

# 상담자의 내담자 자살 사망 경험에 관한 국내외 문헌고찰

손 유 미

가톨릭대학교 심리학과 박사과정

정 남 운<sup>†</sup>

가톨릭대학교 심리학과 교수

내담자의 자살은 상담자에게 두렵고 고통스러운 일이다. 상담자는 내담자의 자살을 막기 위해 최선을 다하지만, 내담자 자살은 발생하고, 이는 상담자의 직업 영역에서 받아들여야만 하는 한계이다. 내담자를 자살로 상실한 상담자를 자살생존자로 인식하고 상담자 경험에 관한 연구의 확장이 중요한데도 국내 연구는 활발하게 진행되어 오지 못하였다. 이에 본 연구는 자살 내담자를 만난 상담자의 경험에 관한 국내외 연구 문헌들을 개관하고 고찰해보으로써 이후 연구를 위한 제언을 하고자 하였다. 이를 위해 내담자 자살 사망 후 상담자의 경험을 탐색한 연구를 대상으로 선정하였으며, 주제에 따라 1) 내담자 자살 사망 경험의 실태, 2) 내담자 자살 사망이 상담자에게 미친 영향, 3) 내담자 자살 사망 후 대처 및 극복(회복), 4) 내담자 자살 사망을 경험한 상담자에게 필요한 지원 및 사후 개입 방안으로 내용을 정리하였다. 이러한 내용을 바탕으로 국내 상담자의 내담자 자살 사망 경험에 관한 후속 연구 방안을 제안하였다.

주요어: 내담자 자살 사망, 내담자 자살의 영향, 상담자의 대처 및 회복, 사후 개입

---

<sup>†</sup> 교신저자(Corresponding author): 정남운, (14662) 경기 부천시 원미구 지봉로 43 가톨릭대학교 심리학과 교수, Tel: 02-2614-4270, E-mail: woonee@hanmail.net

“자살하는 사람은 자신의 심리적 유골을 살아남은 사람의 정서적 벽장에 넣는다. 남겨진 사람에게 많은 부정적인 감정을 느끼게 하며, 더 나아가 자살 사건에 자신이 우연히 가담했을 가능성이나 자살을 막을 수 있었던 가능성에 관한 생각에 사로잡히게 한다(Shneidman, 1969, p. 22).”

가까운 사람을 자살로 잃는 것은 매우 고통스러운 경험이며, 상당한 시간 동안 높은 수준의 심리적, 신체적, 사회적 스트레스를 겪게 되는 일이다. 일반적으로 자신에게 중요한 사람을 자살로 잃고 삶의 변화를 겪은 사람을 자살생존자라 일컫는데(Shneidman, 1969), 이들은 자살자의 죽음 이후 자살의 이유를 찾고자 하며, 죽음을 막지 못한 것에 대한 죄책감, 분노, 괴로움 등의 심각한 고통을 경험한다(Dunn & Morrish-Vidners, 1988; Jordan, 2001). 자살은 남겨진 사람들에게 여러 가지 부정적인 영향을 미치는데, 자살생존자는 다른 유형의 죽음(사고사, 자연사, 병사)에 노출된 사람보다 더 심각한 정신건강 문제를 겪으며 자살 위험성이 급격하게 증가한다(Crosby & Sacks, 2002). 한 사람의 자살은 남겨진 사람들에게 심각한 영향을 미치므로 자살자 수 증가에 비례하여 상담자가 심리치료 장면에서 자살에 영향을 받은 사람을 비롯한 자살 문제를 가진 내담자를 만날 가능성은 자연스레 커진다(Sherba, Linley, Cox, & Gersper, 2019).

한국의 자살자 수는 OECD 국가 중 1위이다. OECD 회원국의 평균 자살률은 인구 10만 명당 11.0명인데 반해 한국은 24.6명으로 2.2 배가 높은 자살률이 보고된다(한국생명존중희망재단, 2022). 2022년 심리 부검 면담 결과 보고서에 의하면 사망 전 정신건강 문제를 호소했던 사람 중 치료

및 상담을 받은 경우는 52.8%로 나타났다. 이는 전년도보다 증가한 수치로 이러한 흐름에 따라 자연스럽게 상담자들이 심리상담 장면에서 자살 사고를 보고하거나 자살 시도를 한 내담자를 만나는 빈도는 높아지고, 내담자의 자살 사망을 경험하는 일도 점점 더 증가할 것으로 예상된다. 자살하려는 사람이 더 많이 심리치료 장면에 온다면 더 많은 사람이 치료적 도움을 받음과 동시에 상담자는 더 많은 죽음을 목격할 수도 있다(Quinnett, 2007). 상담자는 내담자의 자살을 막기 위해 최선을 다하도록 교육과 수련을 받는다. 내담자가 자살할 위험이 있다고 판단되면, 위기 개입에 필요한 조치를 해야 하는데, 내담자의 살려는 측면과 손잡고 힘을 다해 치료적 개입을 하며 내담자의 생명을 구하기 위해 노력해야 한다. 즉, 상담자는 자살하려는 사람이 죽지 않도록 조치는 일을 떠안게 되며 ‘생명을 구한다는 부담감’을 짊어진다. 그러나 상담자의 노력에도 불구하고 내담자는 자살을 선택한다(Quinnett, 2007). 내담자의 자살 사망은 ‘구조자로서의 역할’의 실패이자 ‘자살로 내담자를 잃은 상담자’가 되는 것이다(Quinnett, 2007).

상담자는 치료의 효과와 내담자의 변화에 강력한 영향을 미치는 요인이 상담이론이나 기법이 아닌 ‘상담자 자신’이라고 배우며 수련한다(Skovholt, Grier, & Hanson, 2001). 이는 자살하고자 하는 내담자와의 상담에서 상담자 자신이 큰 고통과 중압감에 노출된다는 의미이기도 하다(Deutsch, 1984). 상담자는 내담자에게 중요한 역할을 하며 영향을 주는 것과 동시에 많은 영향을 받을 수밖에 없다(Norcross, 2000). 자살 위험이 있는 내담자와의 상담은 높은 강도의 스트레스를

견디며 개입하게 되는데, 그 결과로 상담자는 불안, 우울과 같은 정서적 소진(윤아랑, 정남운, 2011)과 대리외상(이미혜, 성승연, 2014)을 경험하게 된다. 내담자의 자살을 경험하는 상담자는 부모의 사망을 겪은 사람과 견줄만한 심각한 고통을 경험하게 되고, 상담자로서 직업과 개인 생활에 중대하고도 치명적인 상처를 입는다(Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, & Torigoe, 1988; Wurst et al., 2011). 심리상담 중 내담자가 자살에 이른다면 상담자는 개인적 영역에서는 중요한 타인을 잃은 사람이며, 직업적 영역에서는 전문성 발달의 과정에서 중요한 외상 사건을 경험하는 사람이 되는데(Horn, 1994), 이 트라우마적 사별은 시간이지나도 지속적이고 고통스러운 트라우마 증상을 남기기도 한다(Goldstein & Buongiorno, 1984; Ronningstam, Goldblatt, Schechter, & Herbstman, 2021).

내담자의 자살을 예측하고 예방하기 위해 자살에 영향을 주는 요인들에 관한 연구가 많음에도 불구하고 내담자의 자살을 예측하는 방법은 극히 제한적이다(Gabbard, 2014). Goldstein 등(1991)은 자살 예측 모델 제시를 목적으로 1,906명의 정동장애 환자의 자살 위험인자를 조사했지만, 결과적으로 자살을 수행한 환자를 단 한 명도 밝혀내지 못했다. 연구자들은 몹시 당황했고, 현재 증상의 위험도로 자살을 예측하는 것이 불가하다는 결론을 내릴 수밖에 없었다. 상담자는 자살하려는 내담자의 마음을 알아낼 수 없으므로 자살하려는 마음에 대해 적극적으로 표현하지 않은 내담자의 자살을 속수무책으로 겪을 수밖에 없는 것이다. 상담자의 노력에도 불구하고 내담자가 자살로 사망하는 것은 상담자의 직업 영역에서 받아들여야

만 하는 한계일 것이다(Gabbard, 2014).

내담자를 자살로 상실하는 상담자의 경험이 어떠한지, 내담자의 자살이 상담자에게 미치는 영향은 무엇인지, 어떤 대처가 회복에 도움이 되는 방법을 밝혀내는 것은 중요한 연구 과제일 것이다. 지금까지의 내담자 자살을 경험하는 상담자에 관한 연구는 미국과 유럽 등에서 꾸준히 이루어져 왔으며, 내담자 자살을 경험하는 상담자 실태를 비롯하여 내담자 자살 후 정서적 반응의 강도, 영향, 자살 후 대처, 회복 요인, 사후 개입에 대한 권고까지 다양한 영역으로 확대되었다. 연구의 대상 또한 폭넓게 선정하여 의사, 간호사, 사회복지사, 심리학자 등 임상 장면에서 정신건강 문제를 전문적으로 수행하는 전문가를 포괄적으로 조사하였다. 국내의 경우는 연구가 미비한 실정인데, 소수의 참여자를 대상으로 한 질적 연구(변시영, 2020; 윤성근, 양은주, 2015)가 조금씩 나타나고 있다.

이에 본 연구는 자살 사망 내담자를 만난 상담자의 경험에 대하여 현재까지 진행된 국내 외 연구 문헌들을 개관하고 연구 내용과 결과를 정리하고자 한다. 이를 위하여 문헌 검색 단계에서의 자료 검색은 연구 문제와 주제를 바탕으로 검색하였고, 2022년 6월 30일 이전까지 발표된 국내외 연구를 모두 포함하여 검색하였다. 전문학술지에 게재된 연구와 학위논문을 대상으로 검색하였으며, 언어는 한글과 영어로 제한하여 검색한 결과, 1984년부터의 문헌이 검색되었다. APA PsycArticles, Wiley Online Library, ProQuest, Google Scholar, DBpia, KISS, RISS를 통해 논문을 검색하였고, 논문 검색에 사용된 주요어는 국내 문헌은 '(자살) AND (내담자) AND (상담자

OR 치료자) AND (경험 OR 반응 OR 영향 OR 대처 OR 사후개입)을 이용하여 검색하였고, 국외 논문 검색에 사용된 주제어는 '(Suicide) AND (Client) AND (Counselor OR Therapist OR Psychologist) AND (Experience OR React OR Impact OR Coping OR Postvention)'을 사용하였다. 질적 연구, 양적 연구, 질적 연구와 양적 연구를 혼합한 연구를 포함했으며, 내담자 자살 사고, 자살 시도의 경우를 제외하고 자살로 사망한 내담자를 만난 상담자의 경험을 조사한 연구를 대상으로 하였다.

연구 참여자로 심리학자, 심리치료사, 상담자, 정신건강전문가에 중점을 둔 연구를 채택했으며 이들 연구에 포함된 다른 전문가 그룹은 정신과 의사, 사회복지사, 간호사 등이었다. 다른 분야 전문가가 포함되었음에도, 본 논문에서 '상담자'라는 용어를 채택한 이유는 문헌 고찰의 대상이 되는 연구의 참여자 대부분이 '내담자' 혹은 '환자'를 대상으로 '심리상담', '심리치료', '상담', '치료'를 정기적으로 진행하였으며, '상담자', '치료사'의 범주 안에 정신과 의사, 심리학자, 사회복지사 등을 포함한 점, 국내에서도 심리상담 혹은 심리치료 행위를 하는 전문가를 상담자로 지칭하는 점을 근거로 하였다. 치료자 또는 상담자는 내담자에게 실질적인 도움을 줄 수 있는 전문적인 지식과 능력을 갖춘 전문가를 일컫고, 정신과 의사와 임상 심리학자 등의 정신건강 전문가들이 하는 치료적 활동을 심리상담이라고 지칭할 뿐만 아니라 상담 심리학자 역시 상담 활동을 심리치료라고 부르고, 심리치료와 상담이라는 용어가 혼용되는 점(권석만, 2012)을 근거로 하여 '상담자'라는 용어를 적용하여 제시하였다.

내담자 자살 사망에 대한 상담자 경험 연구는 국외 연구가 다수이고 국내 연구는 단 두 편이 보고되고 있다. 이에 국외 연구의 결과를 유형별로 나누어 양적연구, 혼합연구, 질적연구로 분류하여 표로 정리하였고, 국내연구는 별도로 정리하였다. 본 연구의 목적을 위해 내담자의 자살 사망을 경험한 상담자에게 미친 영향을 정리하고, 이후 국내 상담 장면의 내담자 자살 사망을 경험하는 상담자에 관한 연구를 제안하고자 한다.

### 내담자 자살 사망 경험의 실태

심리상담을 하는 상담자 중 상당히 많은 수가 내담자의 자살을 경험한다(Castelli Dransart, Gutjahr, Gulfi, Kaufmann Didisheim, & Séguin, 2014; Castelli Dransart, Heeb, Gulfi, & Gutjahr, 2015; Finlayson & Graetz Simmonds, 2018; Kleespies, Smith, & Becker, 1990; Trimble, Jackson, & Harvey, 2000). 국내 상담장면에서 얼마나 많은 상담자가 내담자의 자살 사망을 경험하는지에 대한 자료는 보고된 바가 없다. 국외의 양적 연구는 상담자를 대상으로 한 설문을 통해 상담 장면에서 경험하는 내담자의 자살 사고, 자살 시도, 자살 사망 경험이 전체 응답자 중 몇 퍼센트인지 확인하였다. Chemtob 등(1988)이 미국에서 수행한 연구에 따르면, 응답자의 22%가 내담자의 자살을 경험했다고 보고했는데, 내담자의 자살을 경험한 상담자가 이후 다른 내담자의 자살을 경험할 확률은 39%로 높아지는 것으로 나타났다. Kleespies 연구팀(1990)이 미국 수련생을 대상으로 연구한 결과, 수련생 상담자 6명 중 1명이 내담자의 자살을 경험한 것으로 확인되었다. 이후

Kleespies(1993)의 연구에서 박사과정 수련생을 대상으로 조사한 결과, 11.3%가 내담자 자살 사망을 경험했으며, 수련 기간 중 자살 사고를 보고하는 내담자를 56.5%의 수련생이 경험했고, 자살 시도한 내담자를 29.1%의 수련생이 경험한 것으로 확인되었다. McAdams 등(2000)의 연구는 376명의 참여자 중 23.7%(89명)가 내담자 자살 사망을 경험했다는 것을 확인했다. 이 중 24%(21명)는 내담자 자살 당시 수련생 상담자였는데, 숙련 상담자보다 훨씬 더 심각한 스트레스 증상을 경험했고, 오래 경험하였다는 것을 확인했다. Castelli Dransart 등(2014)이 실시한 스위스의 대규모 연구에 의하면 19%의 상담자 및 정신건강전문가가 내담자 자살 사망을 경험했으며, 앞선 연구를 반복 시행한 Castelli Dransart 등(2015)의 연구 결과, 38%의 상담자 및 정신건강전문가가 내담자의 자살 사망을 경험하는 것으로 나타났다. 호주의 심리학자를 대상으로 Trimble 연구팀(2000)과 Finlayson 연구팀(2018)에 의해 진행된 연구 결과, 각각 38.9%와 31.5%의 상담자가 내담자의 자살을 경험한 것으로 확인되었다. Trimble 연구팀(2000)의 연구에서 응답자 437명 중 170명(38.9%)이 내담자의 자살 사망을 경험했으며, 332명(76.6%)은 자살을 시도한 내담자를 만났고, 392명(89.7%)은 자살에 대해 암시하거나 자살 사고가 있는 내담자를 만난 것으로 나타났다.

### 내담자 자살 사망이 상담자에게 미친 영향

**정서적 반응.** 내담자가 자살하게 될 때 상담자는 그에 대한 영향을 피할 수 없으며 다양한 반응을 경험하게 된다. 내담자와 함께 장기간 집

중적인 개인 심리상담을 진행한 모든 상담자는 내담자 자살 이후 강렬한 감정에 빠질 수밖에 없다(Litman, 1965). 내담자의 자살로 상담자가 경험하는 정서적 반응으로 충격, 슬픔, 죄책감, 분노, 배신감, 무력감, 우울, 믿기지 않음, 불안, 좌절감, 안도감, 괴로움, 두려움, 혼란, 당혹감, 수치심, 멧해짐, 회의감, 원망, 야속함, 후회, 자기 의심, 놀람, 무감각 등이 보고되었다(변시영, 2020; 윤성근, 양은주, 2015; Chemtob et al., 1988; Finlayson et al., 2018; Goldstein et al., 1984; Grad et al., 1997; Hendin, Lipschitz, Maltsberger, Pollinger Haas, & Wyncoop, 2000; Hendin, Haas, Maltsberger, Szanto, & Rabinowicz, 2004; Horn, 1994; Kleespies et al., 1990; McAdams et al., 2000; Menninger, 1991; Sacks, Kibel, Cohen, Keats, & Turnquist, 1987; Trimble et al., 2000; Wurst et al., 2010).

내담자의 자살을 알게 된 후 상담자가 즉각적으로 경험하는 초기 정서는 ‘충격(shock)’이었다(Hendin et al., 2000; Kleespies et al., 1990). 특히 내담자 자살 시도를 목격하거나 자살 후 시신을 목격한 경우에는 극도의 충격을 경험한다(Sherba et al., 2019). 내담자 자살 사건의 충격 정도를 알아보기 위해 연구자들은 Horowitz, Wilner와 Alvarez(1979)에 의해 개발된 검사인 사건충격척도(IES)를 통해 스트레스 반응에서 관찰되는 두 가지 요인, 즉 사건에 대한 침습적인 생각이나 기억(침습), 그러한 생각이나 기억의 회피(회피) 정도를 측정하였다. 내담자 자살 사건 후 사건충격의 정도를 측정한 결과, Chemtob 등(1988)의 연구에서는 응답자의 49%가 최근 부모의 사망 사건을 경험한 사람들에게서 나타나는 정도와 유사한

스트레스를 경험하는 것으로 나타났다. McAdams와 Foster(2000)의 연구에서 상담자 97명을 대상으로 사건충격척도(IES)를 측정된 결과, 전체평균 30.2점으로 컷오프 점수(19점)를 넘는 수치가 나타났다는데, 이는 최근 부모의 사망 사건을 경험한 사람들의 충격 강도와 유사한 것이었다. Kleespies 등(1990)의 연구에서 수련생 상담자를 대상으로 사건충격척도(IES)를 실시한 연구 결과, 총점 33.4점, Kleespies(1993)의 수련생 상담자를 대상으로 사건충격척도(IES)를 실시한 결과, 총점 28.8점으로 역시 사별이나 부상을 경험한 피험자의 표본에서 보이는 점수와 거의 유사한 침습 및 회피 정도를 확인할 수 있었다.

더 심각한 정서적 충격을 경험한 상담자는 자살한 내담자와 더 오랜 기간 상담을 진행했거나, 정서적으로 가까웠거나, 내담자 자살 후 불충분한 지원을 받은 그룹이었다(Wurst et al., 2011; Wurst et al., 2013). 내담자의 자살에 대하여 상담자 자신의 책임이 크다고 느끼는 경우 정서적 반응의 강도는 더 컸고, 더 큰 혼란을 경험하였다. 내담자의 자살에 대하여 책임감을 크게 느낄수록 고통, 충격, 분노, 죄책감, 수치심, 혼란, 무능력과 비난에 대한 두려움을 더 강하게 경험하였다. 또한, 내담자의 자살이 상담자가 예상하지 못한 결과일 때, 상담자는 내담자 자살의 여파로 경험하는 고통이 훨씬 컸고, 부정적인 영향을 긴 시간 경험하였다(Finlayson et al., 2018). 내담자 자살의 부정적인 영향을 긴 시간 경험하는 상담자는 이후 상담 장면에서 평소처럼 계속 일을 할 수 없게 되거나, 자살 위기 내담자를 상담하는 일에 불안과 두려움을 경험한다(Wurst et al., 2011; Wurst et al., 2013). 상담자에게 내담자의 자살

사망은 개인적인 심리적 외상이며 동시에 직업적 영역에서 상담에 부정적 영향을 미치는 외상적 사건이다. 따라서 내담자의 자살 사망 사건을 경험한 상담자를 트라우마를 경험한 자살생존자(suicide survivor)의 관점에서 이해할 필요가 있을 것이다.

윤성근 등(2015)의 연구에서 나타난 내담자 자살에 대한 상담자의 정서적 경험 중 충격, 애도, 우울 증상은 국외 연구와 유사한 결과이다. 하지만 상담자 역할에 대한 높은 기대와 중압감이 반영된 것으로 보이는 후회, 죄책감, 불안, 무능감이 더 두드러졌다. 반면에 분노나 배신감, 안도감 등은 보고되지 않았는데, 소수의 참여자를 대상으로 한 연구의 한계일 수 있겠으나 한편으로는 국내 상담자가 상담 관계에서 인식하는 상담자의 역할, 즉 내담자에 대한 책임과 의무를 더 크게 지각하여 자신의 역할과 책무를 다하지 못한 결과로써 내담자의 자살을 이해하기 때문에 나타나는 결과일 수도 있겠다.

**개인 생활의 변화.** 내담자의 자살 사망을 겪은 상담자는 개인 생활의 영역에서 다양한 변화를 경험한다. 이는 트라우마를 겪은 사람들에게서 보이는 반응과 매우 유사하다(Chemtob et al., 1988). 내담자 자살 사망을 겪은 상담자는 자살에 대해 침습적으로 생각하게 되고, 집중력 저하, 자존감 상실, 수면 및 식욕의 상실을 경험하고 일부는 자살과 관련된 꿈, 악몽을 꾸며 고통을 경험하는 것으로 나타났다(Finlayson et al., 2018; McAdams et al., 2000; Sacks et al., 1987; Trimble et al., 2000).

**치료적 판단에 대한 회의적인 생각과 전문적 역량에 대한 자기 의심.** 내담자 자살 사망을 경험한 상담자는 사건 초기 단계에서 자신의 치료적 판단에 대해 회의적인 생각을 하게 된다(Sacks et al., 1987). “내가 상담에서 무엇을 놓쳤나?”라고 질문하며 다르게 했으면 좋았을 치료적 개입에 대해 생각하게 된다. 입원을 권유하거나 정신과 의사와 의논하여 약물 변경을 고려하도록 하거나 혹은 이전 상담자와 의논하는 등의 치료적 개입을 더 적극적으로 했으면 좋았겠다고 생각한다. “상담에서 무엇을 잘못했는지”를 반추하며 자신을 비난하고 내담자의 위험을 평가하고 관리하는 능력에 대한 자신감이 감소했다(Goldstein et al., 1984). 내담자를 입원시키기에 실패한 것, 자살에 이바지했을 것으로 생각된 치료적 결정에 대해 곱씹으며 고통을 경험하는 것으로 나타났다(Hendin et al., 2004).

간주하고 그러한 내담자를 평가할 때 불안이 증가하며, 자살 위험이 큰 내담자와 상담하는 것에 대한 두려움과 무력감을 경험한다(Kleespies et al., 1990). 내담자 자살 사망을 경험한 후 상담자는 자살 가능성이 있는 내담자에 대한 걱정이 더 커지며, 자살 사고 혹은 시도한 경험이 있는 내담자를 만나기를 주저하게 된다(McAdams et al., 2000). 수련생의 경우 더 큰 불안과 두려움을 경험했는데, 내담자의 자살 가능성에 대해 더 많이 생각하게 되며 내담자의 절망감이나 모든 것을 끝내고 싶은 마음에 대해 더 주의를 기울이며 탐색하게 되고, 상담 기록과 녹음을 더 철저히 하고, 치료적 개입에 대한 조언을 더 많이 구하게 되고, 자살 신호가 있을 때 빠르게 입원시키는 것을 더욱 고려하게 되는 것으로 나타났다(Menninger, 1991; Wurst et al., 2010; Wurst et al., 2011).

**자살 위기 내담자에 대한 불안 증가와 보수적 치료.** 내담자의 자살 사망을 경험한 이후 상담자는 더 많은 수의 내담자를 자살 위험군으로

표 1. 내담자 자살이 상담자에게 미친 영향에 관한 국외 양적 연구

연구자	연구 방법, 연구 대상, 내담자 자살 사망을 겪은 상담자 수	연구 결과
Chemtob 외(1988)	<ul style="list-style-type: none"> <li>직업과 개인 생활에 미치는 영향에 대한 설문지</li> <li>심리학자</li> <li>81명(응답자 중 22%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>참가자의 49%는 부모와 사별한 사람들과 유사한 스트레스 수준</li> <li>정서적 영향: 분노, 죄책감</li> <li>상담에 미친 영향: 자살 가능성과 관련된 단서에 대한 관심 증가, 법적 문제에 대한 관심 증가, 더 엄격한 기록 작성 및 보관, 동료 자문 증가, 자살 문제에 대한 우려 증가</li> <li>상담 경력과 내담자 자살로부터 받은 영향의 강도 사이 상관 없음</li> </ul>
Chemtob 외(1989)	<ul style="list-style-type: none"> <li>IES(사건 충격 척도), AIM(영향 강도 척도)</li> <li>정신과 의사, 심리학자</li> <li>431명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>상담수가 직업 및 개인 생활에 심각한 영향</li> <li>영향과 상관관계가 있는 치료사 특성 없음</li> <li>내담자와 긴 회기 치료를 진행한 경우 내담자 자살 사망에 더 큰 영향을 받음</li> </ul>

<p>McAdams 외(2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 설문지</li> <li>• IES</li> <li>• 상담자</li> <li>• 89명(응답자 중 23.7%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정서적 영향, 개인 생활에 미친 영향: 죄책감, 분노, 자존감 상실, 침습적 사고</li> <li>• 상담에 미친 영향: 법적 측면에 대한 주의, 입원시키기 증가, 자살 신호에 대한 주의 증가, 더 많은 자문 요청, 엄격한 상담 기록 관리</li> <li>• 나이가 많을수록, 경력이 많을수록, 시간이 지날수록 내담자 자살에 대한 영향은 감소</li> <li>• 성별, 업무 역할, 근무 세팅은 내담자 자살로부터 받은 영향과 관련이 없음</li> </ul>
<p>Trimble 외(2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chemtob(1988)의 연구에 기반한 설문지</li> <li>• 심리학자</li> <li>• 170명(응답자 중 38.9%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정서적 영향, 개인 생활에 미친 영향: 죄책감(43%), 분노(39%), 무감각(24%), 수면 문제(21%)</li> <li>• 상담에 미친 영향: 자살 신호에 대한 주의 증가(84%), 동료에게 자문 구하기 증가(71%), 법적 측면에 대한 주의 증가(61%), 보다 보수적으로 기록을 보관(42%), 입원시키려는 경향 증가(25%)</li> <li>• 극복에 도움 된 대처: 내담자 자살에 책임이 없다는 것을 인식(35%), 동료와 대화(29%), 내담자 자살을 수용(27%), 슈퍼바이저와 대화(22%), 내담자 가족과 대화(11%)</li> </ul>
<p>Wurst 외(2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 내담자 자살 직후, 2주 후, 6개월 후 설문지</li> <li>• 치료사; 정신과 수련생, 정신과 의사, 심리학자</li> <li>• 61명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 34.5%는 심각한 고통을 겪음</li> <li>• 정서적 영향 정도(100점 기준): 충격(69), 슬픔(67), 죄책감(27), 분노(27)</li> <li>• 정신과 수련생과 의사가 심리학자보다 훨씬 더 큰 고통 경험</li> <li>• 연령이나 경력에 따른 차이 없음</li> </ul>
<p>Wurst 외(2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 내담자 자살 직후, 2주 후, 6개월 후 설문지</li> <li>• 치료사; 정신과 수련생, 정신과 의사, 심리학자</li> <li>• 121명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30%는 내담자 자살 후 심각한 고통을 겪음</li> <li>• 정서적 영향 정도(100점 기준): 충격(81), 슬픔(67), 죄책감(32), 분노(19)</li> <li>• 수련생은 숙련자보다 내담자 자살 직후 더 큰 충격을 받음.</li> <li>• 전반적인 고통과 치료사 나이 또는 경력 기간 사이 상관 관계 없음</li> </ul>
<p>Wurst 외(2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 내담자 자살 직후, 2주 후, 6개월 후 설문지</li> <li>• 치료사; 정신과 수련생, 정신과 의사, 심리학자</li> <li>• 164명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 39.6%는 내담자 자살 후 심각한 고통을 겪음</li> <li>• 정서적 영향 정도(100점 기준): 충격(80), 슬픔(66), 죄책감(30), 분노(20)</li> <li>• 전반적인 고통과 치료사 나이 또는 경력 기간 사이 상관 관계 없음.</li> <li>• 매우 큰 고통을 경험하는 상담자는 동료 및 기관의 지원을 덜 받음, 소송에 대한 두려움이 더 높음, 치료적 개입에 더 신중해짐, 평소처럼 계속 일을 할 수 없게 됨</li> </ul>
<p>Castelli Dransart 외(2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IES-R(사건 충격 척도 개정판) AEIS(급성 정서적 충격 척도)</li> <li>• 간호사, 사회복지사, 정신과 의사, 교육심리학자</li> <li>• 258명(응답자 중 19%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IES-R: 자살자와 정서적으로 가까웠거나 불충분한 지원을 받은 사람들이 훨씬 더 큰 충격을 경험</li> <li>• AEIS: 15.5%가 심각한 정서적 충격을 보고함</li> <li>• 정서적 영향: 충격, 무력감, 슬픔</li> <li>• 내담자 자살에 대한 영향이 큰 그룹: 정서적으로 내담자와 가깝고 내담자에 대한 책임감 크고 불충분한 지원을 받음</li> </ul>
<p>Castelli Dransart 외(2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IES-R</li> <li>• 정신과 의사, 간호사, 간호보조원, 심리학자, 사회복지사</li> <li>• 158명(응답자 중 38.1%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 평균 IES-R 총점을 기준으로 영향을 그룹으로 분류</li> <li>• 내담자 자살에 대한 영향이 적은 그룹: 내담자 자살을 예측, 정서적으로 거리가 멀었음. 치료가 종결된 후 내담자가 사망한 경우</li> <li>• 내담자 자살에 대한 영향이 큰 그룹: 정서적으로 내담자와 가깝고 지원이 부족했음</li> </ul>
<p>Finlayson 외(2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 직업에 미치는 영향 설문지, 정서 강도 설문지, 도움이 된 대처 전략 설문지</li> <li>• 심리학자</li> <li>• 56명(응답자 중 31.5%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정서적 영향: 충격, 분노, 죄책감, 고통, 슬픔</li> <li>• 정서적 영향의 지속시간: 1주일에서 1개월 동안(41%), 1주일 미만 24%, 1~3개월 사이 15%, 6개월 이상 13%.</li> <li>• 내담자의 자살에 책임이 있다고 느끼는 경우 더 큰 정서적 고통을 경험</li> <li>• 내담자의 위기 수준 평가에서 자살에 대해 예측하지 못한 경우 더 큰 충격과 혼란을 경험.</li> </ul>

표 2. 내담자 자살이 상담자에게 미친 영향에 관한 국외 혼합 연구

연구자	연구 방법, 연구 대상, 내담자 자살 사망을 겪은 상담자 수	연구 결과
Kleespies 외(1990)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IES(사건충격척도), 반구조화 면접</li> <li>• 심리학 박사과정 인턴</li> <li>• 8명(응답자 중 16%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IES: 침습(<math>M=20.0</math>) 및 회피(<math>M=13.4</math>). 사별자 집단의 점수와 거의 같음</li> <li>• 정서적 영향: 충격, 죄책감, 수치심, 무능감, 무력감, 분노, 우울</li> <li>• 상담에 미친 영향: 자살 위험이 있는 내담자를 평가할 때 불안 증가, 사건에 대한 반복적인 생각</li> <li>• 극복에 도움 된 대처: 내담자의 자살을 수용</li> </ul>
Kleespies(1993)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IES, 구조화 설문지</li> <li>• 심리학 박사과정 인턴</li> <li>• 33명(응답자 중 11.3%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정서적 영향: 충격, 믿을 수 없음, 실패, 슬픔, 자책, 죄책감, 수치심, 우울</li> <li>• 내담자 자살에 따른 영향은 시간이 지날수록 감소함</li> </ul>
Grad 외(1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15개의 y/n 설문지와 개방형 질문</li> <li>• 정신과 의사, 임상심리학자</li> <li>• 63명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정서적 영향: 죄책감, 수치심, 슬픔, 괴로움, 우울증, 상실감</li> <li>• 상담에 미친 영향: 동료에게 자문 구하기 증가, 전문가로서의 능력에 대한 의구심 커짐</li> <li>• 영향의 강도와 상관관계: 경력 정도, 소명 의식, 근무 환경에 따른 차이가 없었음</li> </ul>
Draper 외(2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 구조화 설문과 반구조화 면접</li> <li>• 정신과 의사, 심리학자, 정신 건강간호사, 의료전문가</li> <li>• 211명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정서적 영향: 충격, 슬픔, 불안, 속상함, 분노, 죄책감</li> <li>• 상담에 미친 영향: 자살 위험에 대한 경계 및 인식 증가, 평가(예: 자살 사고 묻기) 및 관리(예: 내담자와의 더 빈번한 면담)에서 보다 능동적인 태도를 취하게 됨, 정신과 의사에게 의뢰하기 증가, 직업적 자신감 상실</li> <li>• 상담자에게 크게 영향을 미친 요인: 마지막 상담 후 일주일 이내에 발생한 자살, 내담자 사망 후 지원의 부재, 5년 미만의 상담 경력</li> </ul>
Sherba 외(2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 설문지 및 반구조화 면접, CSFT(연민 만족과 소진 척도)</li> <li>• 사회복지사와 상담사</li> <li>• 121명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 응답자의 44.5%는 소송 가능성에 대한 고통을 보고, 34%는 직업 변경 고려, 15%는 조기 퇴직 고려</li> <li>• CSFT: 소진 위험이 더 큰 것으로 선별된 상담자가 경력 변경을 더 많이 고려, 조기 퇴직 가능성 더 높음</li> <li>• 극복에 도움 된 요인: 팀 동료(90%), 가족/파트너(79%), 팀 회의를 통한 리뷰(78%), 사건 검토(58%)</li> </ul>

표 3. 내담자 자살이 상담자에게 미친 영향에 관한 국외 질적 연구

연구자	연구 방법, 연구 대상, 내담자 자살 사망을 겪은 상담자 수	연구 결과
Goldstein 외(1984)	<ul style="list-style-type: none"> <li>구조화 면접</li> <li>심리치료사</li> <li>20명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정서적 영향: 충격, 믿기지 않음, 분노, 죄책감, 자기 의심</li> <li>자기 의심의 과정에서 “내가 상담에서 무엇을 놓쳤나?”라고 질문</li> <li>극복에 도움 된 대처: 상담기록 재확인, 심리부검, 동료, 친구, 가족과의 대화</li> </ul>
Menninger(1991)	<ul style="list-style-type: none"> <li>설문지</li> <li>심리치료사</li> <li>41명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정서적 영향: 충격, 슬픔, 분노, 죄책감, 걱정, 비난에 대한 두려움</li> <li>상담에 미친 영향: 보다 보수적인 치료를 하게 됨, 내담자의 자살 사고에 대해 더 질문함, 내담자의 절망감이나 모든 것을 끝내고 싶은 마음에 대해 더 주의를 기울임, 더 많은 임상적 기록을 남기고 자문을 구함, 자살 위기 내담자를 빠르게 입원시키게 됨, 자살에 대한 가능성을 더 많이 받아들임</li> <li>극복에 도움 된 대처: 동료들과 대화, 자문을 구한 것</li> </ul>
Hendin 외(2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>반구조화 설문지</li> <li>워크숍에 참석해 사례에 대해 논의</li> <li>정신과 의사, 심리학자, 사회복지사</li> <li>26명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정서적 영향: 충격, 슬픔, 죄책감, 비난에 대한 두려움, 자기 의심, 수치심, 분노, 배신감</li> <li>다르게 했으면 좋았을 치료적 개입으로 약물의 변경, 입원시키기, 이전 치료사와 의논을 언급함</li> <li>상담에 미친 영향: 자살 위기 내담자 상담을 주저하게 됨</li> <li>극복에 도움 된 대처: 동료들의 지원, 동료들과 경험을 공유하며 위로를 얻고 죄책감을 덜음</li> <li>부정적 영향을 미친 경험: 소속 기관의 개입 및 사례 검토</li> </ul>
Hendin 외(2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>반구조화 설문지</li> <li>워크숍에 참석해 사례에 대해 논의</li> <li>정신과 의사, 심리학자, 사회복지사</li> <li>34명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>38%(13명)는 심각한 고통을 경험한 것으로 나타남</li> <li>정서적 영향: 슬픔, 죄책감, 분노, 충격, 불안, 우울, 배신감, 수치심</li> <li>심각한 고통에 영향을 준 요인: 내담자 입원시키기를 실패한 것, 치료사가 자살에 이바지했다고 생각된 치료적 결정, 소속된 기관의 부정적 반응, 환자 가족의 소송에 대한 두려움</li> </ul>
Knox 외(2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>반구조화 면접(CQR)</li> <li>상담 및 임상 수련생</li> <li>13명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정서적 영향: 자기 의심, 분노, 슬픔, 좌절, 무감각, 죄책감, 충격, 놀람, 평가에 미치는 영향에 대한 두려움.</li> <li>상담에 미친 영향: 자살에 대한 보다 철저한 평가, 내담자에게 정서적으로 덜 노력함, 자살 내담자에 대한 치료적 책임에 민감해짐</li> <li>극복에 도움이 된 대처: 가족, 친구, 동료 등의 지원(모든), 심리치료 지원(드문), 교수진의 지원(드문)</li> <li>부정적 영향을 미친 요인: 지원의 부족</li> </ul>

표 4. 내담자 자살 관련 경험에 관한 국내 연구

연구자	연구 방법, 연구 대상, 내담자 자살 사망을 겪은 상담자 수	연구 결과
윤성근 외(2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 인터뷰 후 개념도 방법으로 군집분석</li> <li>· 정신과 의사, 임상 및 상담전문가, 전문상담교사, 정신보건 사회복지사</li> <li>· 8명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정서적 경험: 충격, 죄책감, 불안, 애도, 후회, 무능감, 우울</li> <li>· 극복에 도움이 된 요인: 동료, 선배, 슈퍼바이저의 지지, 치료자의 한계 수용</li> </ul>
변시영(2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 인터뷰 후 근거이론 방법으로 분석</li> <li>· 상담자</li> <li>· 5명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정서적 경험: 충격, 놀라움, 당황스러움, 무감각함, 슬픔, 원망, 분노, 배신감, 야속함, 죄책감, 후회, 허무함, 무능감, 무기력감, 연민, 안타까움, 애도, 불안, 긴장</li> <li>· 상담에 미친 영향: 내담자 존재와 고통에 깊이 공감하게 됨, 자살 위험 민감성과 대응력이 높아짐, 상담자 소진이 발생함</li> </ul>

**자살 유가족의 반응에 대한 두려움과 법적인 측면에 대한 주의 증가.** 내담자 자살 사망 후 상담자는 내담자에 대한 치료적 책임에 민감해지며 내담자 가족의 소송 가능성에 대한 불안과 두려움이 증가한다(Grad et al., 1997; McAdams et al., 2000). 국외 연구에서 보고된 내담자 자살이 상담자에게 미친 영향 중 내담자 자살 후 상담자는 내담자 가족으로부터의 소송에 대한 두려움을 느끼며, 법적인 측면에 대하여 더 주의를 기울이게 된다는 결과는 국내 연구에서는 보고되지 않았다. 이는 국내에서 내담자 자살 관련 소송이 빈번하지 않으며 내담자가 자살하면 상담자의 법적 책임을 묻게 될 가능성에 대해 고려하는 단계(김형수, 2021)라는 것을 참작할 필요가 있을 것이다. 그러나 국외 연구에서 보고된 소송에 대한 두려움과 법적인 측면에 대한 주의 증가는 내담자 자살 후 법적 조치가 이루어졌는지와 상관없이 내담자 자살을 처리하는 과정에서 소속된 기관 혹은 내담자 가족의 반응과 태도로부터 부정적인 영향을 받은 결과라는 것에서 미루어 보아 국내 상담자도 충분히 경험할만한 부정적인 영향일 것

이다. 특히 개인 상담실을 운영하는 상담자가 내담자 자살에 대한 대처를 혼자 하는 과정에서 소송 가능성에 대한 두려움이 더 커지는데(Darden & Rutter, 2011), 내담자 자살의 책임을 상담자 내부에서 찾으려 죄책감, 책임소재와 관련한 두려움(윤성근 등, 2015)을 경험한다면 더 큰 부정적인 영향으로 작용할 것이다.

**내담자 자살을 수용하고 상담자로서의 한계를 받아들이며 성장.** 자살하는 내담자의 결정과 행동을 수용하는 것은 상담자에게 도전이 될 수 있는 일이다. 상담자의 경력 기간 중 언제든 내담자가 자살로 사망할 수 있다는 가능성을 받아들이고 자신의 무력감에 직면하는 것은 상담자의 직업적 소명, 즉 계획되고 의도된 치료적 개입이 실패할 수 있다는 것을 깨닫는 고통스러운 일이다. 역설적이게도 이 고통스러운 수용에 이르는 상담자의 역량은 상담자 자신의 능력 범위를 인정하고 전문가로서의 성장에 이르게 한다(Ronningstam et al., 2021). 그러나 내담자 자살 사망을 경험한 모든 상담자가 정서적 수용과 성

장의 단계에 이르는 것은 아니다. 정서적 수용과 성장을 경험하는 상담자는 이후 상담 장면에서 자살하려는 내담자의 위험도를 평가하는데, 어느 정도 유능하다고 느끼고, 고위험 내담자를 상담할 때 평정심을 유지하려고 노력하며 자살 문제에 대한 상담자의 민감도를 증가시키는 긍정적인 영향이 있었다. 반면 내담자 자살 후 장기간 스트레스를 경험한 상담자는 내담자 자살에 대한 슬픔이 계속되며 사건에 대해 반복적으로 생각하고, 자살 위험이 있는 내담자를 평가할 때 불안이 증가하여 상담에서 두려움과 무력감을 느끼는 부정적인 정서적 영향이 지속되었다(Kleespies et al., 1990). 내담자 자살 후 극복 과정에서 외상 후 성장의 경로로 가는 상담자들은 내담자 입장에서 서보려고 노력하며 내담자가 겪었을 고통에 대해 깊이 이해하고 공감하게 된다. 상담자가 통제할 수 없는 한계를 받아들이며 상담자로서 한층 성숙을 경험하며 내담자 자살을 경험하기 이전과는 질적으로 다른 전문가로 거듭나게 된다(변시영, 2020).

### 내담자 자살 사망 후 대처 및 극복(회복)

내담자 자살 사망 후 극복을 위한 유용한 대처 전략은 동료, 가족, 친구 및 슈퍼바이저와 이야기하고 심리부검에 참여하며, 상담자 자신이 책임이 없다는 것을 인식하고 내담자의 자살을 더 많이 수용하는 것이라는 가설이 대부분의 연구에서 확인되었다(Chemtob et al., 1988; Finlayson et al., 2018; Goldstein et al., 1984; Hendin et al., 2000; Trimble et al., 2000). 내담자의 가족 혹은 친구와 면담하기, 장례식에 참석하기, 사건에 대해 회상

및 반추하기, 내담자 자살 사망 경험에 대해 논문 쓰기, 자살에 관한 책 읽기, 하던 업무를 지속해서 하기 등은 상대적으로 적은 수의 상담자가 유용한 대처 방법이라고 보고하였다(Finlayson et al., 2018; Sherba et al., 2019; Trimble et al., 2000; Wurst et al., 2010).

내담자 자살 후 심리부검에 참여한 상담자는 내담자 자살에 영향을 미쳤을 수 있는 요인을 조사하는 과정을 통해 내담자 자살을 이해하고 배우며, 이후의 자살을 예방하는 데 도움이 되는 절차를 수립하거나 개선하는 데 도움이 되었다고 보고했다(Goldstein et al., 1984). 심리 부검은 내담자 자살을 경험한 상담자를 지원하는 방법이자 상담자가 자살에 대한 정서를 돌볼 기회를 제공(Valente, 1994)하는 회복의 수단이 되는 셈이다. Wurst 등의 연구(2010)에 의하면, 기관에 소속된 상담자 중 80%가 기관의 지원을 받았다고 보고했고 55%가 내담자 자살과 관련된 회의에 참여하였고, 회의를 통해 내담자 자살 처리 과정에 참여한 상담자의 77.3%는 도움이 되었으며 편안함을 느꼈다고 보고했다. 또한, 자살과 관련된 회의에 참여하지 못했던 상담자 중 44%는 회의를 통해 내담자 자살을 처리하기를 희망하였다(Wurst et al., 2010). 이는 내담자 자살 후 기관의 지원을 통해 상담자가 심리 부검 등의 절차에 참여하도록 하는 것이 내담자 자살 후 대처와 회복에 필요하다는 것을 시사한다.

내담자 자살 후 지원을 충분히 받았다고 느끼는 상담자는 시간이 지날수록 내담자 자살에 대한 영향을 덜 받았고, 회복했다는 것에서 상담자에 대한 지원이 보호 요인이라는 것을 확인할 수 있다. 내담자 자살 후 소속된 기관 혹은 주변의

지원이 부족한 경우, 부정적 영향이 오래 지속된다는 보고(Castelli Dransart et al., 2014, 2015; Draper, Kolves, De Leo, & Snowdon, 2014)는 내담자 자살을 경험한 상담자를 지원하는 것이 중요함을 시사한다. 상담자를 고용하는 조직이나 기관은 상담자가 내담자의 자살을 처리하는 데 중요한 역할을 할 수 있어야 한다. 상담자가 기관에 속하지 않고 개인 세팅에서 일하는 경우, 내담자가 자살하는 경우 지원을 받기 위해 누구에게 연락할 것인지에 대한 구조화된 계획을 세우는 것이 필요하며 자살에 대해 잘 알고 있고 부정적으로 판단하지 않는 지원자의 도움이 필요하다(Finlayson et al., 2018).

Sherba 등(2019)은 상담자가 내담자 자살의 영향을 다루기 위해 언제 전문적인 도움을 구해야 하는지 물었을 때, 1) 개인 기능에 부정적인 영향을 미칠 때(예: 수면 장애, 가정 문제, 정서적 장애 또는 자살에 대한 침습적인 생각) 2) 업무 수행에 부정적인 영향을 미칠 때(예: 다른 내담자에 대해 객관적이지 못할 때, 정상적인 업무 수행이 불가할 때) 3) 일에서 무능력함을 경험할 때라고 하였다. 내담자의 자살로 인해 개인적으로나 직업적으로 영향을 받는 것은 정상적이겠지만 특정 기간이 지난 후에도 영향의 크기가 감소하지 않는다면 전문가의 도움을 받아야 할 것이고 자살 후 지원 및 내담자 자살이 상담자에게 미치는 영향에 대한 교육 제공도 고려되어야 할 것이다.

수퍼바이저와 대화를 나누는 것에 대해서는 연구 간에 불일치가 있다. Finlayson의 연구에서는 응답자의 20%가 수퍼바이저를 유용한 대처 전략으로 활용하지 않았으며 25%가 수퍼바이저와 대화하는 것이 도움이 되지 않았다고 보고했다. 수

퍼바이저에 대한 불만은 이전 연구(Clark, 2009; Rothes, Scheerder, Van Audenhove, & Henriques, 2013)에서도 유사하게 발견되었다. 불만의 내용으로는 수퍼바이저의 다소 무관심한 접근 방식과 냉담한 태도(Knox, Burkard, Jackson, Schaack, & Hess, 2006), 수퍼바이저가 내담자의 자살이 상담자 개인에게 미치는 영향에 초점을 맞추기보다는 사례를 검토하고 기관에 책임이 없음(책임으로부터 기관을 보호)을 확인하려는데 더 몰두(Clark, 2009), 수퍼바이저가 무반응으로 대하거나, 상담자가 내담자 자살에 대한 감정을 처리할 수 있도록 충분한 시간과 장소를 허락하지 않는 것(Knox et al., 2006)이 확인되었다. 수련생 상담자가 숙련 상담자보다 내담자 자살 후 부정적인 영향을 더 심각하게 지속해서 경험했다는 사실(McAdams et al., 2000)은 수련생 교육과 수퍼바이저의 역할 측면에 대한 관심의 중요성을 시사한다. 수퍼바이저는 수련생 상담자와 관계에서의 책무를 고려하여 수련생이 내담자의 자살에 대처하고 회복하여 궁극적으로 성장에 이를 수 있도록 돕기 위한 자질을 갖추어야 할 필요가 있으며, 이를 위해 수퍼바이저 교육에 더 많은 관심을 기울여야 할 필요가 있을 것이다.

### 내담자 자살 사망을 경험한 상담자에게 필요한 지원 및 사후 개입 방안

내담자 자살 사망 후 불충분한 지원을 받았거나 지원을 받지 못한 상담자는 더 큰 고통을 경험하였고, 외상적 영향을 훨씬 더 오래 경험했다(Castelli Dransart et al., 2014; Castelli Dransart et al., 2015; Wurst et al., 2013). 이들은 소송에

대한 두려움이 훨씬 컸고, 내담자 가족들의 반응을 더 두려워하였고, 치료 방법 변경을 더 많이 고민하였으며, 내담자를 대할 때 더 신중해지고, 평소처럼 일을 계속할 수 없다고 응답하였다. 대다수가 시간의 경과에 따라 고통의 수준이 낮아졌지만, 일부는 상당 기간 초기 고통과 맞먹는 높은 수준이 지속되었다는 것에서 미루어 보아 내담자 자살을 경험한 상담자에 대한 초기개입 및 지원의 중요성이 시사된다. 내담자 자살을 경험한 상담자의 고통과 개인 및 직업 영역에 미치는 영향을 고려할 때 내담자 자살 사망 사건을 인지하게 된 직후 초기 개입의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않을 것이다(Hendin et al., 2000; Wurst et al., 2013).

내담자 자살을 경험한 상담자를 지원하고 사후 개입 방안을 마련하는 것은 중요하다. 자살 사후 개입(postvention)은 ‘자살이 발생한 이후에 제공하는 적절하고 도움이 되는 행동’을 의미한다(Shneidman, 1993). Ronningstam 등(2021)은 내담자 자살 후 상담자에 대한 개입으로 상담자가 내담자 자살 사건에 대해 통합하고 이해하며 수용을 증진하도록 도울 수 있는 심리상담을 받거나 동료와 이야기 나눌 수 있는 충분한 시간을 제공하는 것, 심리 부검과 소속된 기관 혹은 팀 회의를 통해 내담자 상담에 대해 객관적으로 확인하는 것, 내담자 가족과 만나는 것, 가능하다면 장례식에 참석하는 것 등을 제안했다.

많은 연구에서 상담자가 자살로 내담자를 잃을 가능성에 대비하는 노력이 도움이 될 수 있다고 권장하며 내담자 자살 후 상담자를 지원하기 위한 사후 개입 방안 마련을 제안했다(Chemtob et al., 1989; Draper et al., 2014; Hendin et al., 2000;

Jacobson, Ting, Sanders, & Harrington, 2004; Sherba et al., 2019; Wang, Ding, Hu, Zhang, & Huang, 2016; Wurst et al., 2011). Knox 등(2006)은 상담자 수련을 담당하는 기관은 자살 위기 내담자를 평가하고 치료할 뿐만 아니라 상담자가 실제 내담자의 자살에 대처하는 데 도움이 되는 방법을 갖춰야 한다고 언급하며 다음의 사항을 권고했다. 1) 사전 개입으로는 내담자 자살에 효과적으로 대응하는 방법에 관한 매뉴얼과 교육프로그램을 개발해야 한다. 2) 사후 개입으로는 수련생이 내담자 자살 사건을 언제, 어디서, 어떻게, 누구와 함께 처리할지를 조정하게 해주고, 자살에 대처하는 데 도움이 되는 적절한 지원(예: 수퍼비전, 자문, 상담 의뢰, 정서적 지원, 사례 관리)을 제공해야 한다. 더불어 수퍼바이저에 대한 권고사항을 제안하였다. 수퍼비전 관계에서 수퍼바이저의 책임과 그 영향력을 고려할 때, 수련생이 내담자의 자살을 소화하고 궁극적으로 성찰하도록 돕는 것은 중요하다. 수퍼바이저는 가능할 때마다 내담자 자살에 대한 정서적 반응을 처리할 수 있도록 허용하고 지지하는 분위기를 제공해주어야 한다. 일정 시간이 지나며 완화된 것처럼 보일지라도 수련생이 지속적으로 자살을 처리할 수 있도록 충분히 지지해주어야 한다. 단기적이거나 장기적인 영향에 대해 인지하고 수련생의 고통스러운 성장에 함께하며 면밀하게 돌보는 것이 필요하다고 강조하였다.

내담자의 자살 사망이라는 외상 경험으로 인하여 부정적인 영향이 지속되는 트라우마를 경험하게 될 때, 상담자를 자살생존자(suicide survivor) 관점에서 이해하고 트라우마의 부정적 영향을 최소화할 수 있는 지원이 제공될 필요가 있다. 내담

자 자살 사망을 경험한 상담자에 대한 지원 및 사후 개입 방안을 제안한 연구에서 공통적으로 언급한 주요 내용은 “자살사별자인 상담자가 경험하는 트라우마를 보편적인 반응으로 이해하고, 상담자를 비난하거나 책임을 묻지 않도록 주의하며, 애도 과정을 잘 경험할 수 있도록 상담자의 요구 사항을 확인하여 다각적 지원을 제공하는 것”이었다(Grad, 2012; Veilleux & Bilsky, 2016). 내담자 자살 사망의 외상 경험을 극복하고 회복하기 위해서는 상담자의 외상과 소진에 영향을 미치는 조직과 시스템의 문제를 파악하고, 개선을 위해 노력할 필요가 있다. 상담 수련 기관은 수련생 상담자가 숙련상담자보다 더 큰 고통을 경험한다는 것을 이해하고 슈퍼바이저를 포함한 책임자와 관리자가 수련생 상담자의 애도 과정과 사건 처리 과정을 면밀하게 돕는 것이 필요하다(Veilleux & Bilsky, 2016). 상담자가 근무하고 있는 기관은 상담 과정 중 언제라도 내담자의 자살 사망이 일어날 가능성을 고려하여 관련 지침을 마련하는 것과 더불어 내담자 자살 사망을 겪은 상담자를 자살생존자로 인식하고 지원하는 것이 필요할 것이다. 내담자를 자살로 상실한 상담자의 애도 과정에서 경험하는 다양한 정서적 반응과 영향을 이해하고, 슬픔, 분노 등의 감정을 표현할 수 있도록 허용하고 촉진하며 부정적 영향을 처리하는 기회를 제공하는 것이 중요할 것이다(Grad, 2012).

### 국내 연구를 위한 제안

이제까지의 내담자 자살 사망을 경험하는 상담자에 관한 국외 연구는 미국과 유럽 등에서 꾸준히 이루어져 왔으며, 내담자 자살을 경험하는 상

담자 실태를 비롯하여 정서적 영향의 강도, 지속 시간, 상담에 미친 영향, 자살 후 대처, 회복 요인, 사후 개입에 대한 권고까지 다양한 영역에 관한 연구가 진행되어 오고 있다. 이에 반해 국내 연구는 미비한 실정이다. 이에 본 연구의 목적은 현재까지 진행된 자살 내담자를 만난 상담자의 경험에 관한 국내외 연구 문헌들을 개관하고 연구 내용과 결과들을 정리하여 이 분야의 연구에 대해 전체적인 고찰을 하고자 하였다. 이러한 내용을 근거로 국내 상담 장면에서 내담자 자살 사망을 경험하는 상담자 연구에 대한 제안은 다음과 같다.

첫째, 얼마나 많은 국내 상담자가 내담자의 자살을 경험하는지 그 실태를 확인할 필요가 있다. 미국, 독일, 스위스, 호주 등에서 진행된 연구는 학회에 등록된 회원들을 중심으로 대규모 설문 가능성이었기에 다양한 세팅의 상담자가 연구 대상이 될 수 있었다. 또한, 몇몇 연구는 반복 연구를 통해 연구 참여자 수를 확대하며 이전 연구 결과의 견고성을 확인했다. 국내 상담자가 근무하는 주요 세팅(사설센터, 기업, 대학, 병원, 청소년기관, 공공기관 등)에 따라, 상담자의 주요 업무(자살 예방, 자살 유가족 관련, 위기 내담자 관리 등)에 따라 내담자 자살 경험의 빈도를 확인하고, 경험의 특징과 차이를 확인하여 이를 바탕으로 내담자 자살 후 상담자 지원의 방법과 후속 조치를 위한 지침을 제안할 필요가 있을 것이다.

둘째, 내담자 자살 사망 후 국내 상담자가 경험하는 정서적 영향과 상담에 미친 영향 등을 구체적으로 확인할 필요가 있다. 국외 연구의 결과와 국내 자살자 수의 증가로 미루어 볼 때, 국내 상담자의 상담수가 직업 생활의 어느 시점에 자살로 내담자를 상실하는 경험을 할 것임에도 불구하고

하고 논의가 활발하지 않은 것이 현실이다. 더군다나 자살 사고 혹은 자살을 시도한 내담자에 대한 상담에서의 개입이나 자살 예방에 관한 연구는 상대적으로 다수인 데 반해 내담자 자살 사망 후 상담자의 경험이 어떠한지를 알아본 연구는 거의 없다. 기존의 연구들은 자살 위기(자살 사고, 자살 시도) 내담자를 경험한 상담자를 대상으로 한 연구이거나 정신건강 분야의 전문가(정신과 의사, 사회복지사, 간호사 등)를 포괄적으로 포함한 연구로 자살 내담자를 만난 상담자의 고유한 경험을 대표하기에는 한계가 있었다. 따라서 이후 연구에서는 심리상담을 주로 하는 상담자 다수가 참여하는 다양한 연구 방법의 적용을 통해 내담자 자살이 상담자에게 미치는 영향을 구체화할 필요가 있을 것이다.

셋째, 내담자 자살 후 상담자의 대처 과정은 어떠한지, 회복에 도움이 되는 요인과 회복을 방해하는 요인을 확인할 필요가 있다. 내담자 자살을 경험한 상담자는 직후 충격, 슬픔, 혼란, 무력감, 죄책감 등의 부정적인 정서와 그에 따른 부정적인 영향을 경험하지만, 적응적이고 효과적인 대처 방법을 모색하고 적용하며 극복을 위해 노력한다. 또한, 적절한 지원을 통해 내담자 자살을 이해하고 수용하며 성장에 이르기기도 한다. 상담 과정 중 내담자가 자살로 사망하는 것을 상담자로서 피할 수 없는 일이라면, 내담자 자살 이후 상담자의 대처와 회복의 과정을 탐색하는 것이 중요할 것이다. 따라서 자살로 내담자를 상실한 경험이 있는 상담자의 경험과 제안을 귀담아듣고 상담자의 개인적, 직업적 회복과 성장을 위한 사후 개입 방안을 마련하고 적용할 필요가 있을 것이다.

상담자는 내담자 자살의 직업적 위험에 대비해

야 한다. 내담자 자살에 적응적으로 대처하기 위한 교육과 훈련의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않을 것이다. 국내의 내담자 자살을 경험한 상담자에 관한 연구가 미비한 상황에서 본 연구는 이에 관한 관심과 이후 연구를 위한 출발이 라는데 의의가 있을 것이다. 추후 연구를 통해 내담자 자살을 경험한 상담자에 관한 연구가 본격화되고, 이를 토대로 상담자를 지원하기 위한 사후 개입 방안의 마련에 관한 논의가 활발해지기를 기대한다.

## 참 고 문 헌

- 권석만 (2012). 현대 심리치료와 상담이론. 서울: 학지사.
- 김형수 (2021). 대학상담센터의 자살 위기 내담자에 대한 상담윤리 적용과 법적 판단 비교. *인간이해*, 42(2), 1-17.
- 변시영 (2020). 내담자 자살 위기와 사건을 경험한 기업 상담자의 극복 과정: 근거이론 접근. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 32(4), 2037-2063.
- 윤성근, 양은주 (2015). 내담자의 자살에 대한 정신건강 전문가의 정서적 경험과 보호요인: 개념도 연구법을 활용하여. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 27(3), 519-541.
- 윤아랑, 정남운 (2011). 상담자 소진 : 개관. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 23(2), 231-256.
- 이미혜, 성승연 (2014). 상담자들의 대리외상. *한국심리학회지: 일반*, 33(1), 109-137.
- 중앙심리부검센터 (2020). 2020 심리부검 면담 결과 보고서. 보건복지부.
- 한국생명존중희망재단 (2022). 2022 자살예방백서. 보건복지부.
- Brown, H. N. (1987). The impact of suicide on therapists in training. *Comprehensive Psychiatry*,

- 282), 101-112.
- Castelli Dransart, D. A., Gutjahr, E., Gulfi, A., Kaufmann Didisheim, N., & Séguin, M. (2014). Patient suicide in institutions: emotional responses and traumatic impact on Swiss mental health professionals. *Death Studies*, 38(5), 315-321.
- Castelli Dransart, D. A., Heeb, J. L., Gulfi, A., & Gutjahr, E. M. (2015). Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-9.
- Chemtob, C. M., Bauer, G. B., Hamada, R. S., Pelowski, S. R., & Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 294-300.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988). Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 22A-228.
- Clark, J. (2009). Clinical supervision after suicide: Panacea or pretence?. *Psychotherapy in Australia*, 16(1), 16-23.
- Crosby, A. E., & Sacks, J. J. (2002). Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 321-328.
- Darden, A. J., & Rutter, P. A. (2011). Psychologists' Experiences of Grief after Client Suicide: A Qualitative Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 63(4), 317-342.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 13(6), 833-845.
- Draper, B., Kolves, K., De Leo, D., & Snowdon, J. (2014). The impact of patient suicide and sudden death on health care professionals. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 721-725.
- Dunn, R. G., & Morrish-Vidners, D. (1988). The psychological and social experience of suicide survivors. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 18(3), 175-215.
- Finlayson, M., & Graetz Simmonds, J. (2018). Impact of Client Suicide on Psychologists in Australia. *Australian Psychologist*, 53(1), 23-32.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Goldstein, L. S., & Buongiorno, P. A. (1984). Psychotherapists as suicide survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 38(3), 392-398.
- Grad, O. T. (2012). Guidelines to assist clinical staff after the suicide of a patient. *Oslo: International Association for Suicide Prevention*.
- Grad, O. T., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997). Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 379-386.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1442-1446.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J. T., Pollinger Haas, A., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reaction to patients' suicide. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2022-2027.
- Horn, P. J. (1994). Therapists' psychological adaptation to client suicide. *Psychotherapy*, 31(1), 190-195.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Jacobson, J. M., Ting, L., Sanders, S., & Harrington,

- D. (2004). Prevalence of and reactions to fatal and nonfatal client suicidal behavior: A national study of mental health social workers. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 49*(3), 237-248.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(1), 91-102.
- Kleespies, P. M. (1993). The stress of patient suicidal behavior: Implications for interns and training programs in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(4), 477-482.
- Kleespies, P. M., Penk, W. E., & Forsyth, J. P. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(3), 293-303.
- Kleespies, P. M., Smith, M. R., & Becker, B. R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(4), 257-263.
- Knox, S., Burkard, A. W., Jackson, J. A., Schaack, A. M., & Hess, S. A. (2006). Therapists-in-training who experience a client suicide: Implications for supervision. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(5), 547-557.
- Litman, R. E. (1965). When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy, 19*(4), 570-576.
- McAdams, C. R. III, & Foster, V. A. (2000). Client suicide: Its frequency and impact on counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 22*(2), 107-121.
- Menninger, W. W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic, 55*(2), 216-227.
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(6), 710-713.
- Quinnett, P. G. (2007). *Counseling suicidal people: A therapy of hope*. Eastern Washington University Press.
- Ronningstam, E., Goldblatt, M., Schechter, M., & Herbstman, B. (2021). Facing a patient's suicide—The impact on therapists' personal and professional identity. *Practice Innovations, 6*(2), 89-106.
- Roths, I. A., Scheerder, G., Van Audenhove, C., & Henriques, M. R. (2013). Patient suicide: the experience of Flemish psychiatrists. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(4), 379-394.
- Sacks, M. H., Kibel, H. D., Cohen, A. M., Keats, M., & Turnquist, K. N. (1987). Resident response to patient suicide. *Journal of Psychiatric Education, 11*(4), 217-226.
- Sandford, D. M., Kirtley, O. J., Thwaites, R., & O'Connor, R. C. (2021). The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28*(2), 261-294.
- Sherba, R. T., Linley, J. V., Coxe, K. A., & Gersper, B. E. (2019). Impact of client suicide on social workers and counselors. *Social Work in Mental Health, 17*(3), 279-301.
- Shneidman, E. S. (1969). *On the nature of suicide*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(3), 145-147.
- Skovholt, T. M., Grier, T. L., & Hanson, M. R. (2001). Career counseling for longevity: Self-care and burnout prevention strategies for counselor resilience. *Journal of Career Development, 27*(3), 167-176.

- Trimble, L., Jackson, K., & Harvey, H. (2000). Client suicidal behaviour: Impact, interventions, and implications for psychologists. *Australian Psychologist, 35*(3), 227-232.
- Valente, S. M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*(4), 614-621.
- Veilleux, J. C., & Bilsky, S. A. (2016). After a client death: Suicide postvention recommendations for training programs and clinics. *Training and Education in Professional Psychology, 10*(4), 214-222.
- Wang, S., Ding, X., Hu, D., Zhang, K., & Huang, D. (2016). A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital. *International Journal of Nursing Sciences, 34*, 354-361.
- Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., & Thon, N. (2011). The therapist's reaction to a patient's suicide: Results of a survey and implications for health care professionals' well-being. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32*(2), 99-105.
- Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., Vogel, R., & Thon, N. (2013). How therapists react to patient's suicide: Findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *General Hospital Psychiatry, 35*(5), 565-570.
- Wurst, F. M., Müller, S., Petitjean, S., Euler, S., Thon, N., Weisbeck, G., & Wolfersdorf, M. (2010). Patient suicide: A survey of therapists' reactions. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*(4), 328-336.

원고접수일: 2022년 8월 15일

논문심사일: 2022년 11월 16일

게재결정일: 2023년 2월 25일

# A Review of the Domestic and Foreign Literature on the Counselor's Experience of Client's Suicidal Death

Yu-Mi Shon

Department of Psychology,  
Catholic University of Korea

Nam-Woon Chung

Department of Psychology,  
Catholic University of Korea

A client's suicide is fearful and painful experience for the counselor. Although every effort is made to prevent client suicide, client suicide does occur and this is a limitation that must be accepted in the counselor's professional field. Although it is important to recognize counselors who meet suicidal clients as suicide survivors and to expand study on the counselor's experiences, domestic studies have not been actively conducted. Therefore, this study attempted to provide suggestions for future study by reviewing the domestic and overseas study literature on the experiences of counselors who met suicidal clients. For this purpose, studies were selected to explore the experiences of counselors after client suicide. According to the subject, the following points were discussed: 1) The actual situation of the client's suicide experience; 2) The effect of the client suicide on the counselor; 3) Coping and overcoming(recovery) after the client's suicide; and 4) Summarization of the contents as the necessary support and post-intervention measures for counselors who have experienced client suicide. Based on these contents, a research method was proposed for the counselor who experiences client suicide in the domestic counseling scene.

*Keywords:* client suicide, impact of client suicide, counselor's coping and recovery, postvention