

내담자의 자살에 대한 정신건강 전문가의 정서적 경험과 보호요인: 개념도 연구법을 활용하여*

윤 성 근

양 은 주†

고려대학교 심리학과

본 연구는 국내 정신건강 전문가의 내담자 자살경험을 개념도 연구법(concept mapping method)을 활용하여 연구함으로써 국내 정신건강 전문가가 내담자의 자살로 인하여 어떠한 어려움을 경험하고, 이러한 어려움들로부터 회복하는데 중요한 보호요인들은 무엇이 있는지를 알아보고자 하였다. 내담자의 자살을 경험한 국내 정신건강 전문가 8명을 대상으로 개별면접을 실시하였고, 내담자의 자살에 대한 정신건강 전문가의 정서적 경험과 관련한 핵심문장들과 보호요인과 관련한 핵심문장들을 각각 57개씩 추출하였다. 핵심문장들에 대해 다차원척도법(Multidimensional Scaling)과 위계적 군집분석(Hierarchical cluster analysis)을 실시한 결과 내담자의 자살에 대한 정신건강 전문가의 정서적 경험과 보호요인들은 각각 2차원의 군집 7개와 5개로 분류되었다. 정신건강 전문가의 정서적 경험의 2개 축은 각각 '내담자관련-정신건강 전문가관련'차원과 '일차적 반응-이차적 반응'차원으로, 보호요인의 2개 축은, '문제행동 중심-인지 중심'차원과 '개인내적-대인관계적'차원으로 구성되었다. 각각의 군집은 충격, 죄책감, 불안, 애도, 후회, 무능감, 우울 증상과 사회적지지, 한계 수용, 관점 변화, 행동적 대처, 유가족 대처로 명명되었다. 본 연구는 국내 정신건강 전문가의 내담자 자살에 대한 정서적 경험과 보호요인이 가지는 구조적 특성과 기저차원을 경험적으로 검증하였다는 함의가 있다.

주요어 : 내담자, 자살, 정신건강 전문가의 정서적 경험, 보호요인, 개념도 연구법

* 이 논문은 2015년도 윤성근의 석사학위 논문에 기초함.

† 교신저자 : 양은주, 고려대학교 심리학과, 서울시 성북구 안암동 5가

Tel : 02-3290-2865, E-mail : yange@korea.ac.kr

정신건강 전문가에게 심리치료는 여러 불확실성과 장애물들로 가득한 낯선 곳으로 내담자와 함께 여행을 하는 것과 같다(Grad & Michel, 2004). 정신건강 전문가는 내담자의 심리적 어려움을 돕기 위하여 초기 면접과 평가, 진단 등을 통하여 심리치료에서 겪을 수 있는 여러 위험요소들을 확인하고 이에 대해 개입하여 심리치료를 진행한다. 심리치료를 통하여 내담자가 ‘동토에 꽃을 피워내는’ 모습을 지켜보는 것은 정신건강 전문가에게 큰 기쁨과 만족감, 성취감을 주는 의미 깊은 일이며, 정신건강 전문가는 이를 위하여 많은 노력을 기울이지만 그럼에도 불구하고 때로 내담자의 문제는 정신건강 전문가가 기대하는 만큼 해결되지 않거나 더 악화되기도 한다. 이러한 부정적인 치료결과 중에 정신건강 전문가가 가장 겪고 싶지 않는 경험은 바로 내담자의 자살일 것이다. 내담자의 자살은 정신건강 전문가에게 있어 ‘직업적 재앙(occupational hazard)’에 가까운 경험이다(Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski, & Muraoka, 1989). 내담자의 자살은 내담자의 기질과 같은 유전적 특성, 병리적 가족관계나 빈곤한 대인관계, 열악한 사회경제적 환경 등 정신건강 전문가가 통제할 수 없는 여러 치료 외적인 상황으로 인해 일어날 수 있는 결과임에도 불구하고 정신건강 전문가는 이에 대해 필요 이상의 과도한 책임감과 고통감을 겪을 수 있다.

현대에는 내담자의 심리적 문제가 다양하고 복잡해지며, 지지기반이 되어줄 가족관계나 지역사회가 제 역할을 하지 못하게 되면서 정신건강 전문가가 내담자의 자살이라는 부정적 치료결과를 경험할 가능성은 갈수록 높아져가고 있다(McAdams & Foster, 2000). 관련 연구가 이뤄진 미국과 유럽을 살펴보면 내담자의

자살을 경험한 정신건강 전문가의 비율은 상당히 높은 편이다. McAdams와 Foster(2000)의 연구에서는 1,000명의 정신건강 전문가 중 23%(376명)가 내담자의 자살을 경험하였고, Wurst 등(2013)의 연구에서는 병원에서 근무하는 226명의 정신건강 전문가 중 72%(164명)가 내담자의 자살을 경험하였는데, 이 중 정신과 의사는 30.5%(69명), 심리학자는 24.8%(56명)이었다. 임상적으로 보다 심각하고 만성적이며 높은 자살 가능성을 가진 내담자를 만날 환경에 있는 정신과 의사는 50~70%가 내담자의 자살을 경험하는 것으로 나타나 다양한 정신건강 분야의 전문가들 중 가장 높은 수치를 보였다(Alexander, Klein, Gray, Dewar, & Eagles, 2000; Courtenay & Stephens, 2001; Dewar, Eagles, Klein, & Alexander, 2000; Ruskin, Sakinofsky, Bagby, Dickens, & Sousa, 2004; Yousaf, Hawthorne, & Sedgwick, 2002).

한국에서도 심리치료를 하는 정신건강 전문가들이 내담자의 자살을 단지 ‘나에게는 일어나지 않을 것 같고, 일어나지 않았으면 하는’ 경험 정도로 생각하기에는 내담자의 자살을 경험할 가능성이 결코 낮지 않다. Luoma, Martin과 Pearson 등(2002)의 연구에 따르면 미국에서는 1998년 기준으로 연 30,000명이 자살로 인해 사망을 하였는데, 이 중 1/3(32%)이 자살을 실행하기 1년 이내에 정신건강 관련 서비스를 찾았으며, 1/5(19%)은 자살을 실행하기 1달 이내에 정신건강 관련 서비스를 찾았다고 한다. 미국이 한국보다 정신건강 관련 서비스에 대한 접근성이 보다 높다는 점을 감안하였을 때 한국에서 자살을 한 인구 중 정신건강 관련 서비스를 경험한 비율은 이에 미치지 못하는 것으로 보인다. 2012년도 통계청의 자료에서도 정신건강 문제로 전문가와 치

료경험이 있는 대상자의 비율은 6.1%에 불과하였다. 하지만 2014년에 세계보건기구(WHO)가 172개국을 대상으로 조사한 연구 자료에 따르면 한국의 자살인구 비율은 인구 100,000명당 28.9명으로 세계평균 자살인구 비율인 11.4명이나 미국의 12.1명보다 훨씬 높은 수치를 나타내었다(WHO, 2014). 또한 보건복지부의 2014년도 조사 자료에서도 한국은 인구 100,000명당 29.1명의 자살비율로 OECD에 가입된 14개 국가 중에 가장 높은 수치를 나타내었다(보건복지부, 2014). 따라서 최근 한국에서 정신건강 관련 서비스에 대한 수요와 접근성이 갈수록 높아지고 있는 추세를 보면 앞으로 한국에서 정신건강 관련 서비스 경험이 있는 자살 인구의 수와 내담자의 자살을 경험한 정신건강 전문가의 수는 늘어날 것으로 예상된다.

내담자의 자살은 정신건강 전문가에게 있어 ‘할 수 있다면 피하고 싶은’ 가장 고통스러운 경험일 것이다. 내담자의 자살은 정신건강 전문가에게 있어 그들의 가족이나 친구를 상실했을 때 겪는 고통스러운 경험들과 크게 다르지 않고(Grad & Michel, 2004; Hendin, Haas, Maltsberger, Szanto, & Rabinwicz, 2004), 그들 중반은 부모의 죽음을 경험한 정도로 큰 충격을 받으며(Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, & Kinney, 1988), 급성 스트레스 장애나 외상 후 스트레스 장애의 증상을 보고하기도 한다(Ruskin et al., 2004). 또한 그 정도에 따라 차이는 있지만 대부분이 높은 스트레스와 충격, 부인(denial), 슬픔, 우울, 불안, 죄책감, 분노, 상실감, 배신감, 수치심, 무력감, 고립감, 소외감, 부적절감(inadequacy) 등을 경험한다. 또한 대인관계가 손상되고 사회적으로 철수하며, 개인과 전문가로서 자존감과 자신감을 잃게

된다. 내담자의 자살로 인하여 섬세하고 복잡한 심리치료에서 자신을 치료의 도구로 사용하는 정신건강 전문가가 경험하는 여러 부정적 정서들과 전문가로서의 유능감, 개인으로서의 자존감의 상실은 다른 내담자들과의 치료에 부정적인 영향을 미치며, 최악의 경우 정신건강 분야로부터의 이직이나 은퇴를 결정하게 되기도 한다(Alexander et al., 2000; Chemtob et al., 1988; Courtenay & Stephens, 2001; Dewar et al., 2000; Gitlin, 1999; Hendin et al., 2004; Kleespies, 1993; Maltsberger, 1992; McAdams & Foster, 2000; Tillman, 2006; Valente, 1994; Wurst et al., 2013; Yousaf et al., 2002). 내담자에 대한 측은지심(惻隱之心)을 가지고 도움을 주고자 했던 정신건강 전문가가 내담자의 자살에 대한 온전한 이해 없이 과도한 책임감과 죄책감을 느끼고 전문가로서의 유능감 뿐만 아니라 개인으로서의 자존감에까지 부정적 영향을 받아 결국 전문가의 길을 포기하는 선택을 하게 된다면 이는 내담자의 자살만큼 큰 비극이 아닐 수 없다.

내담자의 자살을 경험한 전문가들이 자살 이후 20~30년이 지나도 내담자에 대해 생생히 기억해낼 수 있는 것을 보면(Brown, 1987) 내담자의 자살은 정신건강 전문가에게 있어 평생 가지고 살아야 할 상처의 흔적일지 모른다. 하지만 ‘상처받은 치료자’라는 말이 있듯이, 내담자 자살이라는 상처로부터 회복을 경험한 정신건강 전문가는 내담자의 자살사건에 대해 장기적으로 개인과 전문가로서 성장할 수 있는 경험이었다고 보고 한다(Brown, 1987; Chemtob, et al., 1989; Hendin et al., 2004). 내담자의 자살을 경험한 정신건강 전문가에 대한 여러 연구들은 공통적으로 개인치료, 슈퍼비전, 사회적지지, 동료들과 기관의 지지와 지원,

동료자문, 자조모임, 위기지원팀, 워크숍과 컨퍼런스, 전문가 훈련과정 및 교육프로그램 등이 내담자의 자살에 대해 정신건강 전문가가 소진되지 않고 회복할 수 있는 보호요인들로 보고 있다(Chemtob et al., 1988; Ellis & Patel, 2012; Foster & McAdams, 1999; Grad & Michel, 2004; Kleespies, 1993; Mangurian, Harre, Reliford, Booty, & Cournos, 2009; Maslach & Goldberg, 1998; Spiegelman & Werth, 2005; Wurst et al., 2013). 이들 중 정신건강 전문가가 개인의 선택과 결정으로 취할 수 있는 요인들 외에 기관의 지원, 위기지원팀, 워크숍과 컨퍼런스, 전문가 훈련과정 및 교육프로그램 등은 정신건강 전문가의 내담자 자살 경험에 대한 충분한 연구가 선행되어야 보호요인으로서의 효과성을 가질 수 있는 요인들이다.

그럼에도 불구하고 내담자의 자살을 경험한 정신건강 전문가들에 대한 대부분의 연구들이 미국과 유럽에서 이뤄졌기에 이러한 결과를 국내 정신건강 전문가들에게 적용하는 데에 제한이 있을 수 있다. 개인의 선택과 자유, 독립성(independent)을 강조하는 개인주의 문화인 서구권과는 달리 한국은 개인이 처한 관계적, 사회적 맥락 내에서 개인의 상호의존성(interdependent)을 강조하는 집단주의 문화(장성숙, 2002; 주은선, 이해경, 주은지, 2007; Bae & Joo, 2003)이며, 이러한 문화양식은 정신건강 전문가와 내담자와의 치료관계와 역할방식에도 영향을 주기 때문에 국내 정신건강 전문가들의 경험이 어떠한지에 대한 연구가 필요한 상황이다. 따라서 본 연구에서는 내담자의 자살을 경험한 국내 정신건강 전문가들을 대상으로 이들의 정서적 경험과 회복에 도움이 되었던 보호요인을 개념도(concept mapping) 연구 방법을 사용하여 다차원인 맥락에서 살펴보고

자 한다. 개념도 연구방법은 양적·질적인 연구방법이 통합된 접근으로(Trochim, 1993), 참여자들의 개별특수적인 경험과 인식을 규명하는데 도움을 얻을 수 있기 때문에(Goodyear, Tracey, Claiborn, Lichtenberg, & Wampold, 2005) 적절한 사전자료나 이론적 틀이 부재하는 경우 유용한 방법이다. 개념도 연구방법에서 연구 참여자들이 직접 항목을 생성한다는 것은 질적 연구와 유사하지만, 항목의 분류 역시 연구 참여자들에 의해 이루어진다는 점에서 질적 연구와 구분되며, 이같이 연구 참여자들이 적극적으로 참여함으로써 연구자의 편견이 감소할 수 있다는(Paulson, Truscott, & Stuart, 1999) 강점이 있다.

앞에서 언급한대로 내담자의 자살은 정신건강 전문가의 직업적 차원 뿐 아니라 개인적 차원에까지 심대한 영향을 줄 수 있는 큰 사건이며, 국내 정신건강 전문가가 내담자의 자살을 경험할 가능성이 미국, 유럽 등과 같이 높아지고 있는 상황에서 정신건강 전문가들을 대상으로 하는 현재의 훈련과 교육은 내담자의 자살과 관련하여 구체적인 내용을 포함하고 있지는 않은 실정이다. 내담자의 자살에 대한 충분한 훈련과 교육이 빠진 전문가 수련 과정은 배를 좌초시킬 수 있는 큰 암초에 대한 위치정보가 빠진 항해지도와 같으며, 만날 수밖에 없는 암초로 인하여 배가 좌초되는 것은 단순히 배 한척이 아닌 그 배를 통하여 항해할 수많은 항해지역을 손실하는 것과 같다. 따라서 본 연구에서는 정신건강 관련 서비스 분야에서 활동하는 여러 전문가들 중 공통적으로 내담자의 심리적 어려움에 대해 전문적인 심리치료와 개입을 하는 정신과 의사, 임상 및 상담심리사, 전문상담교사, 정신보건사 회복지사에 초점을 맞추어 그들이 내담자의

자살로 어떠한 경험들을 하였고, 그로부터 소진되지 않고 회복되기 위해서 어떠한 보호요인들이 있었는지를 알아봄으로써 추후 국내 정신건강 전문가들을 대상으로 내담자 자살과 관련한 전문가 훈련과정 및 교육 프로그램의 개발에 활용될 수 있도록 할 것이다.

본 연구에서 알아본 연구문제는 다음과 같다.

1. 내담자의 자살에 대해 정신건강 전문가가 어떠한 어려움을 경험하는가?
2. 내담자의 자살을 경험한 정신건강 전문가가 어려움으로부터 회복하는데 도움이 되는 요인은 무엇인가?

방 법

연구대상

본 연구에는 정신건강 관련 자격증을 소지하고 내담자가 자살한 경험이 있는 8명의 정신건강 전문가가 참여하였다. 이에 개념도 연구에서 아이디어를 산출하기 위해서 요구되는 최소인원인 8명(Goodyear et al., 2005)을 충족하였다. 참여자 모집을 위해 한국심리학회와 산하학회(임상 및 상담) 홈페이지와 상담기관에 모집 공고를 게시하고, 최초 모집된 연구 참여자에게 다른 연구 참여자를 소개받는 눈덩이 표집을 실시하였다. 본 연구에서는 국내 정신건강 전문가의 전반적인 특성을 연구에 반영하기 위하여 성별, 연령, 유형, 경력 등의 특성들에 따른 정신건강 전문가의 수가 골고루 분포되도록 참여자들을 모집하였다. 참여자들의 특성을 살펴보면 성별은 남성과 여성 각각 4명이었고, 연령은 평균 41.6세로 20대 3

명, 30대 1명, 40대 1명, 50대 3명이었다. 관련 자격증으로는 정신과 전문의(정신건강의학과 전문의) 2명, 임상 및 상담심리 전문가 2명, 전문상담교사 3명, 정신보건 사회복지사 1명이었다. 치료경력은 평균 12.3년이었으며, 5년 이하 3명, 6~10년 1명, 11~20년 2명, 21년 이상이 2명이었다.

주 치료기법으로는 절충주의에 해당되는 복수응답이 많았는데 긍정심리치료 1명, 게슈탈트치료 1명, 마음챙김치료 1명, 문제해결중심치료 1명, 인지치료 2명, 인지도식치료 1명, 인지행동치료 3명, 정신역동치료 1명, 행동수정 1명이었다. 두 번 이상 내담자의 자살을 경험한 참여자가 3명이었으며, 나머지는 1번의 경험이 있었다. 자살한 내담자와의 치료 횟수는 평균 18회였으며, 10회 이하 5명, 21~30회 2명, 31회 이상이 1명이었다. 자살한 내담자와의 치료기간(심리교육 및 사례관리 기간, 치료 중단기간 포함)은 평균 16개월이었으며, 6개월 미만 5명, 7~12개월 2명, 13개월 이상이 1명이었다. 내담자의 자살을 경험하고 경과된 시간은 평균 2.2년이었고, 1~3년 3명, 4~6년 2명, 연구가 진행된 당해 연도에 경험한 전문가가 3명이었다.

연구절차

본 연구에서는 내담자의 자살을 경험한 정신건강 전문가의 내면적 개념구조를 확인하기 위하여 개념도 방법을 사용하였다. 개념도 연구법은 연구 참여자에 의해 생성되고 분류된 항목들을 다차원척도법(Multidimensional Scaling: 이하 MDS)과 위계적 군집분석(Hierarchical cluster analysis)을 활용하여 군집화 하는 방법이다(Trochim, Cook, & Setze, 1994). Kane과

Trochim(2007)이 제시한 개념도 방법에 근거하여 다음에 제시한 총 6단계로 연구를 진행하였으며, 개념도 해석단계와 활용단계에 해당하는 내용은 본 연구의 결과와 논의 부분에서 자세히 기술하도록 하겠다. 이들이 제시한 개념도 과정 절차는 그림 1과 같다.

첫 번째는 개념도 준비단계로, 연구자가 연구 아이디어를 구체화하고 연구 주제가 되는 초점 질문을 선정하며, 자료 수집을 위하여 연구 참여자를 모집 및 선정하는 단계이다. 본 연구에서는 내담자의 자살에 대한 정신건강 전문가의 정서적 경험에 초점을 맞추었고, 이를 개념화하기 위하여 다음과 같은 두 가지의 초점질문을 준비하였다. 두 가지 질문은 각각 “내담자의 자살로 치료자는 어떠한 어려

움을 경험하였습니까?”(정신건강 전문가의 정서적 경험 질문)와 “내담자의 자살로 인한 어려움으로부터 치료자는 어떻게 회복하고자 하였습니까?”(정신건강 전문가의 보호요인 질문)이었다.

두 번째는 아이디어 산출단계로, 연구 참여자들로부터 연구 주제 관련 아이디어를 산출하고 연구자들이 이를 분석 및 종합, 편집하는 단계이다. 본 연구에서는 내담자의 자살을 경험한 정신건강 전문가들을 대상으로 연구자가 직접 약 50분간의 개별면접을 실시한 후, 사전 동의를 구하여 녹음한 면접내용을 축여록으로 작성하였다. 다음으로 석사과정 수료자인 본 연구자와 상담심리학 교수, 석사과정 재학 중인 연구자 2명을 포함한 4명의 연구팀

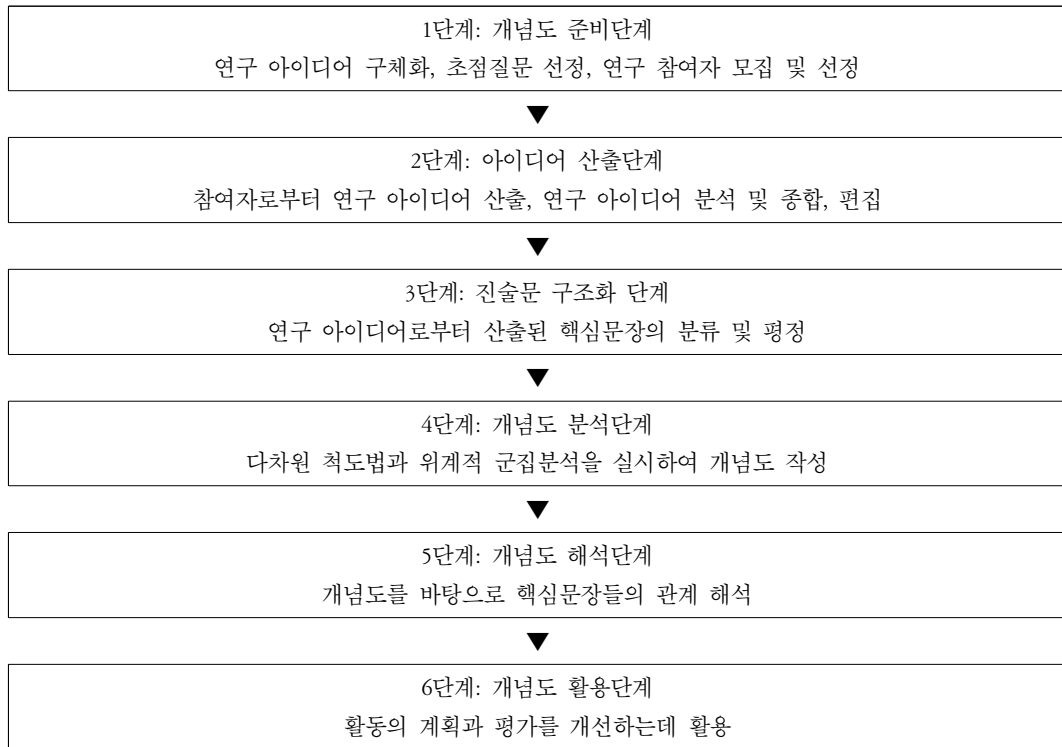


그림 1. 개념도 연구법의 전체과정(Kane & Trochim, 2007)

이 축어록의 내용을 바탕으로 연구의 주제와 부합하는 의미 있는 진술문들을 Giorgi(1985)의 질적분석의 4단계 절차에 따라 핵심문장으로 정리하였다. Kane과 Trochim(2007)은 핵심문장들을 100개 이하로 축약하는 것을 권하고 있으며, 국내 연구들(김지연, 한나리, 이동귀, 2009; 최윤정, 김계현, 2007; 최한나, 김창대, 2008)은 약 50-60개의 핵심문장이 적당하다고 보았다. 따라서 본 연구에서는 최소 50개 이상, 최대 100개 이하의 핵심문장들로 정리하고자 하였다. 이때, 한 문장 안에 2개 이상의 의미를 가진 표현일 경우 두 문장으로 분리하였고, 동일한 의미를 가지는 상이한 표현의 내용들과 중복되는 내용들은 하나의 문장으로 정리하였으며, 지극히 개인적인 시각을 반영하는 내용들은 그 의미를 손상하지 않는 것으로 판단되는 범위 안에서 보다 보편적이고 포괄적인 표현으로 바꾸었다. 그 결과 총 132개의 정신건강 전문가의 정서적 경험 관련 핵심문장들과 총 139개의 정신건강 전문가의 보호요인 관련 핵심문장들이 각각 57개의 핵심문장으로 정리되었다.

세 번째는 진술문 구조화 단계로, 두 번째 단계에서 추출된 핵심문장들을 분류카드의 형식으로 제작하고 연구 참여자들 각자가 함께 분류되는 것이 자연스럽게 여겨지는 범주로 카드를 분류 및 평정을 하도록 하는 단계이다. 본 연구에서는 연구자가 약 30분간의 개별면접을 실시하여 연구 참여자들이 '함께 하는 것처럼 보이는 것'끼리 분류하도록 하였다. 분류 시 최소 두 개 이상의 문장들이 하나의 범주를 이루어야 하며 전체 범주는 2개 이상이어야 함(Kane & Trochim, 2007; Paulson et al., 1999)을 참여자들에게 전달하였다. 이 과정 이후 참여자들에게 정신건강 전문가의 정서적

경험 관련 핵심문장들에 대해서는 '그 경험이 얼마나 힘들게 하였는지'(고통감)에 따라, 정신건강 전문가의 보호요인 관련 핵심문장들에 대해서는 '그 방법이 얼마나 도움이 되었는지'(효과성)에 따라 각각의 핵심문장들이 얼마나 중요한지를 5점 리커트 척도(1점 = 전혀 힘들지 않았다 또는 해당되지 않는다/전혀 도움 되지 않았다 또는 해당되지 않는다, 5점 = 매우 힘들었다/매우 도움이 되었다)로 평정하도록 하였다.

네 번째는 개념도 분석단계로, 세 번째 단계에서 생산된 정보를 분석하고 지도를 그리는 단계이다. 분석을 위하여 SPSS 22.0을 사용하여 다차원 척도법(Multidimensional Scaling: 이하 MDS)과 위계적 군집분석(Hierarchical cluster analysis)을 실시하였다. 우선 57×57 matrix를 제작하여 같은 범주로 묶인 핵심문장들은 0, 다른 범주로 묶인 진술문들은 1로 코딩하였고, 이들을 하나의 시트로 합산하여 유사성 행렬(group similarity matrix: 이하 GSM)을 만들었다. 이 GSM을 바탕으로 MDS를 실시하여 지도(좌표) 위에 각각의 핵심문장들을 점으로 나타내었다. 이때 빈번하게 같은 범주로 묶인 핵심문장들은 서로 가까운 위치에 있게 된다(Kane & Trochim, 2007). 차원의 수는 각 차원의 수에 따라 기준이 되는 stress 지수를 확인하여 결정하는데, 원칙적으로 2차원의 경우 stress 지수는 .25 이하, 3차원의 경우 .18 이하, 4차원의 경우 .12 이하, 5차원의 경우 .09이하를 충족시켜야 한다(Kruskal & Wish 1978). 하지만 위의 값들은 통제된 연구 환경에서의 심리측정을 기준으로 제시된 값들이기 때문에 일반적인 환경에서 이뤄지는 개념도연구에는 적절하지 않다. 이에 개념도연구법에서는 메타분석을 실시하여 산출한 평균 stress 지수 2.85와 표준

편차 .04를 기준으로 95% 신뢰범위에 속하는 stress지수 .205~.365를 적정 기준으로 보고 있다(Trochim, 1993). 따라서 이를 기준으로 차원의 수를 결정하였고, MDS를 통해 산출된 각 점들의 x, y 좌표 값을 이용하여 위계적 군집 분석을 실시하였다. 그 결과 같은 군집으로 묶인 문장(점)들을 선으로 연결한 개념도를 완성하였다.

결 과

내담자의 자살에 대한 정신건강 전문가의 정서적 경험

본 연구에 참여한 국내 정신건강 전문가들은 내담자의 자살과 관련된 경험으로 각각 57개의 핵심문장을 보고하였다. 다음으로 도출된 핵심문항을 ‘함께 하는 것처럼 보이는 것’끼리 묶도록 하였을 때 최소 4개에서 최대 12개의 군집으로 분류하였다. 이들의 분류한 결과를 GSM을 바탕으로 MDS를 실시한 후 2차원 해법에 대한 stress 지수를 확인한 결과, 그 값은 .322로 적합한 stress 지수 범위 .205~.365(Kane & Trochim, 2007)를 충족함을 확인하였다. 또한 다차원 척도법의 모형 적합도 지수(index of fitness)로 신뢰성과 타당성을 알아볼 수 있는 회귀분석의 결정계수와 유사한 RSQ(stress and squared correlation)는 .49로 중간 정도의 설명력을 가지고 있었다. 다음으로 추출된 핵심문항들에 대한 위계적 군집분석을 실시하였다. 군집 수의 결정은 일차적으로 군집화 일정표의 수치변화 폭을 고려하여 이루어졌으며, 이렇게 결정된 군집 수가 군집 간 핵심문항들과 군집 내 핵심문항들을 확인하여 군집

간 차별성과 군집 내 유사성이 명확한지를 검토하여 최종 결정하였다. 그 결과 내담자의 자살과 관련된 정신건강 전문가의 정서적 경험은 총 7개의 군집으로 분류되었다. 분석 결과는 표 1과 그림 2에 제시하였다.

구체적으로 내담자 자살에 대한 정신건강 전문가의 정서적 경험과 관련한 분석결과를 살펴보면, 본 연구에 참여한 정신건강 전문가들의 경험은 ‘내담자 관련-정신건강 전문가 관련’차원과 ‘일차적 반응-이차적 반응’차원의 2개의 차원이 나타났으며, 충격, 죄책감, 불안, 애도, 후회, 무능감, 우울 증상 등의 7개의 군집들이 포함되었다. 먼저 정신건강 전문가의 정서적 경험에 대한 ‘내담자 관련-정신건강 전문가 관련’, ‘일차적 반응-이차적 반응’등의 2개 차원들을 살펴보면, ‘내담자 관련-정신건강 전문가 관련’차원은 상단에 위치한 자살한 내담자와 유가족과 관련하여 정신건강 전문가가 경험하는 정서적·인지적·행동적 반응들과 하단에 위치한 정신건강 전문가 자신과 심리치료에 대해 정신건강 전문가가 경험하는 정서적·인지적·행동적 반응들이 위치하고 있는 것으로 나타났다. ‘일차적 반응-이차적 반응’차원은 내담자의 자살사건과 직접적으로 관련된 초기 경험들이 우측에, 내담자의 자살사건과 간접적으로 관련되는 후기 반응들이 좌측에 분포하는 것으로 나타났다.

다음으로 정신건강 전문가의 정서적 경험들에 대한 7개의 군집들을 살펴보면 충격 군집의 경우, 총 14개의 문항들이 포함되었고 평균 3.62의 평정값을 받았으며, 내담자의 자살 사실을 처음 전달받았을 때에 순간 멍해지고 아무 말도 할 수 없을 정도의 큰 충격을 받은 내용들과 내담자의 죽음이 현실감 있게 다가오지 않는 이인화(depersionalization)나 내담자의

표 1. 정신건강 전문가의 정서적 경험에 대한 군집과 핵심문장, 평정 평균값

군 집	핵심문장	평정값
충격		3.62
	10. 충격이 컸다	4.50
	14. 깜짝 놀랐다	4.38
	16. 내담자가 죽었다는 게 실감이 나질 않았다	4.25
	1. 순간 멍해졌다	4.13
	33. 하루 정도를 멍하게 보냈다	4.13
	2. 아무 말도 할 수 없었다	4.00
	34. 치료 장소나 내담자의 모습, 목소리, 치료내용 등이 떠올랐다	3.88
	50. 한동안 혼란스러운 시간을 보냈다	3.63
	40. 당황스러웠다	3.50
	21. 처음에는 직접적이고 개인적인 의미로 다가오질 않았다	3.00
	30. 내담자를 떠올리게 하는 무엇을 보면 힘들었다	3.00
	51. 감정의 흔들림 없이 사건에 대해 말하기가 어려웠다	3.00
	49. 내담자와 관련된 사람들을 만나기가 힘들고 두려웠다	2.88
	22. 친밀한 관계가 끊어졌다는 상실감이 들었다	2.38
	죄책감	
52. 내담자가 얼마나 힘들었을까 하는 생각이 들었다		4.38
35. 사건과 관련하여 치료자가 책임이 있는지 겁이 났다		3.75
55. 자살주체로 다른 내담자를 치료할 때 자살한 내담자가 생각났다		3.75
3. 유가족이 떠올랐다		3.63
24. 유가족에 대한 미안함과 죄책감이 들었다		3.13
11. 스스로에게 상당히 화가 났다	2.38	
불안		3.32
	6. 상황을 정확하게 판단했었나 하는 의문이 들었다	3.88
	8. 다른 내담자의 자살사고에 대해 조심스럽고 예민해졌다	3.88
	57. 치료와 관련한 긴급한 전화가 올 때면 또 무슨 사건이 터진 건 아닌가 하고 불안했다	3.75
	4. 다른 치료자라면 어떻게 상담을 했을까 하는 생각이 들었다	3.50
	5. 정말 상담을 잘했나 하는 생각이 들었다	3.50
	25. 치료자로서의 경력에 문제가 있지 않을까하는 생각이 들었다	2.50
	26. 내가 치료를 잘하지 못하는 사람인가, 치료를 하면 안 되는 건가 하는 생각이 들었다	2.25
	56. 자살한 내담자와 비슷한 내용의 치료를 한 후에는 하루 종일 다른 생활을 하기가 어려웠다	2.13

(계속)

군 집	핵심문장	평정값
애도		3.47
	7. 죽은 내담자에 대한 안타까운 마음이 들었다	4.50
	17. 죽은 내담자가 가끔 생각났다	3.75
	31. 내담자의 장례식에 가기가 힘들었다	3.63
후회		3.47
	15. 미리 예상했었다라면 하는 후회가 들었다	4.25
	18. 미리 알아채지 못한 것에 대해 죄책감이 들었다	4.00
	36. 내담자에게 보다 집중하지 못한 것 같아 미안했다	3.88
	53. 내담자의 주위 사람들도 영향 받지 않을까 불안했다	3.75
	9. 왜 내담자의 자살에 대해 보다 적극적으로 개입하지 않았을까 하는 후회가 들었다	3.75
	54. 치료를 잘하지 못한 건 아닐까 하는 후회가 들었다	3.13
무능감		3.28
	41. 누군가로부터 괜찮아, 할 만큼 했어 라는 위로의 말을 듣고 싶었다	4.25
	12. 정말 사람이 죽겠다고 하면 어떻게 막을 수가 없구나 하는 한계를 느꼈다	4.13
	19. 다른 내담자들이 자살사고를 보이면 무섭고 겁이 났다	3.63
	23. 치료자로서 무기력감이 들었다	3.63
	20. 치료에 대해 회의가 들었다	3.50
	13. 치료의 한계에 대해 좌절감을 느꼈다	3.13
	46. 치료에 대한 의욕이 떨어졌다	2.63
	44. 주위 사람들이 잘 이해해주지 못한다고 느껴져 서운했다	2.38
	42. 주위 사람들이 잘 이해해주지 못한다고 느껴져 짜증이 났다	2.00
	39. 자신이 한심하게 느껴졌다	1.75
우울 증상		2.80
	37. 많이 슬펐고 눈물이 났다	3.75
	32. 우울한 기분이 들었다	3.63
	27. 쉬고 싶었다	3.25
	45. 심리적으로 위축되었다	3.25
	28. 잠을 자기가 어려웠다	2.88
	48. 소진되었다고 느껴졌다	2.88
	43. 외로웠다	2.38
	29. 식욕이 줄어들었다	2.25
	38. 나만 힘들어하는 건가 하는 불안감이 들었다	1.75
	47. 집에 있는 시간이 많아졌다	1.50

주. 각각의 핵심문장에 대해 연구 참여자들은 '힘든 정도(고통감)'에 따라 5점 척도(1점=전혀 힘들지 않았다 또는 해당되지 않는다, 5점=매우 힘들었다)로 평정하였음.

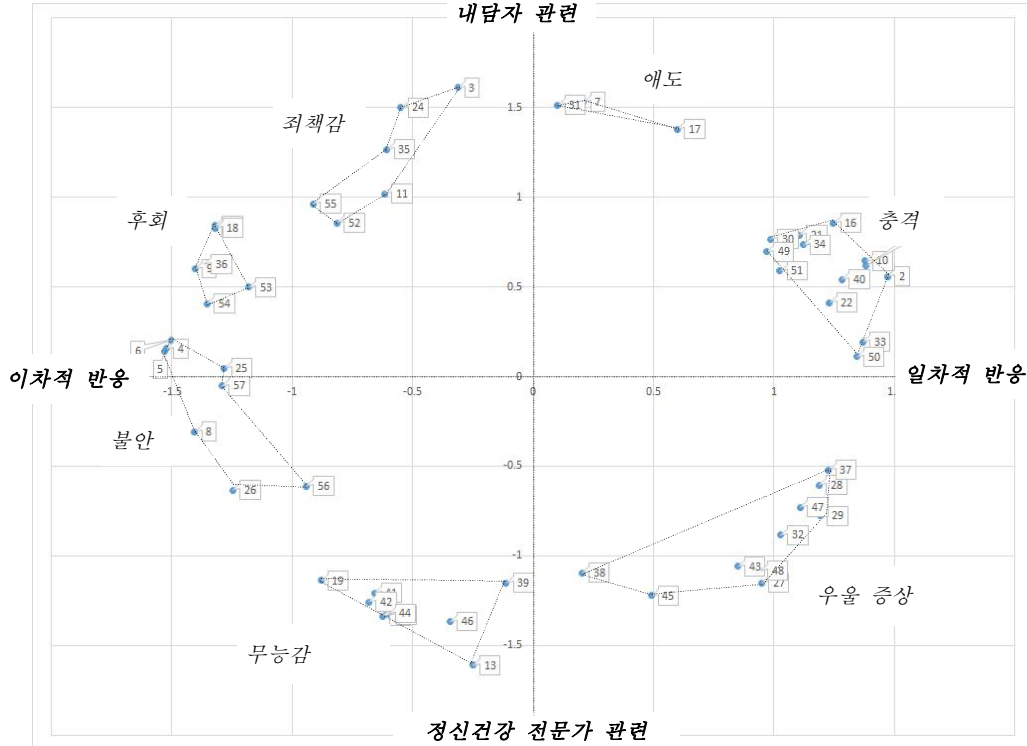


그림 2. 정신건강 전문가의 정서적 경험

자살에 대해 부인(denial)하는 내용들로 이루어졌다. 둘째, 죄책감 군집의 경우, 총 6개의 문항들이 포함되었고 평균 3.40의 평정값을 받았으며, 내담자 자살의 책임을 내부로 귀인하고 해석함으로써 내담자와 유가족들에게 죄책감을 느끼는 내용들과 내담자의 자살에 대한 책임소재와 관련한 두려움의 내용들로 이루어졌다. 셋째, 불안 군집의 경우, 총 8개의 문항들이 포함되었고 평균 3.32의 평정값을 받았으며, 자살한 내담자와의 치료과정이나 전문가로서의 판단에 대해 의심과 회의를 갖는 내용들과 이후 다른 내담자의 자살주체에 대해 과잉경계 되거나 불안을 경험하는 내용들로 이루어졌다. 넷째, 애도 군집의 경우, 총 3개의 문항들이 포함되었고 평균 3.47의 평정값

을 받았으며, 국내 정신건강 전문가들의 개인 특성과 관계없이 전문가 대부분이 자살한 내담자가 가끔 생각나고, '더 살아보았으면'하는 안타까움을 경험하는 내용들로 이루어졌다. 다섯째, 후회 군집의 경우, 총 6개의 문항들이 포함되었고 평균 3.47의 평정값을 받았으며, 내담자의 자살을 예상하지 못하였거나 효과적으로 개입하지 못하였다는 치료과정과 전문가로서의 판단에 대한 후회와 관련한 내용들로 이루어졌다. 여섯째, 무능감 군집의 경우, 총 10개의 문항들이 포함되었고 평균 3.28의 평정값을 받았으며, 내담자의 자살로 인해 심리치료와 전문가로서의 한계를 인식하고 좌절감과 무기력감 등의 정서들과 관련한 내용들로 이루어졌다. 마지막으로, 우울 증상 군집의 경우,

총 10개의 문항들이 포함되었고 평균 2.80의 평정값을 받았으며, 우울한 기분으로 슬픔을 경험하고 심리적인 위축과 사회적 철수와 관련한 내용들로 이루어졌다.

내담자의 자살을 경험한 정신건강 전문가가 어려움으로부터 회복하기 위한 보호요인

본 연구에 참여한 국내 정신건강 전문가들은 내담자의 자살 후 경험한 어려움으로부터 회복하는데 도움이 되었던 보호요인으로 총 57개의 핵심문장을 보고하였으며, 이들을 최소 3개에서 최대 12개의 군집으로 분류하였다. 앞서 언급한 절차와 동일한 방식으로 GSM에 대한 MDS를 실시한 결과 2차원 해법에 대한 stress 지수는 .322로 역시 적절한 범위 내에 있는 것으로 나타났으며, RSQ는 .61로 중간 정도 설명력을 나타내었다. 위계적 군집분석 결과에서는 총 5개의 군집이 도출되었다. 분석결과는 표 2와 그림 3에 제시되어 있다.

구체적으로 내담자의 자살에 대한 정신건강 전문가의 보호요인과 관련한 분석결과를 살펴보면, ‘문제행동 중심-인지 중심’차원과 ‘개인내적-대인관계적’차원의 2개 차원이 나타났으며, 5개의 군집은 사회적지지, 한계 수용, 관점 변화, 행동적 대처, 유가족 대처로 명명되었다. 먼저 정신건강 전문가의 보호요인들에 대한 ‘문제행동 중심-인지 중심’, ‘개인내적-대인관계적’ 등의 2개 차원들을 살펴보면, ‘문제행동 중심-인지 중심’차원은 상단에 위치한 내담자의 자살로부터 회복하기 위하여 도움이 될 수 있는 외부자원들을 적극적으로 탐색하고 활용하는 정신건강 전문가의 행동 중심 요인들과 하단에 위치한 내담자의 자살사건 전반에 대해 정신건강 전문가 스스로 내적으로

재해석하는 과정이 중심이 되는 인지 중심 요인들로 구성되었다. ‘개인내적-대인관계적’차원은 내담자의 자살사건에 대해 관점을 변화시키고 정신건강 전문가와 심리치료의 역할의 한계를 수용하는 등의 개인내적 요인들이 우측에, 정신건강 전문가의 가족과 동료, 선배, 슈퍼바이저, 자살한 내담자의 유가족 등으로부터 도움을 얻는 대인관계적 요인들이 좌측에 분포하는 것으로 나타났다.

다음으로 정신건강 전문가의 보호요인들에 대한 5개 군집들을 살펴보도록 하겠다. 먼저 한계 수용 군집의 경우, 총 15개 문항들이 포함되었고 평균 3.65의 평정값을 받았으며, 내담자의 자살 원인을 객관적으로 분석하여 심리치료와 치료자의 책임과 내담자의 책임을 구분함으로써 도움을 얻었다는 내용들로 이루어졌다. 둘째, 관점 변화 군집의 경우, 총 8개 문항들이 포함되었고 평균 3.59의 평정값을 받았으며, 내담자의 자살이라는 부정적 결과를 수용하고 인식을 확장시켜 전체적인 시각으로 사건을 바라봄으로써 개인과 전문가로서 성장할 수 있는 기회로 쓰고자 하는 것으로부터 도움을 얻었다는 내용들로 이루어졌다. 셋째, 사회적지지 군집의 경우, 총 15개 문항들이 포함되었고 평균 3.54의 평정값을 받았으며, 정신건강 전문가의 가족과 동료들, 선배와 슈퍼바이저, 자살한 내담자의 가족으로부터의 지지에 도움을 얻었다는 내용들로 이루어졌다. 특히 단순한 위로와 격려의 말보다 정신건강 전문가가 처한 상황과 입장에 대한 깊은 이해와 공감의 도움이 되었다. 넷째, 행동적 대처 군집의 경우, 총 16개 문항들이 포함되었고 평균 2.55의 평정값을 받았으며, 새로운 환경으로 변화를 주고 휴식시간을 갖으며 관련분야를 공부하는 등의 업무패턴의 변

표 2. 정신건강 전문가의 보호요인에 대한 군집과 핵심문장, 평정 평균값

군 집	핵심문장	평정값
사회적지지		3.54
	6. 동료가 내가 잘못해서 그런 결과가 나온 게 아니라고 말해주었다	4.25
	26. 내 모든 상황을 알고 있던 동료가 나의 어려움을 알아주었다	4.25
	42. 동료가 자신도 언젠가 겪을 수 있는 경험으로 보고 마음으로 들어주었다	4.13
	33. 죽은 내담자와의 치료계약, 평가 및 치료내용 등에 대해 잘 정리해두었다	3.88
	5. 동료가 나의 긍정적인 자질과 이전에 치료자로서의 성취에 대해 말해주었다	3.75
	8. 동료가 보다 나은 치료자로 성장하기 위한 계기가 될 것이라고 말해주었다	3.75
	17. 선배나 슈퍼바이저가 내 능력이 부족해서나 내 잘못 때문이 아니라고 말해주었다	3.75
	7. 동료가 내 입장에 서서 나를 이해해주었다	3.63
	20. 슈퍼비전을 받았다	3.50
	35. 동료와 사건에 대해 함께 논의하고 이해하고자 하였다	3.38
	32. 내(치료자의) 가족의 지지가 있었다	3.25
	1. 유가족으로부터 내 잘못이 아니라는 위로와 감사를 받았다	3.00
	9. 동료가 치료자로서 이 경험을 어떻게 사용할 것인지에 대해 말해주었다	2.88
	27. 동료가 이후 후속조치에 도움을 주었다	2.88
	53. 내담자의 자살을 경험한 동료와 여러 감정들을 나누고 서로 위로해주었다	2.88
한계 수용		3.65
	23. 치료자가 도울 수 있는 한계가 있다는 것을 받아들였다	4.50
	4. 사람이 정말 죽으려고 하면 내가 막을 수는 없다는 것을 받아들였다	4.13
	12. 치료자로서 겪어야 할 운명이라는 생각을 하였다	4.13
	14. 내담자가 취약한 특성(유전, 환경 등)이 있었다는 것을 인정하였다	4.13
	28. 치료자 혼자만으로 내담자가 나아질 수 없는 상황이라는 것을 받아들였다	4.13
	16. 치료적인 기법이나 기술의 한계가 있다는 것을 받아들였다	4.00
	2. 죽은 내담자가 치료를 통해 도움을 얻기도 했다는 것을 떠올렸다	3.75
	21. 치료자의 책임과 내담자의 책임을 구분하였다	3.75
	25. 치료자가 주도적으로 내담자를 변화시킬 수 없음을 받아들였다	3.75
	34. 내담자의 자살 원인을 객관적으로 탐색하고자 하였다	3.63
	3. 치료를 하면서 죽은 내담자가 나에게 감사해 했었다는 것을 떠올렸다	3.50
	22. 내담자의 환경적 요인들에 비해 치료자가 미칠 수 있는 영향은 적다는 것을 받아들였다	3.25
	41. 결국 자살은 본인의 책임이라고 생각하였다	3.25
	40. 자살과 관련한 전문적으로 쓰여진 책에서 치료자의 잘못이 아니라는 내용을 읽었다	2.75
	19. 과거에 내담자의 자살을 경험한 적이 있었다	2.13

(계속)

군 집	핵 심 문 장	평정값
관점 변화		3.59
	44. 내가 사건에 대해 겪는 과정들이 자연스러운 것이라 생각하였다	4.50
	13. 이 경험을 나를 발전시키는데 쓰고자 하였다	4.13
	24. 나로서는 내가 할 수 있는 최선을 다하였다고 생각했다	3.63
	39. 인간의 죽음은 인간의 한계를 초월한 것이며 극복할 수 없는 문제라는 것을 받아들였다	3.50
	15. 치료로 돌려놓을 수 있는 자살사고와 막을 수 없는 것이 구별된다고 보았다	3.38
	18. 스스로 치료적인 기법과 기술을 나에게 적용하였다	3.25
	10. 슬픔에만 초점을 맞추지 않고 긍정적인 측면에 초점을 맞추고자 했다	3.13
	11. 과거에 내담자의 자살주제 상담을 성공적으로 한 경험들을 떠올렸다	2.63
행동적 대처		2.55
	54. 죽은 내담자를 마음으로라도 빌어주고 기도해주고자 하였다	3.63
	46. 관련 서적을 보고 공부하였다	3.50
	52. 내가 해야 할 다른 많은 일들이 있었다	3.50
	48. 생각을 전환시킬 수 있는 활동을 하였다	3.00
	56. 빨리 정신을 차리고 사건 생각으로부터 나와야 되겠구나 생각하였다	2.88
	43. 이후 후속조치에 대한 매뉴얼이 있었다	2.75
	37. 관련 전문기관에서 추후관리를 위한 업무지원을 해주었다	2.63
	45. 죽은 내담자의 주위 사람들과 함께 서로 공감하고 애도하였다	2.63
	38. 신앙생활을 하였다	2.38
	50. 사건으로 부터 떨어져 있을 수 있는 (휴식)시간을 가졌다	2.38
	47. 여가활동을 하였다	2.25
	29. 새로운 환경으로 변화를 주었다	2.13
	30. 사건과 관련된 사람들과 연락을 피했다	2.00
	49. 대인관계를 보다 늘렸다	1.75
	55. 자조모임에 참석하였다	1.50
	57. 개인상담을 받았다	1.50
유가족 대처		2.65
	31. 유가족 관련 업무에 전문적인 지원을 받았다.	3.25
	36. 유가족이 내 잘못이 아니니 계속 그 일을 해야 한다고 지지해주었다	3.00
	51. 내담자의 장례식장에 다녀왔다	2.50

주. 각각의 핵심문장에 대해 연구 참여자들은 ‘도움이 된 정도(효과성)’에 따라 5점 척도(1점=전혀 도움 되지 않았다 또는 해당되지 않는다, 5점=매우 도움이 되었다)로 평정하였음.

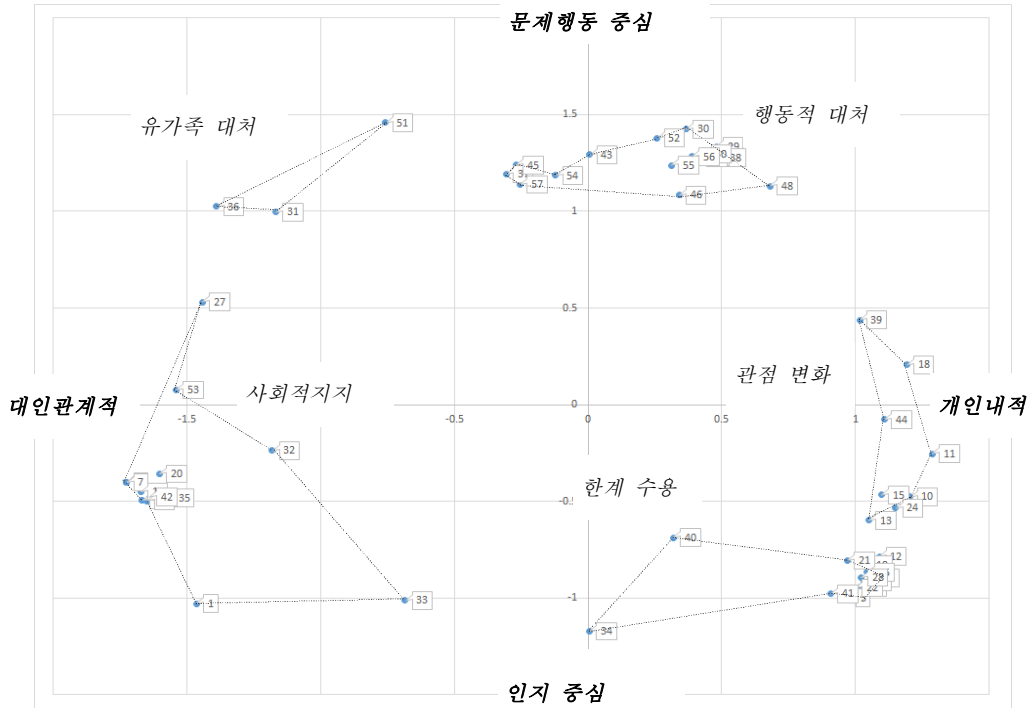


그림 3. 정신건강 전문가의 보호요인

화와 예방대처 기술의 개발, 개인상담을 통한 자기이해, 신앙생활을 함으로써 얻을 수 있는 영적 안녕감이나 여가활동 등을 통해 도움을 얻었다는 내용들로 이루어졌다. 마지막으로, 유가족 대처 군집의 경우, 총 3개 문항들로 이루어졌고 평균 2.65의 평정값을 받았으며, 자살한 내담자의 가족이 정신건강 전문가에게 큰 영향력을 가지고 있는 만큼 국내 정신건강 전문가들은 유가족들과 관련한 대처가 원만하게 진행되고 유가족들로부터 지지적인 태도를 경험함으로써 도움을 얻었다.

논 의

본 연구에서는 국내 정신건강 전문가가 내

담자의 자살로 인해 어떠한 어려움들을 경험하고 이러한 어려움들에 대한 보호요인들은 무엇이 있는지를 밝힘으로써 추후 전문가 훈련과정 및 교육프로그램 개발을 위한 기초 정보를 구하고자 하였다. 이에 정신과 전문의, 임상 및 상담심리 전문가, 전문상담교사, 정신보건 사회복지사 등 내담자의 자살을 경험한 적이 있는 국내 정신건강 전문가 8명을 대상으로 개념도 연구법을 사용하여 연구를 실시한 결과, 본 연구에 참여한 국내 정신건강 전문가들의 정서적 경험은 내담자의 자살사건과 얼마나 직접적이고 즉각적인지, 어떤 대상과 관련된 경험인지에 따라 ‘일차적 반응-이차적 반응’, ‘내담자 관련-정신건강 전문가 관련’차원으로 나누어졌고, 이 경험들의 내용은 힘든 정도에 따라 충격, 애도, 후회, 죄책감, 불안,

무능감, 우울 증상 순으로 나타났다. 또한 본 연구에 참여한 국내 정신건강 전문가들의 보호요인은 사건으로부터 회복하기 위하여 무엇으로부터 도움을 얻었고 어떻게 도움을 얻었는지에 따라 ‘개인내적-대인관계적’, ‘문제행동 중심-인지 중심’차원으로 나누어졌고, 이 보호요인들의 내용은 한계 수용, 관점 변화, 사회적지지, 유가족 대처, 행동적 대처 순으로 도움이 되었던 것으로 나타났다.

즉, 국내 정신건강 전문가들은 내담자의 자살에 대해 처음에 중요한 대상의 상실로써 자연스러운 반응으로 볼 수 있는 충격과 애도, 우울 증상 등의 반응을 경험하지만 정신건강 전문가가 공통적으로 가지는 특정 성향이나 정신건강 전문가와 심리치료의 역할에 대한 높은 기대 등으로 인해 후에 내담자의 자살에 대한 과도한 후회와 죄책감, 정신건강 전문가와 심리치료에 대해 불안과 무능감 등을 경험하는 것으로 볼 수 있다. 이에 정신건강 전문가 개인과 전문가로서와 심리치료에까지 부정적인 영향을 줄 수 있는 이러한 경험들로부터 소진되지 않고 회복하기 위하여 정신건강 전문가 내적으로 내담자의 자살사건에 대해 전체적인 관점을 가지고 정신건강 전문가와 심리치료에 대한 한계를 수용하고, 동료, 선배, 슈퍼바이저 등의 대인관계를 포함한 주위의 가용자원들을 적극적으로 탐색, 활용하는 것이 도움이 된다고 볼 수 있다.

본 연구의 결과들은 정신건강 전문가가 내담자의 자살로 높은 스트레스와 충격, 부인(denial), 슬픔, 우울, 불안, 죄책감, 상실감, 수치심, 무력감, 고립감, 소외감, 부적절감(inadequacy) 등의 정서와 대인관계의 손상과 사회적 철수, 개인의 자존감과 전문가로서의 자신감의 상실 등을 경험(Alexander et al., 2000;

Chemtob et al., 1989; Courtenay & Stephens, 2001; Dewar et al., 2000; Gitlin, 1999; Hendin et al., 2004; Kleespies, 1993; Maltzberger, 1992; McAdams & Foster, 2000; Tillman, 2006; Valente, 1994; Wurst et al., 2013; Yousaf et al., 2002)하며, 슈퍼비전, 사회적지지, 동료들과 기관의 지지와 지원 등이 보호요인으로써 역할을 한다(Chemtob et al., 1988; Ellis & Patel, 2012; Foster & McAdams, 1999; Grad & Michel, 2004; Kleespies, 1993; Mangurian et al., 2009; Spiegelman & Werth, 2005; Wurst et al., 2013)는 기존의 선행연구 결과들과 유사한 측면이 있다.

하지만 기존의 선행연구 결과들과 비교 검토하였을 때 국내 정신건강 전문가들을 대상으로 한 본 연구결과와는 일부 차이점이 발견되기도 하였다. 먼저, 내담자의 자살에 대한 국내 정신건강 전문가의 정서적 경험과 관련하여 미국이나 유럽에서 이뤄진 선행연구들과 비교해보면, 기존의 선행연구들에서 확인된 정신건강 전문가의 내담자에 대한 분노나 배신감 정서들은 본 연구에 참여한 정신건강 전문가들로부터 보고되지 않았다. 이는 단순히 국내 정신건강 전문가가 연구자에게 개별면접에서 자신이 경험하였던 분노나 배신감 정서를 표현하지 않은 것일 수도 있으나, 한편으로는 한국의 문화적 특수성이 반영된 결과일 수도 있다. 개인주의 문화의 서구권에서는 심리치료를 정신건강 전문가의 전문적 서비스와 내담자의 치료비 간의 교환이라는 인식이 보다 강하고 정신건강 전문가와 내담자의 관계를 대등한 위치로 여기며 내담자의 행동은 궁극적으로 내담자 개인의 결정으로 인식하는 반면, 관계적·사회적 맥락 내에서의 개인의 상호의존성을 강조하는 집단주의 문화의 한국

에서는 정신건강 전문가는 내담자에게 조언과 지도를 해주는 권위적 존재로 인식되며, 치료 관계는 어른-아이, 스승-제자, 부모-자녀의 관계로 표현될 수 있다(장성숙, 2002; 주은선 등, 2007; Bae & Joo, 2003). 이와 같이 비평등적이고 권위적 치료관계가 가정될 때 정신건강 전문가는 자신의 내담자에 대한 영향력이나 책임감을 더 크게 지각할 수 있으며, 이로 인해 내담자의 자살을 내담자의 결정으로 귀인하고 분노나 배신감을 경험하기 보다는 오히려 자신의 역할과 책임을 다하지 못한 것으로 인식하고 과도한 죄책감을 경험하는 양상이 나타날 수 있는 것으로 사료된다.

또한 본 연구에서는 내담자의 자살로 인해 정신건강 전문가가 힘들었던 경험의 정도에 따라 충격, 애도, 후회, 죄책감, 불안, 무능감, 우울 증상 순으로 나타났는데, 이는 기존의 선행연구에서 보고된 슬픔과 죄책감, 분노와 충격, 우울, 부적절감, 불안, 수치심, 배신감의 순서(Hendin, 2004)와는 차이를 보이는 결과이다. 연구 간 구성개념에 따라 사용하는 용어에는 다소 차이가 있어 동일선상에서 이를 비교하는 것에는 제한이 있지만 충격의 경험은 연구 간 개념의 이질성이 작기 때문에 이에 대해 살펴보고자 한다. 국내 정신건강 전문가가 기존 선행연구와 달리 충격의 경험에 대해서 보다 높은 고통감을 보고한 이유는 크게 세 가지로 생각해 볼 수 있다. 먼저, 선행연구가 이뤄진 서구권의 정신건강 전문가들에 비해 국내 정신건강 전문가들에게 내담자의 자살은 ‘나에게 일어나지 않을’ 거리가 먼 사건으로 인식되어 있기 때문인 것으로 생각된다. 즉, 한국의 경우 상대적으로 정신건강 관련 서비스가 보편화되어 있지 않고, 내담자의 자살 경험을 보고하는 정신건강 전문가의 수가

적기 때문에 내담자의 자살을 경험하였을 때 그로 인한 충격의 정도가 더 강하게 느껴질 수 있는 것이다. 둘째, 전문가 수련과정에서 내담자의 자살과 관련한 구체적인 교육과 훈련이 부족하였기 때문일 수 있다. ‘직업적 재앙(occupational hazard)’이라 할 수 있는 내담자의 자살은 정신건강 전문가에게 있어 트라우마에 가까운 사건이기 때문에 이에 대해 사전에 적절한 대처방법을 탐색하고 활용할 수 있도록 하는 교육과 훈련이 충분하지 않다면 경험하는 충격의 정도는 더 클 수 있을 것이다. 셋째, 대부분(74%)의 참여자들이 정신과 의사였던 선행연구와 달리 본 연구에서는 정신과 의사(25%)를 포함한 다양한 분야의 전문가가 참여하였기 때문일 수도 있다. 정신과 의사는 임상적으로 보다 심각하고 만성적이며 높은 자살 가능성을 가진 내담자를 만날 환경에 있으므로(Alexander et al., 2000; Courtenay & Stephens, 2001; Dewar et al., 2000; Ruskin et al., 2004; Yousaf et al., 2002) 타 분야 전문가들보다 내담자의 자살에 대해 더 빈번히 노출될 수 있으며 그 결과 그 충격의 정도는 상대적으로 낮을 가능성이 있다.

다음으로 내담자의 자살에 대한 국내 정신건강 전문가의 보호요인과 관련하여 선행연구들과 비교해보면, 기존 선행연구들에서 보호요인으로 보고된 개인상담, 자조모임, 위기지원팀, 워크숍과 컨퍼런스, 전문가 훈련과정 및 교육프로그램 등에 해당하는 사회적지지 경우 한계수용이나 관점변화보다는 국내 정신건강 전문가에게 도움 되는 정도가 적은 것으로 나타났다. 이는 해당 요인이 국내 정신건강 전문가에게 보호요인으로서의 중요성이 적다기 보다는, 이러한 지지가 현장에 있는 국내 정신건강 전문가에게 적극적으로 활용되지 못

하고 있기 때문에 서구권의 정신건강 전문가들보다 상대적으로 그 효용성을 제한적으로 지각되는 것을 의미할 수 있다.

한편 본 연구에서 국내 정신건강 전문가들로부터 확인된 한계 수용과 관점 변화의 경우 기존의 선행연구들에서 알려진 여러 보호요인들로부터 정신건강 전문가가 ‘무엇을 얻을 수 있고, 무엇을 얻어야 하는지’에 대한 함의를 제공한다. 즉, 정신건강 전문가는 개인치료와 슈퍼비전, 동료자문, 자조모임, 워크숍과 컨퍼런스, 전문가 훈련과정 및 교육프로그램 등을 통하여 정신건강 전문가의 책임과 내담자의 책임을 구분하고, 치료의 한계를 수용하며, 내담자의 자살사건에 대해 전체적인 관점으로 인식을 확장시키는 기회를 갖는 것이며, 이들 보호요인들은 정신건강 전문가에게 위와 같은 기회를 제공할 수 있도록 구성되어야 한다는 것을 의미한다.

특히 정신건강 전문가가 내담자의 자살에 대한 관점을 변화시키는 것은 심리치료와 정신건강 전문가의 한계를 인정하고 수용하는 것이 이뤄져야 가능한 일이기에 한계 수용은 가장 근본적이면서 중요한 보호요인이 될 수 있다. 심리치료에서 정신건강 전문가가 내담자의 자살에 대해 책임을 지고자 하는 것은 자연스러운 일이지만 과도한 책임감으로 인해 정신건강 전문가가 소진되어 다른 내담자들과의 심리치료에까지 부정적 영향을 준다면 이는 정신건강 전문가가 가지는 심리치료의 목적과는 반대되는 것이다. 자신의 동료가 맡고 있는 내담자가 자살을 하였을 때 그들의 책임이 아니라고 위로해줄 정신건강 전문가가 자신에게는 다른 동료들이 비난할 것이라 가정하고 지나친 책임감을 느끼는 것은 스스로에게 가혹한 일이다. 정신건강 전문가는 내담자

의 자살에 대한 명백한 언어적 또는 비언어적 표현이 없는 경우 정신건강 전문가 누구도 사람의 마음을 모두 읽어낼 수는 없기 때문에 자신이 자살을 인지하지 못했다고 스스로를 비난하여서는 안되며, 내담자의 명백한 언어적 또는 비언어적 표현이 있는 경우라도 정신건강 전문가가 내담자의 모든 행동을 통제할 수는 없기 때문에 이 또한 스스로를 비난하여서는 안 된다. ‘나 때문에 내담자 자살이라는 치료의 부정적 결과가 나타났다’라는 과도한 책임감은 ‘나는 심리치료를 통해 내담자에게 큰 영향력을 가지고 있다’라는 전제가 깔려 있는 것이며, 이는 다른 사람을 구제하겠다는 강렬한 소망으로 인한 정신건강 전문가의 자기애적 전능감일지 모른다(McWilliams, 2004/2007). 정신건강 전문가는 다른 사람의 삶과 죽음의 결정에 책임을 질 수 없으며, 정신건강 전문가가 책임질 수 있는 것은 내담자가 가지고 있는 문제에 대해 전문적으로 대화를 하는 것(talking therapy)이다. 삶과 죽음의 선택은 전적으로 내담자에게 달려 있으며, 정신건강 전문가는 자신이 모든 것을 할 수 없다는 것을 받아들이는 것이 필요하다(Foster & McAdams, 1999). Gabbard(2005/2008)는 내담자의 자살과 관련하여 정신건강 전문가는 실제로 자신을 죽이고자 의도하고 있는 내담자는 결국 그렇게 하고 말 것이라는 사실을 항상 명심해야 하며, 자살을 실행에 옮기기보다 자신의 자살충동을 언어로 표현하는 방법을 배우고 정신건강 전문가와 협조할 것인지에 대한 결정을 내리는데 내담자 스스로에게 책임이 있음을 반복하여 강조하였다.

아울러 본 연구의 참여자들이 보고한 보호요인들을 통해 유추할 수 있는 또 다른 점은 정신건강 전문가가 내담자의 자살로 경험하는

정서들은 부정적일 수 있지만 그 경험의 결과들까지 부정적인 것은 아닐 수 있다는 것이다. 부정적인 정서를 경험하는 것은 깊은 치료적 관계를 맺고 함께 작업을 해나가던 내담자의 죽음에 대한 애도과정으로서 자연스러운 일이며, 오히려 이러한 애도과정은 충분히 이뤄져야 하는 것이다(Campbell & Fahy, 2002; DeAngelis, 2001). 부정적인 결과는 내담자의 자살로부터 경험하는 부정적 정서들이 아니라 내담자의 자살에 대한 정신건강 전문가로서 갖는 과도한 책임감으로 인하여 불필요한 죄책감과 후회, 불안 등을 느끼며 정서적으로 고갈되고, 심리치료와 정신건강 전문가 자신에 대한 회의와 의심 등의 무능감을 가짐으로써 결국 자신뿐만 아니라 다른 내담자들에게 부정적인 영향을 미치는 것이다. 자살한 내담자에 대해 정신건강 전문가가 진정 책임진다는 것은 내담자의 죽음이 슬프고 고통스럽지만 ‘그럼에도 불구하고’ 그로부터 회복하여 성장과 성숙의 기회로 만듭으로써 자살한 내담자에게 주었던 것보다 더 좋은 것을 다른 내담자들에게 줄 수 있는 치료적 도구로서의 자신이 되는 것이며, 실제 기존의 선행 연구들(Brown, 1987; Chemtob et al., 1989; Hendin et al., 2004)에서 확인된 바와 같이 본 연구의 참여자 중 일부도 내담자의 자살사건에 대해 장기적으로 개인과 전문가로서 성장할 수 있는 경험이었음을 보고하였다.

끝으로 본 연구의 함의와 제한점에 대해서 논의하고자 한다. 첫째, 본 연구는 내담자의 자살을 경험한 정신건강 전문가들이 직접 보고한 주관적인 경험을 바탕으로 개념도 연구법을 실시하였다는 점에서 국내 정신건강 전문가들의 경험을 이해하는데 보다 타당한 기초자료를 제공한 것으로 여겨진다. 이를 통하

여 국내 정신건강 전문가들이 내담자의 자살로부터 개인적·직업적 차원으로 경험하는 여러 어려움들과 이들로부터 도움이 되는 보호요인들이 국외 선행연구와 어떤 차별성이 있으며, 이러한 차별성이 사회문화적 맥락에서 가지는 의미가 무엇인지에 대한 통찰을 제공할 수 있었다. 둘째, 개념도 연구법을 통하여 탐색된 연구 결과들은 추후 국내 정신건강 전문가들을 대상으로 내담자 자살과 관련한 전문가 훈련과정 및 교육 프로그램의 개발에 활용될 수 있다. 특히 본 연구 결과는 국내 정신건강 전문가들이 내담자의 자살로부터 회복하기 위하여 도움이 되었던 요인들을 직접 평가하였기 때문에 보다 실질적인 가치를 지니고 있다고 볼 수 있다. 구체적인 연구결과를 살펴보면, 국내 정신건강 전문가들이 내담자의 자살로부터 회복하는데 있어서 문제행동 중심축에 해당하는 행동적 대처나 유가족 대처보다는 개인내적·인지 중심축에 해당하는 한계수용이나 관점변화, 대인관계적·인지 중심축의 사회적지지로부터 도움을 얻은 것으로 나타났다. 이는 내담자의 자살과 관련한 학문적 지식이나 대처 매뉴얼, 행정적 업무지원, 기타 여가활동 등보다 정신건강 전문가 스스로 치료자와 내담자 각각의 책임을 구분하고 자신의 역할에 대한 한계를 수용하며, 내담자의 자살에 대해 전체적인 시각으로 볼 수 있도록 하는 전문가 훈련과 교육과정의 구성이 중요하며, 사회적지지 자원을 활용하는데 있어서 개인적이고 개별적인 심리치료의 특성상 정신건강 전문가 개인의 노력만으로는 한계가 있는바 함께 경험을 나눌 수 있는 전문가 동료 집단이 구성될 수 있도록 조직적이고 체계적인 차원에서의 지원이 필요함을 시사한다.

위와 같은 연구의 함의에도 불구하고 본 연

구의 진행과정과 결과에는 몇 가지 제한점이 있다. 첫째, 본 연구는 개념도 연구법에서 아이디어를 산출하기 위해 요구되는 최소인원인 8명을 충족하였고, 국내 정신건강 전문가의 전반적인 특성을 연구에 반영하기 위하여 여러 특성들에 따라 다양한 정신건강 전문가들이 연구에 참여하였지만 정신건강 전문가 유형이나 성별, 연령, 치료경력이나 이전 자살경험 횟수 등의 개인특성에 따른 내담자 자살에 대한 경험의 차이를 비교하여 기술하기에는 어려움이 있었다. 특히, 전문가 발달단계를 고려할 때 정신건강 전문가의 경력은 내담자의 자살에 대한 정신건강 전문가의 정서적 경험에 영향을 주는 중요한 개인차로 사료되나 연구 참여자 수의 제한으로 이를 구분하여 분석하지 못하였고, 전문가 유형(상담, 의료, 교육, 사회복지)에서도 유형에 따라 치료 장면에서의 전문가 역할이나 관계에 약간의 차이가 있을 수 있으나 이를 구별하여 연구가 진행되지 못하였다. 둘째, 본 연구에서 활용한 개념도 연구법이 주제의 개념적 구조를 밝히고 질적 자료를 양적으로 분석하여 기초자료로서 활용할 수 있는 장점을 가지고 있지만 자료의 특성상 일반화를 하기에는 한계를 가지고 있다. 따라서 추후 연구에서는 내담자의 자살을 경험한 보다 많은 정신건강 전문가들을 대상으로 한 연구를 통해 본 연구 결과를 재확인하는 것이 필요하다.

참고문헌

김지연, 한나리, 이동귀 (2009). 초심상담자와 상담전문가가 겪는 어려움과 극복방안에 대한 개념도 연구. *상담학연구*, 10(2),

769-792.

보건복지부 (2014). OECD Health Data 2014 주요지표 분석. 서울: 보건복지부.

장성숙 (2002). 우리 문화에서의 상담자상. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 14(3), 547-561.

주은선, 이해경, 주은지 (2007). 한국적 인본주의 상담 모형 탐색: 인본주의 상담자들의 자기 보고 중심으로. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 19(3), 569-586.

최윤정, 김계현 (2007). 고학력 기혼여성의 진로단절 위기 경험에 대한 개념도(Concept Map) 연구-진로지속 여성과 중단 여성간의 비교. *상담학연구*, 8(3), 1031-1045.

최한나, 김창대 (2008). 좋은 슈퍼비전 관계에 대한 슈퍼바이저의 인식 차원. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 20(1), 1-21.

Alexander, D., Klein, S., Gray, N., Dewar, I. G., & Eagles, J. M. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ*, 320(7249), 1571-1574.

Bae, S. H., & Joo, E. S. (2003). Psychotherapists in South Korea: Professional and practice characteristics. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 302-316.

Brown, H. N. (1987). The impact of suicide on therapists in training. *Comprehensive Psychiatry*, 28(2), 101-112.

Campbell, C., & Fahy, T. (2002). The role of the doctor when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 26(2), 44-49.

Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Torigoe, R. Y., & Kinney, B. (1988). Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*,

- 19(4), 416-420.
- Chemtob, C. M., Bauer, G., 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.
- Courtenay, K. P., & Stephens, J. P. (2001). The experience of patient suicide among trainees in psychiatry. *The Psychiatrist*, 25(2), 51-52.
- DeAngelis, T. (2001). *Surviving a patient's suicide*. APA Monitor, 70-72, 75.
- Dewar, I. G., Eagles, J. M., Klein, S., & Alexander, D. A. (2000). Psychiatric trainees' experience of, and reactions to, patient suicide. *The Psychiatrist*, 24(1), 20-23.
- Ellis, T. E., & Patel, A. B. (2012). Client suicide: what now? *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 277-287.
- Foster, V. A., & McAdams, C. R. (1999). The impact of client suicide in counselor training: Implications for counselor education and supervision. *Counselor Education and Supervision*, 39(1), 22-33.
- Gabbard, G. O. (2008). 역동정신의학 [Psychodynamic Psychiatry in Clinical practice]. (이정태 외 1인 역). 서울: 하나의학사. (원전은 2005년에 출판).
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In A. Giorgi (Ed.), *Phenomenology and psychological research* (pp.12-28). Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Gitlin, M. J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 10.
- Goodyear, R. K., Tracey, T. J. G., Claiborn, C. D., Lichtenberg, J. W., & Wampold, B. E. (2005). Ideographic concept mapping in counseling psychology research: conceptual overview, methodology, and an illustration. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 236-242.
- Grad, O. T., & Michel, K. (2004). Therapists as client suicide survivors. *Women and Therapy*, 28(1), 71-81.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltsberger, J. T., Szanto, K., & Rabinwicz, H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1442-1446.
- Kane, M. & Trochim, W. M. K. (2007). *Concept mapping for planning and evaluation*. California: Sage.
- Kleespies, P. M. (1993). The stress of patient suicidal behavior: Implications for interns and training programs in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 477-482.
- Kruskal, J. B., & Wish, M. (1978). *Multidimensional scaling*. November Park, CA: Sage.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 909-916.
- Maltsberger, J. T. (1992). The implications of patient suicide for the surviving therapist. In D. Jacobs (Ed.). *Suicide and clinical practice* (pp. 169-182). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mangurian, C., Harre, E., Reliford, A., Booty, A.,

- & Cournos, F. (2009). Improving support of residents after a patient suicide: A residency case study. *Academic Psychiatry, 33*(4), 278-281.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives, *Applied & Preventive Psychology, 7*(1), 63-74.
- McAdams, C. R., & Foster, V. A. (2000). Client Suicide: Its Frequency and Impact on Counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 22*, 107-121.
- McWilliams, N. (2007). 정신분석적 심리치료 [Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide]. (권석만 외 2인 역). 서울: 학지사. (원전은 2004년에 출판).
- Paulson, B. L., Truscott, D., & Stuart, J. (1999). Client's perception of helpful experiences in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 46*(3), 317-324.
- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R. M., Dickens, S., & Sousa, G. (2004). Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. *The American Journal of Psychiatry, 28*, 104-110.
- Spiegelman, J. S., & Werth, J. L. (2005). Don't forget about me: The experiences of therapists-in-training after a client has attempted or died by suicide. *Women & Therapy, 28*(1), 35-57.
- Tillman, J. G. (2006). When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians. *The International Journal of Psychoanalysis, 87*(1), 159-177.
- Trochim, W. M. K. (1993, November). *The reliability of concept mapping*. Paper presented at the Annual Conference of the American Evaluation Association, Dallas, Texas.
- Trochim, W. M. K., Cook, J. A., & Setze, R. J. (1994). Using concept mapping to develop a conceptual framework of staff's views of a supported employment program for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(4), 766-775.
- Valente, S. M. (1994). Psychotherapists reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*(4), 614-621.
- WHO (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: World Health Organization.
- Wurst, F. M., Kunz I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K, H., Vogel, R., Müller, S., Petitjean, S., & 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.
- Yousaf, F., Hawthorne, M., & Sedgwick, P. (2002). Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *The Psychiatrist, 26*(2), 53-55.

원고접수일 : 2015. 2. 11

수정원고접수일 : 2015. 5. 13

게재결정일 : 2015. 6. 4

**Surviving client suicide:
A concept mapping approach to mental health professionals'
emotional experiences and protective factors**

Yoon, SungKeun

Yang, Eunjoo

Korea University

The study investigated the experiences that Korean mental health professional encountered after client's suicide by using a concept mapping approach. Eight mental health professionals were interviewed, and 57 core items of the emotional experiences and the protective factors were obtained. The results of multidimensional scaling and hierarchial cluster analysis yielded seven clusters of the emotional experiences on two dimensions and five clusters of protective factors on two dimensions. Dimensions of the emotional experiences were 'client related-mental health professional related' and, 'primary-secondary response.' Its protective factors were 'problem/behavior oriented-cognition oriented' and, 'intrapersonal-interpersonal.' Clusters of the experiences were shock, guilt, anxiety, grief, regret, sense of incompetence, and depressive symptom. Its protective factors were social support, acceptance of limitations, perspective change, behavioral coping, and helping the bereaved. The study empirically investigated the structure and the underlying dimensions of the emotional experiences which Korean mental health professionals after client's suicide and their protective factors.

Key words : client, suicide, emotional experiences of mental health professional, protective factor, concept mapping approach