

중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담에서 상담자 경험에 관한 질적연구

안 정 현

한양대학교 러닝사이언스학과
박사수료

조 한 익[†]

한양대학교 러닝사이언스학과
교수

본 연구의 목적은 중증질환을 앓는 내담자를 상담한 상담자의 경험과 그 특수성을 이해하는 데 있다. 이를 위하여 중증질환을 앓는 내담자를 상담한 경험이 있는 상담자 8명을 심층 면담하였으며, 수집된 자료를 Braun과 Clarke(2021)의 주제분석 방법을 적용하여 분석하였다. 분석 결과, 총 7개의 핵심 주제와 18개의 하위 주제가 도출되었다. 도출된 7개의 주제는 '정서 경험', '존재적 동행', '상실의 누적', '자기돌봄', '중증질환 맥락에서의 개입 경험', '실존적 성찰과 변화', '상담 환경 및 지원 체계에 대한 인식'이다. 참여자들은 질환을 앓는 내담자와의 심리상담에서 다양한 정서를 경험하고, 내담자의 고통에 존재적으로 동행하며, 반복되는 상실을 마주하고, 자기돌봄을 실천하며, 삶과 죽음에 대한 실존적 인식의 변화를 경험하는 복합적인 내적 경험을 드러내었다. 본 연구는 중증질환이라는 특수한 임상적 맥락에서 상담자의 내적 경험을 탐색하여 중증질환 영역의 상담 실재에 대한 이해와 후속 연구를 위한 기초자료를 제공한다는 점에서 그 의의가 있다.

주요어 : 중증질환, 상담자 경험, 심리상담, 주제분석

[†] 교신저자(Corresponding author): 조한익, (04763) 서울특별시 성동구 왕십리로 222 한양대학교 사범대학 러닝사이언스학과 교수, Tel: 02-2220-1102, E-mail: 1990434@hanyang.ac.kr



Copyright ©2026, The Korean Health Psychological Association. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

중증질환은 일상 기능과 삶의 질을 저하시키고, 사망 위험이 높으며, 가족에게도 과도한 부담을 초래하는 질환을 의미한다(Kelley & Bollens-Lund, 2018). 현대 의학의 발전은 과거에는 치명적이었던 질환을 장기적으로 관리 가능한 상태로 변화시켰으며, 이에 따라 중증질환을 앓게 되면 장기간의 관리와 적응이 필요하게 되었다. 우리나라에서는 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성 질환을 4대 중증질환으로 제도적으로 규정하고 있으며(보건복지부, 2013), 국내 중증질환 환자의 5년 생존율은 지속해서 증가하고 있다(보건복지부, 2023; 지표누리, 2024). 이는 질병과 함께 장기간 삶을 살아가는 사람들이 점차 증가하고 있음을 의미한다.

중증질환은 신체적 고통뿐 아니라 다양한 심리적 고통을 초래한다. 암 환자는 생존에 대한 불확실성, 암 진행의 두려움, 가족 및 주변인과의 관계 변화, 상실감을 경험하며(Doonan et al., 2019; Schmitz et al., 2022), 말기로 진행될수록 무력감과 절망감이 강해지고 죽음을 앞당기고자 하는 욕구를 경험하기도 한다(Nikoloudi et al., 2025). 뇌·심혈관질환 환자들은 발병 순간 극심한 공포와 혼란, 죽음을 맞닥뜨린 두려움을 경험하며, 점차 우울과 불안, 외상 후 스트레스 증상 등의 심리적 어려움을 겪는 경우가 많다(Liu et al., 2023). 이와 같은 심리적 어려움은 질병의 예후와 기능 회복에도 부정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다(Zhang et al., 2025). 고은성(2021)은 중년기에서의 중증질환 경험의 본질을 탐구한 결과, 중증질환은 개인에게 단순한 신체적 질병을 넘어 삶의 방향, 관계, 존재에 대한 인식을 재구성하는 총체적 경험으로 나타난다고 하였다. 이는 중증질환을 앓는 개인의

적응 과정을 이해하는 데 있어 신체적 증상 관리 이상의 접근이 필요함을 시사한다. 이러한 특성을 반영하듯 중증질환 환자의 심리 지원에 대한 요구는 꾸준히 증가하고 있으며, 선행연구에서는 환자들이 심리사회적 개입과 전문가와의 심리상담, 정기적인 심리지원에 높은 요구를 보이는 것으로 보고되었다(김영실, 2004; 김유리, 2021; 김혜정, 고수진, 2013; 안성희, 2020).

중증질환 환자를 위한 심리상담에 관한 연구는 꾸준히 진행되어왔다. 1980년대 후반 정신종양학이 체계화됨에 따라, 암 환자의 심리적 고통은 치료 과정 전반에서 고려되어야 할 핵심 요소로 인식되기 시작하였다(Holland & Rowland, 1989; Koinuma, 1993; Tope et al., 1993). 이러한 인식은 다양한 중증 신체 질환 군으로 확대되었으며, 이와 맞물려 심리사회적 중재의 효과를 객관적으로 검증하기 위한 양적연구가 활발히 전개되었다. 관련된 양적 연구의 동향은 크게 네 가지 방향으로 요약될 수 있다. 첫째, 심리학적 중재가 환자의 우울, 불안, 삶의 질 등 심리적 지표에 미치는 효과를 검증한 연구들이 수행되었다(김승주, 박선영, 2023; 오복자, 장은수, 2014; 오복자, 한숙정, 2013; 하혜주 등, 2020; Linden et al., 1996; Zhang et al., 2021). 둘째, 특정 치료 모델을 적용하고 그 유용성을 검증하는 연구들이 수행되었다. 구체적으로 살펴보면, 인지행동치료(강규립, 2013; 이봉춘 등, 2009; Balon, 2009; Sensky, 2004; Zheng et al., 2023), 마음챙김과 수용전념치료(Carlson et al., 2001; Specia et al., 2000; Fang et al., 2023), 의미치료(강경아 등, 2009; Shaygan et al., 2024), 정신역동적 심리치료(Ludwig et al., 2014; Philipp et al., 2025) 등 효과성 검증 연구가

수행되었다. 셋째, 질병의 진행 단계를 고려한 효과성 검증 연구들이 수행되었다. 진단을 받거나 질환 초기에서의 심리적 개입(하혜주 등, 2020), 질병이 진행되거나 재발단계에서의 개입(김종남, 이란, 2008), 질환으로 인해 생애 말기 단계에 있는 환자들을 위한 개입(Chochinov et al., 2005)에서의 효과성 검증 연구들이 수행되었다. 넷째, 최근 정보통신기술의 발달에 따른 인터넷이나 스마트폰 애플리케이션을 활용한 비대면 심리 개입의 효과를 검증하는 연구들이 등장하였다. 인터넷 기반 인지행동치료(iCBT)과 모바일 앱을 활용한 마음챙김 개입이 환자들의 우울과 불안에 미치는 효과를 확인하였다(김민주 등, 2025; Horn et al., 2025). 이러한 선행연구들은 표준화된 척도를 활용하여 상담 개입의 효과를 객관적으로 입증했다는 점에서 중요한 의의를 지닌다. 그러나 아쉽게도 양적 접근은 상담 과정에서의 상호작용 맥락을 충분히 반영하지 못하며, 특히 상담자가 경험하는 정서적 반응과 인식의 변화 과정을 충분히 포착하지 못한다는 한계가 있다.

심리상담은 전문적인 훈련을 받은 상담자가 심리적 어려움이나 적응상의 문제를 지닌 내담자와의 상호작용을 통해 내담자가 자신을 이해하고 문제를 해결하며 성장하도록 돕는 학습 과정을 의미한다(이장호, 2005). 즉, 심리상담의 정의에서 알 수 있듯이 상담은 상담자의 기술이나 개입 전략만으로 구성되는 것이 아니라 상담자와 내담자의 상호작용을 통한 치료임을 전제하고 있다. 따라서 상담자가 상담 장면에서 무엇을 인식하고, 어떻게 반응하며 어떤 경험을 하는지도 상담 과정에 해당하며, 이러한 상담자의 경험은 치료적 관계 형성과 상담 효과에 중요한 영향을 미친다

(Bordin, 1979).

이러한 관점은 특히 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담에서 더욱 중요하게 부각될 수 있다. 중증질환 경험은 내담자의 심리적 방어를 무너뜨리고 과거의 내적 갈등을 재활성화한다(Goin, 2005). 이에 상담자는 신체적으로 아픈 내담자를 반드시 구해야 한다는 전능감과 구원의 환상에 매몰되어 과잉 개입하거나, 반대로 죽음에 대한 공포와 무력감으로 인해 상담을 회피하고 초기에 종결하려는 방어적인 반응을 보일 수 있다(Özmen, 2007). 또한 내담자의 사망 경험과 어려운 임상 사례에 대한 반복적인 노출은 압도감, 무력감과 같은 강한 정서를 유발하며, 이는 소진으로 이어질 수 있다(Koh et al., 2024). Koh 등은 이러한 소진 경험이 개별 전문가의 취약성 때문이 아니라 임상적 환경 특성에서 비롯된 것임을 강조하였다. 위의 선행연구들을 고려할 때, 상담자의 내적 경험은 상담 맥락의 특수성과 밀접하게 관련된 것으로 보인다. 따라서 중증질환 내담자와의 심리상담이 갖는 임상적 특수성을 고려할 때 해당 맥락 속에서 발생하는 상담자의 역동을 심층적으로 이해할 필요가 있다.

중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담에서 상담자 경험에 관한 선행연구를 검토한 결과, 현재까지 확인된 연구로는 말기 국면의 중증질환 내담자를 상담한 상담자의 경험을 다룬 소수의 학위논문(Ducaine, 2017; White, 2024)과 암 환자와의 심리상담에서 상담자 경험의 본질을 탐구한 현상학적 연구(Rai & Ross, 2024)가 있다. 구체적으로 살펴보면, Ducaine(2017)은 진행성 질환이나 말기 중증질환을 앓는 내담자를 상담한 상담자 11명을 대상으로 질적 면담 연구를 수행한 결과, 심

리적 안전(psychological safety)과 예기치 못한 선물(unexpected gifts)을 도출하였다. 심리적 안전은 영성, 연결, 경계로 구성되어 반복되는 내담자의 죽음과 상실의 상황 속에서도 상담을 지속할 수 있게 하는 경험이며, 예기치 못한 선물은 삶의 유한성에 대한 자각과 전문적 정체성의 강화와 같은 긍정적 변화 경험을 말한다. 또한, White(2024)는 생애 말기에 있는 내담자를 상담한 상담자 11명을 대상으로 현상학적 연구를 수행하였으며 그 결과, 상담자 경험, 상담자 자기관리, 상담자 조언이라는 세 가지 주제를 도출하였다. 참여자들은 생애 말기 내담자와의 상담이 일반상담과 다른 특성이 있으며, 질환에 대한 이해, 죽음에 대한 인식, 자기돌봄, 슈퍼비전, 교육과 훈련이 상담 수행에 필수적이라고 인식하였다. 마지막으로, Rai와 Ross(2024)는 암 환자를 상담한 정신역동적 상담자 8명의 경험을 현상학적으로 연구한 결과, 암 환자와의 심리상담은 상담자에게 강한 정서적 촉발, 역전이, 무력감, 죽음 불안 등을 유발하는 경험임을 보고하였다. 이러한 선행연구는 위중한 질환을 지닌 내담자와의 상담에서 상담자가 겪는 주관적 경험에 주목함으로써 기존의 기법 중심의 효과성 검증 연구가 지닌 한계를 보완하였다는 점에서 중요한 함의를 갖는다. 그러나 Ducaïne(2017)과 White(2024)의 연구는 질환 말기 시점의 내담자와의 상담에 초점을 두고 있으며, Rai와 Ross(2024)는 암 환자와의 상담에서 정신역동적 이론을 지향하는 상담자 경험을 살펴보았다는 점에서 특정 질병과 이론적 관점에 초점을 두었다는 한계를 지닌다. 실제 상담 현장에서는 많은 상담자들이 암뿐만 아니라 뇌졸중, 심근경색 등 다양한 중증 질환을 앓는 내담자를 상담하게 된다. 따라서

특정 질환이 아닌 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담에서 상담자의 경험을 통합적으로 살펴볼 필요가 있다.

최근 특수한 상담 맥락에서 상담자의 경험을 탐색하는 국내 연구가 점차 증가하고 있다. 구체적으로는 청각장애인을 상담한 상담자의 경험(한아름, 배희분, 2023), 성소수자를 상담한 상담자의 경험(유환, 권경인, 2020), 자립 준비 청년을 상담한 상담자의 경험(이정우 등, 2023), 학교폭력 가해자를 상담한 상담자의 경험(이주영, 이아라, 2015), 재난상담에서의 상담자 경험(김형수 등, 2015) 등이 수행되었다. 이처럼 상담자는 일반적인 심리 영역부터 내담자 집단 특성을 고려한 세분화된 전문 영역까지 상담 장면에서 전문적인 심리서비스를 제공하는 전문가로, 효과적인 심리상담을 위해서는 해당 내담자 집단의 특수성을 이해하는 것뿐 아니라, 특수한 상담 맥락에서 상담자가 어떠한 내적 경험을 하는지를 함께 이해하는 것이 중요하다. 우리나라는 세계적으로도 매우 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있으며, 중증질환자의 수가 매년 증가하는 현상 상황에서 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담에서 상담자 경험에 관한 실증적 자료가 부족하면 실증적 자료가 부족하면 전문성 강화 및 역량 개발 등 필요한 근거를 마련하기 어렵다. 현재까지 대부분 미국, 영국 등 서구 문화권의 상담자를 대상으로 이러한 상담자 경험 연구가 수행되어 왔으며(Ducaïne, 2017; Hassan et al., 2018; Rai & Ross, 2024), 해당 국가의 의료 및 복지 연계 시스템, 질환과 죽음에 대한 인식, 상담 자격 체계 등은 우리나라와는 차이가 있다.

이에 본 연구의 목적은 중증질환을 앓는 내담자를 상담한 상담자의 경험과 그 특수성

을 심층적으로 이해하고자 하는 것이다. 이를 위하여 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담 경험이 있는 상담자들을 대상으로 심층 면담을 하여 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 Braun과 Clarke(2021)의 성찰적 주제분석으로 분석하여 상담자 경험의 주요 주제와 구조를 도출하였다. 성찰적 주제분석은 연구자가 자료와의 상호작용 속에서 의미를 해석하고 주제를 구성해 나가는 접근으로 본 연구의 목적과 부합되며(Braun & Clarke, 2021), 국내 상담학 분야에서도 상담자의 경험을 탐색하기 위하여 주제분석을 활발히 활용하고 있다(유현실 등, 2024; 이유빈, 조항, 2024; 최서윤, 2021). 본 연구의 연구 문제는 다음과 같다. 첫째, 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담에서 상담자는 어떠한 경험을 하는가? 둘째, 이러한 경험은 어떠한 의미 구조와 주제로 구성되는가?

방 법

연구 참여자

본 연구에서는 참여자를 모집하기 위하여 기준표집 방법을 실시하였다. 참여자 기준은 ‘심리상담 경력 3년 이상인 상담자 중에서 최근 3년 이내 중증질환을 앓는 내담자와 심리상담 경험이 있고, 해당 상담 사례를 최소 3회 이상 진행한 경우’로 정하였다. 그리고 상담 관련 자격증이 없거나, 중증질환을 앓는 내담자와 상담할 때 주호소문제가 중증질환 관련이 아닌 경우는 제외하였다. 설정 기준의 근거는 다음과 같다. 참여자의 상담 경력을 3년 이상으로 설정한 것은 국내 상담 연구에서 일반적으로 상담 경력 3년 이하를 초심상담

자로 구분하며(정상화, 금명자, 2021; 송수경, 구자경, 2017), 통합발달모델의 초기 수준에 해당하는 초심상담자 시기에는 내담자보다 자신의 수행에 초점을 두며 자율적인 임상적 판단에 다소 어려움을 겪는다(Stoltenberg & Delworth, 1998). 이에 질병, 죽음 등의 실존적 위기가 수반되는 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담에서 상담 경험을 심층적으로 탐색하기 위해서는 일정 수준 이상의 숙련도가 필요하다고 판단하였다. 또한, 남수현(2025)의 연구에서 애도상담 경험에 관한 상담자의 생생한 진술을 확보하기 위하여 애도상담 경험이 최근 3년 이내인 상담자를 연구 참여자로 선정한 점을 참고하였다. 그리고 상담 3회 이상 진행된 사례를 기준으로 설정한 것은, 3회 이후부터 상담자가 지각한 치료적 관계가 내담자의 증상 변화와 관련되는 것으로 보고되었고(Marmarosh et al., 2009), 최소 3회 이상 진행되어야 상담 성과를 안정적으로 측정할 수 있기 때문이다(임고운, 김지현, 2008).

연구 참여자를 모집하기 위하여 상담자들이 활동하는 그룹 메신저, 상담자 온라인 커뮤니티 게시판 등을 활용하여 연구 참여 모집 안내문을 게시하였다. 안내문에는 연구의 목적, 참여 대상 기준, 면담 방식, 소요 시간, 보상 등을 명시하였다. 연구자는 참여 의사를 밝힌 상담자에게 개별적으로 연락하여 연구의 목적과 절차, 면담 내용, 참여 조건에 대해 구체적으로 설명한 후, 이후 연구 참여 기준에 부합하는지를 확인하고 연구에 대한 이해를 바탕으로 자발적 동의를 한 상담자를 최종 연구 참여자로 선정하였다.

주제분석을 적용할 때 의미 있는 구조를 구성하기 위해서는 각 참여자로부터 풍부하고

표 1. 연구 참여자 정보

	성별	연령	학력	소속	자격증	상담 경력	중증질환 사례수	중증질환 종류
1	여	40대	박사수료	공공기관	상담심리사1급	9년	5사례 미만	뇌질환, 심장질환
2	여	50대	석사학위	병원	상담심리사2급	6년	100사례 이상	암
3	여	40대	박사학위	기업	상담심리사1급	12년	5사례 미만	난치성질환
4	여	50대	석사학위	센터운영	상담심리사1급	10년	5~10사례	암, 뇌질환
5	여	50대	석사학위	센터운영	상담심리사1급	10년	5사례 미만	암, 뇌질환
6	여	50대	석사학위	프리랜서	상담심리사2급/ 임상심리사1급	5년	5사례 미만	암
7	여	40대	석사학위	병원	상담심리사2급	5년	100사례 이상	암
8	여	40대	박사수료	센터운영	임상심리사1급	7년	5사례 미만	암, 뇌질환

심층적인 자료가 확보되는 것이 중요하며, 일반적으로 6명에서 15명 내외의 참여 인원이 적절하다(Braun & Clarke, 2013). 본 연구의 참여자는 총 8명으로, 이는 주제분석을 적용하여 상담자 경험을 탐색한 국내 질적연구의 참여자 규모와 유사한 수준이다(유현실 등, 2024; 최서운, 2021). 연구 참여자의 기본 정보는 표 1과 같다.

질문지 구성

본 연구에서 사용할 면담 질문지를 구성하기 위하여 Braun과 Clarke(2006, 2021)이 제시한 주제분석 접근의 원칙을 참고하였다. 주제분석을 적용할 때는 5~10개의 열린 질문이면 충분하며(Braun & Clarke, 2021, 112쪽), 사전에 준비한 질문 이외에도 참여자의 응답에 따라 유동적으로 탐색적 질문을 활용하는 것이 중요하다(Braun & Clarke, 2013, 92쪽). 이러한 원칙을 바탕으로 상담자 경험을 살펴본 선

행연구(이주영, 이아라, 2015; Ducaïne, 2017; Osgood & Farr, 2025) 등을 참고하여 본 연구자들이 면담 질문지를 1차 구성하였다. 그 후 질적연구 경험이 풍부한 상담심리 전공 연구원 3명에게 피드백을 받고 보완하는 작업을 거쳤다. 면담 질문은 ‘중증질환 상담을 맡게 된 과정과 당시 느낀 감정과 생각은 어떠했나요?’, ‘상담 과정에서 기억에 남는 경험을 구체적으로 말해주세요’, ‘상담 중에 직면한 어려움을 어떻게 대처했나요?’, ‘중증질환을 앓는 내담자와의 상담이 상담자의 성장에 미친 영향은 어땠나요?’, ‘중증질환 상담을 효과적으로 하기 위해 어떤 역량과 지원이 필요하다고 생각하나요?’ 등이다.

자료 수집

자료는 2025년 9월 20일부터 2025년 10월 5일까지 수집하였다. 면담을 하기 전에 전화 및 이메일로 참여자에게 연락하여 연구 목적

과 필요성, 연구 참여 방법 안내, 윤리적 사항 등이 포함된 연구 설명문과 동의서를 전달하였다. 동의서를 회신한 참여자들을 대상으로 사전 질문지를 전달하였다. 참여자별로 1~2회의 비대면 심층면담을 실시하였으며, 회당 90분 정도 진행하였다. 이주영, 이아라(2015)의 연구에서 제안한 것처럼 참여자가 상담 경험에 대해 최대한 생생하게 회상하도록 촉진하기 위하여 ‘진행한 관련 상담 중에서 가장 인상이 깊었던 상담을 떠올리며 답변할 수 있도록 요청하였다. 이 과정에서 참여자들은 최소 5회 이상 지속된 상담 경험을 바탕으로 자신의 경험을 진술하였다.

자료 분석

Braun과 Clarke(2006, 2021)가 제안한 성찰적 주제분석을 적용하여 수집된 자료를 분석하였다. 성찰적 주제분석은 연구자가 자료와의 상호작용 속에서 의미를 해석하고 주제를 구성해 나가는 해석적 접근으로, 경험의 맥락과 의미를 심층적으로 이해하고자 하는 본 연구의 목적에 적합하다. 본 연구에서는 Braun과 Clarke(2021)가 제시한 분석 절차를 참고하되, 이를 엄격한 단계적 절차라기보다 유연하고 반복적인 과정으로 수행하였다.

1단계에서는 전사본을 반복적으로 읽고, 녹음 자료를 청취하며 자료에 친숙해지는 과정을 거쳤다. 이 과정에서 연구자는 초기 인상과 의미 있는 아이디어를 메모하며 자료와의 성찰적 관계를 형성하였다. 2단계에서는 전사 자료를 다시 읽으며 연구 질문과 관련된 의미 단위를 중심으로 초기 코드를 생성하였다. 이때 코딩은 단순한 사실적 분류가 아니라 자료의 의미를 해석하는 과정으로 수행되었으며,

코드의 생성과 수정은 반복적인 읽기와 성찰을 통해 이루어졌다. 3단계에서는 생성된 코드들을 검토하며 의미 있는 패턴을 탐색하고, 이를 바탕으로 예비 주제를 구성하였다. 이 과정에서 주제는 자료에 내재된 의미를 반영하면서도 연구자의 해석을 통해 구성되는 것으로 이해되었다. 4단계에서는 예비 주제를 자료 전체와의 관계 속에서 재검토하며, 각 주제가 자료를 충분히 설명하는지, 주제 간 경계가 명확한지를 중심으로 정교화하였다. 이 과정은 반복적인 검토와 재구성을 통해 이루어졌다. 5단계에서는 각 주제의 핵심 의미를 명료하게 정의하고, 주제가 상담자의 경험을 어떻게 설명하는지를 중심으로 주제명을 정교화하였다. 6단계에서는 최종적으로 주제 간의 관계와 전체 구조를 통합적으로 검토하여 분석 결과를 구성하였다. 이 과정에서 연구자는 자신의 해석이 자료에 근거하고 있는지를 지속적으로 점검하며 분석의 일관성과 설득력을 확보하고자 하였다.

연구의 신뢰성과 엄격성

본 연구의 신뢰성과 엄격성을 확보하기 위해 Nowell 등(2017)이 Lincoln과 Guba(1985)의 기준을 토대로 주제분석에서의 신뢰성 확보를 위하여 제안한 방법을 참고하였다. 이에 본 연구에서는 감사가능성, 반성성, 동료검토, 참여자 검토 등을 수행하였다. 본 연구의 감사가능성을 확보하기 위하여 연구자는 자료 수집 및 분석 등 모든 단계에서 주요 결정과 그 근거를 기록하였다. 초기 코딩의 기준과 분류 방식에 대한 분석일지를 문서화하였다. 또한 반성성을 고려하기 위하여 연구자 자신의 가치관과 선입견이 연구 전반에 영향을 미칠 수

있음을 인식하고, 자료 수집부터 분석 과정에서 느낀 감정, 특정 참여자의 발화를 중요하게 여긴 이유, 해석적 판단 과정에서의 성찰을 기록하였다. 이후 도출된 주제와 하위 주제, 코드에 대하여 상담심리 전공 교수 1인과 관련 전공 박사수료 연구원 3명이 동료검토를 실시하였다. 마지막으로 참여자 검토를 실시하여 연구자의 해석이 참여자의 경험을 적절하게 반영하고 있는지를 확인하였다. 이를 위해 참여자들에게 도출된 주제와 진술을 제시한 후, 자신의 경험과 부합되는지에 대한 의견을 요청하였다. 참여자 검토 결과, ‘자신이 경험한 무력감은 절망감과 차이가 있음’, ‘중증질환 상담의 임상적 실제 주제명에서 실제라는 주제명이 너무 포괄적이기에 주제명에 대한 재고가 필요함’ 등의 다양한 피드백을 받았으며, 이를 최종적으로 반영하였다.

윤리적 고려

참여자의 권리를 존중하고, 연구 참여 과정에서 참여자를 보호하기 위하여 아래와 같이 행하였다. 첫째, 면담 전에 참여자들에게 연구의 목적과 취지, 연구 방법을 충분히 설명하고, 연구자에 대한 정보를 제공하였으며, 언제든지 참여를 중단하거나 철회할 수 있음을 안내하였다. 둘째, 참여자의 사생활 보호를 위하여 이름, 거주지 등 참여자의 개인 정보를 직접적으로 드러낼 수 있는 정보는 모두 익명으로 처리하였다. 셋째, 전사 자료는 암호화 처리하여 데이터베이스에 보관하였으며, 데이터베이스 접속을 이중 암호화하여 해당 연구자만 접속할 수 있도록 하였다. 넷째, 논문에 수록될 진술문으로 인해 참여자의 신원이나 민감한 정보가 노출될 가능성이 없는지

를 확인하기 위하여 해당 진술문을 참여자들에게 전달하여 확인하였다.

결 과

중증질환을 앓는 내담자를 상담한 참여자들의 경험을 주제분석으로 분석한 결과, 표 2와 같이 7개의 주제와 18개의 하위 주제가 도출되었다. 도출된 주제는 정서 경험, 존재적 동행, 상실의 누적, 자기돌봄, 중증질환 맥락에서의 개입 경험, 실존적 성찰과 변화, 상담 환경 및 지원 체계에 대한 인식이었다. 정서 경험에는 기존 상담 접근의 적용 한계와 막막함, 내담자의 질병 악화에 대한 불안, 내담자의 고통 전이로 인한 무력감, 내담자의 질병과 대비되는 상담자의 건강함으로 인한 역동, 고통 속에서도 삶의 의미를 지키는 내담자에 대한 존경이 포함되었다. 존재적 동행은 상담자의 가치 판단을 내려놓은 내담자 중심의 존중과 고통의 여정을 함께하는 동반자로 구성되었으며, 상실의 누적은 애도할 수 없는 상실의 누적이 도출되었다. 자기돌봄에는 정서적 환기를 통한 회복, 심리적 균형 조절이 포함되었다. 중증질환 맥락에서의 개입 경험은 질환의 특수성을 고려한 가변적 개입, 상실과 죽음 불안을 담아내는 공간, 일상과 아픔 사이의 균형 축진이 도출되었다. 실존적 성찰과 변화는 질병을 삶의 과정으로 수용함과 상담을 통해 인식하게 된 삶과 죽음의 공존으로 나타났으며, 끝으로 상담 환경 및 지원 체계에 대한 인식에는 중증질환 환자를 위한 사회 및 제도적 지원 인식, 상담 서비스 운영 구조에 대한 인식, 상담자 교육 및 훈련에 대한 인식이 포함되었다. 아래에 각 주제와 하위 주제에 대한 해석과 참여자의 진술을 함께

표 2. 주제와 하위 주제

주제	하위 주제
정서 경험	기존 상담 접근의 적용 한계와 막막함 내담자의 질병 악화에 대한 불안 내담자의 고통 전이로 인한 무력감 내담자의 질병과 대비되는 상담자의 건강함으로 인한 역동 고통 속에서도 삶의 의미를 지키는 내담자에 대한 존경
존재적 동행	내담자 중심의 존중 고통의 여정을 함께하는 동반자
상실의 누적	애도할 수 없는 상실의 누적
자기돌봄	정서적 환기를 통한 회복 심리적 균형 조절
중증질환 맥락에서의 개입 경험	질환의 특수성을 고려한 가변적 개입 상실과 죽음 불안을 담아내는 공간 고통과 일상 사이의 균형 촉진
실존적 성찰과 변화	질환을 삶의 과정으로 수용함 상담을 통해 인식하게 된 삶과 죽음의 공존
상담 환경 및 지원 체계에 대한 인식	중증질환 환자를 위한 사회 및 제도적 지원 인식 상담 서비스 운영 구조에 대한 인식 상담자 교육 및 훈련에 대한 인식

제시하였다.

주제 1. 정서 경험

정서 경험 주제는 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담이라는 특수한 맥락에서 참여자들이 경험하는 역동이 도출되었다. 참여자들은 질환의 위중함이 주는 불안과 내담자의 고통이 상담자에게 전이되는 무력감을 경험했으며, 내담자와의 건강 상태 대비에서 오는 미묘한 역동을 경험하였다. 더불어 신체적으로 고통스러운 상황에서도 삶의 의미에 가치를 두는 내담자에 대한 존경과 경외감이 공존하였다. 참여자들은 내담자의 죽음을 두려워하

면서도 동시에 그들의 의지에 경탄했고, 자신의 건강함을 의식하면서도 그 건강한 에너지를 내담자의 삶의 의지에 보태려 애쓰는 등 다양한 정서를 경험하였다.

기존 상담 접근의 적용 한계와 막막함. 중증질환을 앓는 내담자와의 상담은 잘 기능하던 내담자의 일상이 일순간에 병과 죽음감의 과정이 된 내담자의 압도적인 고통을 마주하는 시간이었다. 참여자들은 그동안 사용하던 개입 전략과 기법을 그대로 적용하기 어렵다는 사실을 느끼며 내담자에게 효과적인 도움을 주고 싶은 전문가적 욕구와 경험적 능력의 차이에서 막막함을 경험하였다.

“저는 평소 주로 상담에서 관계의 역동을 다뤘어요. 하지만 제가 만난 내담자는 그게 아니었어요. 잘 살아가던 내담자의 일상이 일순간에 죽음으로 방향을 튼했고, 그 과정에서 겪는 심리적 고통에 대한 이야기였어요. 하지만 나는 그런 상담을 배운 적도 없고, 접해본 적도 없었어요. 하지만 우리의 상담이 내담자에게 도움이 되어야 했어요.”(참여자 1)

“내담자가 내 말에 공허한 웃음을 지을 때면 내가 대학상담센터에서 하듯이 내담자를 대했구나 싶었죠. 도와주고 싶은 마음은 큰데 제 공부가 부족한 것 같아서 막막했어요.”(참여자 8)

내담자의 질병 악화에 대한 불안. 참여자들은 내담자의 질병이 악화될 가능성을 두고 불안을 경험하는 것으로 나타났다. 이러한 불안은 두 가지 맥락에서 두드러졌다. 첫째, 상담 과정에서 내담자의 감정이 고조되거나 에너지의 소모가 내담자의 신체적 상태에 안 좋은 영향을 미칠 수 있다는 우려였고, 둘째는 내담자가 상담을 미루거나 예고 없이 상담에 참여하지 않고 연락이 두절될 때 질병의 급격한 악화나 사망과 같은 가능성을 떠올리며 경험한 불안이었다.

“상담에서 스트레스로 내담자의 병이 더 심해지면 어떡하지 싶었죠. 상담에서 내담자의 감정이 올라갈 때도 있고 내려갈 때도 있잖아요.”(참여자 4)

“언젠가 갑자기 상담에 안 오셨는데 문자에도 답이 없으셨어요. 순간 병이 깊어

졌거나 돌아가셨을까 봐 두려움이 확 올라왔어요. 지난 상담이 어땠더라, 마지막 만남이 어땠더라 계속 떠올렸어요.”(참여자 5)

내담자의 고통 전이로 인한 무력감. 참여자들은 내담자의 신체적 고통과 질병이 진행되는 두려움을 다루면서 내담자가 겪는 무력감과 유사한 무력감을 경험하였다. 참여자들이 경험한 무력감은 질병이라는 통제 불가능한 현실 앞에서 반복적으로 무력해지는 내담자의 정서가 상담자에게로 전이되는 경험에 가까웠다. 참여자들은 상담 대화의 초점이 반복적으로 질병과 죽음으로 회귀하는 과정을 경험하며, 상담이 진행되다가 원점으로 돌아가는 듯한 과정에서 상담자 역시 기운이 빠지는 무력감을 경험하였다.

“상담에서 뭘 얘기해도 갈때기 이론처럼 기승전병(ill), 기승전병(ill) 이렇게 흘러가는 경우가 있거든요. 기운을 북돋아 주려고 해도 한숨 쉬고, 삶의 의미를 좀 부여해 주려고 해도 억울하고, 언제 죽을지 모르고, 상담이 진행된다 싶다가도 또 이렇게 꺼지는 느낌이 들었어요. ... 그래서 내가 무기력해지거나 힘이 빠질 때 이게 투사적 동일시라는 걸 자각하는 게 중요해요.”(참여자 3)

“내담자 스스로 병 때문에 뭘 할 수 없다는 게 너무 커서 상담에서 원점으로, 다시 원점으로 계속 돌아가는 느낌이었어요. 힘을 내서 상담하다가도 또다시 병으로 초점이 맞춰져요. 그러면 저도 기운이 빠지면서 무력감을 느꼈어요.”(참여자 8)

내담자의 질병과 대비되는 상담자의 건강함으로 인한 역동. 질병을 앓는 내담자와 건강한 상담자 간의 차이로 인하여 참여자들은 내담자의 고통에 깊이 공감하면서도 내담자가 자신의 건강한 상태를 어떻게 인식할지에 대해 의식하였다. 이러한 역동은 내담자에 대한 미안함, 자신의 건강함에 대한 내담자의 반응을 고려, 내담자로부터 거리감을 느끼게 되는 경험 등 다양한 양상으로 나타났다.

“상담이 진행되고 내담자와의 관계가 깊어질수록 내담자는 죽어가는 상황에서 나만 건강한 게 뭔가 미안한 마음이 올라왔어요. 내담자는 점점 거동이 힘들어지는데 나는 너무 건강하게 움직이고, 생활하고.” (참여자 1)

“이건 제가 계속 조심했던 부분인데 내담자는 아프지만, 저는 투병 중이 아니라 건강한 상태잖아요. 그래서 내담자들이 저에게 느끼는 감정이 신경 쓰였죠.”(참여자 3)

“제가 어떤 이야기를 하면 ‘그래봤자, 상담자 당신은 건강하잖아요.’라는 느낌을 내담자에게서 받기도 했어요. ‘넌 건강하니깐 그렇게 말하지? 난 환자야. 넌 내 고통을 몰라.’라는 느낌이에요.”(참여자 8)

고통 속에서도 삶의 의미를 지키는 내담자에 대한 존경. 질환 말기라는 상황에서 컨디션 저하와 신체적 한계를 견디며 상담을 지속하려는 내담자의 모습은 참여자들에게 큰 인상을 남겼고, 일부 참여자는 그 의지와 태도에 솔직한 존경과 감사를 표현하기도 하였다.

“말기에 상담을 신청하신 것도 대단했어요. 몇 번 컨디션이 안 좋기도 했고, 중간에 그냥 포기해도 되는데 상담에 끝까지 오셨어요. 대단하고, 존경스러운 마음이 들었고, 오히려 제가 그분한테 배운 것 같아서 감사했어요.”(참여자 6)

주제 2. 존재적 동행

참여자들은 자신의 가치로 내담자의 삶과 죽음에 관한 결정을 판단하지 않고 내담자의 결정과 선택을 있는 그대로 존중하였다. 이러한 존중은 살아갈 자인 상담자의 눈으로 내담자의 선택을 판단하는 것이 아니라, 내담자의 가치가 담긴 내담자의 선택을 존중하고, 질병을 앓고 있는 내담자의 고통을 옆에서 머무르는 동반자로서의 경험이었다.

내담자 중심의 존중. 참여자들은 중증질환 내담자의 삶과 죽음에 관한 선택을 상담자가 판단하거나 특정 방향으로 유도하기보다, 내담자의 결정 자체를 존중하는 태도를 견지하고자 하였다. 특히 일부 참여자는 질병에 대한 수용을 올바른 상담 목표로 설정했던 자신의 상담 방향이 오히려 내담자와의 진솔한 만남을 방해했음을 성찰하였다. 참여자들은 내담자의 삶을 평가하거나 안타까워하기보다, 내담자가 선택한 삶의 방식과 죽음을 존중하는 것이 중요하다는 것을 경험하였다.

“사실 마지막을 준비하는 것도 그분의 선택인 거잖아요. 만약 끝까지 준비하고 싶지 않아서 계속 회피하다가 갑자기 혼미해지며 돌아가실 수도 있어요. 남이 보기엔 평범하거나 초라해 보이는 선택을 내

담자가 할 수도 있어요. 근데 이런 선택을 상담자가 살아갈 자의 눈으로 안타까워하는 게 아니라, 내담자가 가장 바라는 죽음이 어떤 것인지 같이 이야기 나눠볼 수도 있어요. 중요한 것은 상담자가 정답을 맞히는 게 아니라, 내담자의 결정을 존중하는 거죠.” (참여자 7)

고통의 여정을 함께하는 동반자. 참여자들은 중증질환을 앓는 내담자를 상담하면서 인간 대 인간으로 함께 존재하며 고통의 시간을 견디는 동반자의 역할을 경험하였다. 도와야 한다는 태도를 내려놓고, 함께 머무르는 자체에 집중하는 태도를 보였다.

“제가 이분에게 도움을 줘야겠다는 생각을 버리라고 생각했어요. 저는 정말 인간 대 인간으로 내담자와의 관계에 집중하자. 내가 뭘 해주려고 하지 말고 그냥 이 순간 그대로 느끼고 서로의 마음을 공유하면서 진솔한 만남을 가지자는 마음으로 하자고 했던 것 같아요.”(참여자 6)

“암 재발에 대한 두려움 속에서 또 그 두려움을 견디고 살아가는 전체 과정을 내담자와 제가 함께 경험하며 나도 이분의 역사에 한 퍼즐의 한 조각이 되었다는 느낌을 많이 받았어요.”(참여자 2)

주제 3. 상실의 누적

본 주제는 애도상담과 중증질환 심리상담의 본질적 차이를 보여주는 중요한 주제이다. 애도상담이 상실을 경험한 내담자를 돕는 과정이라면(정소담, 2024), 중증질환을 앓는 내

담자와의 상담에서는 상담자가 상실을 경험하는 주체가 된다. 상담자는 내담자의 신체적 및 실존적 상실을 치유하는 과업에 몰두하지만, 정작 내담자와의 이별로 인한 자신의 슬픔을 애도할 여유가 허락되지 않는 구조적 사각지대에 머무르게 된다.

애도할 수 없는 상실의 누적. 내담자들의 죽음이 예고 없이 찾아오는 경우, 참여자들은 상담 종결을 준비하지 못하고 애도 시간을 갖지 못한 채 내담자와의 이별을 맞이하게 된다. 깊은 치료적 애착이 형성된 내담자와의 이별을 충분히 애도하지 못하는 상황이 반복되면서 그 상실감은 누적된다.

“어느 날 갑자기 돌아가시니까 전 내담자를 보낼 준비가 안 되어 있는 거예요. 계속 그런 상실감이 누적되어서 되게 힘들었어요. 제가 예전에 외부에서 애도 상담이나 사별 상담을 가끔 했었거든요. 그때 만난 제 내담자들은 살아서 살아가고 있는 사람들이었잖아요. 그땐 저에게 따로 애도 작업이 필요하지 않았어요. 죽음을 향해 가고 있는 내담자를 상담하는 건 매우 달라요. 그리고 제 내담자는 저와의 상담을 통해 삶에 대한 애도 이후에 죽음을 맞이하지만, 상담자에게는 친절히 애도할 시간이 주어지지 않죠.”(참여자 7)

주제 4. 자기돌봄

네 번째 주제인 자기돌봄은 참여자들이 소진의 위험에서 자신을 보호하고 상담의 지속가능성을 확보하기 위한 주체적인 노력을 포괄한다. 참여자들은 상담 간격을 의도적으로

조정하여 정서적 환기 시간을 확보하고, 일상에서의 활력 있는 활동을 통해 심리적 균형을 맞추며, 개인상담과 슈퍼비전으로 소진을 예방하고자 하였다.

정서적 환기를 통한 회복. 질환 및 죽음과 관련된 내담자의 정서를 공감하는 과정은 상담자의 많은 에너지를 필요로 하였다. 이에 상담 직후 휴식 간격을 두어 상담자의 정서를 환기하는 시간을 확보하는 게 중요하다고 느꼈으며, 참여자 3, 4도 ‘아픈 내담자를 상담했을 때 환기할 수 있는 시간을 꼭 가지는 게 중요하다’라는 주위의 조언을 듣고 상담 일정을 연속해서 예약하지 않고 앞뒤로 여유를 둔 게 도움이 되었다고 하였다.

“중증질환을 앓는 내담자를 상담하고 나서 바로 다른 사례를 상담하지 않았으면 좋겠어요. 1시간이라도 상담을 비워놔야 좋겠어요. 에너지 소진이 심해서 환기할 시간이 필요해요.”(참여자 3)

“제가 저녁에 다른 기관에서 개인 상담을 했었거든요. 근데 그때 되게 환기가 되더라고요. 저녁에 만난 내담자도 힘든 분인데도 불구하고 죽음에 관한 얘기를 안하는 것만으로도, 그 사람은 삶을 살아가고 있는 거잖아요. 그것만으로도 굉장히 저한테 환기가 되더라고요.”(참여자 7)

심리적 균형 조절. 참여자들은 심리적 균형을 회복하고 소진을 예방하기 위한 다양한 방식들을 찾았다. 한 참여자는 평소 즐기지 않던 등산 모임에 참여하게 된 경험을 돌아보며, 그 선택이 삶의 에너지 넘치는 사람들과

연결되어 자신도 모르게 정서적 균형을 맞추고자 했던 본능적인 움직임이었음을 깨닫게 되었다고 말하였다. 또 다른 참여자는 애도 분야 전문가로부터 슈퍼비전을 받으며 상담자 소진 관리의 중요성을 인식하게 되었고, 개인상담을 통해 소진을 관리한 예도 있었다. 이러한 경험은 소진의 위험에서도 참여자들이 심리적 균형과 전문성을 유지하기 위해 주체적으로 노력하고 있음을 보여준다.

“상담자는 죽음이나 질병에 대한 불안과 걱정에도 계속 노출되잖아요. 저는 원래 움직이는 걸 좋아하지 않는데 3년 전에 등산 모임에 들어갔어요. 나중에 돌아보니깐, 저도 모르게 균형을 맞추고 있었던 거더라고요. 한편에서는 삶의 에너지로 충만한 사람들과 함께 있고, 일에서는 체력적으로 바닥을 치는 분들을 만나면서... 그렇게 양쪽의 균형을 제가 맞추고 있다는 걸 깨달았어요.”(참여자 2)

“전 애도 쪽 전문가 교수님께 슈퍼비전을 받았어요. 그분이 제일 강조하셨던 게 상담자의 소진 관리가 되게 필요하고, 반드시 관리해야 한다고 하셨어요. 그때 그 말이 되게 와닿았어요. 그래서 그 이후에 제가 소진 관리를 위해서 개인상담을 따로 받으면서 케어했어요.”(참여자 7)

주제 5. 중증질환 맥락에서의 개입 경험

중증질환 맥락에서의 개입 경험에서는 중증질환의 특수성을 고려한 임상적 수행 경험 이 나타났다. 참여자들은 질환 특성과 치료 과정에서의 신체적 변화를 고려하여 상담 환

경을 세심하게 준비하고, 대면·비대면 방식을 유연하게 선택하며 상담의 접근성을 높였다. 또한 생물학적 지식을 기반으로 내담자의 증상을 이해함으로써 공감의 깊이를 확장하고 상담의 효율성을 확보하였다. 상담 구조 역시 질병의 불확실성과 변동성에 따라 유연하게 운용되었으며, 개입의 강도와 깊이는 내담자의 신체적 안전을 고려하여 신중히 조정되었다. 특히 참여자들은 감정의 고조가 신체적 위협으로 이어질 수 있는 상황에서 개입을 중단하거나 완화하는 방식으로 안전을 우선시하였다. 또한, 질병으로 인한 상실과 죽음에 대한 불안을 다루고, 내담자가 드러내기 어려운 깊은 감정을 안전하게 표출하도록 지지하는 공간이 된 경험을 드러내었다. 동시에 참여자들은 죽음과 고통의 주제 속에서도 일상의 소소한 경험을 함께 다루며, 삶과 아픔 사이의 균형을 회복하도록 돕는 임상적 노력을 수행하였다.

질환의 특수성을 고려한 가변적 개입. 참여자들은 내담자가 겪는 질환의 특성 및 상태를 세심하게 고려하여 상담을 진행하였다. 항암 치료 후의 내담자 상태를 고려하여 실내 온도를 조절하는 등의 신체적 편의를 배려하였으며, 대면 및 비대면 상담방식을 유연하게 변경하기도 하였다. 참여자 8은 어지럼증이 심한 내담자와 비대면 상담을 진행했으며, 누워서 상담에 참여해도 괜찮다고 제안하였다. 또한, 참여자들은 내담자의 질병에 따른 신체 상태를 세심하게 고려하여 상담 개입의 깊이와 강도를 조율하였다. 상담 중에 감정적 고조로 인하여 악화할 위험이 있으면 상담자가 대화를 일시 중단하거나 진정시키는 등 내담자의 안전을 우선시하여 개입하였다.

“난소암 환자분은 항암 후에는 온도에 민감해져요. 그래서 에어컨을 미리 시원하게 돌려서 상담실 공기를 쾌적하게 만들어 놓고, 내담자가 들어오기 전에 에어컨을 끄는 준비가 필요해요. 에어컨의 차가운 바람에 되게 민감해지거든요. 또 항암 하시면 손끝과 발끝 저림 현상이 심해요. 그래서 상담 중에 맨발로 카펫을 느껴보게 안내하며 앵커링을 돕거나 상담자도 함께 맨발 상태로 명상을 하기도 해요.” (참여자 2)

“모야모야병의 전조 증상이 코와 얼굴이 빨개지고 손이 좀 바들바들 떨려요. 그런데 내담자가 얘기를 계속하고 싶으니까 증상이 나타나도 이야기를 멈추지를 못할 때가 있어요. 그래서 제가 먼저 ‘상담이 당신에게 도움이 되려고 하는 건데 상담 중에 아플까 봐 내가 마음이 쓰인다. 그래서 당신이 멈추지 못할 때는 내가 이렇게 당신 말을 좀 멈출 텐데 상처받지 말아라’라고 얘기했어요. 뇌 질환이나 심장질환이 있는 분들은 원래 감정적으로 막 쏟아내다가 갑자기 막 화가 치솟을 수도 있고, 갑자기 너무 깊이 들어갈 때 영향을 받을 수 있죠.” (참여자 4)

상실과 죽음 불안을 담아내는 공간. 상담은 내담자들이 질병으로 인해 경험하는 두려움, 불안, 억울함, 상실감, 우울감, 슬픔 등 다양한 감정을 안전하게 드러낼 수 있는 공간이 되었고, 주변 가족들조차 수용하기 어려워하는 내담자의 심리적 고통을 치료적으로 담아내는 역할을 하였다. 일부 참여자는 죽음과 관련된 도서를 활용하여 치료적 작업을 한 경

힘도 진술하였다.

“불안, 삶의 의미, 죽음에 대한 주제는 자주 등장하고, 안락사 이야기는 정기적으로 나와요. 내 삶의 미션이 다 끝났다고 생각하고, 꼭 살아야 할 이유를 못 찾는데 견뎌야 하는 아픔이 너무나 처절할 때 안락사 이야기를 하시죠. 그리고 기관을 상실한 것을 다루어야 해요. 예를 들어 유방암은 내가 평생 가지고 있던 가슴 두 개 중에서 하나가 사라지고, 위가 3분의 2를 절제되면 평생 내 안에 있던 위장 일부가 없어지는 거예요. 거울을 볼 때마다 느끼고, 밥을 먹을 때마다 느끼잖아요. 누군가가 죽었을 때도 이별에 대한 애도가 필요하지만, 건강을 잃고 신체 일부를 잃은 것에 대한 애도도 필요해요.”(참여자 2)

“곧 죽을지도 모른다는 걸 주변에 쉽게 나눌 데가 없어요. 처음에는 주위에서 잘 들어주지만, 시간이 갈수록 그런 얘기를 안 꺼내길 바라는 경우가 많아요. 죽음은 너무 가까이 왔고, 억울하기도 하고, 투병도 고통스럽고, 두렵고, 무섭고. 이런 이야기를 아무하고도 이야기할 수 없었는데 상담을 통해 그런 감정을 드러내고 생각을 잘 정리할 수 있도록 하죠.”(참여자 4)

일상과 아픔 사이의 균형 촉진. 참여자들은 내담자가 질병과 죽음이라는 무거운 현실 속에서도 일상을 잘 영위하는 힘을 낼 수 있도록 촉진하였다. 이에 상담에서 죽음, 안락사의 주제를 나누면서도 음식, 외출 등 일상에서의 소소한 장면을 함께 다루며 삶에는 여러 주제가 있다는 걸 느끼게 하고자 하였다.

“죽고 싶지만, 떡볶이는 먹고 싶어 책 읽어보셨어요? 안락사 이야기를 하지만, 상담 마친 후에는 어떤 음식을 먹고 싶은지를 이야기했고, 죽음에 관해 이야기하지만 컨디션이 조금 좋아진다면 어디 가고 싶은지에 대해 이야기 나눴어요. 지금은 신체적으로 너무 힘들고 깊은 바닷속에 있지만, 깊은 바다 아래에서도 수면의 빛을 보고 올라왔다 내려왔다 할 수 있게끔 끌어내는 작업을 했어요.”(참여자 2)

“상담을 끝났을 때는 내담자가 ‘내가 언제 죽을지도 모르는 게 아니라 그럼에도 불구하고 소소하게 하루 1시간은 행복했으면 좋겠다’라고 생각하길 바랐어요. 지금은 병 때문에 힘들지만, 상담을 통해 삶이 어둡고 힘든 순간만 있는 게 아니라 다양한 삶의 이야기들이 있다는 걸 알려드리고 싶었어요. 심각한 것도 있지만 또 가볍고 즐거울 수도 있다. 그게 삶이라는 걸 느끼게 해드리고 싶었어요.”(참여자 3)

주제 6. 실존적 성찰과 변화

참여자들은 상담 과정에서 질병 또한 삶의 일부임을 받아들이고, 내담자가 질병과 공존하며 삶을 지속해 나가는 과정 자체에 집중하게 되었다. 그리고 내담자의 죽어가는 과정을 겪으며 죽음이 먼 미래가 아닌 현재 삶 속에 놓인 현실임을 느끼며, 자신의 유한성을 깨닫고 삶의 우선순위를 재정립하는 계기가 되었다. 이는 중증질환을 앓는 내담자와의 상담 경험이 참여자들에게 질병과 죽음에 대한 실존적 성찰을 촉진하였음을 보여준다.

질병을 삶의 과정으로 수용함. 상담자들은 중증질환을 앓는 내담자를 상담하면서 질병을 삶에서 일어나지 말았어야 사건이나 제거해야 할 문제로 인식하던 관점에서 벗어나 질병 또한 인간의 삶에서 누구에게나 언제든지 발생할 수 있는 경험이라는 인식하게 되었다. 참여자 1은 면담 과정에서 질병을 삶의 바깥에 두려는 자신의 시각이 상담의 한계를 가져왔음을 깨달았다고 하였으며, 참여자 3은 상담을 통해 질병을 지니고 살아가야 하는 현실 속에서 어떻게 함께 잘 살아갈 것인가가 더 중요하다는 인식에 이르게 되었다고 말하였다.

“상담하면서 질병으로 인한 증상을 없애는 게 목적이 아니라 이제 질병과 함께 잘 살아가는 게 중요하다는 걸 많이 느꼈어요. 병에 걸리면 무조건 안 된다고 생각하는 신념이 생기면, 삶이 더 힘들어지게 되니까, 만약 내가 병에 걸리게 되면 받아들이고 또 살아내야 한다고 생각하게 됐어요.”(참여자 3)

상담을 통해 인식하게 된 삶과 죽음의 공존. 참여자들은 내담자와 상실과 죽음에 관하여 이야기하면서 죽음이 먼 미래의 사건이 아니라 자신의 삶 속에 이미 놓여 있는 현실로 인식하게 되었다. 참여자들은 그동안 죽음을 두려운 대상으로만 회피해 왔던 자신의 태도를 돌아보게 되었으며, 현실에 더욱 충실하게 되었다는 이야기도 하였다.

“죽음은 인생의 수평선에 같이 있는 건데 마치 죽음을 무서운 것처럼 피하며 삶만 보고 살았다는 생각이 들었어요. 삶을

살면서 죽음도 같이 봐야 하는 건데, 죽음이 너무 두렵고 삶은 나머지 쳐다보지도 않고 살았다는 생각이 들었어요. ... 죽음을 경험하고 다뤘던 경험이 제 인생을 조금 더 간결하게 해주고 필요한 우선순위를 정하게 해줬어요.”(참여자 7)

“사실 난 가까운 관계에서 죽음을 경험한 적이 별로 없어요. 내가 잘 알지 못하는 주제니까 더 두려웠어요. 하지만 상담하면서 결국 멀리 있다고 생각했던 죽음이 나와 멀지 않은 곳에 있다는 걸 알게 되었죠.”(참여자 5)

주제 7. 상담 환경 및 지원 체계에 대한 인식

참여자들은 중증질환을 앓는 내담자를 위한 상담 환경과 필요한 지원 체계에 대한 인식을 드러냈다. 우선 사회·제도적 측면에서 일반 병동 내 심리상담 접근성 확대와 국가 차원의 심리 지원 프로그램, 환자의 사회적 역할을 지지하는 경제적·제도적 기반의 필요성, 상담 인력 고용의 근거가 될 심리상담 법제화의 중요성이 제기되었다. 그리고 상담 구조와 관련해서는 질병의 가변성에 대응하기 위한 상근직 중심의 인력 배치와 또한 환자 가족을 위한 심리교육의 필요성이 언급되었으며, 중증질환 맥락에서의 상담자 역량 향상을 위한 교육 및 훈련과 관련해서는 생물학적 기전과 의미치료, 실존치료, 존엄치료, 애도 및 상실 등을 통합한 전문 교육의 필요성도 함께 나타났다. 아울러 상담자의 죽음 가치관을 탐색하는 워크숍과 표준화된 초기면담 도구 및 척도의 개발 필요성 역시 제시되었다.

중증질환 환자를 위한 사회·제도적 지원 인식. 참여자들은 중증질환을 앓는 내담자들의 심리 지원을 실질적으로 뒷받침할 수 있는 사회·제도적 기반 확충의 필요성을 인식하였다. 참여자 6은 질병 환자들이 사회 구성원으로서 의미와 역할을 갖고 있음을 느낄 수 있는 다양한 프로그램이 국가 차원에서 운영될 필요성을 언급하였으며, 참여자 4는 내담자의 담당 의사가 국가에서 지원하는 심리지원 서비스를 소개해줘서 내담자를 만날 수 있었다고 말하며, 연계가 실제 상담으로 이어지는 중요한 경로가 될 수 있음을 보여주었다. 또한, 참여자들은 치료비 부담으로 경제적 어려움이 심화하는 상황에서 심리적 돌봄이 지속되기 위해서는 제도적 기반이 필수적임을 인식하였으며, 의료 현장에서 전문 심리상담 인력을 고용할 수 있도록 심리상담 관련 국가 자격의 법제화 중요성을 언급하였다.

“이혼을 접수하면 심리상담이 제공되는 것처럼, 중증 병을 진단받으면 국가에서 환자들을 위해 심리지원 무료 바우처가 제공되면 도움이 될 것 같아요.”(참여자 5)

“심리상담 관련 자격증이 법제화되는 게 중요해요. 현재 상담직 국가 자격증이 없어서 상담자를 채용하고 싶어도 근거가 약해서 병원에서 상담자 채용이 쉽지 않아요. 심리상담 관련 국가 자격증 법제화는 정말 중요한 문제예요.”(참여자 7)

상담 서비스 운영 구조에 대한 인식. 참여자들은 심리상담 서비스가 안정적으로 운영되기 위해서 내담자의 상태 변화와 치료 일정의 변동에 유연하게 대응할 수 있는 상근직 중심

의 운영 구조가 필요함을 인식하였다. 또한 심리상담이 내담자에게만 국한되지 않고 가족까지 확장될 필요가 있음을 인식하며, 환자 가족을 대상으로 한 심리교육의 중요성도 함께 강조하였다.

“저는 상근 근무가 꼭 필요하다고 생각해요. 환자분들의 일정 변동이 심해서 상담 약속을 정해놨지만, 응급 상황도 자주 생기고, 컨디션이 툭 떨어져 버리면 못 일어나세요. 일하다 보면 상담 일정 변경 요청이 되게 많거든요. 그래서 상근으로 근무하시는 분이 있어야 상담이 원활하게 돌아가는 것 같아요.”(참여자 2)

“질환이 오래되면 가족이 그 병에 대해 무너지니까 상담자가 환자의 가족에게 심리교육을 해줄 필요가 있어요. 가족들이 환자의 상태를 알아야 가족도 환자를 더 존중하게 돼요. 그리고 환자 가족으로 살아간다는 것은 가족 구성원의 삶도 바뀌는 거니까 그 과정에서 어려움도 크죠.”(참여자 4)

상담자 교육 및 훈련에 대한 인식. 참여자들은 효과적인 상담을 하기 위해서 질환 특성, 치료 과정, 신체 및 심리적 증상에 대한 통합적 교육과 훈련의 필요성을 인식하였다. 이러한 인식은 중증질환을 앓는 내담자와의 상담이 일반상담과는 다른 전문성을 요구한다는 경험에서 비롯되었다. 특히 신체 기반 심리치료, 실존주의 치료, 의미치료, 존엄치료, 애도 및 상실에 대한 훈련, 질병에 대한 수용과 관련된 수용전념치료 등이 중증질환 상담에 유용한 자원으로 언급되었다. 또한 참여자

들은 상담자 자신의 상실, 애도, 죽음에 대한 가치와 태도를 탐색할 수 있는 워크숍이나 중증질환 초기면담에 활용할 수 있는 도구 및 척도 등의 필요성도 강조하였다.

“질병이 있는 내담자와의 심리상담에 특화된 교육이나 세미나가 있으면 좋겠어요. 라포형성, 개입 등이 일반상담과는 많이 달랐어요.”(참여자 8)

“예를 들어 말기 암 환자는 죽음이 점차 다가오는 과정이고, 뇌졸중 환자는 죽음과 맞닥뜨렸다가 살아났는데 언제 또 맞닥뜨릴지 몰라서 불안하거든요. 상담자가 이렇게 질병 특유의 심리적 역동을 세밀하게 이해할 때 내담자의 깊은 불안이 상담에서 드러날 수 있어요. 그래서 아픈 내담자와 상담을 잘하기 위해선 상담 실무자를 위한 교육이 필요해요.”(참여자 1)

논 의

본 연구에서는 중증질환을 앓는 내담자를 상담한 상담자의 경험을 탐구하고자 관련 경험이 있는 상담자 8명을 대상으로 심층 면담을 하고 주제분석 방법을 적용하여 자료를 분석하였다. 그 결과, 참여자들의 경험은 정서 경험, 존재적 동행, 상실의 누적, 자기돌봄, 중증질환 맥락에서의 개입 경험, 실존적 성찰과 변화, 상담 환경 및 지원 체계에 대한 인식으로 총 7개 주제와 18개의 하위 주제로 도출되었다. 본 장에서는 주요 결과를 바탕으로 시사점을 고찰하고, 주요 함의와 연구의 한계 및 제언에 대해 논의하고자 한다.

첫째, 도출된 첫 번째 주제는 정서 경험으

로, 참여자들은 기존 접근의 한계와 막막함, 질병 악화에 대한 불안, 내담자의 고통이 전이되는 무력감, 상담자 자신의 건강한 상태와 대비되는 내담자의 질병 상태에서 비롯된 복합적인 정서적 역동을 경험하였다. 동시에 고통 속에서도 삶의 의미를 지키고자 하는 내담자에 대한 존경과 같은 긍정적 정서 역시 참여자들의 주요한 경험으로 나타났다. 선행 연구에 따르면, 중증질환 환자와 상호작용 과정에서 치료자는 불안, 무력감, 동정과 같은 강한 정서를 경험하는 것으로 보고되었으며(Back et al., 2014; Ortega-Campos et al., 2019), 압도감이나 무력감뿐만 아니라 만족감이 공존한다는 결과가 보고되었다(Faggi et al., 2025). 이는 본 연구에서 나타난 참여자들의 정서적 어려움과 내담자에 대한 존경이 병존하는 맥락을 뒷받침한다. 안성희(2020)는 중증질환을 앓는 내담자가 상담 중에 화장실을 자주 들락거리거나, 내담자의 흉터나 절단 부위 등의 외양으로 인해 상담자가 강한 정서적 반응을 경험할 수도 있고, 상담자 자신도 본인 또는 부모의 노화나 질병, 죽음에 맞닥뜨려진 존재임을 고려할 때 상담자가 상담 장면에서 자신의 정서를 잘 알아차리는 것은 상담의 중요한 요소라고 하였다.

둘째, 도출된 두 번째 주제는 존재적 동행이다. 한국사회의 죽음에 대한 문화는 최근 웰다잉, 죽음 교육 등을 통해 변화하고 있지만(송현동, 2018), 여전히 죽음과 관련된 대화를 회피하고 침묵하는 문화가 남아있다(서민정, 2015). 이러한 문화 속에서 중증질환을 앓는 내담자들은 불안, 거절감, 사랑받지 못하는 느낌, 외로움 등을 경험하게 된다(고은성, 2021). 본 연구에서 나타난 존재적 동행은 참여자들이 내담자와 함께 고통의 과정을 동반

하는 경험으로 나타났다. De Angelis(2025)는 암 환자와의 심리상담에서 상담자의 머무르기와 담아내기가 암을 앓는 내담자가 감당하기 어려운 정서를 관계 안에서 안전하게 경험하고 점차 통합해 나갈 수 있도록 돕는 치료적 과정임을 강조하였다. 머무르기는 내담자의 고통과 죽음 불안 속에 함께 존재하며 이를 견디는 관계적 태도를 의미하며, 담아내기는 내담자가 감당하기 어려운 정서를 상담자가 수용하고 의미화하여 다시 돌려주는 과정을 의미한다(De Angelis, 2025). 본 연구의 참여자들 역시 특정 기법이나 문제 해결에 초점을 두기보다, 내담자의 삶의 자리에서 함께 존재하며 고통의 여정을 동반하는 방식으로 상담을 경험하고 있음을 보여준다.

셋째, 본 연구에서 도출된 세 번째 주제인 상실의 누적은 참여자들이 내담자의 사망을 반복적으로 마주하면서 슬픔과 상실감이 축적되는 경험을 드러내었다. 상실의 누적은 애도상담과 중증질환 심리상담의 본질적 차이를 보여주는 주제로, 참여자들은 애착 대상이 된 내담자의 사망으로 인한 상실을 반복적으로 경험했으며 이러한 상실을 충분히 애도할 기회를 얻지 못한 채 상담 업무와 일상을 지속해야 했다. 이러한 경험은 의료 및 돌봄 전문직 연구에서 논의되는 전문직의 슬픔(professional grief) 개념과 밀접하게 관련된다. 전문직의 슬픔은 의료 및 돌봄 종사자가 직무 수행 과정에서 환자의 사망을 반복적으로 경험하면서 겪는 심리적 고통을 의미한다(Phillips et al., 2025). 심리상담의 윤리적 특성상 비밀 유지 의무로 인하여 외부에 이러한 슬픔을 공개적으로 표출하는 데는 한계가 있으며, 선행연구에서도 상담자는 자신의 슬픔을 드러내는 것이 전문성 결여로 오해받을

수 있다는 암묵적인 압박 속에 스스로 애도를 억압하는 경향이 나타났다(Salpietro et al., 2026). Houck(2014)는 이러한 누적된 슬픔이 적절히 다루어지지 않으면 심각한 소진으로 이어질 수 있다고 경고하였다. 실제 애도와 상실에 관한 문헌은 매우 방대함에도 불구하고, 애도 대상자와 함께 일하는 상담자들의 경험은 충분한 연구가 이루어지지 않고 있다(Dunphy & Schniering, 2009; Kouriatis & Brown, 2011). 이와 관련하여 Wenzel 등(2011)의 연구에서 중앙 간호사들이 제안한 지지 방안의 핵심 요소는 죄책감 없이 설 수 있는 환경과 정기적인 디브리핑 기회였으며, 이러한 지원은 상담 현장에서도 유사하게 고려될 필요가 있다.

넷째, 네 번째 주제인 자기돌봄은 반복되는 상실과 소진의 위험으로부터 자신을 보호하고 전문성을 유지하기 위한 능동적인 노력을 의미한다. 참여자들은 상담 직후에 의도적으로 휴식 시간을 확보함으로써 정서적 환기를 도모하였으며, 이러한 심리적 거리두기는 전문가적 슬픔을 관리하는데 중요한 심리적 자원이 된다(Treggales & Lowrie, 2018). 아울러 상담 외의 활동을 통해 에너지를 회복하려는 참여자들의 노력은 삶의 영역 간 균형을 통해 소진을 예방하고자 하는 능동적인 자기돌봄 행위로 해석할 수 있다(Skovholt et al., 2001). 한편, 슈퍼비전과 개인상담은 상담자를 지탱하는 전문적인 지지 구조로 나타났다. 선행연구에 따르면 동료의 지지와 슈퍼비전은 임종 및 중증질환 내담자를 상담하는 맥락에서 소진을 예방하는 주요한 보호 요인이 된다(Duba & Magenta, 2008; Ducaine, 2017; Thompson et al., 2011). 본 연구에서도 개인상담과 슈퍼비전은 참여자들의 소진을 방지하고 전문성

발달에 기여하였으며, 특히 전문직 슬픔과 누적된 상실을 효과적으로 다루기 위해 해당 분야에 특화된 슈퍼바이저의 도움을 받는 경험 이 나타났다. 주목할 만한 점은 상담자의 숙련도에 따라 자기돌봄의 차이를 보였다는 것이다. 일부 숙련된 참여자들은 개인적 모임, 슈퍼비전, 개인상담 등을 적극적으로 활용하여 소진을 관리하고 심리적 균형을 유지하는 능동적 대처를 보인 반면, 상대적으로 경험이 적은 참여자들은 내담자의 고통에 과도하게 몰입하거나 일상과 상담의 경계를 설정하는데 어려움을 겪는 경향을 보였다. 이러한 결과는 상담자의 발달 수준이 높아질수록 자기돌봄을 위한 자원을 보다 효과적으로 활용하게 된다는 Skovholt와 Rønnestad (1992)의 상담자 발달 모델과도 부합한다.

다섯째, 중증질환 맥락에서의 개입 경험은 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담 특수성을 선명하게 드러낸다. Norcross와 Goldfried (2019)는 강박증, 외상후 스트레스 장애 등 특수상담 영역에서는 해당 영역의 특수성을 반영한 임상적 접근이 필수적임을 강조하였다. 이와 관련하여 Kredentser와 Chochinov(2020)는 중증질환 맥락에서 질병을 앓는 내담자의 상태가 급격히 변동할 수 있음을 고려하여 상담 일정과 회기 운영을 유연하게 조정할 것을 제안하며, 예기치 않은 종결 가능성에 대비한 임상적 준비도를 강조한 바 있다. 본 연구에서 질환 특성을 고려하여 개입하고, 상실과 죽음에 대한 공포를 드러낼 수 있는 장이 되어주며, 일상과 아픔 사이의 균형을 촉진하는 참여자들의 경험이 나타났다. 이러한 결과는 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담이 내담자의 신체적 상태의 변동성과 죽음 가능성이 라는 실존적 조건 속에서 개입의 강도와 방향

을 지속적으로 조율해야 하는 경험임을 시사한다.

여섯째, 도출된 실존적 성찰과 변화는 중증질환을 앓는 내담자와의 상담 경험을 통해 삶과 죽음, 인간 존재의 유한성에 대한 참여자들의 실존적 인식의 변화를 보여주었다. Rai와 Ross(2024)는 암을 진단받은 내담자를 상담한 정신역동적 상담자들이 인간 존재의 유한성과 삶의 의미에 대한 깊은 성찰을 경험하였다고 보고하였다. 또한, Ducaine(2017)은 질환을 앓는 내담자를 상담하는 과정에서 상담자들이 삶과 죽음에 대한 실존적 성찰과 인간 존재에 대한 통찰을 경험하였다고 보고하였다. 본 연구에서도 참여자들은 삶과 죽음이 하나의 연장선에 있음을 인식하였으며, 이러한 성찰은 단순한 인식의 변화에 그치지 않고 삶을 대하는 태도 전반에 영향을 미치고 있었다. 이는 중증질환을 앓는 내담자와의 상담이 상담자에게도 삶의 의미와 방향을 재구성하는 실존적 경험이 될 수 있음을 시사한다.

일곱째, 도출된 상담 환경 및 지원 체계에 대한 인식 주제는 중증질환 영역의 심리지원 을 위한 사회 및 제도적 지원과 상담자 교육 및 훈련의 필요성에 대한 참여자들의 인식을 보여주었다. 국외에서는 중증질환 환자를 대상으로 한 심리사회적 지원 체계가 이미 임상 표준으로 자리 잡고 있다. 예를 들어, 암 환자는 NCCN 가이드라인에 따라 진단 초기부터 정기적인 디스트레스 스크리닝을 받으며, 결과에 따라 다학제적 케어가 구조적으로 제공된다(Riba et al., 2023). 뇌졸중 및 심장질환 역시 NICE 가이드라인 등을 통해 입원에서 지역사회 복귀까지 이어지는 심리적 개입 과정이 표준화되어 있다. 이와 비교하여 국내에서는 2019년부터 암생존자 통합지지센터가 운

영되는 등 암 생존자의 심리상담 및 정신건강 관리에 힘쓰고 있다(국립암센터, n.d.). 하지만 아직 기관별 지원 수준의 편차가 존재하는 것으로 보이며, 전문 상담 인력의 부족으로 인하여 중증질환 환자를 위한 심리지원이 충분하지 못할 가능성이 있다. 특히 뇌졸중 및 심장질환의 경우 여전히 신체 기능 중심의 재활 치료 모델이 주를 이루고 있으며, 퇴원 이후 지역사회 기반의 심리 개입은 상대적으로 제한적일 수 있다. 이와 관련하여 심리상담 분야의 국가 공인 자격 체계가 충분히 마련되어 있지 않은 현재 상황은 의료 현장에서 전문 심리상담 인력을 안정적으로 확보하는 데 제도적 어려움으로 작용할 수 있을 것으로 판단된다. 상담자가 안정적인 환경에서 전문성을 발휘할 수 있는 제도적 기반이 마련될 때 환자와 가족들을 위한 보다 효과적인 심리서비스를 제공할 수 있을 것으로 기대된다. 아울러, 본 연구는 중증질환 심리상담의 특성을 반영한 교육과 훈련 체계의 필요성을 시사한다. 상담자가 내담자의 질병과 삶, 죽음을 둘러싼 실존적 고통을 전문적으로 다룰 수 있도록 관련 교육과 훈련이 체계적으로 마련될 필요가 있다.

본 연구의 주요 함의는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 중증질환을 앓는 내담자를 상담한 상담자의 내적 역동과 경험 구조를 심층적으로 탐색함으로써 해당 영역에서의 상담자 경험에 대한 이해를 구체화하였다. 참여자들의 면담 자료에서 도출된 7개의 주제와 18개의 하위 주제는 질병과 죽음이라는 실존적 상황에서 상담자가 경험하는 강렬한 정서와 존재적 동행, 상실의 누적, 자기돌봄, 실존적 성찰의 과정을 다각적으로 보여준다. 즉, ‘중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담 과정에서 상

담자는 무엇을 경험하는가’라는 연구 문제에 대해 상담자 경험의 구조를 체계적으로 제시하고, 경험적 이해를 확장하였다는 점에서 그 의의가 있다. 둘째, 본 연구는 국내 특수상담 맥락에서 수행된 상담자 경험 연구의 지평을 중증질환 영역으로 확장하였다. 현재까지 국내에서 청각장애인, 성소수자, 자립준비청년, 재난상담 등 다양한 특수상담 영역에서 상담자 경험에 관한 연구를 축적해왔지만(김형수 등, 2015; 유환, 권경인, 2020; 이정우 등, 2023; 이주영, 이아라, 2015; 한아름, 배희분, 2023), 질병과 죽음의 고통을 다루는 중증질환 맥락에서의 상담자 경험에 대한 탐색은 상대적으로 부족하였다. 본 연구는 이러한 학술적 공백을 보완하고, 질환 맥락에서의 상담자 경험에 대한 이해를 확장하였다. 셋째, 본 연구는 중증질환을 앓는 내담자와의 상담이 일반상담과는 구분되는 임상적 특수성을 지닌다는 점을 드러냈다. 참여자들의 경험은 질병으로 인한 내담자 상태의 예측 불가능성, 반복되는 상실과 미종결된 애도 등 특수한 맥락에서 이뤄지는 상담의 특징을 보여주었으며, 이는 해당 맥락에서 요구되는 상담자의 역량과 개입이 기존 상담과는 차별화될 필요가 있음을 시사한다. 나아가 본 연구의 결과는 질병과 함께 살아가는 개인을 위한 심리지원 영역에서의 건강심리학의 실천적 적용 범위를 넓히는 실증적 근거로도 활용될 수 있을 것이다.

본 연구의 한계점 및 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담 수행 경험의 편차가 큰 참여자들이 함께 포함되었다는 점에서 연구 결과의 해석에 제한이 있다. 참여자 중에는 최근 3년간 수행한 관련 상담의 사례 수가 5사

례 미만인 상담자와 100사례 이상인 숙련 상담자가 모두 포함되어 있다. 이러한 수행 경험의 차이는 임상적 숙련도 및 자기돌봄 방식 등에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 따라서 본 연구에서 도출된 주제는 중증질환 상담 수행 수준에 따른 경험의 차이를 충분히 구분하여 반영하지 못한 한계를 지닌다. 이에 후속 연구에서는 숙련도에 따라 상담자의 경험이 어떻게 달라지는지를 비교하여 탐색할 필요가 있다. 둘째, 본 연구는 다양한 상담 환경에서 활동하는 참여자들을 포함하였으나 상담 환경의 특성이 상담자의 경험에 미치는 영향을 충분히 구분하여 해석하지 못한 한계가 있다. 참여자들은 공공기관, 병원, 개인 상담센터 등 다양한 임상 환경에서 중증질환 심리상담을 수행하였다. 병원이나 기관에 소속되어 다 학제 팀 내에서 상담을 수행하는 상담자와 독립적으로 상담을 수행하는 상담자 경험은 차이가 있을 수 있다. 본 연구에서 도출된 중증질환 상담 경험에는 상담 환경에 따른 경험의 차이가 충분히 반영되지 못한 한계가 있으며, 후속 연구에서는 상담 환경의 특성을 고려하여 상담자의 경험을 비교할 필요가 있다. 셋째, 본 연구는 질환을 구분하기보다 중증질환이라는 공통 범주로 통합하여 상담자 경험을 탐색하였다는 점에서 해석 범위를 고려할 필요가 있다. 실제 상담 현장에서의 많은 상담자가 특정 질환을 앓는 내담자만 만나는 것이 아니라 다양한 질환을 앓는 내담자를 만나게 된다. 이에 본 연구는 중증질환 심리상담에서의 상담자 경험에 대한 주제를 탐색하고자 한 연구 목적에 부합하는 설계였으나, 동시에 특정 질환의 의학적 경과, 치료 환경, 예후 차이에 따라 상담자 경험이 미세하게 달라질 가능성이 충분히 구분하여 해석하지 못한

제한을 지닌다. 따라서 본 연구의 결과는 개별 질환이 아닌, 중증질환이라는 공통된 맥락에서의 상담자 경험을 이해하는 데 초점을 둔 결과로 해석할 필요가 있다. 넷째, 참여자 모집 시 최소 3회 이상 진행된 사례를 기준으로 하였으며(임고운, 김지현, 2008; Marmarosh et al., 2009), 본 연구에서 참여자들이 떠올린 사례 역시 최소 5회 이상 진행된 상담을 바탕으로 진술되었다. 그러나 상담 회기 수의 차이가 상담자의 경험 인식과 해석에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 특히 상대적으로 짧은 사례를 진행한 참여자의 경우 상담 관계의 심화나 변화 과정을 충분히 경험하지 못했을 수 있으며, 이는 상담자의 정서 경험이나 임상적 수행에 대한 인식에 차이를 가져왔을 가능성이 있다. 다섯째, 본 연구 결과는 연구 참여자들이 특정 시점과 맥락에서 구성한 경험과 의미를 바탕으로 도출된 것이다. 따라서 본 연구 결과를 모든 상담자의 경험으로 일반화하기보다는, 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담에서 나타날 수 있는 상담자 경험의 한 양상을 이해하기 위한 자료로 해석할 필요가 있다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 중증질환을 앓는 내담자와의 심리상담에서 상담자가 경험하는 내적 경험과 그 의미 구조를 심층적으로 드러냄으로써, 해당 영역에 대한 이해를 확장하고 향후 연구와 실천을 위한 기초자료를 제공하였다는 점에서 그 의의가 있다.

참고문헌

강경아, 임재임, 김희수, 김신정, 송미경, 심송용. (2009). 말기 암을 앓는 청소년의 고

- 통, 의미 찾기, 그리고 고통과 행복에 대한 로고테라피의 효과. 아동 건강 간호 연구, 15(2), 136-144.
<https://doi.org/10.4094/jkachn.2009.15.2.136>
- 강규림. (2013). 집단 인지행동치료가 청소년 암환자의 질병적응과 자기효능감에 미치는 영향 [석사학위논문, 중앙대학교 대학원].
<https://doi.org/10.23169/cau.000000067517.11052.0000406>
- 고은성. (2021). 중년기 중증질환자의 중증질환 경험에 관한 현상학적 연구 [박사학위논문, 한세대학교 대학원].
- 국립암센터. (n.d.). 암생존자통합지시사업.
<https://www.cancer.go.kr/lay1/S1T684C781/contents.do>에서 발췌.
- 김민주, 윤지혜, 홍승봉. (2025). 화상 기반 인지행동치료가 뇌전증 환자의 우울증에 미치는 효과. 인지행동치료, 25(3), 303-318.
<http://dx.doi.org/10.33703/cbtk.2025.25.3.303>
- 김승주, 박선영. (2023). 국내 암 환자의 디스트레스 관리를 위한 심리학적 개입: 체계적 문헌고찰 및 메타분석 연구. 중앙간호학회지, 23(2), 64-78.
<http://dx.doi.org/10.15842/CPKJOURNAL.PUB.9.2.275>
- 김영실. (2004). 대장암 환자의 심리사회적 욕구에 관한 연구 [석사학위논문, 이화여자대학교 대학원].
<https://dspace.ewha.ac.kr/handle/2015.oak/210973>
- 김유리. (2021). 뇌졸중 환자의 심리적 경험과 정신건강 문제의 중재에 대한 욕구 [석사학위 논문, 한양대학교 상담심리대학원].
<https://hanyang.dcollection.net/common/orgView/200000502178>
- 김종남, 이란. (2008). 암 환자를 위한 심리사회적 개입 연구의 개관. 한국심리학회지: 건강, 13(2), 329-357.
<http://dx.doi.org/10.17315/kjhp.2008.13.2.003>
- 김형수, 안지영, 김동일. (2015). 국가적 재난 발생 대응에 대한 상담자의 경험적 함의: 재난상담 수행 경험 및 상담자 요구. 상담학연구, 16(3), 495-512.
<http://dx.doi.org/10.15703/kjc.16.3.201506.495>
- 김혜정, 고수진. (2013). 말기암 환자들의 심리적 필요에 대한 질적연구. 한국심리학회 연차학술발표논문집, 297-298.
- 남수현. (2025). 상담자의 애도 상담 경험에 대한 현상학적 연구 [박사학위 논문, 숙명여자대학교 대학원].
- 보건복지부. (2013). 4대 중증질환 의료보장. https://www.mohw.go.kr/sotong/cy/scy01081s.jsp?PAR_MENU_ID=12에서 발췌.
- 보건복지부. (2023. 12. 29.). 2021년 국가암등록통계 결과 발표 [보도자료].
<https://www.mohw.go.kr>에서 발췌.
- 서민정. (2015). 생애말기 암환자의 의료적 의사결정에 대한 문화기술지 [박사학위 논문, 연세대학교 대학원].
<https://ir.ymlib.yonsei.ac.kr/handle/22282913/146949>
- 송수경, 구자경. (2017). 초심상담자에 관한 연구 동향. 상담학연구, 18(5), 1-19.
<https://doi.org/10.15703/kjc.18.5.201710.1>
- 송현동. (2018). 한국 죽음문화의 변화와 그 의미: 2000년대 이후를 중심으로. 종교문화연구, 31, 161-185.
- 안성희. (2020). 다문화 사회의 작고도 큰 구

- 성원: 장애인 중증질환을 가지고 있는 사람들을 위한 상담심리학적 개입. 한국심리학회지 상담 및 심리치료, 32(1), 33-49.
<http://dx.doi.org/10.23844/kjcp.2020.02.32.1.33>
- 오복자, 장은수. (2014). 암 환자에게 적용한 심리사회적 중재가 코티졸과 면역기능에 미친 효과: 메타분석. 대한간호학회지, 44(4), 445-457.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2014.44.4.446>
- 오복자, 한숙정. (2013). 심리사회적 중재가 암 환자의 통증완화에 미친 효과: 메타분석. 대한간호학회지, 43(5), 658-668.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.658>
- 유현실, 현숙자, 강동희. (2024). 직장 내 괴롭힘 상담 진행에 관한 상담자 경험 연구. 기업교육과 인재연구, 26(2), 73-116.
<http://dx.doi.org/10.46260/KSLP.26.2.4>
- 유환, 권경인. (2020). 성소수자 상담에서 상담자가 경험하는 어려움에 대한 현상학적 연구. 인간이해, 41(1), 91-115.
<http://dx.doi.org/10.30593/JHUC.41.1.5>
- 이봉춘, 윤성혜, 최영옥, 천성문. (2009). 인지행동적 집단상담프로그램이 뇌졸중환자와 가족의 삶의 질에 미치는 영향. 동서정신과학, 12(1), 45-59.
- 이유빈, 조향. (2024). 대학상담센터 내담자의 조기종결 경험에 대한 질적 연구. 질적탐구, 10(3), 269-296.
- 이장호. (2005). 상담심리학 제 4판. 박학사.
- 이정우, 손수민, 이예인, 박현숙, 이소연. (2023). 자립준비청년 대상 심리상담에서의 상담자 경험에 관한 질적 연구: 포커스그룹인터뷰(FGI)를 중심으로. 청소년상담연구, 31(2), 153-176.
<http://dx.doi.org/10.35151/kyci.2023.31.2.007>
- 이주영, 이아라. (2015). 학교폭력 가해자 대상 상담에서의 상담자 경험과 인식에 대한 질적연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 27(4), 849-880.
- 임고운, 김지현. (2008). 상담자 발달 수준 및 역전이 활용과 상담 성과. 상담학연구, 9(3), 987-1006.
<https://doi.org/10.15703/kjc.9.3.200809.987>
- 정상화, 금명자. (2020). 상담자의 발달수준에 따른 윤리적 행동문제의 이유. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 32(2), 725-752.
<https://doi.org/10.23844/KJCP.2020.05.32.2.725>
- 정소담. (2024). 초심상담자의 애도 상담 경험에 대한 질적 연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 36(1), 57-86.
<https://doi.org/10.23844/kjcp.2024.02.36.1.57>
- 지표누리. (2024). 사망원인별 사망률 추이. https://www.index.go.kr/unity/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1012에서 발췌.
- 최서윤. (2021). 상담자의 동료 슈퍼비전 경험에 관한 주제분석. 상담심리교육복지, 8(3), 213-232.
<https://doi.org/10.20496/cpew.2021.8.3.213>
- 하혜주, 심은정, 서현지, 염찬우, 함봉진. (2020). 뇌졸중 환자를 위한 심리사회적 개입의 효과: 체계적 문헌고찰 및 메타분석. 한국심리학회지: 건강, 25(5), 975-1005.
<https://doi.org/110.17315/kjhp.2020.25.5.007>
- 한아름, 배희분. (2023). 청각장애인의 심리상담 경험에 관한 현상학적 연구. 재활복지, 27(1), 1-22.
- Back, A. L., Deignan, P. F., & Potter, P. A.

- (2014). Compassion, compassion fatigue, and burnout: Key insights for oncology professionals. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 34(34), e454-e459.
https://doi.org/10.14694/EdBook_AM.2014.34.e454
- Balon, R. (2009). Cognitive-behavioral therapy, psychotherapy and psychosocial interventions in the medically ill. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 261-264.
<https://doi.org/10.1159/000228246>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 18(3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braun, V. and Clarke, V. (2013) *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. SAGE.
- Braun, V. and Clarke, V. (2021) *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352.
<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Specia, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9(2), 112-123.
<https://doi.org/10.1007/s005200000206>
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520-5525.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>
- De Angelis, F. (2025). Walking through the storm: Psychodynamic therapy with cancer patients. *Psychodynamic Practice*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1080/14753634.2025.2603903>
- Donovan, K. A., Deshields, T. L., Corbett, C., & Riba, M. E. (2019). Depression and anxiety among adults living with and beyond cancer. *BMC Cancer*, 19, Article 6181.
<https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>
- Duba, J.D., & Magenta, M. (2008). End of life decision making: A preliminary outline for preparing counselors to work with terminally ill individuals. *Family Journal*, 16, 384-390.
<https://doi.org/10.1177/1066480708323083>
- Ducaine, C. S. (2017). Understanding the counselor experience when working with end of life clients [Doctoral dissertation, Montclair State University].

- <https://digitalcommons.montclair.edu/etd/40>
 Dunphy, R., & Schniering, C. A. (2009). The experience of counselling the bereaved. *The Humanistic Psychologist, 37*(4), 353-369.
<https://doi.org/10.1080/08873260903113535>
- Faggi, D., Girelli, L., Caligiani, L., Suman, A., & Fioretti, C. (2025). Countertransference in psychotherapy with patients suffering from cancer disease: An empirical investigation. *Journal of Social Work Practice*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1080/02650533.2025.2551543>
- Fang, P., Tan, L., Cui, J., & Yu, L. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for people with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing, 79*(2), 519-538.
<https://doi.org/10.1111/jan.15543>Digital Object Identifier
- Goin, M. K. (2005). Practical psychotherapy: A current perspective on the psychotherapies. *Psychiatric Services, 56*(3), 255-257.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.3.255>
- Hassan, S., Bennett, K., & Serfaty, M. (2018). Delivering cognitive behavioural therapy to advanced cancer patients: A qualitative exploration into therapists' experiences within a UK psychological service. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(4), 565-574.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2190>
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (Eds.). (1989). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press.
- Horn, A., Jirů-Hillmann, S., Widmann, J., Montellano, F. A., Salmen, J., Pryss, R., Wöckel, A., & Heuschmann, P. U. (2025). Systematic review on the effectiveness of mobile health applications on mental health of breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship, 19*(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1007/s11764-023-01470-6>
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: An educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 18*(4), 454-458.
<https://doi.org/10.1188/14.CJON.454-458>
- Kelley, A. S., & Bollens-Lund, E. (2018). Identifying the population with serious illness: The “denominator” challenge. *Journal of Palliative Medicine, 21*(2), 7-16. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0548>
- Koh, M. Y. H., Gallardo, M. D., Khoo, H. S., & Hum, A. (2024). Burnout in palliative care - Difficult cases: Qualitative study. *Supportive & Palliative Care, 13*(3), 1383-1389.
<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003347>
- Koinuma, N. (1993). Current concepts in psycho-oncology. *Gan to Kagaku Ryoho, 20*(12), 1725-1730.

- Kouriatis, K., & Brown, D. (2011). Therapists' bereavement and loss experiences: A literature review. *Journal of Loss and Trauma, 16*(3), 205-228.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519289>
- Kredentser, M. S., & Chochinov, H. M. (2020). Psychotherapeutic considerations for patients with terminal illness. *American Journal of Psychotherapy, 74*(4), 123-131.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190048>
- Lincoln, Y.S. and Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE, Thousand Oaks, 289-331.
[http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
- Linden, W., Stossel, C., & Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *Archives of Internal Medicine, 156*(7), 745-752.
<https://doi.org/10.1001/archinte.1996.00440070065008>
- Liu, L., Xu, M., Marshall, I. J., Wolfe, C. D. A., Wang, Y., & O'Connell, M. D. L. (2023). Prevalence and natural history of depression after stroke: A systematic review and meta analysis of observational studies. *PLOS Medicine, 20*(3), 1-21.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004200>
- Ludwig, G., Krenz, S., Zdrojewski, C., Bot, M., Rousselle, I., Stagno, D., Luethi, F., Leyvraz, S., & Stiefel, F. (2014). Psychodynamic interventions in cancer care I: Psychometric results of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology, 23*(1), 65-74.
<https://doi.org/10.1002/pon.3374>
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology, 56*(3), 337-350.
<https://doi.org/10.1037/a0015169>
- Nikoloudi, M., Galanis, P., Tsatsou, I., & Mystakidou, K. (2025). Demoralization, pain, and hope as predictors of desire for death in cancer patients: A cross sectional study. *Journal of Pain and Symptom Management, 70*(3), 295-301.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2025.05.018>
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2019). *Handbook of psychotherapy integration (3rd ed.)*. Oxford University Press.
- Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E. and Moules, N.J. (2017) Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods, 16*, 1-13.
<https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Ortega-Campos, E., Vargas-Román, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos,

- N., Cañadas de la Fuente, G. A., Albendín-García, L., & Gómez-Urquiza, J. L. (2019). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Sustainability*, 12(1), 72. <https://doi.org/10.3390/su12010072>
- Osgood, J., & Farr, J. (2025). Therapists' experiences of working with terminal cancer patients: An interpretative phenomenological analysis. *The Humanistic Psychologist*, 53(3), 466-492. <https://doi.org/10.1037/hum0000376>
- Özmen, M. (2007). Transference and countertransference in medically ill patients. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(1), 72-79. <https://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C18S1/en/transferenceAnd.pdf>
- Philipp, R., Walbaum, C., & Vehling, S. (2025). Psychodynamic psychotherapy in serious physical illness: A systematic literature review of approaches and techniques for the treatment of existential distress and mental disorders. *Death Studies*, 49(5), 676-697. <https://doi.org/10.1080/07481187.2025.38865193>
- Phillips, C. S., Trainum, K., & Thomas Hebdon, M. C. (2025). Hidden in plain sight: A scoping review of professional grief in healthcare and charting a path for change. *Health Services Insights*, 18, 11786329251344772. <https://doi.org/10.1177/11786329251344772>
- Rai, G., & Ross, A. (2024). When cancer enters the therapy room: The lived experience of psychodynamic therapists working with clients with a recent diagnosis of cancer. *British Journal of Psychotherapy*, 40(3), 410-429. <https://doi.org/10.1111/bjpp.12913>
- Riba, M. B., Donovan, K. A., Ahmed, K., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., Corbett, C., Fann, J., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D. B., Handzo, G. F., Herald Hoofring, L., Huang, C.-H., Hutchinson, S., Johns, S., Keller, J., Kumar, P., ... Darlow, S. D. (2023). NCCN Guidelines insights: Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 21(5), 447-458. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0026>
- Salpietro, L., Jorgensen, M. F., Laux, J. M., Liu, Y.-Z., & Par, M. (2026). Counselors' perceptions of a peer who had a client die by suicide: A randomized controlled study. *Journal of Counseling & Development*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/jcad.70031>
- Schmitz, L. M., Haan, A., Hohnneck, A., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2022). Psychosocial aspects of living long term with advanced cancer: A scoping review. *Cancers*, 14(16), 3889. <https://doi.org/10.3390/cancers14163889>
- Sensky, T. (2004). Cognitive-behavior therapy for patients with physical illnesses. In J. H. Wright (Ed.), *Cognitive-behavior*

- therapy. American Psychiatric Publishing, In.
- Shaygan, M., Khaki, S., Zarei, D., Moshfeghinia, R., Beheshtaeen, F., & Sadeghi, Y. (2024). Effects of meaning-based psychotherapy on post-traumatic growth and death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 32(4), 251.
<https://doi.org/10.1007/s00520-024-08448-9>
- 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.
<https://doi.org/10.1177/08948453010270030>
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (1992). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. Wiley.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 613-622.
<https://doi.org/10.1097/00006842-200009000-00004>
- Stoltenberg, C. D., & Delworth, U. (1988). Developmental models of supervision: It is development—Response to Holloway. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(2), 134-137.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.2.134>
- Thompson, E. H., Frick, M. H., & Trice-Black, S. (2011). Counselor-in-training perceptions of supervision practices related to self-care and burnout. *The Professional Counselor*, 1(3), 152-162.
<https://doi.org/10.15241/ehf.1.3.152>
- Tope, D. M., Ahles, T. A., & Silberfarb, P. M. (1993). Psycho-oncology: Psychological well-being as one component of quality of life. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60(3-4), 129-147.
<https://doi.org/10.1159/000288688>
- Treggallas, K., & Lowrie, D. (2018). An exploration of the lived experience of professional grief among occupational therapists working in palliative care settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(6), 575-584.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12477>
- Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R., & Krumm, S. (2011). Working through grief and loss: Oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncology Nursing Forum*, 38(4), E272-E282.
<https://doi.org/10.1188/11.ONF.E272-E282>
- White, D. (2024). *The lived experiences of counselors working with end-of-life clients* [Doctoral dissertation, Sam Houston State University].
- Zhang, C., Wang, J., He, Y., Wang, K., Wang, C., Zhang, L., Wu, X., Liang, S., Wu, X., Wei, Y., Zhang, M., & Wang,

- W. (2025). Depression impact on PTSD in cancer patients through serial mediation of hope and perceived social support. *Scientific Reports*, *15*, Article 24727. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-09908-w>
- Zhang, Y., Liang, Y., Huang, H., & Xu, Y. (2021). Effects of psychological interventions on anxiety and depression in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Annals of Palliative Medicine*, *10*(8), 8553-8562. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1598>
- Zheng, M., Xie, Z., Shi, X., Bai, X., & Qu, S. (2023). The effects of cognitive behavioral therapy on health-related quality of life, anxiety, depression, illness perception, and in atrial fibrillation patients: a six-month longitudinal study. *BMC Psychology*, *11*, Article 431. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01457-z>
- 원고접수일: 2025년 12월 18일
논문심사일: 2026년 1월 9일
게재결정일: 2026년 4월 27일

A Qualitative Study of Counselors' Experiences in Counseling Clients with Serious illness

JEONGHYUN AN

HANIK JO

Hanyang University

This study explored the lived experiences of counselors providing psychotherapy to clients with serious illnesses. To achieve this, in-depth interviews were conducted with eight counselors experienced in working with this population. The collected data were analyzed using thematic analysis, following Braun and Clarke's (2021) procedures. The analysis identified seven major themes and 18 subthemes: (1) emotional experiences, (2) existential companionship, (3) accumulation of loss, (4) self-care, (5) intervention practices in serious illness settings, (6) existential reflection and transformation, and (7) perceptions of the counseling environment and support systems. Participants described experiencing a range of emotions within the uncontrollable context of illness progression and the possibility of death. They reported engaging in existentially grounded companionship, encountering repeated loss, attempting to maintain self-care, and experiencing changes in their understanding of life and death. These findings provide a detailed account of the inner experiences of counselors working in this context, contributing to our understanding of counseling practice in serious illness and offering implications for future research.

Keywords: serious illness, counselors' experiences, psychological counseling, thematic analysis