7	여	50대 중반	박사 학위	10년	학교 및 공공기관
8	여	50대 초반	박사 과정 수료	14년	대학 및 사설 상담소

연구 절차

연구자는 연구 참여자들에게 연구의 목적과 절차에 대해 설명하고 연구 동의서를 받았다. 또한 효율적인 면담 진행을 위하여 면담 흐름표(interview schedules)를 작성하였다. 면담 흐름표 제작 시 면담 질문의 타당성을 확보하기 위하여, 질적 연구를 진행하고 있으며 박사학위를 소지한 연구자와 상담전공 교수의 피드백을 참고하였다. 이후, 사전 예비조사를 진행하고 몇 차례의 수정과 보완 작업을 거쳐 제작하였다. 면담 흐름표의 주요 내용은 ‘비자살적 자해 내담자와의 상담 경험에 대해 말씀해 주십시오.’를 시작으로, ‘비자살적 자해 청소년 상담을 통해 경험한 상담과정에서의 효과적인 개입은 무엇이었습니까?’, ‘비자살적 자해 청소년 상담에서 경험한 상담자의 어려움은 무엇이었습니까?’, ‘비자살적 자해 청소년 상담 경험을 통해 상담자로서 어떠한 점을 배우거나 깨달으셨습니까?’ 등의 영역으로 구성하였다. 면담은 반구조화된 개방형 질문들을 통한 심층 면접으로 진행하였으며 연구 참여자의 진술에 따라 질문을 추가하여 풍부한 자료를 얻고자 하였다.

본 연구의 자료 수집을 위한 심층 면담 시간은 1시간에서 1시간 30분 정도로 진행하였다. 면담용 질문지는 사전에 이메일로 전달하여 비자살적 자해 청소년과의 상담 경험을 회상하는데 도움을 주고자 하였다. 면담 후, 추가 사항에 대한 확인이 필요한 경우 면담이나 유선 연결을 시도하였으며, 자료의 충분성을 확보하기 위하여 더 이상 새로운 자료가 나오지 않을 때까지 자료 수집을 지속하였다. 심층 면담 과정에서 연구 참여자들의 비언어적 표현과 태도에 대한 내용을 수기로 기록하였으며, 축어록 전사 작업 시 이를 함께 정리하였다. 또한 연구자의 자기 인식으로부터 발생한 자료들을 기록하여 수집된 자료들 간에 괄호 치기(bracketing)를 진행하였다.

분석 방법

본 연구에서는 연구 참여자들의 경험을 보다 깊이 있게 이해하기 위하여 Giorgi(1985/2004)의 현상학적 연구방법을 사용하였다. Giorgi(1985/2004)는 연구자의 선입견, 기존 경험에서 벗어나는 연구 참여자의 주관적인 경험을 중요시하고, 그 경험의 의미를 개별적·상황적 맥락 속에서 있는 그대로 기술하여야 한다고 강조하였다. 따라서 비자살적 자해 청소년을 정상 종결한 상담자들의 현장 경험을 기술하고 분석하여 의미 구조를 밝히는 것은 비자살적 자해 청소년 상담에 효과적인 상담개입을 발견하여 현장에서 적용하는 데에 기여하는 것이라고 판단하였다. Giorgi(1985/2004)의 현상학적 분석방법의 절차는 다음과 같다.

1단계는 연구 참여자가 면담을 통해 진술한 내용을 전체적으로 이해하고 파악하기 위해 면담 내용을 축어록으로 작성 후 자료를 여러 번 읽으며 전체 느낌을 파악하는 것이다. 2단계는 면담 내용을 문장단위로 나누어 줄 분석을 실시하고, 면담의 내용에 대한 연구 참여자의 진술이 녹아들 수 있도록 의미단위를 파악하며 구분하는 절차를 진행하는 단계이다. 3단계는 연구 참여자가 경험한 것과 비자살적 자해 내담자와의 상담 경험의 본질은 무엇인가에 초점을 두고 참여자들로부터 나온 의미단위들을 대조해가며 동일한 의미를 나타내는 것을 도출하는 단계이다. 4단계는 심리학적 관점을 가지고 의미단위 간 관련성을 찾아내고 중심 의미를 학문적 용어로 전환하고, 학문적 용어가 존재하지 않을 경우 참여자의 진술을 그대로 인용하는 단계이다(Giorgi, 1985/2004). 그 후 전환된 의미단위를 구조로 통합하는 과정을 거쳤다. 구성된 범주의 의미들은 동료 연구자들과의 토론과 비교 과정을 거쳐, 비자살적 자해 내담자 상담경험을 적절하게 표현해 줄 수 있는 구조를 도출하였다. 본 연구의 신뢰성과 타당성에 대한 평가는 Guba와 Lincoln(1981)이 제시한 4가지 방법을 활용하였다. 연구의 '사실적 가치(truth value)'를 충족하기 위하여 연구 참여자 전원에게 도출된 결과를 제시하고 검토하게 하여 자료의 정확성을 평가하였다. '적용 가능성(applicability)'을 높이기 위하여 연구에 참여하지 않은 질적 연구자 2인에게 적용 가능한 결과인지 확인하도록 하였다. 또한 '일관성(consistency)'을 충족시키고자 현상학적 연구 방법으로 연구를 수행한 경험이 있는 감수자에게 연구 전반적 과정에 대하여 지속적인 '동료 검증(peer debriefing)'을 받았다. 또한 연구결과의 '중립성(neutrality)'을 확보하고자 연구자가 가지고 있는 선 이해, 가정 등을 연구노트에 기록하고, 판단 중지를 위해 노력하였다. 자료 분석 결과의 타당성 확인을 위해 현상학적 연구 경험이 있으며 청소년 상담 경험이 풍부한 상담심리전문가 1인에게 감수를 요청하였고, 감수 결과를 바탕으로 수정 작업을 거쳐 최종 범주 구성을 완성하였다. 감수자는 주로 범주의 분류에 관한 피드백을 제시하였는데, 예를 들어 '효과적인 상담 개입'이나 '효과적인 상담의 방해 요인'으로 분류되었던 하위 범주들 중 맥락적이거나 중재적인 특성을 갖는 하위 범주들은 새로운 범주로 분류하는 것이 적절하다는 의견을 개진하였다. 연구진에서는 이러한

의견이 타당하다고 판단하여 '자해 청소년 상담 시 고려 사항'이라는 새로운 범주를 생성하였다.

결 과

본 연구에서는 연구 참여자들의 비자살적 자해 청소년 상담 개입 경험에 대한 자료 분석을 통해 53개의 의미단위를 도출하여 이를 21개의 범주로 구분하였다. 이 범주를 다시 4개의 상위 범주로 분류하였으며 주요 범주에 대한 설명과 함께 구체적인 진술을 덧붙여 제시하였다. 도출된 상위 범주의 내용은 '내담자 진단 및 평가', '효과적인 상담개입', '상담의 방해요인', '자해 청소년 상담 시 고려사항'으로 구성되었으며 표 2에 구체적으로 제시하였다.

〈표 2〉 의미 단위 도출과 범주 구성 결과

상위 범주	범주	의미 단위
내담자 진단 및 평가	내담자의 현재 기능과 자살 위험성 판단	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 양상과 자살사고에 따른 자해 행동의 치명도를 파악함. • 내담자의 우울 정도, 현재 기능, 병리의 심각성, 보호요인 등을 평가함. • 자살의도 여부를 내담자에게 직접 물어 봄.
	자살시도에 준하는 자해행동의 위험성 파악	<ul style="list-style-type: none"> • 비자살적 자해일지라도 자살로 이어질 수 있기 때문에 위험성을 함께 확인함. • 내담자에 따라 자살 사고를 동반한 자해행동과 비자살적 자해의 경계를 넘나들고 자살사고의 유무도 혼재함을 알게 됨.
	자해행동 이면의 동기 파악	<ul style="list-style-type: none"> • 자해를 통해 사람들의 관심을 불러일으키는 것을 발견함. • 공격적으로 분노를 표현하고 자신을 상해함으로써 무의식적으로 비난을 피하려는 책임 회피 동기가 있음을 이해함. • 다수의 내담자들이 심리적 고통을 신체적 고통으로 전치시키고 있음을 알게 됨. • 자신의 부정적인 생각과 감정의 결과로 인한 자기 처벌의 목적으로써 자해를 사용하고 있음을 알게 됨. • 신체적 고통을 통해 감각을 느끼며 자신이 살아있음을 느끼기 위해 반복적인 자해행동을 하는 것을 이해하게 됨.
효과적 상담개입	전문기관과의 연계	<ul style="list-style-type: none"> • 약물치료나 병원 치료를 병행하며 상담을 진행하기도 함. • 내담자의 환경 및 상태를 고려한 기관 연계가 필요함.

〈표 2〉 의미 단위 도출과 범주 구성 결과

(계속 1)

상위 범주	범주	의미 단위
효과적 상담개입	안전계획 수립	<ul style="list-style-type: none"> • 자해 신호를 스스로 감지할 수 있도록 함. • 하고 있으면 마음이 편해지는 것, 즉각 생각할 수 있는 것을 함께 찾음. • 가족이나 친구 등 얘기할 수 있는 사람에게 연락하도록 함.
	부정적 감정의 표현 및 해소	<ul style="list-style-type: none"> • 구체적 탐색과 공감적 이해를 통해 감정을 재경험하게 함으로써 상담자와 함께 치유가 일어나는 경험을 할 수 있도록 노력함. • 감정을 표현하여 해소할 수 있도록 격려하고 공감함. • 애도 작업을 통해 감정을 다루어 해소할 수 있도록 도움.
	경험의 객관화	<ul style="list-style-type: none"> • 소통이 없어 자신의 경험을 객관화하지 못하는 내담자에게 상대방과 자신의 문제를 일깨워 자기 비하를 멈추게 함. • 자신이 자해행동을 통해 무엇을 얻고자 했는지 통찰할 수 있도록 함.
	대처행동 탐색	<ul style="list-style-type: none"> • 손목에 고무줄을 착용하여 자해 생각이 들 때 이용하도록 권유함. • 위급 시 상담자에게 연락하고 응답을 기다리며 위험 행동을 지연시키거나, 연락 여부를 고민하는 동안 진정될 수 있도록 함.
	강점과 자원 탐색	<ul style="list-style-type: none"> • 내담자의 자원과 강점을 탐색하고 지지함. • 내담자 스스로 자신을 위한 계획을 세우고 실행해 보도록 함.
효과적인 상담의 방해 요인	주변 사람들에게 도움을 요청	<ul style="list-style-type: none"> • 친구들을 만나 모니터링해 줄 것을 부탁함. • 부모 상담을 통해 협조를 요청함.
	자해행동 자체에 집중하지 않음	<ul style="list-style-type: none"> • 자해 사실에 대하여 의연하게 반응함. • 상처에 집중하지 않음. • 자해행동과 관련된 자극적인 질문을 하지 않음.
	부모의 비협조	<ul style="list-style-type: none"> • 상담자와 만나 볼 것을 여러 번 요청해도 나타나지 않음. • 자녀에게 필요한 것을 다 제공해 주는데 무엇이 문제냐는 식으로 반응함. • 부모의 관심을 사기 위한 자해 행동에 부모가 즉각 반응함으로써 자해 행동을 강화시켜 상담 관계를 약화시킴.
	비밀보장의 한계	<ul style="list-style-type: none"> • 내담자들이 부모에게 알리는 것을 모두 완강히 거부하여 내담자와 갈등을 겪음. • 배신감을 느끼고 상담에 오지 않는 내담자들이 안타깝게 느껴짐. • 시간을 두고 내담자를 설득하여 부모에게 고지하는 것이 필요하다고 판단함.

〈표 2〉 의미 단위 도출과 범주 구성 결과

(계속 2)

상위 범주	범주	의미 단위
효과적인 상담의 방해 요인	상담 과정 중 나타나는 증상 악화 경험	<ul style="list-style-type: none"> • 상담과정 중 호전되었던 자해 행동이 재발하여 상담 관계가 흔들림. • 자살을 하겠다며 한강대교에 가기도 하여 병원으로 연계됨.
	자해 이외의 문제 발생	<ul style="list-style-type: none"> • 학교 밖에서 술을 마시며 비행을 저지르기도 하여 상담 시간에 이를 함께 다룸. • SNS를 통한 성폭력 사건에 휘말려 관련기관과 함께 조치함.
	선부른 행동변화 전략의 구사	<ul style="list-style-type: none"> • 내담자가 준비되지 않았을 때 이른 행동적 개입은 효과가 없음을 깨달음. • 상담자와의 라포형성 및 충분한 이해와 공감을 바탕으로 행동수정을 시도하는 것이 필요함.
자해 청소년 상담 시 고려 사항	내담자에 대한 상담자의 태도	<ul style="list-style-type: none"> • 내담자에 대한 믿음이 필요함. • 내담자와의 가까우면서도 적당한 거리 유지, 경계를 설정함.
	전문가로서의 자세와 성장 추구	<ul style="list-style-type: none"> • 상담자 자신의 한계를 알고 개입해야 함. • 상담 과정에서 예기치 못한 사건이 발생할 때 상담 과정을 돌아보며 확신을 갖고 버텨야 함. • 역전이와 자신의 불안 통제 등, 자기 통찰을 통해 상담자가 성장할 때 내담자도 성장함. • 교육, 자문, 슈퍼비전, 동료의 지지가 필요함.
	내담자 스스로의 의지	<ul style="list-style-type: none"> • 내담자의 극복 의지와 자발성이 중요함.
	가족의 관심	<ul style="list-style-type: none"> • 안정된 환경을 제공하고 지나친 간섭과 강요를 삼가는 것이 필요함. • 상담자의 요청에 협조하고 자녀를 수용해 주는 것이 필요함.
	정책과 제도의 개선	<ul style="list-style-type: none"> • 자해 발생 시 초기에 개입하여 상태를 악화시키지 않도록 함. • 청소년들이 스트레스를 건강하게 해소할 수 있는 대안 마련이 필요함.

내담자 진단 및 평가

본 연구에 참여한 상담자들은 내담자의 현재 기능과 자살 위험성을 우선적으로 파악하였다. 자해 행동을 하는 대부분의 청소년들은 비자발적으로 상담에 참여하였으며 무기력과 우울감을 호소하였다. 따라서 상담자들은 자해 양상에 따른 치명도와 함께 내담자의 현재 기능과 보호 요인, 유지 요인 등을 파악하였다. 이 중 어떤 내담자들은 자해와 자살에 대한 생각을 함께 갖고 있었기 때문에 충동적인 상황에서의 자살시도의 위험을 동반하기도 하였다. 따

라서 상담자들은 비자살적 자해일지라도 자살시도만큼 위험한 행위로 간주하여 평가하며 내담자가 자살 의도를 가지고 있는지 확인하는 것이 필요하다고 판단했다. 또한 내담자가 자해를 통해 말하고자 하는 메시지를 정확히 파악하여야만 그에 적합한 상담 개입이 가능하므로 자해 동기를 파악하는 것의 중요성을 인식하였다.

의도와 상관없이 사고로 죽을 수도 있기 때문에 위험성은 같이 봐야 한다고 생각해요. (중략) 아이들이 성장하면서 스트레스도 커지기 때문에 다른 방법으로 해소가 안 되면 그 아이가 쓸 수 있는 방법은 결국 자해이기 때문에 저는 죽을 수도 있다는 생각이 들어서 구별을 해서 안심할 건 아닌 것 같아요. (참여자 5)

효과적 상담개입

연구 참여자들은 내담자에 대한 진단 및 평가 후 상담을 구조화하였다. 참여자들은 내담자가 적응적인 방법으로 감정을 표현하고 해소할 수 있도록 도왔으며 위기 상황에 대비한 안전 계획을 수립하였다. 또한 부모, 친구, 선생님 등 주변 사람들에게 협조를 요청했다.

안전계획 수립

연구 참여자들은 자해행동을 감소시키기 위해 내담자와 함께 안전 계획을 수립하였다. 어떤 상황에서 자해행동을 하게 되는지를 탐색하고 자해 신호를 스스로 감지하여 대처행동을 실행할 수 있도록 계획하였다. 내담자들이 극도의 감정을 느끼는 상황에서 가장 빠르게 생각해 낼 수 있는 행동을 실행하여 마음을 진정시킬 수 있도록 하거나 가족이나 친구 등 편한 마음으로 대화할 수 있는 사람에게 연락하도록 하였다.

목표 잡을 때 안전계획도 잡아요. 자살 경고신호들이 와. 갑자기 가슴이 뛰고 머리가 아프고 숨이 안 쉬어지면서 자해 생각이 올라온대요. (중략) 이 느낌, 신호를 먼저 파악해보자. 안전 계획부터 하면 내가 곧 자해로 가겠구나. 여기서부터 스탱 하기 위해서 노래를 듣거나 등의 대처 행동을 해요. 그래도 안 되면 가장 친한 친구들한테 전화를 한다거나 가족한테 전화를 한다거나 도움을 요청하고 안 되면 정신건강 전문가에게 요청을 하거든요. (참여자 3)

경험의 객관화

자해 청소년들은 대부분 대인관계 문제를 겪고 있으며 타인과의 소통이 없어 자신의 경험을 객관화하지 못하였다. 연구 참여자들은 내담자가 자신의 경험을 객관화할 수 있도록 경험

하고 구체적으로 탐색하며 때로는 내담자의 문제가 아니라 상대방의 문제였음을 일깨우도록 하였다. 또한 내담자 스스로에 대한 객관화를 통해 자신에 대해서도 이해하고 수용하여 자기 비하를 멈추게 하도록 하였다. 또한 자신이 자해행동을 통해 무엇을 얻고자 했는지를 통찰한 경우, 그것이 잘못된 방법임을 깨닫고 자해 행동이 사라지기도 하였다.

객관적인 시각으로, 비판적으로 바라볼 수 있도록 도와줬던 것, 나의 문제와 그들의 문제를 구분해서 더 이상 자기 비하나 자기 처벌적 행동을 하지 않도록 한 것. 이런 것이 효과적이었다고 생각하고, (중략) 자기를 비하하고 있었는데 자기가 왜 그럴 수밖에 없었는지를 명확하게 이해할 수 있도록 도와주면 자기 이해와 자기 수용도 되거든요. 그러면 자기 처벌적 행동도 더 이상 하지 않게 되겠죠. (참여자 8)

대처행동 탐색

연구 참여자들은 내담자와 함께 다양한 대처 방법을 탐색하였고, 힘든 상황에서 빠르고 쉽게 적용할 수 있는 대처행동을 선택하여 익힐 수 있도록 시도하였다. 손목에 고무줄을 착용하여 마음이 불안하거나 자해 생각이 들 때마다 고무줄을 튕기거나, 좋아하는 음악을 정하여 듣거나, 사람이 많은 곳으로 이동하는 등의 대처행동들이 효과적이었다. 한편 연구 참여자들은 자해 청소년의 대부분이 자해 직전에 무감각하고 혼란스러운 상태에 빠져 대처행동을 떠올리기 어려운 경우가 많다는 점에 대하여 인지하고 있었다. 따라서 이러한 경우에는 이야기할 수 있는 가족이나 친구 등 누군가에게 연락하여 자해 행동에 대처할 수 있도록 내담자를 훈련했다.

연구 참여자들은 내담자의 감정이 극도로 치달을 때 자해 사고가 발생하기 때문에 그 순간을 스스로 인식하여 즉각적으로 정서를 환기를 할 수 있도록 한다면 내담자들이 자신을 아끼게 하지 않을 수 있음을 확신했다.

처음에 자로 시작했다가 나중에 칼로 자해를 해서 담임선생님이 데리고 오셨어요. '교육 때 들었던 것을 써 보자.'하고 "이거 고무줄 아프지? 이걸로 해보자."하면서 고무줄 튕기라고 고무줄을 주었어요. 아이가 집에 가서 진짜 고무줄 튕기기를 하고 있더라고요. 그래서 효과가 있네 하면서... (참여자 1)

강점과 자원 탐색

연구에 참여자들은 내담자의 자원과 강점을 함께 탐색하고 지지함으로써 현실 생활에 충실할 수 있도록 내담자들을 독려했다. 내담자들은 자신이 진정으로 원하는 것이 무엇인지 탐색하고 통찰하며 적응적인 방법으로 표현하는 방법을 연습했다. 따라서 자신을 위해 현실과 미

래를 위한 계획을 세우고 실행해 봄으로써 자아존중감과 자기효능감을 회복하며 자해행동이 소거되었다.

본인이 정말 원하는 삶이 뭔지 이런 가치를 찾도록 좀 도와줬고 그리고 그 학업이나 이런 것 이외에 본인을 위해서 해줄 수 있는 즐거운 활동 같은 것. (중략) 자기 자신에게 해줄 수 있는 보상 이런 것들을 할 수 있도록 하고 그래서 자기가 추구하는 삶의 가치와 일치되는 행동이 있고 (중략) 그것을 알 수 있도록 통찰하도록 해서 자기가 정말 원하는 것은 사람들에게 따뜻하게 사랑을 받고 싶었구나. 그것을 좀 알게 해 줬던 것. (참여자 8)

주변 사람들에게 도움을 요청

연구 참여자들은 효과적인 상담개입을 위해 내담자의 자원을 적극 활용할 필요가 있음을 인식하고 있었다. 그중에서도 내담자와 가장 가까이에 있는 가족의 협력이 필요하다고 판단하였기 때문에, 부모를 만나 병원 치료를 권하거나 내담자에게 위협요인으로 작용하는 부모의 반응을 자제하도록 요청하는 경우도 있었다. 때로는 정기적인 부모 상담을 통해 자녀에 대한 부모의 인식과 전략을 변화할 수 있도록 설득하였다. 부모가 상담에 비협조적이거나 도움을 줄 수 없는 경우 내담자와 가장 가까운 친구들을 만나 모니터링해줄 것을 부탁하기도 하였다.

결국은 영향력이 있는 건 부모라고 생각하거든요. 부모가 조금만 달라져도 애들은 금방 바뀌기 때문에 저는 부모 상담이 더 효과적이지 않나 생각을 해요. (참여자 5)

효과적 상담의 방해요인

연구 참여자들은 상담과정 중에 상담을 방해하는 여러 가지 요인들을 경험하였는데 자해 청소년의 자해행동 자체에 반응하거나 상처에 관심을 두는 것은 상담 효과를 떨어뜨린다고 입을 모아 말했다. 또한 보호자가 상담에 비협조적인 태도를 보이는 것은 상담을 방해하는 대표적인 요인이었다. 보호자의 비협조로는 정서적 방임과 정서적 학대가 주를 이루었으며 자녀 상태에 심각성을 인지하지 못하거나 상황을 악화시키는 부모도 있었다. 이러한 경우, 상담과 치료에 비협조적인 태도로 일관하여 상담에 참여하지 않거나 치료를 거부하고 상담자에게도 적대적인 태도를 취하는 등의 형태로 나타났다. 생명존중과 관련한 비밀 보장 어려움 또한 내담자와의 갈등을 초래하는 요인으로 작용하였으며, 비밀이 보장되지 않은 경우 내담자와 부모의 갈등이 심화되거나 내담자가 상담을 거부하기도 하였다. 상담 진행 중 내담자의

상태가 악화되는 것과 같은 증상이 나타나거나, 자해행동 이외의 내담자의 문제행동들이 발생하여 상황이 악화되거나, 치료에 전념할 수 없는 경우도 발생하였다. 어떤 내담자들은 상담자에게 지나치게 의존하는 모습을 보여 상담자들이 고민에 빠지기도 하였다. 내담자가 준비되지 않은 상황에서 상담자가 행동수정을 시도하는 경우 내담자가 저항을 일으키며 상담자가 곤란을 겪기도 하였다.

행위에 집중하지 않아요. 그럼 행동으로 시선을 끌려고 하기 때문에. 자극적인 걸로, 잘못된 방법으로 집중을 하려고 하는 것이기 때문에 그 행동에 대해서 특별하지 않게 여겨요. 그 행동이 뭔가를 영향을 줄 것 같이 반응하지 않아요. 덤덤하게 얘기하는 편이예요. (참여자 6)

부모님들은 그렇게 말씀하세요. “사줄 거 다 사주고, 먹을 거 다해주고, 해줄 거 다 해주는데 뭐가 문제냐?” (중략) 부모님이 정서적으로 방치하시거나 병원을 가서 평가를 받아야 한다고 전달을 했을 때도 안 가시는 경우에는 심해지더라고요. (참여자 3)

보호자에게 고지를 해요. 그런데 애들이 무조건 다 거부해요. (중략) 부모님한테 미안함도 있지만 혼내는 부모를 둔 아이들은 혼날까 봐 두렵고, 부모님을 사랑하는 마음이 있는 아이들은 부모에게 상처가 될까 봐 두렵고 (중략) 비밀 보장이 안 되는 것이기 때문에 열 명 중에 한, 두 명 정도는 저에게 등을 돌려요. 전화도 안 받고 학교에서 마주쳐도 무시해요. (참여자 3)

자해 청소년 상담 시 고려사항

연구에 참여한 상담자들은 끊임없는 교육과 자문, 수퍼비전을 통해 자기 성찰과 연구 활동을 지속하고 동료들과 협력하며 어려운 상황을 이겨내기도 하였다. 또한 내담자와의 신뢰관계를 바탕으로 안정적이고 공감적인 상담 관계를 유지하면서 흔들림 없는 모습으로 내담자를 믿고 상담을 이끌어야 하며, 서로 존중할 수 있는 거리를 유지하면서 치료를 함께 하는 것이 필요하다고 판단했다. 이를 통하여 스스로 비자살적 자해 중단의 동기와 의지를 강화하여 상담 목표를 달성할 수 있었다고 회상했다. 한편, 모든 참여자들은 면담의 후반부에서 청소년들이 자신의 감정을 해소할 수 있는 적응적인 대안 마련이 시급하다고 강조했다. 그러나 현실에서의 제약은 많고 대안은 적으며 청소년 주위에 모델링할 수 있는 어른들이 별로 없음을 안타까워했다. 이를 위해 양육자는 안정적인 가정환경과 일관된 양육태도를 제공하고 아이들이 성장하면서 커져갈 스트레스를 올바른 방법으로 해소하는 법을 배울 수 있도록 해야 한다

고 전했으며, 다양한 대안 마련을 위한 제도와 정책의 필요성에 대해서도 언급하였다. 성인들이 아이들에게 대안을 마련해 줄 의무가 있음을 강조하며 면담이 마무리되었다.

인간 안에는 어떻게든지 힘듦을 처리해 내려고 하는 기능들이 탑재되어 있는 거예요. 개인의 입장에서 보면 살기 위한 노력들이예요. (중략) 우리가 이렇게 다양하게 이야기하고 있고 다양한 방법으로 나 스스로를 구하고 있다는 생각이 들었고, 내가 뭔가를 더 해야겠다는 생각을 내려놓게 돼요. 살아왔기 때문에 살아갈 거예요. 다만 거기서 자해를 빼고 싶은 거죠, 우리가 내담자를 좀 믿고.....(참여자 4)

엄마 아빠가 위협요인인 경우가 제일 많아서 엄마 아빠한테도 어느 정도는 허용선이나 애가 싫어하는 것들은, 일단은 스트레스 상황은 빼줘야 하기 때문에 그런 것은 빼달라고 얘기를 하죠. (중략) 스트레스 상황만 없어도 확 줄어요. 뭐 좋게 보살펴주지 않아도 줄고요, 자유롭게 놔두기만 해도 훨씬 덜해요. (참여자 7)

자해인지 자살 의도인지를 구분해야겠다는 생각이 들고 대안이 있다고 하면 충분히 좋아진다는 생각이 들기는 하는데 이 친구들이 해결 방법들이 없다는 생각이 들어요. 자꾸만 자극적이고 음성적이고... (중략) 그 경험을 하면 또 하게 되거든요. 우리 청소년들한테는 지금 대안이 너무 없는 느낌이에요. 그래서 하지 말라는 건 많은데 그거 말고 뭘 해야 할지는 제시가 너무 없는 것 같아요. (참여자 5)

비자살적 자해 청소년 상담 개입 경험의 일반적 구조

전체 참여자들의 관점에서 파악한 경험을 통합하여 비자살적 자해 청소년 상담 개입 경험의 일반적인 구조(Giorgi, 2004)를 기술하면 다음과 같다.

연구 참여자들은 상담 훈련 과정에서 습득한 전문 지식과 상담 경험을 바탕으로 내담자들의 현재 기능을 파악하고 자살 위험성을 평가하여 내담자에 대한 정확한 이해를 바탕으로 한 치료 계획을 수립하기 위해 노력하였다. 이 과정에서 자해 행동의 이면 동기를 파악하고 자살과 비자살적 자해를 구분하여 상담 전략을 수립함으로써 효과적인 상담개입의 기틀을 마련하고자 하였다. 그러나 내담자의 개별적 특성과 이들을 둘러싼 상황과 환경의 고유성으로 인해 기존의 지식과 경험만으로는 개입의 방향과 방법을 정하는 것에 어려움을 느끼기도 하였다. 그럼에도 불구하고 내담자를 돕고자 하는 강한 의지와 자해 증상 완화에 대한 희망을 놓지 않고 성찰과 자문의 과정을 거치며 상담을 이어갔으며, 이 과정에서 효과적인 상담개입 방안에 대한 경험적 지식을 쌓아가게 되었다. 내담자의 상태와 상황에 따라 약물치료나 병원 치

료를 병행하며 상담을 진행하였으며 자해 행동의 감소를 위한 안전계획을 수립하고 내담자가 즉각적이고 쉽게 이행할 수 있는 대처 행동을 탐색하였다. 이와 동시에 내담자의 과거 경험과 자해 행동을 객관화하여 이에 대한 통찰을 이끌었으며 공감적 이해를 바탕으로 내담자가 부정적 감정을 해소할 수 있도록 개입하였다. 또한 내담자의 자원과 강점을 지지하여 내담자 스스로 자신의 힘을 믿을 수 있도록 도운 결과, 자해 행동이 감소하는 것을 관찰하였다. 아울러, 자해행동이 줄어들기 위해서는 주변인들의 도움이 필요하다고 판단하여 내담자의 가족이나 친구, 선생님 등이 적극적으로 협조할 수 있도록 요청하기도 하였다.

작은 변화가 시작되는 것이 반갑기도 하였으나, 예기치 못한 어려움과 장벽을 경험하며 참여자들은 당황하기도 하였다. 비밀 보장의 한계를 설명하는 과정에서 내담자가 강하게 거부감을 표현하거나 상담에 오지 않는 경우가 발생하기도 하였다. 또한 청소년 내담자의 상태를 알리거나 부모의 협조를 요청하는 과정에서 많은 부모들이 무관심하고 거부적인 태도로 일관하거나 상담자와 내담자를 비난하여 상황이 악화되기도 하였다. 이러한 상황에도 상담자들은 상담 과정을 돌아보고 상담자 자신에 대해 성찰하며, 동료들의 지지를 발판 삼아 의연한 태도를 유지하며 포기하지 않았다.

내담자의 자해행동이 완화되며 비교적 성공적으로 상담을 종결한 참여자들은 상담 경험을 바탕으로 향후 비자살적 자해 청소년과의 상담에서 염두에 두어야 할 점들을 정리해 보았다. 지난 상담을 돌아보며 전문가로서의 자신의 한계를 알고 인정하며, 내담자에 대한 믿음을 갖는 동시에 내담자와 적당한 거리를 유지하였으며, 어려운 상황을 맞닥뜨릴 때 혼자 힘으로 버티기보다는 전문가의 자문이나 슈퍼비전을 구하는 것이 필요하다는 점을 배우게 되었다. 무엇보다 내담자 자신의 의지가 변화의 동력이라는 점을 체감하였고, 가족의 관심과 수용을 이끌어내는 것이 매우 중요하며, 거시적으로는 자해 청소년들에 대한 초기 대응과 그들이 스트레스를 효과적으로 다룰 수 있도록 돕기 위한 교육적, 정책적, 제도적 노력이 병행되어야 한다는 점을 깨닫게 되었다.

논 의

본 연구는 비자살적 자해 청소년을 상담한 경험이 있는 상담자들을 대상으로 비자살적 자해 청소년과의 상담에서 경험한 그들의 경험적 지식을 탐색하는데 그 의의가 있다. 이를 위하여 최근 1년 이내에 만 12세에서 만 24세까지의 비자살적 자해 청소년 상담을 중단이나 조기 종결 없이 종결한 경험이 있는 상담 경력 3년 이상의 상담자 8명을 대상으로 개별 면담을 진행하여 자료를 수집하였다. Giorgi의 현상학적 연구 방법으로 자료를 분석한 결과, 4개의 상위 범주와 21개의 범주, 53개의 의미단위가 도출되었다. 해당 연구 결과와 관련된 주요 논

의는 다음과 같다.

첫째, 연구에 참여한 상담자들은 내담자에 대한 진단과 평가를 통해 상담개입의 방향을 설정했다. 연구 참여자들은 내담자의 증상과 현재 기능 수준을 알아보고 자해 양상에 따른 치명도를 측정하였으며 위험요인과 보호요인 등을 확인하여 위험성을 파악하였다. 다수의 연구들에서 비자살적 자해가 자살행동의 예측 요인으로 작용하는 것(Guan, Fox & Prinstein, 2012; Klonsky, May & Glenn, 2013)으로 나타났으며, 비자살적 자해를 하는 청소년의 70.8%는 실제 자살 의도가 있었던 것(Nock & Kessler, 2006)으로 조사되었다. 이러한 선행연구들에 기초하여 비자살적 자해일지라도 자살시도에 준하는 위험성을 수반하기 때문에 상담자는 내담자의 자살 위험성을 함께 평가하고 대비할 필요가 있음이 드러났다. 따라서 본 연구를 통해 내담자의 자살 위험 정도와 자해 의도를 파악하여 위기 개입에 대비하고 이에 적절한 상담 전략을 수립하는 것이 필요한 것으로 나타났다. 자해 청소년을 상담할 때는 내담자의 자해에 대한 충분한 정보 수집이 중요하며(Zila & Kiselica, 2001), 자해에 대한 질문 목록을 통해 비자살적 자해의 상황과 심각성에 대해 평가하는 것(Garisch, Wilson, O'Connell & Robinson 2017; Plener et al., 2016)은 정확한 진단과 평가를 바탕으로 상담의 구체적인 개입 방안을 설정하는 데 필수적이라고 할 수 있다. 이러한 맥락에서 연구 참여자들은 상담 초기에 자해행동의 원인과 자해행동 이면에 담긴 내담자의 자해 동기 등을 파악하였으며 이는 효과적인 상담 개입을 위하여 매우 중요한 것으로 드러났다. 자해 상담 시, 어떠한 동기에서 자해를 하는지 파악해야 차별적인 치료적 개입이 가능하다는 선행연구(권혁진, 권석만, 2017; Martinson 2002)의 제안과 같이 본 연구에서도 내담자의 자해 동기에 따라 상담자의 상담 목표와 전략은 차이를 보였다. 비자살적 자해를 하는 청소년들은 자해를 통해 사람들의 관심을 불러오려는 의도를 보였으며, 자신을 다치게 하여 비난을 피하는 도구로 사용하기도 하고, 자기 처벌을 하거나 신체적 고통을 통해 살아있는 감각을 느끼기 위하여 자해를 하기도 했다. 이러한 결과는 몸에 상처 새김을 통해 자기 처벌과 자기혐오를 표현(Zila & Kiselica, 2001)) 하거나 마비감을 완화시키고, 살아있음을 느끼기 위해 자해를 하게 된다는 기존 연구들의 결과와 일치하며(안영신, 송현주, 2017; Klonsky 외, 2007), 청소년들이 자신의 감정을 말로 표현하지 못할 때, 압도적으로 느끼는 강력한 감정을 표현하거나 정서적 고통을 완화하기 위해 자해 행동으로 표현한다는 Crowe와 Bunclark(2000)의 연구와도 맥을 같이한다. 또한 부모나 또래의 관심이나 집중을 받고 싶은 욕구가 좌절됐을 때 자해 행동이 강화(서미 외, 2019)된 것으로 밝혀졌다. 이와 같이 본 연구에서는 자해 청소년들이 자신의 삶을 끝낼 목적이 아니라 정서적 고통이나 불편감을 경감시키기 위한 하나의 대처 기제(coping mechanism)로서 자해를 사용한다고 보고한 선행연구(안영신, 송현주, 2017; 이동훈 외, 2010; Fox & Hawton, 2004; Suyemoto, 1998)를 지지하는 결과를 보여주었다. 뿐만 아니라, 자해 동기를 파악하는 과정은 비자살적 자해를 판단하는 과정과 함께 내담자에게 적합한 상담 전략을 수립하여 효

과적인 상담 개입을 구조화하는데 필수적인 절차임을 확인할 수 있었다.

둘째, 효과적인 상담을 위한 상담자의 개입방법은 몇 가지의 공통적인 형태로 나타났다. 본 연구에 참여한 상담자들은 자해행동을 하는 내담자에 따라 약물치료를 병행하거나 전문기관과 협력하여 다각적인 접근을 함으로써 상담 효과를 높이고 증상 완화에 도움을 주는 것으로 나타났다. 또한 연구 참여자들은 자해행동이 유발될 수 있는 상황과 자해 신호를 내담자와 함께 탐색하여 내담자가 이를 인식할 수 있도록 하였으며, 자해행동으로 이어지지 않도록 내담자가 빠르고 쉽게 이행할 수 있는 대처 방법들을 함께 고민하며 안전 계획을 수립하였다. 이 과정에서 가장 효과적인 방법은 자해사고가 일어날 때 외부로 이동하거나 누군가와 대화를 하는 것이었으며, 감정이 최고조에 이르는 몇 분 동안 만이라도 주의를 분산시킴으로써 자해행동으로 이어지는 것을 막을 수 있었다.

자해를 하는 사람들은 자신의 불편하고 강렬한 감정을 언어화하는 데 어려움을 경험하기 (Pipher, 1994; Winnicott, 1989) 때문에 상담에서 부정적 감정을 표현하고 이를 해소함으로써 자해행동을 중단할 수 있는 것으로 밝혀졌다. 연구 참여자들은 자해 청소년에게 자신의 자해 행동에 대해 충분히 설명하게 함으로써 스스로 회복에 대한 힘과 통찰을 얻고 자해 행동을 그만두게 하는 상담전략(이동훈 외, 2010; Martinson, 2002)을 수립할 수 있도록 내담자들에게 일어났던 사건과 감정을 면밀히 탐색하였다. 이와 같은 과정 전반에서 참여자들은 공감적이고 수용적인 태도로 함께 하였으며 내담자가 자신의 감정을 수용하고 이해하며 해결되지 못했던 자신의 감정에 대한 애도 작업을 함께 함으로써 내담자들이 자해행동으로부터 자유로워질 수 있었던 것으로 나타났다. 이처럼 내담자의 감정 처리에 대한 구체적인 방법을 제시한 것은 본 연구의 고유한 발견이라고 할 수 있다.

또한 자해하는 청소년들은 사회적으로 고립되어 있는 경우가 많기 때문에(Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson, & Boergers, 2001) 자해 내담자의 경험을 객관화하는 작업을 진행하면서 자해 행동이 감소되거나 소거되는 것을 경험하였다. 사회적 고립으로 다양하고 적응적인 의사소통이 부족하고, 자신의 경험을 객관화하지 못하는 경향이 있는 자해 청소년들에게 자신의 문제와 상대방의 문제를 일깨워 자기 비하를 멈추게 하거나, 자신의 자해 행동의 이유를 통찰하게 하는 것은 자해 행동의 완화에 매우 효과적이었으며 본 연구에서 확인한 고유한 발견이라고 할 수 있다.

연구 참여자들은 여기에서 한 발 더 나아가 자해 청소년들의 자원과 강점을 탐색하여 그들이 긍정적인 자아개념을 형성할 수 있도록 지지하였다. 자해 청소년들은 자신의 삶의 방향에 대해 고민하고, 계획을 세우고, 이를 실행하는 과정을 통해서 자기효능감과 자존감을 회복하고 자신을 위한 미래를 설계할 수 있었다. 이러한 연구결과는 Nathan(2004)이 자해 상담에 있어서 라포 형성, 모호함을 견디기, 힘든 감정과 경험에 대한 타당화를 토대로 한 치료적 관계를 강조한 점과 '청소년 자살 및 자해 상담 개입 매뉴얼'(서미 외, 2018)에서 제시한 상담개

입 시 버텨주기, 깊은 공감 및 수용 등의 상담기법과도 일맥상통하는 것이다.

변증법적 행동치료(Gonzales & Bergstrom, 2013; Linehan, 1993)와 인지행동치료(Cognitive Behavior Therapy; CBT)가 오랫동안 사용되어 온 치료법이며 비자살적 자해의 치료에 효과적(Brausch & Girresch, 2012; James, Taylor, Winmill, & Alfoadari, 2008; Koons et al., 2001), (Muehlenkamp, 2006; Washburn et al., 2012)이라는 선행 연구들의 결과와 인지행동 치료를 기반으로 자해 상담 매뉴얼(서미 외, 2018)이 개발된 바와 같이, 비자살적 자해 청소년 상담 시 정서적 개입과 함께 행동적 개입이 필수적이라는 점은 본 연구를 통해서도 드러났다. 이는 비자살적 자해에 대한 충동을 통제하고, 부정적인 정서가 자해에 미치는 영향을 조절하거나 자신의 감정을 생산적이고 적응력 있는 대안적 기술을 습득하도록 도울 필요가 있다(권경인, 김지영, 2019)는 점에서 대안적 기술 습득을 위해 행동적 개입이 불가피함을 시사한다. 상담자들은 안전계획 수립 과정에서 내담자가 대처할 수 있는 행동을 마련하도록 돕거나, 행동적 개입이 효과적으로 작용할 수 있는 시점에 이를 적용하여 자해행동을 대신할 수 있는 방안을 마련하였다. 효과적인 대처 행동으로는 손목에 고무줄을 착용하여 자해 욕구가 발생 시 튕기거나 창문 열기, 밖으로 나가기, 가족이나 친구 등 가까운 사람에게 연락하기 등이 있었는데, 자해 행동에 효과적으로 작용했던 구체적인 대처방안을 조사했다는 점에서 본 연구 결과에 의의가 있다. 반면, 다수의 자해 청소년들은 가정불화와 대인관계 문제로 도움을 줄 수 있는 사람을 찾는 것에 어려움을 겪었기 때문에 상담자와 연락망을 형성하여 위기 상황에 대비할 수 있도록 조치하는 경우도 있었다. 청소년들은 상담자에게 연락을 취하는 과정에서 감정을 추스르거나 자해행동을 지연하여, 상담 도구로서의 상담자 역할의 중요성과 함께 상담자의 적극적인 개입이 상담효과에 영향을 미침을 시사하였다.

상담자들은 상담실 내에서뿐만 아니라 내담자의 주변 사람들에게 협조를 요청하는 방법을 통해 다각적인 개입을 시도하였다. 청소년들에게 가정의 영향력은 매우 크다고 볼 수 있으며 가정불화나 부모와의 갈등이 자해의 위험요인인 경우도 다수 존재하였다. 상담자는 부모 면담을 통해 필요한 치료 및 가정환경의 개선을 요청하고 부모 상담이나 가족 상담을 진행하기도 하였다. 본 연구에서 연구 참여자들이 경험한 부모의 태도 변화는 내담자의 상태를 호전시키는데 상당한 효과를 보였다. 그러나 부모로부터 협조를 구하기 어려운 경우도 있었다. 이러한 경우에는 내담자가 물리적, 심리적으로 가깝게 느끼는 사람들에게 내담자를 지켜보도록 하였으며 구체적으로 도움을 줄 수 있는 방법을 상담자가 제시하고 요청하였다. 이는 지지적인 부모와 또래집단이 그들의 좌절, 분노, 긴장, 공허, 자기 분리의 감정을 원활하게 소통하도록 도울 수 있는 중요한 대리인(Yip, Ngam, Lam, 2002)이라는 점에서 선행연구의 결과와 일맥상통하며, 상담자가 내담자의 인적자원을 활용하여 일상생활의 공간에서 내담자를 보호하고 지지할 수 있는 인적 체계를 구성하는 것이 효과적이라는 점을 보여주는 결과로, 선행연구와는 차별적인 본 연구의 고유한 발견이라고 할 수 있다.

셋째, 본 연구를 통하여 비자살적 자해 청소년 상담의 효과를 저해하는 방해요인을 탐색할 수 있었다. 알려진 바와 같이 많은 자해 행위자들은 자신의 상처를 의식하고 있으며, 타인에게 그들의 상처를 감추기 위하여 노력하는 자신의 행동에 죄책감을 느끼기도 한다(Mental Health Foundation, 2006). 이러한 선행연구와 같은 맥락에서 자해를 시도한 내담자의 상처나 자해행동 자체에 집중하는 것은 상담에 도움이 되지 않는다는 점이 본 연구를 통해서도 확인되었다. 반면에 다른 사람들의 관심을 불러일으키거나 조종하려는 자해 동기를 가진 경우 주변 사람들이 내담자의 자해행동을 강화할 수 있어 상담의 흐름을 방해하는 것으로 나타났다.

청소년 내담자가 자신을 해하는 위협에 노출될 경우, 상담자는 내담자의 보호자에게 알리고 내담자를 보호해야 한다. 내담자가 이를 거절한다 할지라도, 부모나 관련된 사람에게 연락해야 한다(Froeschle & Moyer, 2004)는 선행연구를 통해서도 알 수 있듯이 청소년의 자해행동은 생명존중 윤리에 위배되는 행동으로 상담자는 이에 대해 보호자에게 고지할 의무가 있다. 그러나 연구 참여자들의 경험에 따르면 보호자 고지 시 부모의 비난과 질책으로 더 심한 갈등을 유발하기 때문에 내담자들과 보호자 고지에 완강히 반대하였으며, 상담자가 의무를 이행하는 경우 상담자에게 배신감을 느끼고 상담에 오지 않는 경우가 발생하기도 하였다. 따라서 시간을 가지고 내담자를 설득하면서 보호자에게 구체적인 협조를 요청하며 고지하는 것이 효과적인 것으로 밝혀졌다.

한편, 자해 상담에서 상담자들은 비협조적인 부모의 태도에 따른 어려움을 겪게 되는데(권경인, 김지영, 2020; 서미 외, 2018) 보호자에게 고지 시, 비협조적인 자세로 일관하는 보호자의 태도는 효과적인 상담을 방해하는 요인으로 작용했다. 부모의 정서적 박탈, 역기능적 가정 등이 위험요소로 작용할 수 있다(이진규, 조성희, 2020; Martinson, 2002)는 선행 연구의 결과와 같이 본 연구에서도 부모의 비협조는 정서적 방임과 정서적 학대의 형태로 대부분 나타났는데, 부모의 무관심과 비협조적인 태도는 자해행동의 원인이자 유지 요인으로 작용하며 내담자의 상태를 악화시켰다. 대부분의 비자살적 자해 청소년들이 가정에서의 어려움을 호소하고 있기 때문에 이에 대한 대안과 조치가 필요한 것으로 나타났다.

이 외에도 상담 과정 중에 내담자의 증상이 악화되거나 자해행동 이외의 문제를 수반하기도 하였다. 이러한 경우 상담 목표와 전략이 불가피하게 수정되었으며 상담자가 혼란을 겪는 등 원활한 상담 진행을 방해하는 경우도 있었다. 따라서 비자살적 자해 청소년을 상담하는 상담자들은 이러한 방해 요인을 사전에 점검하여 이에 대한 예방과 대책을 마련하는 것이 필요하며, 상담 과정에 대한 이해와 통찰을 통하여 혼란에 빠지지 않도록 스스로를 통제함으로써 상담 시 발생할 수 있는 방해 요인에 대비가 필요하다는 것이 본 연구를 통해 확인되었다.

마지막으로 연구 참여자들이 효과적 상담개입을 위해 언급한 고려 사항은 다음과 같다. 먼저, 관계 경험이 취약한 비자살적 자해 내담자에게 제공하는 안정된 관계 경험은 내담자가

고통의 세계를 탐험할 수 있는 안전한 기반을 제공해 줄 수 있다(Farber, Lippert, & Nevas, 1995; Mallinckrodt, 2010)는 점에서 내담자와의 견고한 치료 동맹과 적당한 거리 유지를 통해서도 존중하며 신뢰할 수 있는 관계를 형성하는 것은 상담효과에 지대한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이처럼 상담자와의 안정된 상담 관계는 비자살적 자해 내담자에게 개입하는 데 있어 매우 중요한 상담자의 핵심 역량이자 촉진제로써(권경인 외, 2019; Levitt, Butler, & Hill, 2006; Walsh, 2007) 치료 동맹을 통해 내담자의 불안을 감소시키고 감정 표현을 촉진하기 위한 수단으로 활용할 수 있다(De Stefano et al., 2012). 이 같은 맥락에서 참여자들은 살아가기 위한 수단으로 자해를 선택한 내담자를 이해하고 이들에 대한 믿음을 가지고 상담을 진행하는 것이 치료에 효과적임을 본 연구를 통해 확인할 수 있었다. 상담자들이 경험하는 자해 상담의 어려움과 대처방안에 대한 연구에서 상담자들은 동료의 지지와 수퍼비전을 통해 어려움을 극복하는 것으로 나타났다(권경인, 김지영, 2020). 이러한 맥락에서 자해 상담을 진행하는 상담자들은 상담자는 전문가로서 자신의 한계와 전문 영역을 인식하여 개입하고, 상담 진행 과정에서 예기치 못한 사건이 발생할지라도 상담 과정을 돌아보며 상담 과정에 대한 확신을 가지는 것이 필요함을 인식하였다. 아울러 상담자는 자해 상담에서 일어나는 상담자 내면의 역동을 통찰하고 통제하며 교육과 자문, 수퍼비전 등을 통해 효과적인 상담을 위해 노력하는 것이 상담에 영향을 미치는 것임을 실감하였다. 이는 상담자 자신의 성장에 도움을 줄 뿐만 아니라 내담자의 성장을 함께 도모하여 상담효과에도 영향을 끼친다는 점에서 중요한 의의가 있다.

비자살적 자해 행동을 하는 청소년은 상담을 통해 도움을 받고 싶고, 유사한 경험을 하고 있는 친구들과 대화를 하는 등 변화에 대한 욕구와 믿음이 있었다(서미 외, 2019)는 선행 연구 같은 맥락에서 자해 청소년들의 자해행동 극복에 대한 스스로의 의지와 자발성이 상담효과에 긍정적인 영향을 미친다는 점이 본 연구를 통해서 나타났다. 이에 상담자는 자해 청소년에게 의사소통 능력과, 불쾌한 감정을 다루는 방법을 교육할 필요가 있다(Yip, 2005)는 점을 확인할 수 있었다. 가정에서는 자녀가 자해 행동을 보일 경우 자녀의 증상을 수용하고 이해하려는 노력과 함께 상담자의 요청에 적극 협조하여 치료에 동참하는 자세가 도움이 되는 것으로 나타났다. 아울러 참여자들은 가정에서 안정된 양육 환경을 제공하고 지나친 간섭과 강요를 삼가는 것이 자해 예방과 치료의 도움이 된다고 언급했다. 이는 가족의 지지가 자해의 시작, 유지, 중단에 가장 중요한 영향을 미치는 변인이며(Tatnell et al., 2014), 부모가 관심을 가지고 자녀에게 다가가 자해의 동기가 무엇인지 파악하고, 이들의 감정 상태를 이해하며 그 상황에서 자녀의 감정이 당연한 것임을 인정하는 노력이 필요하다(이동훈 외, 2010)는 선행연구를 통해서도 확인할 수 있다.

자해행동은 다른 대안적 선택이 부재한 상황에서 반복되는 특성을 지니고 있으며(김수진, 2015) 강한 중독성을 보이기 때문에 자해행동에 대한 예방과 초기 개입은 매우 중요하다는

것을 본 연구의 결과를 통하여 확인할 수 있었다. 사회적 지지가 자해행동에 강력한 보호요인으로 작용(김수진, 2017)하는 만큼 가정과 학교, 사회에서는 청소년들에게 지속적인 관심을 가지고 자해행동을 예방하며 초기에 적극적으로 개입함으로써 상태를 악화시키지 않도록 청소년들에게 관심을 기울일 필요가 있다.

본 연구를 통해 몇 가지 예상되는 시사점을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 결과는 비자살적 자해 청소년을 상담하는 상담자들을 위한 기초 자료로 활용할 수 있으며, 비자살적 자해 청소년 상담에서 주목해야 할 부분들에 대해서 논의한 내용들은 상담자들의 구체적인 상담 전략을 수립하는 데 도움을 줄 것으로 예상된다. 둘째, 본 연구에서는 효과적인 상담 개입뿐만 아니라 상담을 방해하는 요인들에 대해서도 조사하였는데 상담 전략 수립 시에 이를 고려하여 대비함으로써 방해요인으로 인한 영향을 최소화할 수 있다는 점에서 의의가 있다. 또한 내담자 요인에 따라 달라지는 상담 방해 요인에 대해 예측하고 점검을 실시하여 사전에 대책 마련을 위한 시도를 할 수 있다. 셋째, 본 연구를 통해 비자살적 자해 청소년 상담에서 주변의 관심과 가정에서의 협조가 증상 완화에 영향을 끼치며 반대의 경우 악영향을 끼칠 수 있는 것으로 나타났다. 따라서 가정과 학교, 사회의 세심하고 지속적인 관심이 필요하며 현장 상담자들의 목소리를 통해 비자살적 자해행동을 예방·중단할 수 있는 방법에 대한 구체적이고 실행 가능한 사회적 제도 개선과 정책을 모색해야 한다는데 시사점을 제공한다. 이러한 본 연구의 의의에도 불구하고 나타나는 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에 참여한 연구 참여자 8명의 분석 결과를 통해 비자살적 자해 청소년 상담에서 상담자들이 제시한 효과적인 상담개입에 대한 일반화를 하는 것에는 한계가 있다. 이에 후속 연구에서는 이론의 일반화를 위하여 다수의 상담자를 대상으로 자료를 수집하여 양적 연구 검증을 시도할 필요가 있다. 둘째, 본 연구는 비자살적 자해 청소년 상담에 참여한 상담자들의 경험에 중점을 두고 분석을 진행하여 상담자들의 상담 개입에 대해 확인할 수 있었으나, 상담자의 상담 경력, 소속기관, 상담자의 전문분야와 이론적 접근 등에 따라 상담자의 개입이 달라질 수 있을 것으로 사료된다. 따라서 후속 연구에서는 보다 풍부한 자료를 위하여 상담자 개인의 배경에 따라 변화하는 주관적이고 다각적인 경험을 탐색하여 분석하는 것이 필요할 것으로 보인다. 셋째, 본 연구에서는 연구 참여자들이 상담한 비자살적 자해 청소년 내담자의 연령과 성별 등을 구분하지 않고 자료를 수집하였다. 자해 청소년을 대상으로 상담에서는 자해 청소년의 발달 수준도 함께 고려되어야 하며(Crowe 외, 2000), 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 자해의 발생 빈도가 높다(Conterio & Lader, 1998; Ross & Heath, 2002)는 점에서 중기 청소년과 후기 청소년의 자해행동에 어떠한 유사점과 차이점이 있는지 비교해 보고, 내담자의 성별이나 발달적 조건에 따라 상담 개입에도 차이가 있는지 확인할 필요가 있다.

참고문헌

- 권경인, 김지영 (2019). 청소년 비자살적 자해 위기상담 경험에 관한 현상학 연구: 상담자 경험을 중심으로. 상담학연구, 20(3), 369-393.
- 권경인, 김지영 (2020). 청소년 비자살적 자해상담 경험에 대한 현상학 연구: 상담자의 어려움과 대처방안을 중심으로. 청소년상담연구, 28(1), 269-291.
- 권혁진, 권석만 (2017). 한국판 자해기능 평가지(The Functional Assessment of Self-Mutilation)의 타당화 연구: 대학생 중심으로. 한국심리학회지: 임상심리 연구와 실제, 3(1), 187-205.
- 김수진 (2015). 비자살적 자해와 애착 연구 개관: 국외 연구를 중심으로. 인간발달연구, 22(3), 1-24.
- 김수진, 김봉환 (2015). 청소년 내담자의 반복적 자해행동의 의미탐색: '고통으로 고통을 견디기'. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 27(2), 231-250.
- 김수진 (2017). 비자살적 자해의 위험요인과 보호요인 개관. 청소년학연구, 24(9), 31-53.
- 김지윤, 조영희, 김성연, 이동훈 (2020). 대학생의 자해 중단 경험에 대한 사례연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 32(2), 971-996.
- 보건복지부 (2019). 온라인 자살유발정보 이제 그만. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=350160&page=1
- 서 미, 김은하, 이태영, 김지혜 (2018). 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 자살·자해편. 한국청소년상담복지개발원.
- 서 미, 김지혜, 이태영, 김은하 (2019). 비자살적 자해와 극복과정 경험에 대한 질적 연구: 상담경험이 있는 청소년을 대상으로. 상담학연구, 20(4), 179-207.
- 성요안나, 배유빈, 김소정 (2019). 비자살적 자해에 대한 국내연구 개관: 2000-2018년 연구들을 중심으로. 인지행동치료, 19(2), 251-280.
- 박문숙, 서영석, 안하얀 (2020). 특성화고등학교 남학생들의 비자살적 자해 실태 및 동기에 관한 연구. 청소년상담연구, 28(1) 459-491
- 안영신, 송현주 (2017). 청소년의 비자살적 자해행동에 관한 연구. 정서·행동장애연구, 33(4), 257-281.
- 이동귀, 함경애, 배병훈 (2016). 청소년 자해행동: 여중생의 자살적 자해와 비(非)자살적 자해. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 28(4), 1171-1192.
- 이동훈, 양미진, 김수리 (2010). 청소년 자해의 이해 및 특성에 대한 고찰. 청소년상담연구, 18(1). 1-24.
- 이진규, 조성희 (2020). 중학생의 비자살적 자해 경험 연구. 청소년상담연구 28(2) 233-255.
- 최영희 (1993). 질적간호연구. 서울: 수문사, 269-341.

한겨레21 (2018). 중고생 7만 여명 “자해 경험”…우리 아이는 상관없다고요?

http://h21.hani.co.kr/arti/cover/cover_general/46167.html

한국청소년상담복지개발원(2019). 청소년상담이슈페이퍼

https://www.kyci.or.kr/fileup/issuepaper/IssuePaper_201902.pdf

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®). American Psychiatric Publication.

Brausch, A. M., & Girresch, S. K. (2012). A review of empirical treatment studies for adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(1), 3-18.

Bresin, K., & Gordon, K. H. (2013). Changes in negative affect following pain (vs. nonpainful) stimulation in individuals with and without a history of nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 62.

Conterio, K., Lader, W., & Bloom, J. K. (1998). *Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion.

Crowe, M. & Bunclark, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12(1), 48-53.

De Stefano, J., Atkins, S., Noble, R. N., & Heath, N. (2012). Am I competent enough to be doing this?: A qualitative study of trainees' experiences working with clients who self-injure. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(3), 289-305.

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.

Farber, B. A., Lippert, R. A., & Nevas, D. B. (1995). The therapist as attachment figure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 204.

Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.

Fox, C. & Hawton, K. (2004). *Deliberate self-harm in adolescence*. London: Gaskell Publications.

Froeschle, J. & Moyer, M. (2004). Just cut it out: Legal and ethical challenges in counseling students who self-mutilate. *Professional school counseling*, 7(4), 231-235.

Gall, B., Borg, W., & Gall (1996). *Educational research: An introduction(6th ed.)*. New York, NY: Longman.

Garisch, J. A., Wilson, M. S., O'Connell, A., & Robinson, K. (2017). Overview of assessment and treatment of non-suicidal self-injury among adolescents. *New Zealand*

- Journal of Psychology*, 46(3), 98-105.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research*. (신경림, 장연집, 박은숙, 김미영, 정승은 역. 현상학과 심리학 연구). 서울: 현문사.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenology method as a qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-261.
- 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.
- Gonzales, A. H., & Bergstrom, L. (2013). Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(2), 124-130.
- Guan, K., Fox, K. R., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 842-849.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1062-1069.
- Halicka, J., & Kiejna, A. (2018). Non-suicidal self-injury(NSSI) and suicidal: criteria differentiation. *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University*, 27(2), 257-261.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behaviour therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm(DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13(3), 148-152.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide?* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kim, M., & Yu, J. (2017). Factors Contributing to Non-suicidal Self Injury in Korean Adolescents. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 28(3), 271-279.
- 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., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of*

- Abnormal Psychology*, 122(1), 231.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Selfinjury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ... & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371-390.
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What patients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262-270.
- Martinson, D. (2002). What self-injury is, <http://buslist.org/injury.html>
- Mental Health Foundation and Camelot Foundation (2006). *Truth hurts: report of the National Inquiry into self harm among young people*. London: Mental Health Foundation.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Nursing research: The application of qualitative approaches*. Nelson Thornes.
- Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 166-185.
- 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.
- Nathan, J. (2004). In depth work with patients who self-harm: Doing the impossible? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 18(2), 167-181.
- 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(1), 339-363.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616.
- 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.
- Pipher, M. (1994). *Revising ophelia: Saving the lives of adolescent girls*. New York: Ballantine.
- Plener, P. L., Brunner, R., Fegert, J. M., Groschwitz, R. C., In-Albon, T., Kaess, M., & Becker, K. (2016). Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1), 46.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors. *Self-injurious behaviors, assessment, and treatment*, 1-28.
- Skegg, K. (2005). Self-Harm. *The Lancet*. 336(9495), 1471-1483.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885-896.
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759-769.
- Valencia-Agudo, F., Burcher, G. C., Ezpeleta, L., & Kramer, T. (2018). Nonsuicidal self-injury in community adolescents: A systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *Journal of Adolescence*, 65, 25-38.
- Walsh, B. W. (2007). Clinical assessment of self injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1057-1068.
- Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. (이동훈 역. 자해 치료 실무지침). 서울: 박영스토리.
- Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 14.
- White, V. E., Trepal-Wollenzier, H., & Nolan, J. M. (2002). College students and self-injury: Intervention strategies for counselors. *Journal of College Counseling*, 5(2), 105-113.
- Winnicott, D. W. (1989). *Psychoanalytic explorations*. London: Karnac.
- Yip, K. S. (2005). A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 80-86.

- Yip, K. S., Ngan M. Y., Lam I. (2002). An explorative study of peer influence and response to adolescent self-cutting behavior in Hong Kong. *Smith Studies in Social Work*, 72, 379-401.
- Zila, L. M., & Kiselica, M. S. (2001). Understanding and counseling self mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development*, 79(1), 46-52.

A Qualitative Study of Counselors' Experiences Working with Non-Suicidal Self-Injury Adolescents

Oh, Yun-Seo

Jang, Yoo-Jin

Hanyang University

Given that adolescent self-injury has become a widespread societal problem, this study qualitatively examined the experiences of counselors who successfully worked with non-suicidal self-injured adolescents. For this purpose, in-depth individual interviews were conducted with eight counselors who had treated such adolescents within a year prior to the the interview. Participants were recruited using the snowball method. Data were analyzed by the Giorgi phenomenological research method. As a result, 4 top categories, 21 categories, and 53 semantic units were derived. Participants disc;osed methods of diagnosis and evaluation, factors that interrupted counseling, and interventions that worked effectively. In addition, they shared their experiential knowledge about the factors that should be taken into account when counseling non-suicidal self-injury adolescents. Based on the findings, implications and limitations of this study were discussed.

Key words : Youth counseling, Non-suicidal Self-injury, Counselors' Experiences, Phenomenological Research