

- 심리적 위기학생 자살예방 방안 모색 -

의 정 토 론 회

- ▶ 일 시 : 2023. 8. 31.(목) 14:00
- ▶ 장 소 : 충청남도의회 회의실(303호)
- ▶ 주 최 : 충청남도의회



충청남도의회
(교육위원회)

의정토론회 개요 및 흐름

토론회 개요

- 일 시 : 2023. 8. 31.(목) 14:00
- 장 소 : 충청남도의회 회의실(303호)
- 주 최 : 충청남도의회
- 주 제 : 심리적 위기학생 자살예방을 위한 방안 모색

진행 흐름

시 간		내 용	비 고
〈 개 회 식 〉			
14:00~14:05	05'	개 회 및 국 민 의 례	사회 : 안민호 수석전문위원
14:05~14:20	15'	내빈소개 및 인사말씀	박미옥 의원
〈 토 론 회 〉 ※ 좌장 : 박미옥 의원			
14:20~14:45	25'	주 제 발 표	이상은 부센터장 (충남광역정신건강복지센터)
14:45~15:20	35'	지 정 토 론	발표자 3명(약 12분) 이순실→안영미→오황균
15:20~15:50	30'	자 유 토 론	제한토론(20분), 확대토론(10분)
15:50~16:00	10'	정 리 및 폐 회	좌 장(박미옥 의원)

목 차

■ 주제발표

- ☞ 심리적 위기학생 자살예방 방안(자살예방 대응 체계 중심) ... 7
이상은 부센터장(충청남도광역정신건강복지센터)

■ 지정토론

- ☞ 청소년 자살관련 정책적 제언 23
이순실 센터장(충남청소년상담복지센터)
- ☞ 자살예방 사업은 사람이 하는 것입니다 33
안영미 교수(백석대학교 간호학과)
- ☞ 충남교육청 학생 생명존중 문화조성 및 자살예방 정책 방향 43
오황균 학생지원팀장(충청남도교육청 민주시민교육과)

주제발표

심리적 위기학생 자살예방 방안 **[자살예방 대응 체계 중심]**

이 상 은
(충청남도광역정신건강복지센터 부센터장)

심리적 위기 학생 자살예방 방안

-자살예방 대응 체계 중심-



충청남도광역정신건강복지센터 부센터장
이 상 은



목차

1. 충청남도 학생 정신건강 및 자살현황
2. 심리적 위기 학생 정의와 주요요인
3. 학생 정신건강 지역협력 체계
4. 심리적위기학생 자살예방안 방안

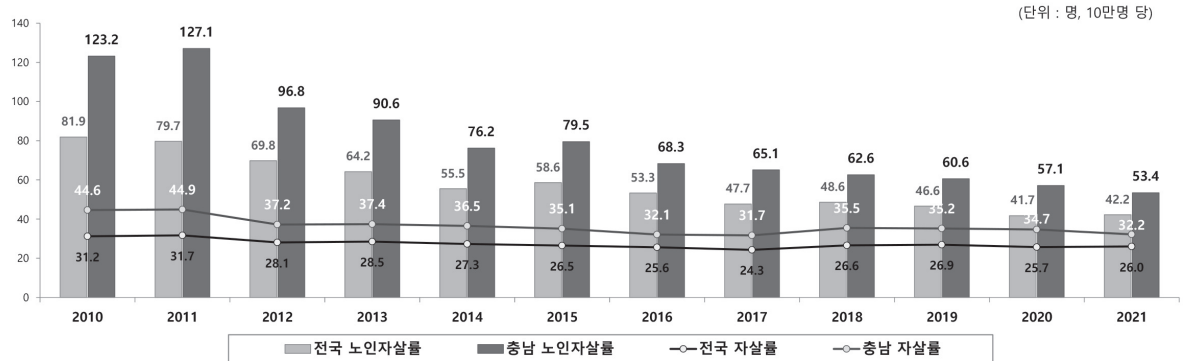


충남 자살률 현황_전국/충남 자살률 비교(2010-2020)

▶ 2011년 이후 감소 추세이나, 전국 자살률 대비 평균 1.3배 이상 상회

** 자살률 : (전국) 26명 (충남) 32.2명으로 6.2명 높음.

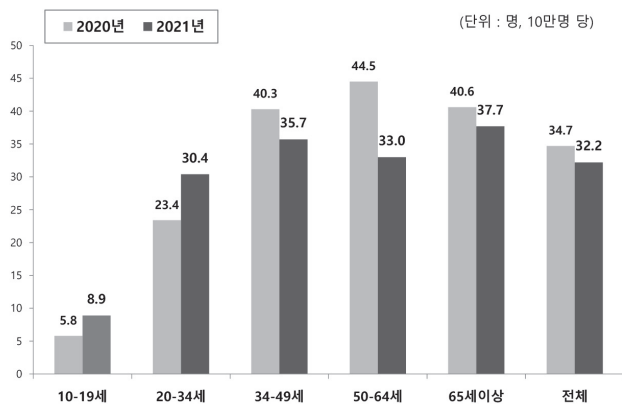
15세 미만의 경우 전년대비 54.3%, 10년 전 대비 254% 증가함.



사망원인통계, 통계청, 2021

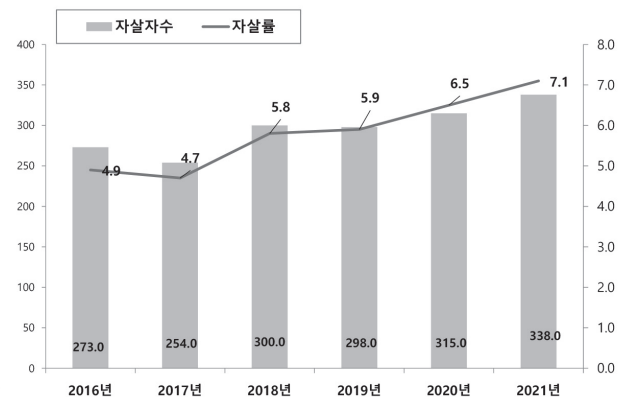
청소년 자살률 현황_전국/충남 자살률 비교

2020년 -2021년 충남 연령별 자살률 비교



사망원인통계, 통계청, 2020-21

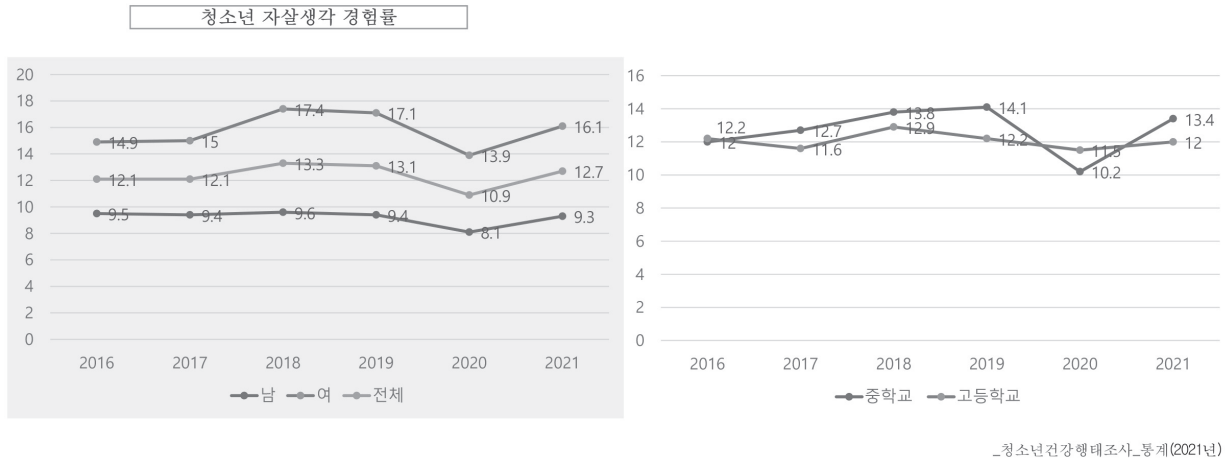
2016년 -2021년 10대 자살자 및 자살률 현황



사망원인통계, 통계청, 2016-21

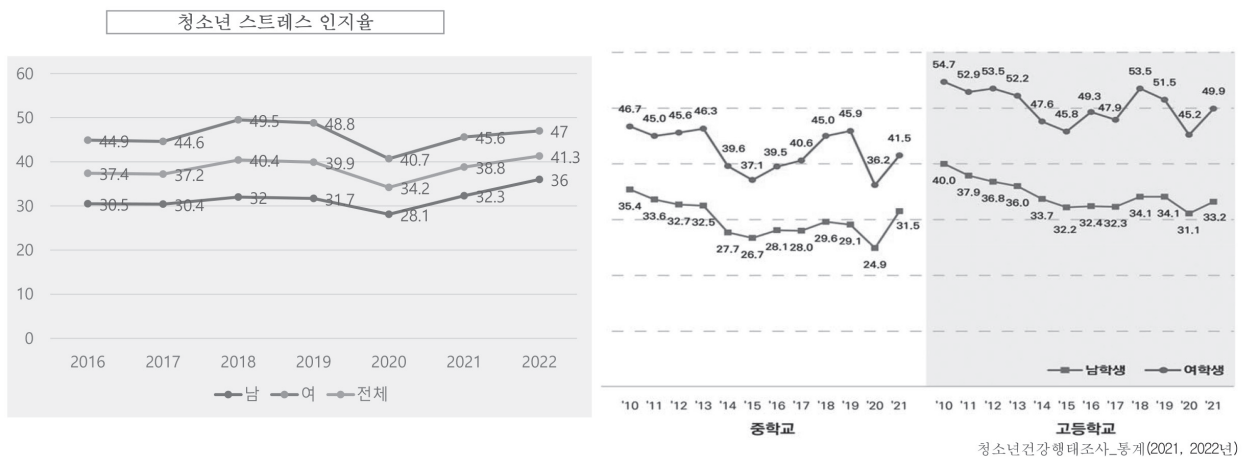
청소년 정신건강 현황

- ▶ 최근 12개월동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있는 학생은 12.7%로 전년 대비 1.8% 증가하였음.
여학생이 16.1%로 남학생 9.5%보다 높게 나타났음.



청소년 정신건강 현황

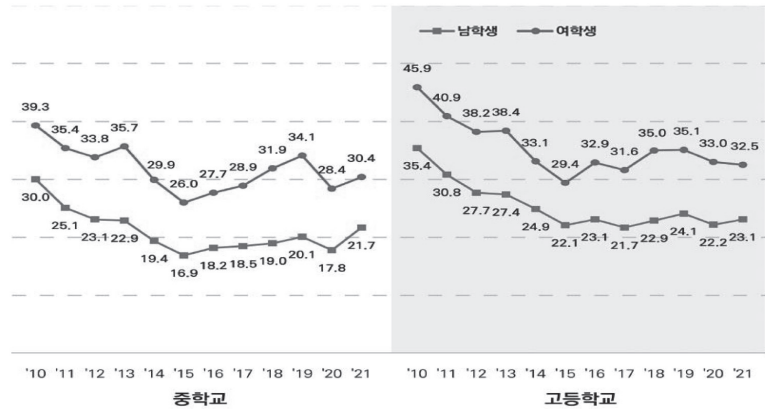
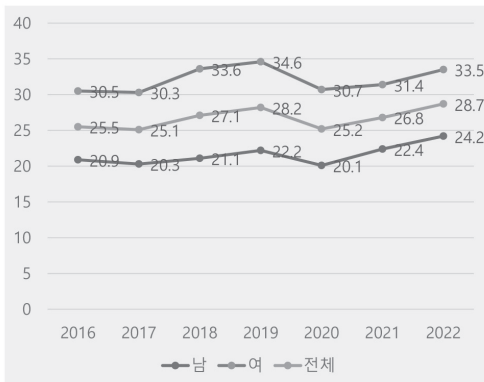
- ▶ 스트레스 인지율은 41.3%로 전년(38.8%) 대비 2.5% 증가하였으며, 여학생은 47%로 남학생 36% 보다 높았음.
고등학생이 중학생에 비해 높게 나타났음.



청소년 정신건강 현황

▶ (최근 12개월 동안 2주 이상)우울감 경험률은 28.7%로 2021년에 비해 1.9% 증가하였으며, 특히 중학생이 전년 대비 크게 증가함

청소년 우울감 경험률

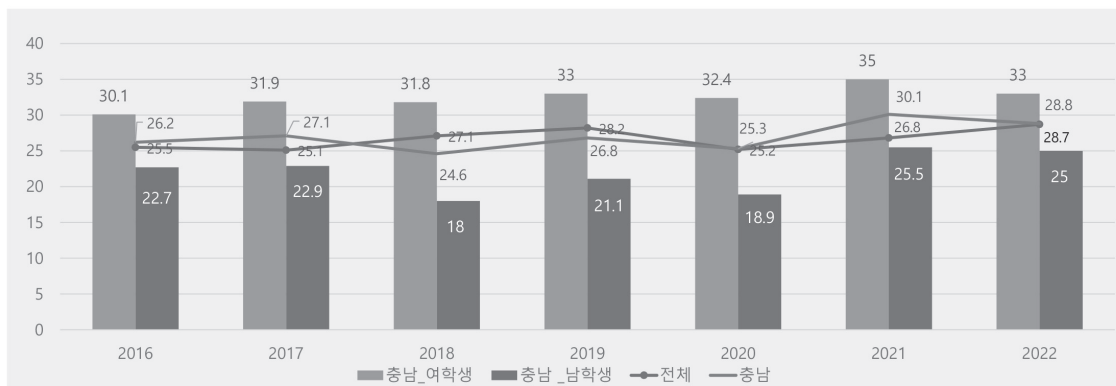


청소년건강행태조사_통계(2021,2022)

청소년 정신건강 현황

▶ (최근 12개월 동안 2주 이상 내내)우울감 경험률은 28.8%로 2021년에 비해 1.3% 감소함

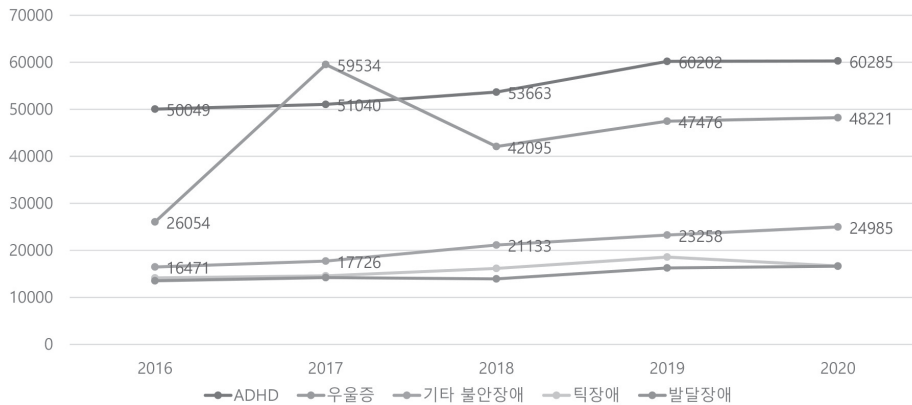
충남 청소년 우울감 경험률



청소년건강행태조사_통계(2022)

청소년 정신건강 현황

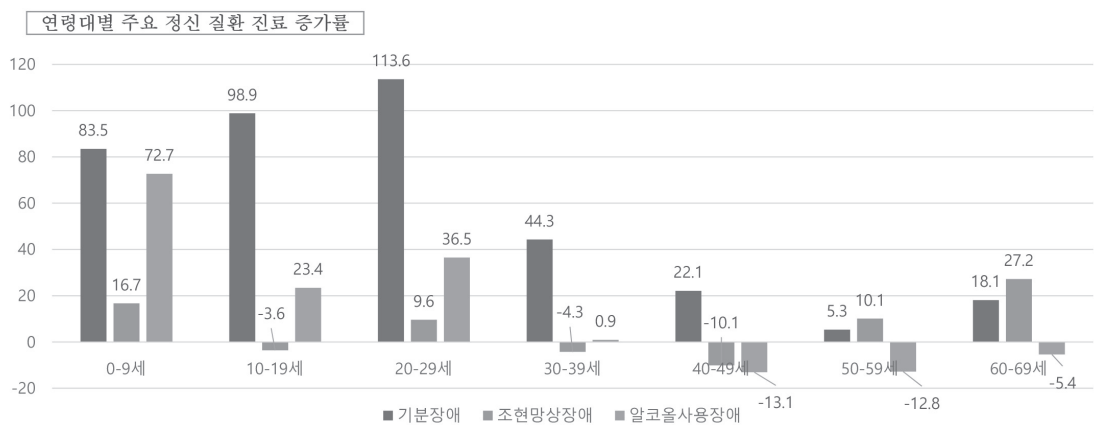
▶ 아동청소년 상위 5개 정신질환별 환자 수, 정신진료 현황은 증가 추세



건강보험 심사평가원 자료(2021년)

청소년 정신건강 현황

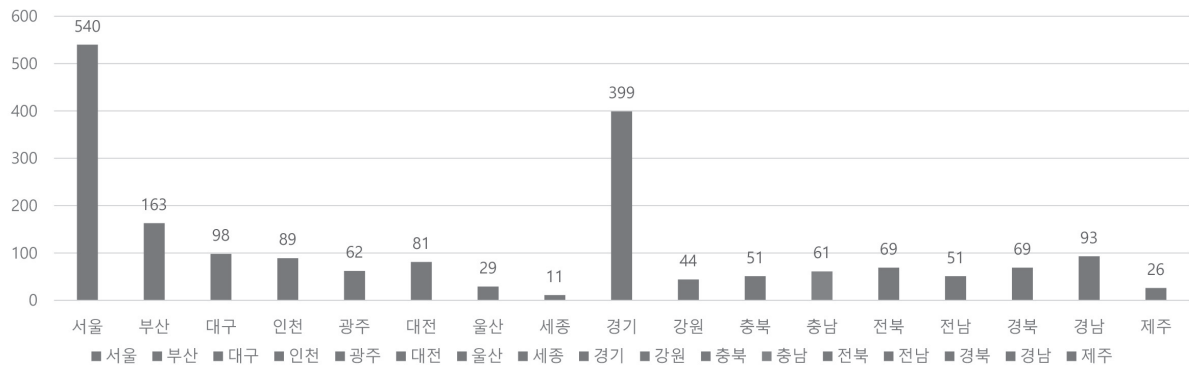
▶ 2015, 2019년을 비교하였을 때 0~29세까지 기분장애가 큰 폭으로 증가함.



국민건강보험통계(2015,2019년)

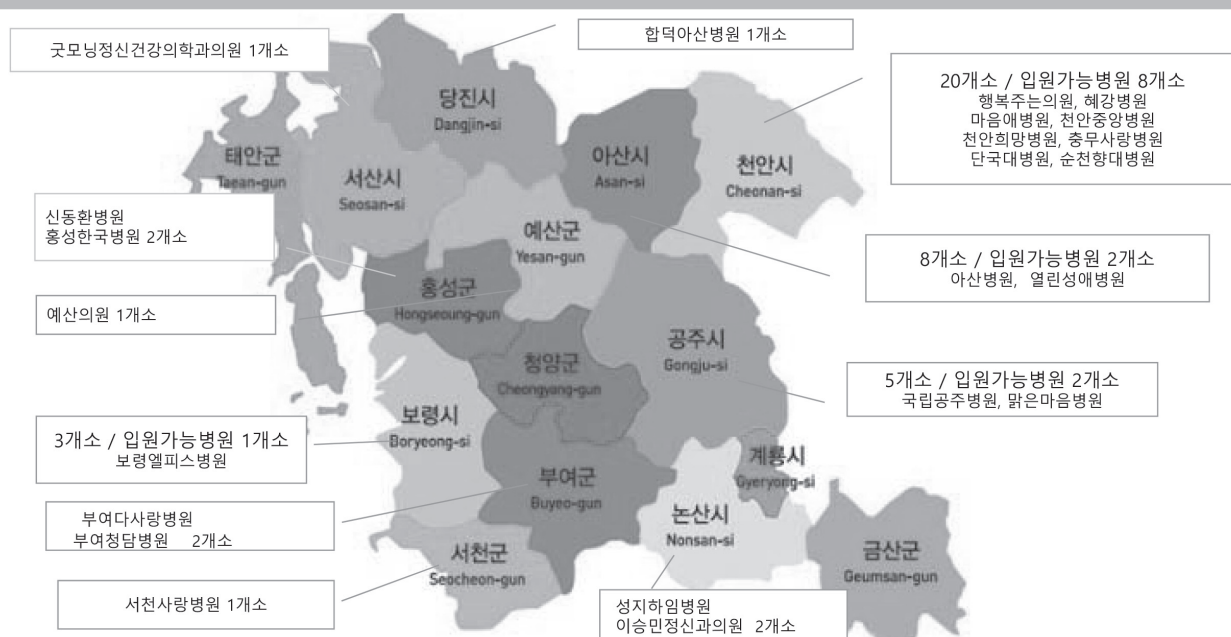
시·도별 정신의료기관 현황_2022.12.31 기준

- ▶ 충청남도 61개 정신의료기관 중 입원이 가능한 병원은 22개소.
- ▶ 24시간 응급입원이 가능한 병원은 천안시에 편중(6개소)
- ▶ 태안, 청양, 계룡, 금산은 정신의료기관 없음.



국가 정신건강 현황 보고서 2020, 보건복지부

충남 정신의료기관현황



청소년 정신건강 정책방향 제2차정신건강복지기본계획(2021.1.14)

- (아동청소년)WEE 클래스와 전문상담교사 확대 배치
 - 상담제공 및 위기 상황시 즉각개입(교육부)
 - 교내 학생 정서 행동특성 검사를 통해 관심군 학생을 발굴하고 Wee센터, 병원, 정신건강복지센터 등 전문기관으로 연계 지속
- (학교밖청소년) 학교밖 청소년 지원센터에서 정서행동특성검사를 시행하고 정신건강복지센터와 연계하여 심층평가 상담추진(여가부)
 - 전문기관에 연계되지 않거나 의료취약지역에 거주하는 위기학생을 지원하기 위해 '정신건강전문가 학교 방문' 추진 (교육부)

심리적 위기 학생 정의

▶ 심리적 위기 학생 정의

- 「초·중등교육법」 제2조 에 따른 학교에 재학 중인 학생으로서, 심리 및 정서적 문제로 학업중단 등 정상적인 학교생활에 어려움이 있어 전문적인 치료 및 지원이 필요한 학생을 말한다.

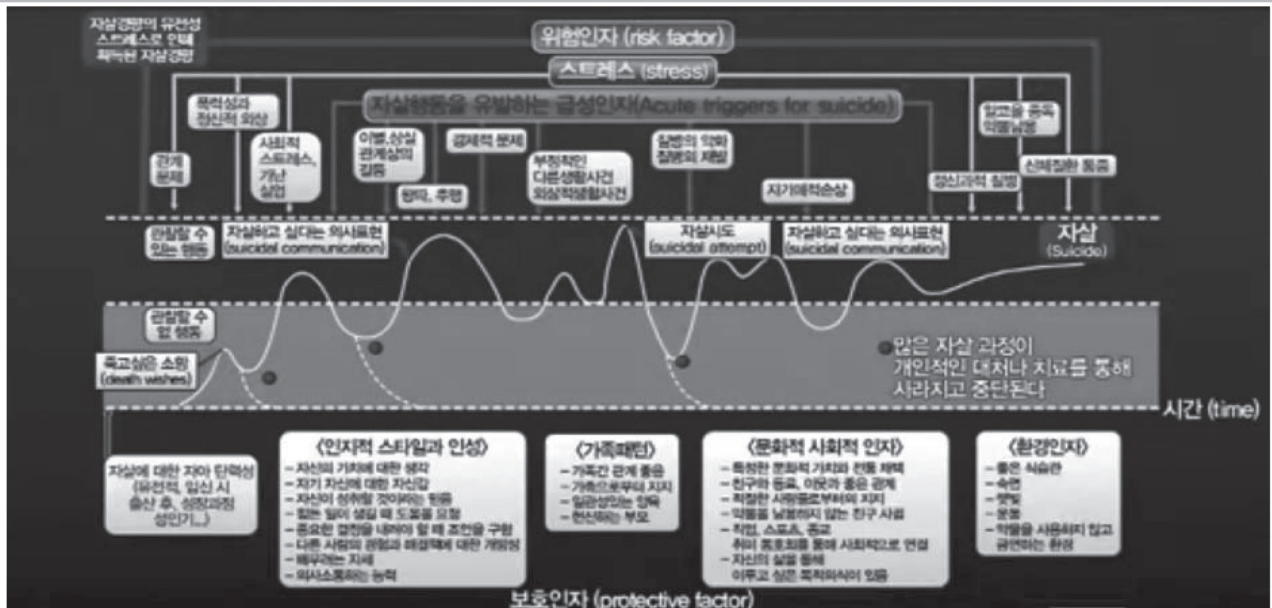
충청남도교육청 심리적 위기학생 지원 조례
[시행 2023. 2.28.] [충청남도조례 제5331호, 2023. 2.28., 제정]

- 가정·정신건강·학교부적응 등의 문제로 학업중단의 위험에 처해 있거나, 정상적인 학교생활을 어렵게 하는 위험요인을 가지고 있는 학생을 말한다.

경기도교육청 심리적 위기학생 지원 조례
[시행 2020. 3.17.] [경기도조례 제6514호, 2020. 3.17., 제정]

※ 우울, 불안, 자살, 자해 위기 학생 중심

심리적 위기 발생 주요요인



출처 : 경북대병원 정신건강의학과 정운선 교수

심리적 위기 발생 주요요인

▶ 청소년 고민 유형

- '22년 청소년(13~24세) 중 90.8%가 고민이 있다고 응답.

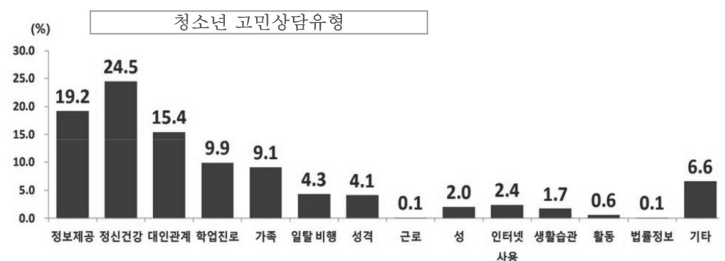
공부(31.7%), 직업(26.7%), 외모(10.6%) 순

- 13~18세 청소년

공부(50.8%), 외모(13.3%), 직업(7.4%) 순

- 19~24세 청소년

직업(40.9%), 공부(17.6%), 외모(8.6%) 순



청소년 고민 유형(13 ~ 24세)

(단위: %)

	계	공부 (성적, 적성)	직업	외모	신체적 정신적 건강	용돈 부족	가계 경제 어려움	가정 환경	친구 (우정)	기타 ¹⁾	연애상대 와의 관계 ²⁾	고민 없음
2018	100.0	29.6	30.2	10.9	5.4	4.9	4.8	1.7	2.5	1.8	1.8	6.4
2020	100.0	29.7	28.1	10.2	8.2	4.5	4.4	1.9	1.9	0.7	0.7	8.5
2022	100.0	31.7	26.7	10.6	6.4	4.5	3.5	1.2	3.5	1.7	1.1	9.2
남자	100.0	32.3	26.2	9.0	6.9	4.6	2.9	1.1	2.8	2.4	1.0	10.8
여자	100.0	31.0	27.2	12.4	5.9	4.4	4.2	1.3	4.2	0.8	1.2	7.5
13~18세	100.0	50.8	7.4	13.3	4.9	4.8	1.2	1.1	6.1	2.3	0.4	7.7
19~24세	100.0	17.6	40.9	8.6	7.5	4.3	5.3	1.3	1.6	1.1	1.6	10.3

2023 청소년 통계(2023) : 통계청[사회조사]

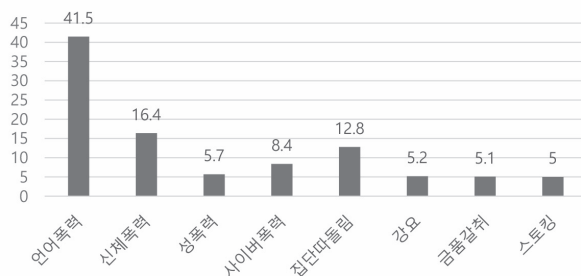
심리적 위기 발생 주요요인

- ▶ 자살 생각을 경험한 대상자들이 자살생각을 한 적이 없는 대상자들 보다 지각하는 스트레스원이 더 많았음.
- ▶ 성적 스트레스는 자살생각 경험여부와 상관없이 공통적으로 빈도가 높았으나, 부모갈등이나 다툼의 경우 자살 생각을 경험한 군에서 더 높게 나타남.
- ▶ 자살생각을 경험하는 군이 대응행위가 더 부족한 것으로 나타남.
특히 남학생이 여학생에 비해 스트레스원을 더 많이 지각하면서도 도움이 되는 수준의 대응행위가 더 적음.
- ❖ 자살 생각을 경험한 대상자들이 지각하는 스트레스원
공부성적(95%) > 장래진로(88.7%) > 휴식 및 여가 시간 불충분(57.7%) > 성적 하락(53.3%) > 수면습관변화(49.9%) > 가정경제 어려움(42.6%) > 형제간 다툼(42.3%) > 부모와 갈등(33%)

임숙빈,정철순(2002), 자살을 생각한 고등학생과 그렇지 않은 학생들의 스트레스원과 대응행위 비교

심리적 위기 발생 주요요인

- ▶ 2022년 2차 학교 폭력 실태조사
- 피해응답률 1.6%, 가해응답률 1.7%, 목격응답률 4.5%
- 조사 대상 초등 4~고등 2학년 재학생의 4%(15만명)



- ▶ 학교폭력 피해자는 자살생각 위험성이 1.4~5.6배 증가.
자살 시도와 자해 등 자살행동 위험성 5.4배 증가.



학생 정신건강 지역협력 체계

▶ 청소년의 정신건강 문제를 효과적으로 다루기 위해서는 개인, 가족, 학교, 지역사회 등 아동·청소년을 둘러싼 모든 환경을 함께 고려하는 것이 중요하며 다양한 전문 영역의 통합적인 접근이 강조

⇒ 체계적으로 관리 할 수 있는 시스템은 부족

▶ 학교기반 정신건강 서비스의 중요한 성공요건으로 학교-가족-지역사회 협력을 첫 번째로 꼽고 있음.

✓ 2013년도 부터 학생 정신건강 지역협력 모델 사업을 추진 중

- ① 관심군 학생에 대한 학교 내 관리 및 지역사회 연계 시스템 구축, 자살 등의 위기관리 대응 시스템 구축
- ② 학교와 지역사회 정신건강 체계가 함께 참여하는 학생 정신건강협의체 구성·운영
- ③ 학생 정신건강 위기상황에 신속하고 효과적으로 대응 할 수 있는 지역 핫라인 시스템 구축
- ④ 학교 마음건강 자문위가 각 학교에 한 명씩 배치되어 교육 및 자문 제공
- ⑤ 학생 정신건강 예방 및 증진을 위한 교육·프로그램·상담 실시
- ⑥ 지역별 학생 정신건강 전담인력 배치

학생 정신건강 지역협력 체계

▶ 한계

- 아동 청소년의 정신건강사업이 개별 학교 단위나 단기적 연계수준에 그치고 있으며, 지역사회와 학교 간의 실제적인 연계 협력방안이 거의 이뤄지지 못하고 있음.
- 고 위기 학생 발굴과 지원 중심, 예방적 접근은 미흡.
- 부모 거부 시 고 위기 학생 발굴 후 후속 조치 진행의 어려움.
- 전담 및 전문 인력 부족
- 심리적 위기 대응에 대한 학교 및 지역사회 내 체계 운영 미흡
- 학생 정신건강 증진을 위한 대상별, 위기별 교육 자료 부족 및 지원 프로그램 부족

심리적위기학생 자살예방 방안

- 일시적 관심이 아닌 지속적인 관심과 지원
 - 지속적인 장기적인 관점의 정책 및 예산지원 필요.
- 전문 상담사 등 전문 인력확보 우선.
 - 학교 내 전문 상담사 부족 / 낮은 WEE클래스 보급률
 - 지역사회 내 정신건강 전문 인력의 부족
 - ※ 정신건강분야 전문 인력이 OECD 평균에 1/6 수준. 업무부담이 크고 근무환경이 열악하여 짧은 근무연수 등 전문성 확보에도 한계 [제2차 정신건강복지기본계획 65p]
- 병원형 Wee센터 및 아동청소년 전문 정신건강복지센터 확충
 - 정신과적 치료와 교육의 동시 진행이 필요.
 - 아동청소년 특화 정신건강복지센터는 고양시, 부천시, 성남시, 수원시 4곳.
 - 서울시 아이존 7곳(초등 대상, 정서행동문제를 가진 아동들을 지원)

심리적위기학생 자살예방 방안

- 교사 대상 자살 및 자해 등 정서위기 대응 의무 교육화
 - 교사, 상담사, 학교 등 정서위기 학생 대응의 전문성 축적이 필요
 - ADHD, 중독, 자살에 대한 대처 어려움 해소
- 부모의 참여를 중요 원칙화
 - 학부모의 서비스 거부 및 비협조적인 경우 서비스 지원이 어려움.
 - 부모의 참여를 이끌어 내기 위한 적극적인 전략 마련이 필요.
 - 지역사회 기관과 적극적인 협력으로 부모를 실제적으로 지원하는 것이 필요.
- 학교 내 정신건강 친화적 환경 조성
 - 학교의 정신건강 환경에 대한 긍정적 인식이 높아질 수록 교사의 스트레스가 감소하고 역량이 강화 (2013, 김진아외)
 - 예) 정신건강 정책 수행, 도움 요청할 곳에 대한 정보 제공, 위기관리위원회 구성 시 결정권자 참여 등

심리적위기학생 자살예방 방안

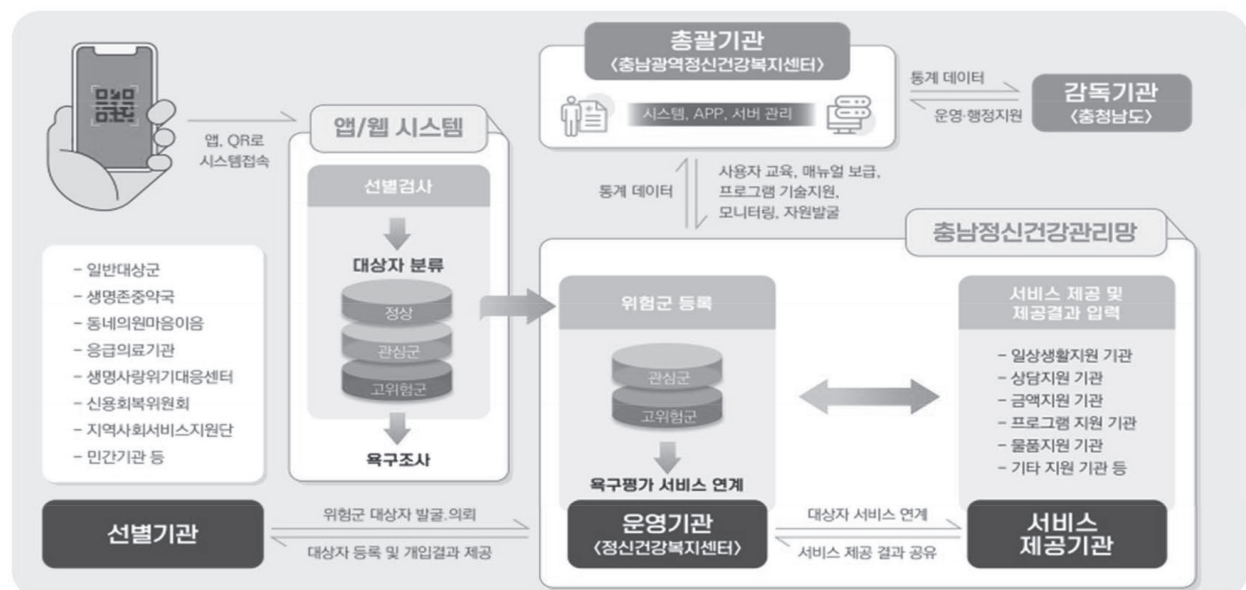
➤ 자살예방에 대한 다층적 다면적 접근, 예방 중심의 시스템 구축

- 다양한 요인에 의해 심리적 위기 발생 개인차원의 대응이 아니라 다층적, 다면적 접근이 필요
- 고위험군의 발생시 대응의 초점에서 예방 중심으로 대응 방식 위한 구조적 접근 필요.

➤ 분절적 운영의 개선 및 고위험군 통합관리를 위한 인프라 적용

심리적 위기 학생이 발생하는 다양한 요인에 대한 다각적 대처 및 지역 인프라 한계 극복을 위한
정신건강 통합관리시스템(SIMS) 도입을 통한 지역사회 자원과의 적극적인 연계

충남정신건강통합관리시스템(SIMS)



충남정신건강통합관리시스템(SIMS)

SIMS (충남정신건강관리망) 필요성

- **산발적인 서비스 공급체계**
서비스 공급이 영역별로 산발적으로 이루어지고 있어서 대상자 중심의 통합적 관리가 이루어지지 못하고 있음.
- **모니터링 및 평가체계 미흡**
대상자를 연계 후 대상자가 그 과정에서 어떤 서비스를 제공 받으며 최종적으로 어떤 성과가 발생했는지를 모니터링하고 평가하는 체계가 미흡함.
- **연속적이고 통합적인 서비스 미흡**
대상자에 대한 연속적 · 통합적인 서비스 제공이 이루어지기 어려우며, 위기 발생에 대한 선제적·예방적 대응, 서비스 누락 · 중복 방지 등에 한계가 있음.
- **서비스 연계 네트워크 운영의 미흡**
서비스 연계 네트워크 운영 미흡, 관련 기관 단체들의 연계 · 협조의 소극적인 태도, 지역사회에서 제공 가능한 서비스 및 공급주체들에 대한 일목요연한 정보 확보의 어려움으로 원활한 서비스 제공이 이루어지지 않고 있음.

SIMS (충남정신건강관리망) 개발

- 정신·자살 고위험군의 조기발굴 및 개입 - 서비스 연계- 모니터링 관할하는 정신건강통합관리시스템 개발 (22년)
- SIMS를 통한 도민 57,561명 조기 선별 ,
도내 259개 기관, 164건 서비스 등록 (23년 7월 현재)

SIMS The System for
Integrated
Mental health care and
Social services

충남정신건강통합관리시스템(SIMS) 기대효과

- 선별 기능 확대 및 강화
- 의뢰·연계 절차 축소
 - 시스템화로 기관별 의뢰 · 연계 절차 간소화
- 지역사회 자원 발굴 및 연계 확대
 - 지역 내 지속적인 자원발굴 및 서비스 가능 영역 확대로 제공 서비스의 다양화
- 관리효율 증진 및 질 향상
 - 정신·자살 고위험 대상자의 데이터 축적 및 추출 가능
 - 고위험군 발생시 즉각적으로 관련기관에 통보, 적시개입이 가능

SIMS The System for
Integrated
Mental health care and
Social services

안녕한 마음으로의 행복한 이음
당신 곁에 가까이 마음건강 허브, 2025



지정토론

청소년 자살관련 정책적 제언

이 순 실

(충남청소년상담복지센터 센터장)

청소년 자살의 접근방향 재고

I

상담복지센터 주요기능

- (관련근거) 청소년복지 지원법 제12조 및 제29조
 - 만9세~만24세 대상으로 24시간 365일 청소년상담1388(전화, 사이버, 모바일) 통해 가출, 학업중단, 인터넷·스마트폰 과의존, 폭력(가정, 학교, 성) 상담
 - 부모상담, 청소년폭력/학대 피해청소년의 긴급구조, 법률 및 의료지원, 청소년의 자립역량을 위한 지원체계 강화 및 맞춤형서비스 수행
- (고위기청소년 지원강화) 22년 국정현안회의_청소년 자살·자해 예방중심
 - 고위기 집중심리 클리닉 : 임상심리사 배치 및 전문자문단 구성·운영
 - 위기청소년 특별지원 확대 및 직접 찾아가는 상담서비스 강화

II

청소년 자살의 특성

자살의 위험성을 갖고 있는 청소년은

- 감정을 조절하고 표현하는 방법을 잘 알지 못한다.
- 적절한 스트레스 대처방법을 갖고 있지 못하다.
- 스스로를 하찮게 느끼거나 삶의 의미 찾지 못한다.
- 또래들과의 관계형성에 어려움을 겪기도 한다.

1. 우울*(증), ADHD 등 기저질환 동반

* 성인과 다르게 외현화된 행동(짜증, 반항, 폭력, 공격성)으로 표출

2. 충동성*과 모방성 : 정서적 불안정성, 미성숙한 인지적 사고체계

* 장기간 힘들게 했던 경험은 부정적 정서(우울, 불안)를 유발하고 자아에 대한 부정적 시각(인지적 왜곡, 와해)을 갖게 만들어 자살시도라는 극단적인 결과로 이어짐

3. 스트레스(대처) 취약 또는 제한적인 스트레스 해소방법

4. 고등학생이나 중학생 범위수준을 넘어 초등학생으로 저연령화

5. 빈발하게 자살을 부추기는 자살사고·자해 청소년 증가

6. 복합적 작용 : 만성요인*과 급성요인**, 온라인상에서 사이버 불링***

* 대부분 오래전부터 이어져온 학대, 방임, 불화 등 가정문제를 비롯한 환경적 요인과 이로 인한 트라우마, 우울증, 불안, 예민하고 신경질적인 성격

** 극단적 선택을 시도하는 직접원인으로 청소년기 학업 스트레스와 부모, 또래관계에서 겪는 대인관계 문제

*** SNS상에서 또래로부터 따돌림, 언어폭력, 협박 등을 당한 후 정신적 충격

성인은 주로 경제적 어려움이나 우울증으로 자살을 선택한다면
 청소년은 현실도피나 자신의 괴로움을 극단적으로 표현하는 방법으로 자살을 선택한다.
 청소년 자살이 성인과 다르다는 차이는
 청소년의 자살 정책사항에서 여러 단계를 고려해야한다 .

- 심각한 이유가 아니라 단순히 충동적으로 또는 자살과 직접 연관 없는 상황에서도 문제해결에 취약해서 청소년 자살이 일어날 수 있다는 점에서 자살 사건만 다룰 것이 아니라 **폭넓은 스펙트럼 관점으로 바라봐야 하는 점**
 - ※ 자살행동은 자살사고, 자살의도, 자살시도, 사망에 이르는 복합적인 개념
- 실질적 자살시도 외에 자살사고와 자해의 빈도가 매우 높기 때문에 형태가 다른 **자기 파괴적 사고 및 행동에까지 범위를 넓혀야한다는 점**
 - ※ 자살사망 청소년(15세-24세)중 60% 자살 전 자해행동(Houston, 2005)
 - 자살사망 청소년의 대다수가 자살시도 경험(Renaud, 2009)
 - 자해행동 시, 자살의도가 있었다는 보고 38.2%(진선주, 2022)
- 청소년의 지속적 자살사고는 실제 자살까지 이어지지 않아도 성인기 이후 삶에 부정적 영향을 미칠 수 있으므로 청소년의 자살 정책은 **예방적 차원까지 염두에 두어야한다는 점**
 - ※ 자살징후 보이는 자살고위험군 청소년과 자살징후 보이지 않아 스크리닝 검사로도 구별되지 않는 숨어있는 자살고위험군 청소년까지 충동성 조절하거나 문제해결능력을 키울 수 있는 예방적 교육 및 프로그램 지원
 - ※ 자해 청소년은 실제 자살까지 생각하지 않고 행동하지만 의도치 않게 죽음으로 이어질 수 있고 주변영향을 많이 받는 청소년기의 특성을 고려할 때 또래로 쉽게 번질 수 있으므로 정책적 대상에 포함
- 청소년 자살은 남아있는 가족뿐만 아니라 정서적으로 불안정한 또래친구들, 지역사회에까지 **자살이후에도 주변에 계속해서 영향을 미친다는 점**
 - ※ 자살사건이 발생 후, 시간이 지나면 끝나는 것이 아니라 오랫동안 가족, 친구, 지역사회에 부정적인 여파를 가져올 수 있으므로 지속적 관리

1. 개입영역 확대로 잠재적 고위험군 체계적 관리

① 개입대상 연령

초등학생의 자살위험성도 증가하고 있고 습관적으로 자살사고 및 자살관련 표현(‘죽고 싶다.’, “죽여 버리겠다.”)을 자주 사용한다. 자살과 같은 실제행동화는 없더라도 청소년 초기에 있어 생활 전반적 영역에 영향을 미칠 수 있으므로 **초등학생의 자살(자해)관련 프로그램 진행 및 개입***이 적극 이루어져야 한다.

* 2022년 자살 초·중·고생 193명_5년 전(2018년·144명)보다 34.0% 증가(교육부 통계)
고등학생 32.6%(89→118명), 중학생 23.1%(52→64명) 초등학생 266.7%(3명→11명)

② 자살개입 범위

고위험군(자살, 자해)에만 치중하지 말고 **자살예방***, **자살사고**, **자살계획**, **자살시도**, **자살 사후영역****을 넓혀야 한다.

* 청소년은 자신의 고통을 이해하고 이를 표현하며 정서 조절하는 능력을 획득하는 것이 중요하며 다양한 창의적 방식으로 자신의 정서를 표현하는 것이 자살예방에 도움

** 자살원인을 규명하는 심리적 부검(psychological autopsy)은 한국에 2009년 도입되었으나 자살터부시, 숨기려는 경향으로 면담동의와 협조가 어려운 상황 -> 경찰청, 응급의료기관, 학교, (지역)교육청 등 자살 탐지할 수 있도록 다부처 및 민관 협력으로 범주체적 진행 필요

** 자살시도(위험군) 청소년에게 안전계획 세우기, 보호체계 구축하기, 대처기술 배우기 등의 부족한 부분을 강화하는 자살사후 프로그램 구성

**자살고위험군
자살예방프로그램 특징
최근 10년
(2012-2021)**

보건복지부
한국생명존중희망재단
(2021)

- 다수가 중학생 대상 실시
인지,정서,사회적 미성숙으로 고등학생보다 자살률 높음
여학생 : 중학생(5.1%) > 고등학생(3.0%)
남학생 : 중학생(2.2%) > 고등학생(1.7%)
- 다수가 여학생 대상 실시
남자청소년보다 여자청소년의 빈번한 극단적 선택하지만
성별자살률 성비간 차이없음(인구10만명당 9.9명)
- 주로 재학중인 청소년 대상 실시
- 선별방식은 자살사고와 충동검사 > 우울관련 검사 > 정서행동특성검사((AMPQ-III), 정서행동선별검사

③ 주변관리 범위

자살 관련 보호자, 또래(친구), 교직원, 종사자, 지역사회까지 청소년 자살의 정책적 대상으로 봐야 한다. 정작 가까이 생활하는 주변에서 청소년기의 자살징후와 특징을 간과하고 고위험군을 변별하지 못할 때가 있다.

또한, 자살을 목격한 부모(보호자, 가족), 또래(친구)는 정서적으로 불안정하거나 심각한 트라우마를 겪는 등 치명적 영향을 받을 수 있다. 주변인의 자살(시도)이나 자해를 목격하거나 경험하였을 때 충분한 애도 시간을 갖도록 해주며 정기적으로 (주변인 자살 1년 후) 모니터링을 하는 것이다. 이들도 위기 잠재군으로 간주하고 애도 프로그램, 자모모임 등을 통해 지속적으로 관리해야 한다.

④ 특정기간

사회적으로 유명인의 자살사건은 청소년에게 영향을 주는 것으로 나타나 이때 집중적 개입 필요하다. 사회적 자살사건 이슈화 시, 청소년 대상으로 생명존중 교육, 위험군 청소년들을 대상으로 적극적인 모니터링을 하는 것이다.

2. 교육, 프로그램, 매뉴얼 보완 및 다양화

① 자살관련 교육

청소년 자살은 신속한 판단과 효과적 개입을 요하는 만큼 전문성을 갖춘 교육지원이 있어야 한다. 청소년 위험에 대한 대응력을 높이기 위해서는 현재 교육의 실효성을 점검하고 최근 현실 상황을 접목한 교육내용으로 재구성*하여 이를 청소년, 보호자, 교직원, 현장 실무자에게 적용해야 한다.

청소년의 자살위험 신호 감지하고 응급상황 시 신속한 대처할 수 있는 자살관련 매뉴얼 보완하여 제공한다.

* 정보교육<인지행동치료, 신체활동+인지행동치료 = 합리적 생각과 분노조절 효과

② 자살요인 접목

현재 자살예방교육 및 프로그램은 자살행동 혹은 생명존중*에 초점되어 있다.

•자살예방교육은 자살률이 줄어들었다.
그러나 형식과 이론교육이 아니라
실제적 삶에 도움이 되는 방향이어야 한다.
•생명존중을 함양하고 실천할 수 있는
평생교육이 되어야 한다.

•생명존중교육이 위기상황이나 생명의 소중
을 느낄 수 있는 연계는 미비하다.
•자살교육하면 자살사고나 자살충동을 가져
올 수 있다는 편견이 있다.
•생명 소중함이나 생명가치에 대한 강의
또는 동영상 시청으로 그치는 경우가 많다.

생명존중 프로그램은 우울한 감정, 생활스트레스에 대한 인지치료 및 자기교습 훈련**이 보완되어야 한다.

** 위험신호감지, 도움자원 찾고 도움요청, 삶의 가치와 이유 발견

자살과 관련된 위험요인과 보호요인을 프로그램 설계에 반영되어야 한다.

[자살위험요인]

개인	정서 : 슬픔, 절망감, 무망감 인지 : 부정적 자기지각, 부적절감, 죄책감 정신건강 : 우울, 불안(장애), 외상후 스트레스 장애(PTSD), 정신과적 문제 행동 : 공격성, 충동성, 비행(음주, 흡연, 약물사용, 성경험, 성폭력), 신체 : 신체질병(이력), 수면문제(불면증), 신체 또는 외모 불만
가족	역할혼란(갈등), 가족관계 불안정(결손가정), 가족간 정서문제, 역기능적 의사소통, 가정폭력, 학대(방임, 거부), 경제적 어려움, 가족의 자살이력
관계	외로움, 사회적 고립감, 따돌림, 소외
학업	과도한 학업 스트레스(압박감, 낮은 성적), 학교폭력, 교사와 관계문제
경험	과거(현재) 자살시도(자해)
기타	대중매체의 자살보도

[자살보호요인]

개인	정서 : 긍정적 정서강도, 고통 감내능력, 인지 : 인지 조절전략, 자아탄력성, 자아존중감, 낙관성, 영적 안녕감 행동 : 자기통제능력, 스트레스 대처능력, 신체활동
가족	보호자 긍정적 양육태도(따뜻함, 친밀감) 가족 관심(화목), 가족의 응집력(지지), 가족과 봉사활동 참여
관계	친구 지지, 친구 애착, 사회적 유능감
학업	학교생활 만족도, 만족스런 학업성취수준, 학업탄력성, 교사지지

③ 자살 의무교육과정

자살 관련 상담 및 치료(치유)프로그램과 함께 이를 이겨낼 수 있는 마음건강 면역시스템 강화훈련 프로그램*이 병행되어야 한다.

* 자신을 긍정적으로 바라보는 힘을 키우기, 간헐적인 아니라 정기적 체계적 실시

(고)위험군뿐만 아니라 일반청소년들에게도 학교 또는 연계된 청소년관련 기관에서의 프로그램을 적용한다.

학교, 자살예방센터, 청소년상담복지센터에서 시행되고 있는 프로그램(자존감 향상, 감정조절) 활용도를 높여 의무교육과정으로 편성된다면 자살에 맞설 수 있는 예방적 차원을 청소년들이 습득할 수 있을 것이다.

[예방적 교육 및 프로그램 예시]

감정아해 조절 표현	감정의 종류를 익히고 자신의 감정 상태를 이해하며 감정을 조절하고 감정을 적절하게 표현하는 방법
스트레스 대처	스스로 스트레스를 인지하고 파괴적인 방법이 아니라 생산적이고 효과적인 스트레스 대처방법 모색
자존감 향상	스스로를 사랑하고 존중하는 방법
사회적 기술 (또래관계) 향상	건강하게 사회적 관계를 형성하고 유지하기 위해 필요한 기술

3. 비대면 상담채널 확충

① 사이버 상담시스템 구축

자살이슈 청소년은 정서적 어려움을 겪는 경우가 많아 상담 장면에서 상담자와 직접 대면상담보다는 비밀보장이 가능한 비대면 상담을 선호한다. 사이버 상담은 자살위기상황에서 즉각적인 개입이 가능하고 자살순간에도 누군가로부터 구조를 원하는 청소년에게 지지체계가 될 수 있다.

자살과 같은 치명적 사건은 충분한 익명성 확보와 언제든지 도움을 청할 수 있는 실시간 접근성이 중요하다. 24시간 상시 이용이 가능하고 온라인 매체활용한 상담은 충동성이 강하고 긴급으로 위기 상황이 발생할 수 있는 청소년에게 절실히 필요한 상담창구이다.

현재 청소년상담복지센터는 1388전화상담 및 사이버상담(채팅, 톡, 문자, 게시판, 솔로봇)을 운영하고 있다. 최근 메타버스 활용한 상담을 도입하여 청소년의 접근채널을 다양화하였다. 그러나 청소년이 기피하는 음성전화, 장시간 대기, 시간제한이라는 부분은 개선이 필요하다. 따라서 충남청소년의 정신건강을 위해서는 충남만의 특화된 상담시스템 구축도 적극 검토해볼 일이다.

②인력충원 및 전문성 강화

위기상황을 감안할 때 신속한 개입이 제때에 이루어져야한다. 그러기 위해서는 자살이슈가 있는 청소년이 대기하지 않고 온전히 집중하여 시기적절하게 상담 받을 수 있도록 특화된 전문 상담인력 확보가 요구된다. 청소년 자살을 다루는 교직원 및 종사자는 관련 전문적 지식과 이를 다룰 수 있는 경험의 노하우 필요하다. 따라서 특화된 인력을 배치하고 체계적인 조직체계를 갖추어야 한다.

일반 고민 상담과 달리 자살은 정서적으로 극도의 불안한 청소년을 다루는 생명의 위기상태로서 상담인력도 그만큼 가중된 불안감과 중압감을 갖는다. 기관에 따라 상담자의 소진 예방과 해소차원에서 정기적 수퍼비전을 제공하고 있지만 앞으로는 현장전문가들로 구성된 자문단을 구성하여 언제든지 위기사례를 지도·지원받을 수 있도록 해야 한다. 이때 현장 종사자들이 신속하고 편리하게 이용하는 행정적인 절차 간소화도 필요하다.

③매뉴얼화

비대면 상담으로 자살위기청소년 발굴시 또는 자살사건이 발생하면 사례마다 담당자가 당황하지 않고 능숙하게 다룰 수 있어야 한다. 상황에 따라 적절한 대응이 바로 이루어질 수 있도록 여러 가지 시나리오에 따른 대처방법 및 절차에 관한 매뉴얼이 마련되고 이에 대한 매뉴얼 숙지 및 적용이 상용화되어야 한다.

4. 협업 및 연계체계 공식화

①정보공유 및 사례배분

연계체계는 정기적으로 지역 내 유관기관의 지원체계 유무와 지원자원에 대한 자료 및 정보 공유한다. 자살위기사례는 회의 거쳐 고위기청소년에게 필요한 지원이 제공될 수 있는 기관에 사례를 배분할 수도 있다.

②유관기관 공조대응

이를 위해 유관기관(학교, 상담센터, 병원, 변호사)들 간의 위기관리대응을 위한 공조로 1)위기관리위원회 2)사전논의 통해 응급상황에서의 협업시스템 가동, 3)연계할 수 있는 지역기관(경찰서, 119 구급대, 병원 등)들과 명확한 업무분배로 응급상황 시에 공조할 수 있는 연계체계를 공식화하는 것이다.

③ 자살예방대책 예산지원

연계체계 강화와 지역특성을 반영한 자살예방 대책과 이에 대한 사업시행을 위한 예산지원이 필요하다.

5. 부모 미동의 법적인 제도화

① 자살이슈 개입 미진행

대개 자살과 같은 고위기청소년은 보호자에게 알리기를 꺼려하거나 부모와 관계가 좋지 않은 경우가 많아 적절한 상담이나 치료를 받지 못한다.

자살이슈를 가진 청소년은 청소년 자신 또는 해당 보호자가 사회적으로 부정적 인식을 갖고 있어 상담이나 치료를 거부하거나 망설이다가 적절한 시기를 놓쳐 상태가 더 안 좋아지는 경우도 생긴다.

현장 종사자들도 자살 위기청소년의 상담 또는 치료가 즉시 필요한 상황에서 보호자 동의가 없어 진행을 못하거나 미루는 안타까운 상황을 호소한다.

② 법적근거 마련

자살 청소년이 전문가의 정확한 심리진단이 있거나 긴급개입이 요구되는 경우, 부모동의를 사후 득하고 우선 치료받을 수 있도록 하거나 보호자 동의 없이 청소년 동의만으로도 상담·치료가 가능하도록 법적 재정비가 필요하다.

6. 학교밖청소년의 자살문제

일반 청소년보다 사회적 무기력감, 고립감 등 심리적 어려움을 더 호소한다. 사회적으로 고립될 수 있어 자살징후가 있을 때 주변에서 알아차리고 도움주기가 쉽지 않다. 정기적 정신건강 검사 통해 학교 밖 청소년의 심리상태 점검하고 (예방)프로그램*의 적극 홍보 및 실시가 도움이 될 것이다.

* 자살시도여부 중단연구 : 학업중단시점에서 시간 지날수록 자살시도 줄어들었음.
(학업중단 첫1년 이내 예방중재 시행 최적기)

7. 안정화 공간 마련

자살시도 청소년은 응급처치 후 정서적으로 매우 불안정한 경우가 많다. 이러한 상태에서 바로 가정 복귀는 위험할 수 있으므로 최소한 24시간 전문가의 보호를 받으면서 안정취할 수 있는 공간이 필요하다. 보호동안 다른 사건이 발생하지 않도록 관찰과 보호가 동시에 잘 이루어질 수 있는 공간이 필요해 보인다.

지정토론

자살예방 사업은 사람이 하는 것입니다

안 영 미
(백석대학교 간호학과 교수)

자살예방 사업은 사람이 하는 것입니다

안 영 미(백석대학교 간호학과 교수)

나는 내러티브 탐구라는 질적연구로 박사학위를 받았다. 이번 토론문도 내러티브 탐구의 기술법으로 작성하려고 한다.

가족 중에 심각한 질병이 생겨 병간호하다가 보면 주변에서 이걸 먹고 나왔더라, 이렇게 해서 효과를 봤더라 하는 사람들이 나타난다. 환자는 살고 싶은 마음에 지푸라기라도 잡는 심정으로 의료진이 제시한 치료원칙보다는 주변으로부터 권유받은 다양한 방법에 의지하다 결국 병세가 악화하는 경우를 종종 본다. 다양한 민간요법을 알려주는 사람들 대부분은 아픈 사람이 낫길 바라는 마음일 것이지만 일부 모리배들은 환자를 이용하여 자신의 이득을 취하려는 사람들도 없다고 할 수 없다.

자살 예방사업을 했던 현장도 이와 같았다. 자살이라는 이슈가 가지고 있는 무게감으로 인해 많은 사람이 이렇게 하는 것이 맞다, 저렇게 하는 것이 맞다 하는 의견들을 제시하곤 한다. 물론 자살자를 줄이고자 하는 선한 마음이었겠으나 자칫하면 원하는 결과가 아닌 다른 부정적인 결과를 가져오기도 한다. 이는 자살 예방사업 나아가 지역사회 정신건강 사업에 대한 원칙을 지키지 않아서 오는 혼란일 것으로 생각한다.

박미옥 의원 주관으로 진행되는 『심리적 위기 학생 자살 예방 방안 모색』의 주제에 따라 이상은 부센터장이 발표한 내용을 바탕으로 자살 예방사업에 대한 몇 가지 토론 사항은 나누고자 한다.

첫째, 현장의 요구(needs)에 맞는 자살 예방사업이 되어야 할 것입니다.

Gerald Caplan (1964)의 이론에 근거한 공중보건 모형을 자살 예방사업에 적용하기를 권면한다. Caplan은 1차 예방, 2차 예방, 3차 예방을 구분하여 정신건강 분야 실무를 위한 원칙을 제공하여 지역사회 정신건

강 실무에 유용하게 사용될 수 있는 이론적 근거를 마련하였다. 1차 예방은 서비스의 대상을 개인과 환경 모두에 두고 스트레스 관리 및 해로운 환경을 제거하는 데 초점을 맞추고 있으며, 2차 예방은 고위험군을 대상으로 정신질환의 조기 발견 및 조기중재를 제공하여 증상을 최소화하기를 목표로 하고, 3차 예방은 정신질환자를 대상으로 재발 방지 및 자신의 최고 수준의 기능을 달성하도록 재활을 돕는 것에 초점을 둔다. 따라서 1차, 2차, 3차 예방사업에 따라 서비스 제공 종사자에게 요구되는 역량에는 차이가 있다는 것이다. 즉, 정신건강과 관련된 비전문가와 전문가의 역할을 구분할 수 있다.

청소년 자살 예방사업을 이 공중보건 모형에 대입하여 살펴보자. 먼저 1차 예방은 청소년들에게 자신의 스트레스를 효율적으로 관리하도록 돕고, 주변 환경의 위해요소들을 제거해야 할 것이다. 즉, 스트레스 관리와 관련된 다양한 교육콘텐츠를 제공하고 자살 관련 환경, 예를 들어 자살 모의, 자살 방법, 자살 중계 등에 사용되는 SNS 차단, 자살에 대한 가십적인 언론보도 자제 등 사회적, 문화적 지원을 하는 것이다. 이는 굳이 정신건강복지센터에서 해야 할 이유는 없다. 자살 예방에 관심 있는 교육지원청, 지자체의 사회 문화 콘텐츠 개발 담당 부서 등 다양한 기관에서 이를 시행할 수 있다. 2차 청소년자살 예방은 자살의 원인이라고 연구된 자살 고위험군을 대상으로 자살의 위험성을 조기 발견하고 조기 중재함으로써 자살 시도를 막거나 생명을 구하는 사업이다. 자살의 원인이 정신질환, 신체질환, 경제적 문제, 대인관계 문제 등으로 밝혀지고 있기에 2차 예방을 수행하는 인력은 무엇보다 정신질환에 대한 지적인 이해와 현장경험을 가진 전문가이어야 할 것이다. 3차 예방은 자살생존자들의 자살 재시도를 막고 자기 자신의 회복탄력성과 증상관리 능력을 키워 자신이 속한 사회에서 최대한 기능하며 건강하게 살아가도록 하는 것이다. 3차 예방의 종사자들은 무엇보다 다양한 사회현상과 환경에 대해 이해하고 대상자를 인격적으로 대해 줄 수 있는 역량이 필요할 것이다. 1차~3차 예방까지 자살 예방사업의 목표에 부합할 수 있는 종사자 확보

는 무엇보다 우선시 되어야 할 사업의 첫 단추이다.

현재 현장의 상황은 역량 갖춘 종사자가 확보되지 않은 상황에서 1차~3차 예방사업을 하다 보니 대상자 욕구에 맞춘 자살 예방 서비스가 제공되기보다는 확보된 종사자가 할 수 있는 자살 예방사업을 먼저 진행하고 있어 서비스를 받는 수혜자도, 서비스를 제공하는 종사자도 모두 만족하지 못하는 사업이 되고 있다. 다시 한번 더 강조하고 싶은 것은 자살 예방사업을 목적과 필요에 맞게 수행할 수 있는 역량 있는 종사자를 확보할 수 있도록 해야 할 것이다.

이웃 나라 일본의 경우 자살자가 많아 그 심각성이 대두되고부터 중앙정부, 지방자치단체, 사업자뿐만 아니라 국민 개개인에게도 자살 예방 의무를 명시하는 자살 예방 대책을 세우고, 자살 예방과 자살 유족에 대한 지원을 충실히 수행하도록 규정하고 있다. 또한 적절한 정신보건복지 서비스를 받을 수 있는 체계를 마련하고, 사회 전체의 자살 위험을 감소시키며, 어린이, 청소년의 자살과 노동자의 자살에 대한 대책을 강화했다. 한편 중앙정부, 지방자치단체, 민간단체 간의 연계의 필요성을 인식하여 연계체계를 강화했으며 지역단위의 실천적인 자살예방대책을 추진하고 있다. 또한 지역단위의 자살예방대책을 효율적으로 추진하기 위해 지역자살대책 강화 교부금을 책정하여 교부하고 있다. 2020년 한국의 자살 예방 예산은 417억원이다. 반면 2017년 일본의 예산은 6조7033억원으로 한국보다 160배 많은 수준이다. 현장의 요구가 반영된 자살예방사업을 위해서는 예산의 지원 없이는 불가능하다.

둘째, 자살 예방사업 대상자의 회복탄력성을 키워야 할 것이다.

자신 본연의 기능을 되찾아 스스로 자신이 살아가는 지역사회에서 살아갈 수 있도록 도와야 할 것이다. 여러 수행기관에서의 자살 예방사업을 평가해 보면 아쉽게도 대부분의 자살 예방사업이 문제의 원인 제거에 초점이 맞춰져 있다는 것이다. ‘정신질환이 있는가? 병원에 보내자’, ‘경제적으로 빈곤한가? 보편적 사회복지로 경제적 어려움을 채워주자’, ‘대

인관계가 어려운가? 어떻게 하면 문제를 해결해 줄 것인가?’ 등 대상자의 회복탄력성을 키우기 위한 서비스보다는 부족한 것을 전적으로 도와주는 채워주기식 서비스를 제공하여 대상자의 서비스 의존도를 높이고 있었다. 이는 성급한 성과평가가 한몫하고 있다. 서비스를 몇 명이 받았는가?, 몇 회를 진행했는가? 등이 자살 예방사업을 평가하는 지표가 되다 보니 대상자의 삶이 질적으로 어떤 변화가 일어나고 있는지는 평가하기가 어렵다. 정말로 자살 예방사업의 서비스를 받고 회복된 사람이라면 자신의 경험을 나누고 누군가에게 도움을 줄 수 있는 경지가 되어야 비로서 서비스가 질적으로 효과가 있었다고 말할 수 있을 것이다. 이는 당사자 활동가 양성이 그 지표가 될 수 있을 것이다.

셋째 정신질환은 치료가 먼저이다.

해마다 하반기가 되면 자살 현황 및 자살 원인, 자살 방법, 시도자의 인구학적 특징 등을 자세히 조사하지만, 조사는 조사로 끝나고 실제 자살 예방사업은 조사 결과와는 상관없는 사업이 진행되는 경우가 많다.

우리는 지금 포스트 코로나 혹은 위드 코로나를 지나고 있다. 전 세계적인 코로나 팬데믹 상황은 죽음의 공포, 소통의 단절, 불신 등 다양한 원인으로 인해 인간의 정신건강에 부정적 영향을 주었으며, 이로 인해 우울증, 불안 등의 증상을 호소하는 인구가 늘어나고 있다. 특히 오늘 토론회에서 다루고 있는 청소년의 경우 코로나로 인해 불안장애 39.6%, 우울증 18.9%가 증가하였으며, 이와 함께 청소년자살의 수도 증가하는 중이다. 더 절망인 것은 코로나 팬데믹의 급성기 이후에 이러한 정신건강의 부정적 영향은 더욱 가중될 것으로 연구자들이 전망하고 있다 (Hertz & Barrios, 2021)는 것이다. 실제 코로나 확산 2년 차(21년)에는 사회적 거리두기로 대면상담이 제한되어 온라인상담 채널을 이용한 청소년 상담 건수가 2020년 1분기에 45,146건에서 2021년 1분기에는 62,344건으로 눈에 띄게 증가하였으며, 주 호소 내용에서는 정신건강 문제 27,042건, 대인관계 13,313건, 학업/진로 10,849건, 가족 관련

11,140건으로 정신건강 문제가 주요 문제로 조사되었다(청소년 상담 이슈페이퍼, 2022). 이상은 부센터장의 발표내용에서도 상위 5개 정신질환 별 환자 수가 증가하고 있음을 청소년 정신건강 현황으로 제시하고 있다.

정신질환은 상담만으로는 해결할 수 없다. 닳이 먼저인지 달걀이 먼저 인지는 논하기 어렵지만, 정신질환의 진단을 받게 되었다는 것은 신경전달물질 불균형이 생겼다는 것을 의미하기 때문에 전문의의 관리하에 약물치료를 받아야 한다. 우리나라에는 정신과 약물을 복용하는 것에 대한 그릇된 편견이 있다. “한 번 약을 먹으면 계속 복용해야 한다.” “정신과 약을 먹으면 바보가 된다.” “정신과 약을 먹으면 중독된다.” 등. 근거 없는 이야기들이 조기중재로 관리할 수 있는 정신질환들을 만성화시키거나 질환을 숨기게 만든다. 최근 서현역 사건, 자살자의 증가는 조기중재의 시기를 놓쳐 관리되지 않는 정신질환의 위험성을 현실적으로 보여주고 있다.

넷째, 보호자 동의제도 개선이 필요하다.

현장에서 정서적 어려움을 겪고 있는 학생들에게 전문가의 도움을 받도록 연계를 하려면 보호자의 동의가 필요하다. 그러나 우리나라의 정신질환에 대한 편견, 보호자의 인식 및 지식 부족 등 다양한 이유로 정작 학생은 도움을 받고 싶어 하지만 보호자의 거부로 성사되지 못하는 경우를 현장에서 자주 경험하였다. 이는 광의적으로 보면 정서적 학대이다. 당사자의 의견에 반하여 필요한 도움을 받지 못하게 막는 것이기 때문이다. 자살예방 현장에서 종사자들이 사업진행이 되지 않는 원인이 법과 제도에 있다면 관련부서의 담당자들은 이러한 제도의 개선을 위해 노력해 주어야 할 것이다.

다섯째, 과거가 아닌 현재와 미래에 초점을 두자.

그동안 정신건강 사업을 하며 만났던 많은 대상자, 나의 지인들을 살

퍼보면 그 누구도 어려움이나 고통 없이 살아온 사람은 아무도 없었다. 앞에서 언급한 자살의 다양한 원인 중의 하나 이상 경험을 해보지 않은 사람은 없다는 것이다. 일시적으로라도 불안하거나, 슬프거나, 관계의 어려움을 겪거나 무수히 많은 어려움을 경험해 왔다. 때로는 그 어려움을 슬기롭게 극복하기도 했지만 어떤 상황은 여전히 마음 저편에 남아있기도 한다. 그렇다면, 어려움을 경험하고 있다면 우리는 모두 고위험군일까? 그렇지 않다. 천안시자살예방센터장을 하면서 진행했던 자살고위험 청소년 힐링캠프의 경험을 나누고자 한다. 천안시 소재 고등학교 위클래스를 통해 참여한 학생들은 학교에서 ‘관심군(학생들 표현은 관심종자)’라서 어쩔 수 없이 캠프에 참여하게 되었다. 기존의 캠프들은 참여학생들에게 ‘너의 아픔이 무엇이야’ ‘내가 행복해지려면 어떤 노력을 해야할까?’ 등 “너는 문제가 있으니까 해결해야해!”하는 태도로 프로그램이 진행된다. 그러한 프로그램은 이미 여러번 참여를 해봤기 때문에 흥미가 없는 것은 어쩌면 당연하였다.

힐링캠프는 청소년 2명 당 1명의 대학생 멘토가 함께 조를 이뤄 진행되었다. 프로그램의 내용은 그저 즐기고 노는 것이었다. 작사·작곡을 해서 노래를 만들어 보고, 춤 잘 추는 학생은 춤을, 랩을 잘하는 학생은 랩을, 게임하고 놀고 맛난 식사하는 것이 우리 센터에서 준비한 프로그램 전부였다. 물론 참여한 대학생 멘토들에게는 특별 주문을 했다. 언니, 형, 오빠, 누나로서 동생처럼 친하게 1박 2일을 보내도록 했으며, 위클래스에서 준 관심군의 특성은 공유하지 않았다. 그런데 프로그램이 끝나고 “언니 형들이 다니는 대학에 가고 싶다.” “고등학교는 졸업하겠다.” “힘들면 연락하겠다.” “나를 관심종자로 보지 않아서 좋았다” 등의 평가를 했다. 참여했던 멘토 학생들도 “밤에 이 얘기 저 얘기 하느라 좀 피곤하긴 했어도 형처럼 편하게 고민을 얘기해 줘서 좋았다” “위클래스에서 온 학생이라 뭔가 문제가 많을 것으로 생각했는데 전혀 그렇지 않았다” 등의 평가를 했다. 부재했던 건강한 인간관계의 경험은 참여자들 모두에게 건강한 추억이 되었다.

내가 어떻게 할 수 없는 상황 속에 갇혀 현재와 미래를 보지 못하는 청소년들에게 그것이 그리 비정상적이지 아니라는 것을 알려주어야 한다. 교육학자이자 종교학자인 John Dewey는 경험의 지식을 강조하고 있다. 경험을 통해 배움의 깊이가 달라질 수 있다. 청소년을 관심군으로 보면 그들은 관심군에서 벗어나지 못할 것이다. 위클래스에 오는 청소년을 잠시 어려움을 겪고 있는 인간으로 보아야 할 것이다. 그리고 그 어려움을 스스로 극복할 수 있는 강인한 존재로 청소년을 봐주어야 할 것이다. 종사자로서 이상적인 이야기를 하게 되어 현실성 없다 비판을 받을 수 있지만, 종사자들이 조금 더 마음의 여유를 가지고 대상자 하나하나에 집중할 수 있는 여건이 갖추어진다면 못 할 이유가 없는 것이다.

마지막으로 짧은 동영상을 시청하며 토론을 마치고자 합니다.

<https://youtube.com/shorts/VQWmYi9EwBg?feature=shared>

지정토론

충남교육청 학생 생명존중 문화조성 및 자살예방 정책 방향

오 황 균

(충청남도교육청 민주시민교육과 학생지원팀장)

충남교육청 학생 생명존중 문화조성 및 자살예방 정책 방향

충남교육청 민주시민교육과 장학관 오항균

I 들어가기

자살의 정의를 살펴보면 “스스로 자기의 목숨을 끊음” 이라고 정의되어있다. 부모로부터 받은 생명을 자신이 주체가 되어 생명을 끊는 현상이 오랫동안 진행되어 왔다.

이탈리아 철학자 세네카(BC 1세기)는 “사람은 능숙하게 탈 배를 선택하고, 편안하게 살집을 고른다. 마찬가지로 이 세상을 떠날 방법을 선택할 권리도 있지 않을까? 특히 죽음에 관해서는 무엇보다도 자기가 하고 싶은 대로 하기 마련이다.”(<http://press.onu.ac.kr>) 라고 말했다. 죽음에 대한 자기결정권을 강조한 내용이자 자살을 범죄로 보지않는 내용으로 보여진다.

유교사상이 사회적으로 확산된 조선시대 이후 근현대까지 우리나라에서는 身體髮膚 受之父母 (신체발모 수지부모)라고 강조하며 부모에게서 물려받은 몸을 소중히 여기는 것이 효의 근본이라 강조했다.(즉 자살은 큰 불효였다) 서양을 중심으로 기독교국가에서는 자살을 죄악시하였으며 신에 대한 모독으로 여겨졌고 중세에도 자살은 일종의 살인으로 취급되었다.

한국은 산업화, 경제적 발전과 더불어 자살이 급속히 증가하였다. 2003년 카드대란시기에 10,898명, 2004년 11,492명으로 1만명 돌파 이후 ‘1차 국가자살예방5개년계획’이 수립 시행되었고, 2009년(15,413명)-2차자살예방종합대책이 시행되었다. 매년 실시되는 학생정서행동특성검사 결과 충청남도교육청 관내 학생들의 고위기학생도 매년 증가하고 있다. 특히 코로나19 이후 본격적인 대면수업이 진행된 2022년 이후 자살학생수의 급격한 증가로 이에 따른 선제적 예방조치 및 학생맞춤형 정책을 시행중에 있다.

1. 대한민국 학교교육의 현황

공교육의 현황을 여러 자료를 통해서 몇 가지 제시해 보고자 한다. 교육부 누리집-정책-교육통계 및 정보화 의 “한국의 교육지표 22” 통계 중에서 자료를 인용했음을 밝혀둔다.

가. 취학률 : 초등학교(98.4%), 중학교(97.9%), 고등학교(96.1%)였으며,

나. 진학률 : 초→중(100%), 중→고(99.7), 고→대(69.8%)

다. 학업중단율 : 초(0.4%), 중(0.5%), 고(1.1%). (※충남의 초, 중학교는 전국평균 이하, 고교는 전국 평균보다 높은 중단율로 나타났다.)

라. 중·고교생의 학교교육내용 만족도 : 약간만족(34.1%), 매우만족(23.1%)

마. 학교에서의 교육방법 만족도 : 약간만족(30.4%), 매우만족(18.5%)

바. 기초학력미달 비율 :

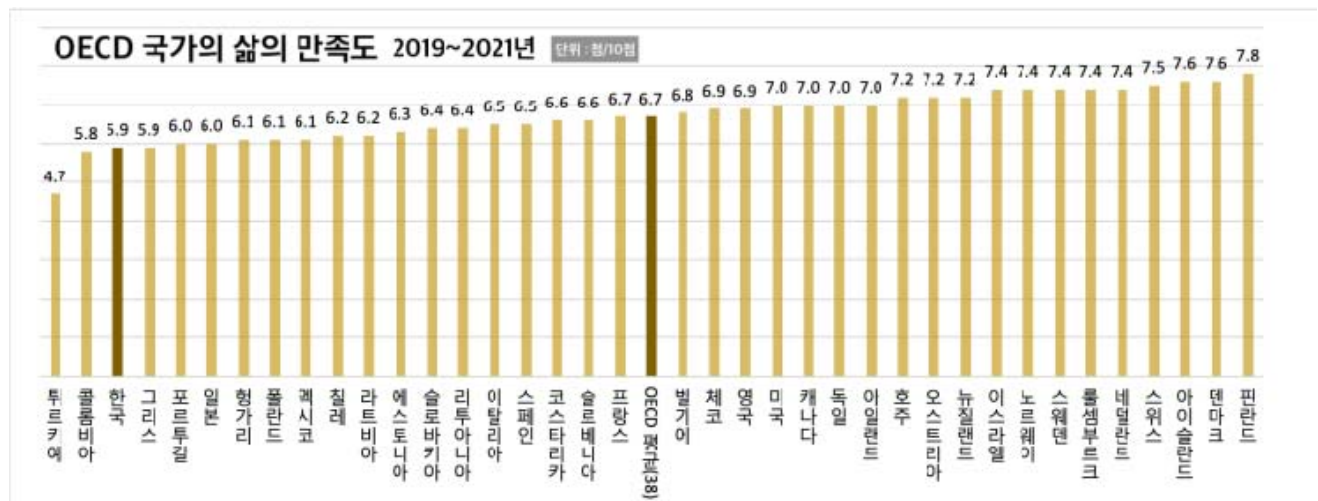
1) 중3 : 2019년(국어:4.1%,수학:11.8%,영어:3.3%)⇒2021년(국어:6.0%,수학:11.6%,영어:5.9%)

2) 고2 : 2019년(국어:4.0%,수학:9.0%,영어:3.6%)⇒2021년(국어:7.1%,수학:14.2%, 영어:9.8%)

사. 중·고교생의 교사와의 관계만족도(약간만족 이상 2018년(61.1%)⇒2020년(64.8%)

아. 교사의 정서적지원에 대한 인식(선생님은 나를 이해하고 계신다고 느꼈다. 한국: 76.6% OECD: 70.1%)

2. 현재 대한민국 아이들은 어떤 모습인가?



<표2> (교육부) 추정원인별 학생 자살 현황 (2019~2020)

구분	실직/부도/공판	가정불화	영세반란 우울	신체결함/ 질병	이성관계	성적비관/ 학업부진	폭력/ 집단괴롭힘	기타*	원인 미상**	계
2016	0	37	19	0	3	13	0	11	25	108
2017	1	36	27	1	2	13	0	14	20	114
2018	0	25	33	3	2	16	0	7	58	144
2019	2	18	18	5	6	11	0	22	58	140
2020	1	19	22	2	3	14	0	13	74	148
계	4	135	119	11	16	67	0	67	235	654

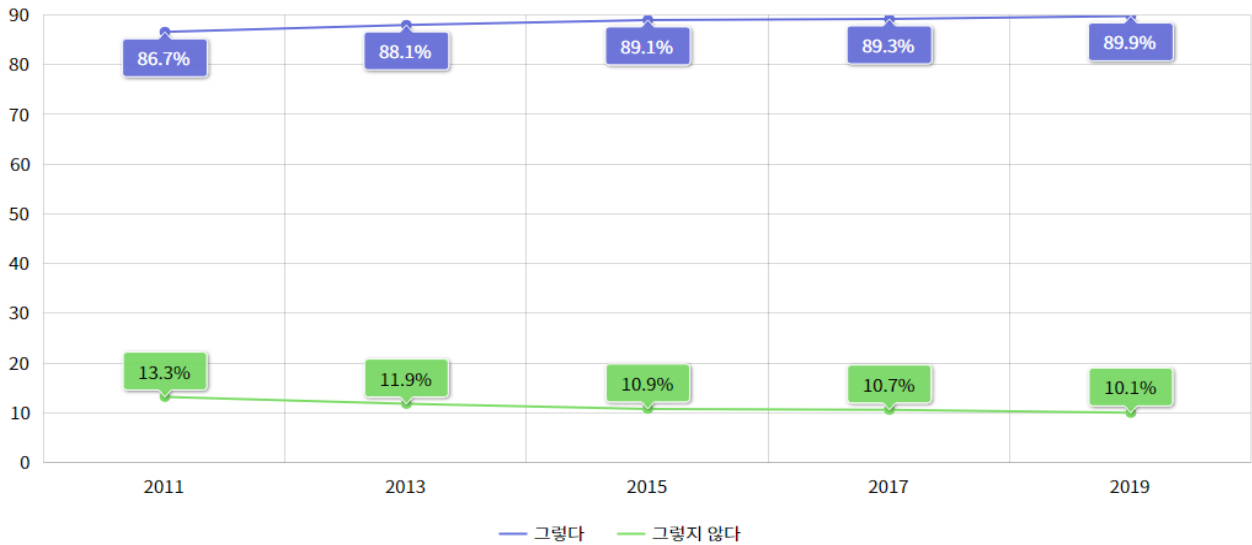
*기타: 복합원인(음주 후 우발 등) **원인미상: 짐작 불가로 보고된 건 (자료: 교육부)

<표 3> 청소년 연령대별 자살율



<표 4> 우울할 때 도움을 받을 사람 유무

낙심하거나 우울해서 이야기 상대가 필요한 경우 도움을 받을 수 있는 사람이 있는지 여부



<표 5> 아동·청소년의 상위 5개 정신질환별 환자 수

표 2 | 아동·청소년(0세~19세)의 상위 5개 정신질환별 환자 수

(단위 : 명)

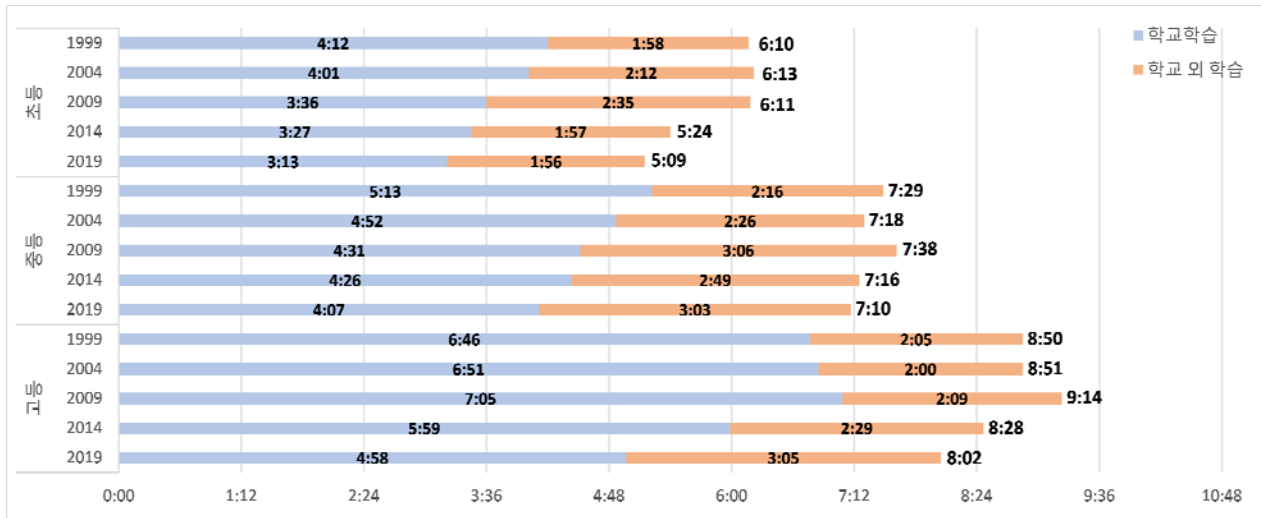
	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
운동과다장애	50,049	운동과다장애 51,040	운동과다장애 53,663	운동과다장애 60,202	운동과다장애 60,285
우울증	26,054	우울증 29,534	우울증 42,095	우울증 47,476	우울증 48,221
기타 불안장애	16,471	기타 불안장애 17,726	기타 불안장애 21,133	기타 불안장애 23,258	기타 불안장애 24,985
틱장애	14,139	심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애 14,577	심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애 16,160	심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애 18,576	심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애 16,699
전반발달장애	13,531	전반발달장애 14,205	전반발달장애 13,948	전반발달장애 16,268	전반발달장애 16,641

주: 환자 연령은 진료시점 만(滿)나이 기준으로, 다른 연령대와 단순 합산할 경우 중복이 발생할 수 있음

자료 : 건강보험심사평가원 제출자료(2021. 4. 16.)를 재구성함

<표 6> 청소년 학교급 별 학습시간 (1999~2019)-통계청

(단위: 시간:분)



주: 1) 10세 이상을 대상으로 하며, 학교급별에서 수학여부는 '재학'인 경우에만 해당

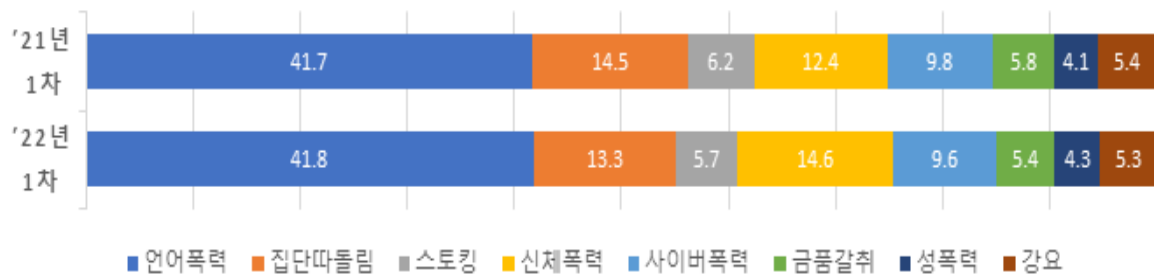
2) 9월 시간량 자료를 이용하여 주행동을 기준으로 작성됨

출처: 통계청, 「생활시간조사」 원자료

<표 7> 학교급 별 사교육 참여율 및 주당 참여시간 -통계청

구분	사교육 참여율(% , %p)				주당 참여시간(시간)			
	전체	초등학교	중학교	고등학교	전체	초등학교	중학교	고등학교
2021년	75.5	82.0	73.1	64.6	6.7	6.8	7.0	6.3
2022년	78.3	85.2	76.2	66.0	7.2	7.4	7.5	6.6
증감	2.8	3.2	3.0	1.4	0.5	0.6	0.5	0.3

<표 8> 2021년~2022년) 학교폭력 피해유형별 비중(%) -교육부 보도자료



<표 9> 학교폭력 가해학생 현황-교육부 보도자료

구분	구분	같은 학교 같은 반	같은 학교 다른 학년	다른 학교 다른 학생	잘 모르는 사람	기타
가해자 유형	전체	45.8	29.7	8.4	5.6	6.7
	초	45.9	29.0	9.2	4.9	7.2
	중	46.2	31.6	5.8	7.8	5.1
	고	42.7	33.8	4.9	8.9	4.8

3. 학생 정서·행동 특성 검사 결과(2020~2022)

- 학생정서·행동 특성 검사¹⁾ 결과 정신건강 위기 학생에 대한 전문기관(병·의원, 위(Wee)센터 등) 연계율

<표 10> 최근 3년간 학생정서·행동 특성 검사 관심군·자살위험군 전문기관 연계율(교육부-전국)

연도	학생 수	관심군			자살위험군(관심군에 포함)		
		학생 수	전문기관 연계		학생 수	전문기관 연계	
			학생 수	연계율		학생 수	연계율
2020	1,789,243명	79,597명(4.4%)	56,974명	71.6%	19,093명(1.0%)	14,905명	78.1%
2021	1,735,131명	76,187명(4.4%)	56,698명	74.4%	18,098명(1.0%)	14,402명	79.6%
2022	1,743,897명	80,676명(4.6%)	60,536명	75.0%	19,292명(1.1%)	15,388명	79.8%

※ 전문기관 미연계 사유 : 학부모·학생거부(81.7%), 기타(17.5%, 거리, 비용 등), 출결문제(0.6%)

<표 11> 최근 3년간 학생정서·행동 특성 검사 관심군·자살위험군 전문기관 연계율(충남교육청)

연도	참여 학생 수	관심군			자살위험군(관심군에 포함)		
		학생 수	전문기관 연계		학생 수	전문기관 연계	
			학생 수	연계율		학생 수	연계율
2020	79,103명	6,408명(8.1%)	6,378명	99.5%	1,514명(1.9%)	1,511명	99.8%
2021	76,986명	6,031명(7.8%)	5,981명	99.1%	1,452명(1.9%)	1,437명	99.3%
2022	78,009명	6,308명(8.1%)	6,236명	98.8%	1,478명(1.9%)	1,462명	99.2%

4. 학생 자살 현황(2020~2022)

<표 12> 최근 10년간 10대 사망원인 통계 (통계청) (단위 : 인구 10만 명당 인원 수)-전국

구분	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
									◀ 코로나19 확산 ▶	
1위	자살 5.1	자살 4.9	운수사고 4.8	자살 4.2	자살 4.9	자살 4.7	자살 5.8	자살 5.9	자살 6.5	자살 7.1

□ 최근 학생자살 사망자 수

<표 13> 전국 학생 자살 사망자 수 (전국 시도교육청 보고자료) (단위: 명)

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
								◀ 코로나19 확산 ▶		
인원	123	118	93	108	114	144	140	148	197	193

<표 14> 충남교육청 최근 3년간 학생 자살 사망 학생수

	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
학생수								3	7	12

* (청소년건강행태조사, 우울감 경험률) ('19) 28.2% → ('20) 25.2% → ('21) 26.8%

- 1) 학생의 정서·행동 문제에 대한 조기 발견을 위해 학생정서·행동 특성 검사를 실시하고, 학생 정서·행동 문제 등에 대하여 전문기관 연계 등으로 효율적 지원함. 검사 대상은 매년 초등 1·4학년, 중학 1학년, 고등 1학년, 특수학교, 각종학교 학생임.

II 본 론

1. 위기관리를 위한 체계구축 운영

■ 위기관리위원회 구성 운영(요약)

단위	내 용
(도교육청) 위기지원단	◦ Wee센터 위기지원팀 자문 ◦ 다양한 위기 사례에 대한 개입 및 자문, 위기지원팀과 함께 현장지원 ◦ 위원구성(정신건강전문가, 상담전문가, 유관기관 담당자, 전문상담교사등) ◦ 정신건강 관련 연수운영 및 사례회의
(Wee센터) 위기지원팀	◦ 학교 위기관리위원회 자문, 사안 발생교 현장지원 ◦ 학생 상담·치료비 추가 지원 심의·의결 ◦ 위기 사안 발생 시 긴급 지원으로 학교 일상 회복 유도 ◦ 위원 구성(정신건강전문가, 유관기관,경찰, 변호사, 전문상담교사 등)
(학교) 위기관리위원회	◦ 위기학생 발생 시 위원회 개최 (구성원 역할 분담) ◦ 위원회 결과 적용을 위한 학생·학부모 안내 및 적극 개입 ◦ 위기발생 가능성 예측 및 예방(자살시도사안 필히 실시) ◦ 위원구성은 위원장 교장 학생부장,상담교사,보건교사,학년부장등(부록9)

가. 도교육청 “위기지원단” 구성 및 운영

- (조직) 도교육청 위기지원단 협의체 조직
- (구성) 정신건강전문가, 상담전문가, 유관기관 담당자, 전문상담사 등 10명 내외
- (역할) 도단위 위기사안 발생 시 학교 및 지역교육청 자문 및 지원, 정신건강 관련 연수운영 및 사례회의 진행

나. 지역교육지원청 “위기지원팀” 구성 및 운영

- (조직) 교육지원청별 위기지원팀 협의체 조직
- (구성) 교육지원청과 지역 유관기관 업무담당자, 전문성 있는 교원(교감 등)으로 구성(총 10명 내외)
- (역할) 위기 사안 발생 시 학생 지원을 위한 맞춤형 위기지원단(3~6명)을 구성하여 학교 지원, 학생 상담 치료비 추가 지원 심의 결의

다. 학교 “위기관리위원회” 구성 및 운영

- (조직) 단위학교별 위기관리위원회 조직(협의기구)
- (구성) 학교장을 위원장으로 하고, 업무담당자를 기본 구성원으로, 5인 이상 10인 이하의 위원으로 구성·운영(필요시, 지역사회 전문가와 사안 관련 학부모 포함)
- (내용) 학생 정신건강, 가정 및 학교부적응 문제 등으로 학교 차원의 대처가 필요한 경우 학교 위기관리위원회를 통해 지원

- (역할) 자살(시도), 자해, 정서위기학생, 학교폭력 피해학생 긴급지원
- 위기관리위원회 긴급회의 개최 및 세부적 대응방안 수립(협의록 작성)
- 사안 발생 시 1~2명에게 업무가 집중되지 않도록 공동체 협의 및 업무배분
- 필요 시 교육지원청(위기지원팀) 지원 요청

2. 생명존중 자살예방 프로그램 운영

가. 생명존중의식 함양과 자살예방교육

- 상담주간 연계 학기 초 생명존중 교육 운영
- 학생 대상 교과연계(도덕, 보건, 사회 등)와 창체시간 등을 이용하여 자살예방 및 생명존중에 대한 내실 있는 교육 연간 6시간 실시
- 학교 요청에 따른 '찾아가는 생명존중 자살예방교육' 실시
 - 도교육청, 교육지원청 Wee센터, 지역유관기관 협력 지원
 - 교육지원청 별 관리자 자살예방교육 및 학생 위기 관리 연수 실시
 - 지역별 찾아가는 자살예방교육 프로그램 운영(나일락, 골든벨, 뮤지컬, 미술 등)
- 자녀소통과 인식개선을 위한 학부모 대상 연수 확대
 - 학생 발달단계에 따른 정서 이해와 양육을 주제로 연수 진행 (권역별 연 4회)
- 생명존중 및 자살예방 자료 개발 보급
 - 학생건강정보센터(<http://schoolhealth.kr>) 자료 활용
 - 생명존중 자살예방 교육자료 개발 보급 (하반기, 1~3단계별 6시간)

나. 생명존중 문화 인식 확대

- 학생·교사·학부모 대상 학생정신건강 관리 및 자살예방 관련 뉴스레터를 제공하여 학생의 정신건강 이해도 제고(월 1회)
- 학생 정신건강 및 생명존중 인식개선 캠페인
 - 자살예방 캠페인 기간을 확대 실시 (상반기 2회 실시)
 - 학생 주체 생명사랑 동아리 및 학급회, 학생회 활동 캠페인 실시
 - 학부모와 함께하는 생명사랑 등교맞이 캠페인 지역별 실시
 - 교육공동체가 응원하는 '마음나무 키우기' 릴레이 캠페인
 - 생명사랑 홍보 영상 제작 및 TV 광고 송출 (9월~12월)

다. 자살징후 조기발견 강화

- (도교육청,지역교육청) 생명지킴이 게이트키퍼 교육 강화

- 게이트키퍼 교육을 위한 강사 20명 양성
- 자살징후 조기발견 강화를 위한 관리자 대상 생명지킴이 게이트 키퍼 교육
(상반기 관리자 대상 2회, 300명 실시)
- 학교로 찾아가는 생명지킴이 교직원 대상 게이트 키퍼 교육(하반기 40교)

라. 학생 자살징후 조기발견 노력 및 가정 연계 활성화

- 학생정서·행동특성검사를 통한 자살징후 조기발견
- 전년도, 전전년도 관심군(자살위험군) 학생 관리

마. 학교 밖 상담망 활용 안내

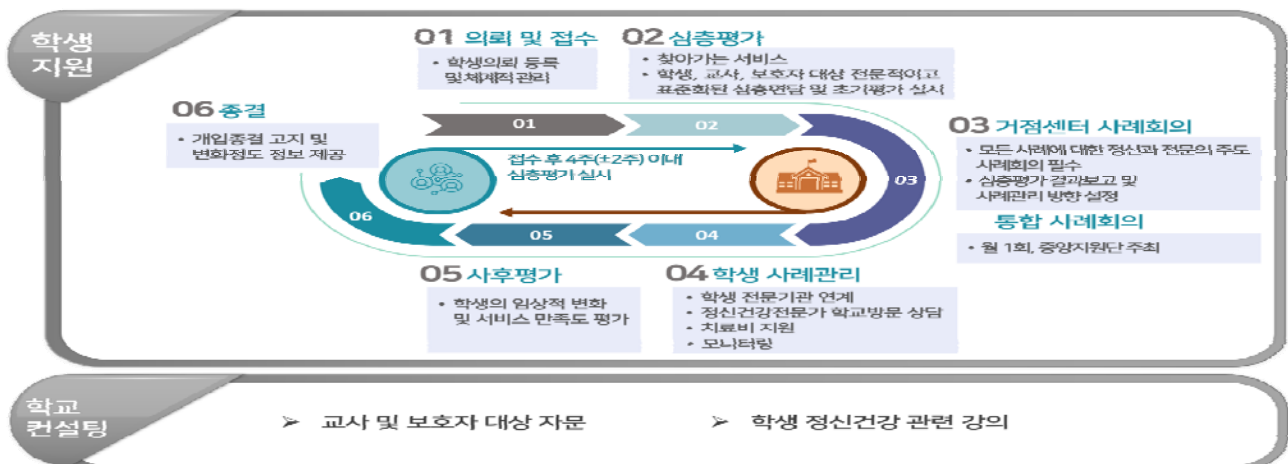
- 학교폭력신고(117), 청소년상담전화(1388), 정신건강위기상담(1577-0199)
- 위기문자 상담망(모바일, SNS기반) ‘다 들어줄 개’
- 카카오톡, 페이스북, 전용 어플, 문자(1661-5004) 등으로 참여

3. 고위험군 선택적 예방 및 집중 지원

가. 정신건강 위기학생 전문적 관리 및 지원 강화

- (정신건강전문가 학교방문사업 추진) 전문기관에 미연계 되었거나, 의료 취약지역의 정신건강 위기학생 발견 시 정신건강 전문가 학교 방문
 - 학생정신건강거점센터 운영 (북부권·남부권 2기관)-천안중앙병원, 논산백제병원
- (치료비 지원) 자살 시도 및 사회적 취약 계층 정신건강 위기학생의 치유·회복 지원을 위한 치료비 지원
- (도교육청 위기지원단 운영) 학생자살예방 및 심리지원을 위한 전문가 구성 운영

정신건강전문가 학교방문사업 운영 절차



구분	주요 내용
심층 평가	▶ 전담기관의 정신건강 전문가팀(2인 이상)이 학교 방문 ▶ 정신건강 증진 필요 학생 면담, 서비스 요구 확인 ▶ 학생, 교사, 보호자를 대상 표준화된 평가, 심층면담 실시
교직원·학부모 상담 및 교육	▶ 교사 대상 학생의 정신건강 문제 상황별 지도 방법 자문 ▶ 학부모 대상 효과적인 자녀양육방안 자문
사례 회의	▶ 심층평가 결과, 학생·학부모·교직원 상담 결과 등을 토대로 정신건강 전문의 주재 사례회의를 개최하고, 의뢰 학생의 상담·치료 방향 결정
학생 사례관리	▶ 사례회의 결과에 따라 상담·치료 지원 : 필요시, 지역사회 전문기관 또는 병·의원 연계 제안 ▶ 고위기 학생의 경우 전문의가 학교 및 가정 방문 개입 ▶ 학생의 여건에 따라 심리검사 비용, 상담·치료 비용 지원 ▶ 의뢰 학생 기관 연계 후 상담·치료 지속 여부 모니터링
사후 평가	▶ 의뢰 학생의 임상적 변화 평가 ▶ 학교방문사업 서비스 만족도 평가
학교 컨설팅	▶ 학생 정신건강 문제에 대한 전문가 컨설팅 ▶ 방문 학교의 학생 정신건강 증진을 위한 교육자료 제공 등

나. 전문기관 연계·치유지원 관리 체계화

○ 관심군 학생 치료지원과 관리 강화

- 관심군, 고(자살)위험군 학생에 대한 전문기관 연계·치료지원 강화
 - 지역별 Wee센터 중심 협력체계 구축 운영(유관기관 협력운영)
- 자해·자살 시도 학생 위기관리 의무실시 등 적극적 대응을 통한 자살 재시도 방지
 - 고위험군 학생 치료 시 학업중단숙려기간으로 처리

○ 위기 학생 치유(료) 지원 운영

- 기관 연계 운영

기관	내 용
차오름센터	◦ 위기학생 긴급 위기 개입 ◦ 기숙형 집중 치유프로그램 운영 ◦ 위기학생 중 보호받지 못하는 학생, 안정이 필요한 학생 의뢰
고위기 상담위탁기관 (1기관)	◦ 고위기 학생 및 학부모 상담 치유지원 ◦ 집단 상담, 교사 자문, 학교 컨설팅 운영 ◦ 위기사안 발생 시 자문 및 위기지원
학생 정신건강 증진 거점센터(2기관)	◦ 정신건강전문가 심층평가 위기개입 ◦ 학부모 상담 및 교사 자문 ◦ 학생 맞춤형 치료연계 및 치료비 지원
마음건강 자문의 운영 (14개 Wee센터별)	◦ 부적응 및 고위기 사례 상담 자문 ◦ 도내 정신건강전문가 위촉 치료지원 ◦ 교사 및 학부모 상담자문 및 교육

- 학생- 학부모 치유 캠프 운영
 - 회복 탄력성 신장을 위한 학생-학부모 치유 캠프 운영 (하반기, 4회 예정)

4. 학생 자살(시도)사안 발생 시 사후개입 시스템 내실화

가. 자살시도자(자살성 자해 포함) 사안 개입 절차

- 자살시도자(자살성 자해 포함) 보고
 - 자살시도자 및 자해(자살성)학생 발생시 학교위기관리위원회 개최 (5일이내에 실시)
 - 필요시 교육지원청 위기관리지원팀 지원을 통해 위기학생 다각적 지원체계 확보

나. 자살(시도자)사안 사후 개입 절차

- 자살사고 발생 시 즉각 개입하여 학교 구성원 및 유가족 상담 치료지원
- 경찰청 등 유관기관과 협조체계를 구축하여 지역사회 내 자살시도자 사후관리
 - (긴급출동 및 연계) 112(경찰), 119(소방)에서 위기상담전화와 연계한 현장출동과 긴급구조 실시, 의료기관, Wee센터, 정신건강복지센터 연계

다. 위기학생 발생교 긴급 심리 지원

- (교육지원청 연계) 특별상담실 운영, 애도 프로그램 및 트라우마 예방 프로그램, 안정화프로그램 운영
 - 담임, 담당교사, 전문상담인력 위기 대응 컨설팅

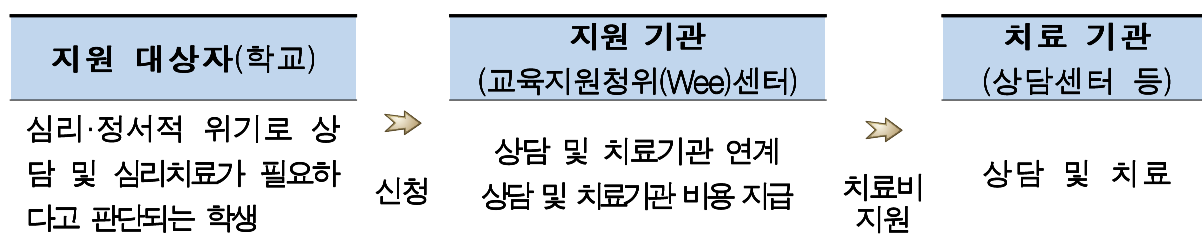
라. 위기학생 상담 및 치료비 지원

- 자살시도 및 고위기 학생 심리 치유(상담) 지원
 - (대상) 자살 및 자해시도 학생, 심리·정서 고위기로 상담 및 심리유가 필요하다고 판단되는 학생
 - (지원내용) 면담 후 상담 회기 결정 후 진행(1회~10회)
- 도교육청 자살시도 및 고위기 학생 치료비 지원
 - (대상) 자살 및 자해시도 학생, 심리·정서 고위기로 상담 및 심리치료가 필요하다고 판단되는 학생
 - (지원내용) 병의원(자살시도로 인한 신체상해 및 정신과) 치료비
 - (지원금액) 신체상해 300만원, 정신과 치료 및 상담비 300만원 한도
 - (지원절차) 소속 학교 → 도교육청 지원 신청 → 심의위원회 검토 → 치료비 지원 결정 → 치료비 선납 → 선납한 치료비 영수증 제출 → 치료비 지원
- 위기 사안 발생교 교직원 심리 치료비 지원
 - (대상) 학생 사망사고로 인하여 심리·정서적 어려움을 겪는 교직원
 - (지원내용) 병의원 및 상담센터(사업자등록을 한 기관)
 - (지원금액) 1인 연간 100만원 이내 실비 지급(1일 2회기 이상 불가)
 - (지원절차) 소속 학교 → 도교육청 지원 신청 → 심의위원회 검토 → 치료비 지원

결정 → 교직원 치료비 선납 → 선납한 치료비 영수증 제출 → 치료비 지원

○ 위(Wee)센터 상담 및 심리치료비 지원

- (대상) 자살 및 자해 시도 학생, 학업중단 위기학생, 학생정서·행동특성검사 결과 관심군 학생, 기타 심리·정서적 위기로 상담 및 심리치료가 필요하다고 판단되는 학생
- (지원금액) 지역교육청 Wee센터 자체 계획에 의함(50~150만원)
- (지원 절차)



○ 위(Wee)클래스 위기학생 프로그램 운영비

- (대상) 자살 및 자해 시도 학생, 학업중단 위기학생, 학생정서·행동특성검사 결과 관심군 학생, 기타 심리·정서적 위기로 상담 및 심리치료가 필요하다고 판단되는 학생을 위하여 학교별 50~150만원 운영비 지원

III 나아가기

자살은 개인적 고통으로부터의 도피, 절망감의 경험, 타인과의 관계, 충동성의 발현, 가정의 불화 심화, 사회가 치열해지고 지나치게 경쟁적 분위기일 때, 코로나19와 같이 사회적 우울감이 증가했을 때, 등 개인적, 사회적으로 감당하기 어려운 상황일 때 증가한다.

학생들도 진로의 문제, 성적에 대한 부담감 증가, 부모와의 불화, 동료 학생들과의 갈등, 소외, 폭행으로 인한 자존감의 하락, 이성문제, 등이 이어질 때 학생들의 자살이 증가함을 알 수 있다. 코로나19로 인한 초등학교 저학년의 정서·사회성 발달의 취약으로 언어, 정서, 인지 분야에서 많은 지체와 더불어 영양결핍을 증가, 학생 비만율도 증가했다.(아동·청소년의 삶 2022, 보고서)

또한 학교폭력 발생을 증가, 정서·행동 특성검사 결과 고위기학생 증가, 자살학생 증가, 학업중단숙려제 참가학생 증가, 학업중단학생 증가(학교밖 청소년) 등 많은 문제가 발생하고 있는 상황임을 교육통계에서 찾아볼 수 있다. 이러한 현상의 원인은 학생들간의 소통과 교류의 부족, 학업에의 중압감, 진로문제, 이성문제 등 다양한 요인이 존재함을 알 수 있다. 이에 충남교육청에서는 학생, 학부모, 교직원, 지역사회 유관기관과 함께하는 다양한 지원방안과 협력적 해결방안 모색에 더욱 노력할 것이다.

1. 학생들과 소통 강화를 통한 고위험군 관리 강화.

교육부 통계 결과 3월, 9월 등 학기 초 자살률이 높았으나, 코로나 19를 겪으며 특정 시

기 없이 자살률이 증가하는 형태로 변화됨에 따라 생명존중교육, 생명사랑지킴이 등 상시 예방교육이 중요하며, 학교급으로는 고등학생 자살율이 가장 높아 정신건강 고위험군 고등학생 대상 관리 및 지원 강화, 또한 각 급 학교별 생명존중교육 강화, 라일락 프로그램 교육, 학교위기관리위원회의 원활한 작동, 위기학생 누적관리, 상담체계 활성화 등 노력.

2. 학부모와 연계한 생명존중교육 강화.

학생자살 원인을 분석한 결과 부모갈등 및 학업문제가 크고, 정신질환 비율이 높아지고 있으므로, 부모교육 확대와 정신과 치료 개입에 대한 인식개선 등이 필요하다. 특히 위기학생의 경우 상담치료개입이 필요함에도 불구하고 학부모 부동의로 2차 전문기관 연계가 불발되는 경우가 많다. 학부모 선입견 등으로 전문기관 연계가 어려운 심리·정서 위기 학생에 대하여 학부모의 동의가 없더라도 학교장 직권으로 위기관리위원회에서 학생 상담과 치료에 개입할 수 있도록 법적 개정이 필요하므로 이에 대한 노력이 필요하다.

3. 지역사회 유관기관과 연계사업 강화

위기학생의 종합적이고 촘촘한 안전망 구축을 위해 위(Wee)센터는 지역사회 전문심리치료기관과의 연계를 통해 학생들의 정서적 안정을 도모하며, 학교 부적응 학생의 심리 정서적 결손을 예방하고 있다.

연계기관을 서비스별로 유형화하여 정신건강, 가정문제, 교우관계 등 개인별 맞춤형 지원을 제공하기 위해 지역사회 내 정신건강복지센터, 청소년상담복지센터, 건강가정지원센터, 다문화가족지원센터 등 지역 유관기관들과 협력하고 있다. 또한 정서행동특성검사실무협의체를 구성하여 지역사회 유관기관들과 정기적으로 협의회를 실시하고 있다.

4. 정신건강 전문가 학교방문사업 확대 추진

도내 초·중등, 특수학교 학생 중 자살 및 자해 시도 사안으로 의료지원이 필요한 학생, 고위기 학생, 자살시도 등 긴급 사안 발생 관련 학생, 정서행동특성검사 결과 심층 평가 비동의 학생 지원이 필요한 학교, 기타 심리·정서적 어려움으로 위기에 처해 있는 학생을 대상으로 자살징후 발견 시 전문 병원 기관 연계 및 조치 관련 신속한 대응을 위한 체계 마련을 위한 정신건강전문가 학교방문 사업을 강화한다.

5. “학생정신건강증진센터” 강화를 통한 학생 마음근육 단련

지난 3.1자로 충남교육청에 개소된 “학생정신건강증진센터” 구축과 더불어 Wee프로젝트 사업을 체계화하여 학교의 Wee클래스, 교육지원청의 Wee센터, 시도교육청에는 Wee스쿨의 기능을 더욱 강화하여 심리·정서적 고위기학생, 학교폭력, 아동학대, 자해문제 등 학교생활 전반에 어려움을 호소하는 학생을 돕고, 학교, 교육청, 지역사회가 연계하여 학생들의 건강하고 즐거운 학교생활을 지원하는 다종의 통합지원서비스망을 더욱 강화한다.

