

Effective Crisis Intervention Approaches and Activities Post-COVID-19: Focusing on Crisis Intervention amid COVID-19

Yoonho Lee Sungpil Yook[†]

Yongmoon Graduate School of Counseling Psychology, Seoul, Korea

This study aimed to examine the disaster psychology support system in Korea and the U.S. as well as crisis counseling programs in the U.S.. Further, it drew implications to suggest directions for the implementation of a Korean psychological support system in the aftermath of COVID-19. Thus, the activities of disaster intervention were analyzed, focusing on the telephone counseling provided by the COVID-19 Special Committee of the Korean Psychological Association. The main implications of this study are as follows. First, a telephone counseling system was promptly established based on rapid decision-making. Second, the organization formed a systemic relationship, such as the promotion of telephone counseling and case links, in connection with public systems such as the Korea Disease Control and Prevention Agency. Third, a standardized framework was prepared for crisis intervention by producing and distributing crisis intervention manuals. Fourth, in addition to issues related to COVID-19, the various difficulties of people exposed to disasters and the need to provide a wide range of psychological counseling services were confirmed. Fifth, systemic protection should be provided for counselors. Finally, suggestions based on the results and the implications of this study are discussed.

Keywords: disaster psychological support system, Post-COVID-19, crisis intervention

코로나바이러스19 (COVID-19)는 우리의 삶을 변화시키고 있다. 2019년 11월 중국에서 COVID-19에 대한 첫 감염보고가 나온 이후 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 1968년 홍콩 독감, 2009년 신종플루에 이어 역대 세 번째 팬데믹을 선언했다 (WHO, 2020). 2020년 8월 말을 기준으로 전 세계적으로 COVID-19에 감염된 사람은 2,600만여 명이며, 사망한 사람은 81만명을 넘어섰다. 우리나라도 2만여 명이 COVID-19에 감염되었고, 300여 명의 사망자가 발생하였다(CoronaBoard, 2020). 이에 정부는 2월 23일부터 감염병 위기 단계를 '위기' 단계에서 최고 수준인 '심각' 단계로 격상하여 강력한 사회적 거리두기와 해외 입국자 관리 등 방역을 위한 주요 조치들을 시행하고 있다(보건복지부, 2020).

유엔재해기구에서는 재난을 “갑작스럽게 발생하여 지역사회의

기본조직과 정상 기능을 와해시키는 큰 규모의 사건으로서 그 영향을 받은 지역사회가 외부의 도움이 없이는 극복할 수 없고 생명과 재산, 사회 간접시설과 생활수단에 일상적인 능력으로 처리할 수 없는 피해를 일으키는 단일 또는 일련의 사건”이라고 정의하고 있다(United Nations International Strategy for Disaster Reduction, 2009). 우리나라 「재난 및 안전관리 기본법(법률 제13440호)」에서도 재난은 “국민의 생명, 신체 및 재산과 국가에 피해를 주거나 줄 수 있는 것”으로 정의하며 전염병 확산 등으로 인한 피해를 하위 조항에 포함하고 있다. 지금 COVID-19는 백신이 없는 신종바이러스 감염병이며 우리가 가진 대응능력으로 처리할 수 없는 질환으로 앞선 두 정의에 부합하는 상황이다.

일반적으로 재난 시에 사람들은 슬픔과 우울, 무기력, 의사결정의 어려움, 공포와 미래에 대한 불안, 수면장애, 과도한 음주 혹은 약물의 사용 등 다양한 인지, 정서, 신체, 행동적인 반응을 보인다(육성필, 이윤호, 2019). 이와 유사하지만 감염병 시에는 단계별로 여러 양상의 반응을 보인다. 감염병 초기에는 정보 부족과 불확실

[†]Correspondence to Sungpil Yook. Yongmoon Graduate School of Counseling Psychology, 154 Yulgok-ro, Jongno-gu, Seoul, Korea; E-mail: ysp62@hanmail.net

Received Sep 07, 2020; Revised Oct 22, 2020; Accepted Oct 28, 2020

성에 따른 공포와 불안이 증가하고, 감염에 대한 불안도 함께 동반된다. 확진자와 가족을 포함한 타인에 대한 비난이나 분노, 차별, 낙인 등이 발생한다. 감염병 중기에는 감염위험을 체감하고 공포와 취약성이 증가하고 외로움, 고립감, 신체화, 기존 정신질환의 악화가 나타나기도 하며, 실직, 경제적 어려움, 가족 분열 등 사회문제가 증가하기도 한다. 후기에는 감염의 위험은 감소하였으나 심리·사회적 악영향이 지속될 수 있고, 우울증, 병적 애도, 자살, 외상성 반응, 알코올 및 약물 남용, 폭력 등 심각한 수준의 정신건강 문제가 지속될 수 있다. 또한, 감염병 종식에 대한 안정감 또는 새로운 감염병에 대한 공포, 불신 등 긍정적 부정적 감정이 혼재하여 나타날 수 있다(국립정신건강센터, 2020).

재난 초기에 피해자들에게서 이와 같은 스트레스 반응이 나타나는 것은 재난에 대한 정상적인 반응으로 여겨질 수 있지만, 외상 후 스트레스 장애(Post-traumatic stress disorder, PTSD), 급성 스트레스 장애, 주요우울장애, 불안장애, 공황장애 등 진단 가능한 정신질환으로 발전하기도 한다. 미국의 경우 약 90%의 사람이 일생 중에 외상사건에 1번 이상 노출되는 것으로 나타났으며(Ogle, Rubin, Berntsen, & Siegler, 2013), 실제 외상성 사건을 경험한 집단에서는 3-58%의 유병률을 보이는 것으로 나타났다(American Psychiatric Association, 1994). 우리나라에서는 일생 중에 세 번재로 많이 경험하는 외상성 사건이 자연재해인 것으로 나타났다(Eun, Lee, & Kim, 2001). Neria, Galea (2008)은 재난 이후 PTSD 유병률에 관한 연구에서 재난의 1차 피해자 집단이 30-40%, 구조대원이나 일반시민 등 간접 피해자 집단이 5-20%의 PTSD 유병률 보인다고 보고했고, Norris 등(2002)은 재난 피해자의 18-21% 정도가 심각한 수준의 PTSD를 경험하는 것으로 보고했다. 우리나라에서 COVID-19 발생 초기에 실시된 조사에서 COVID-19에 대한 걱정과 두려움, 불안 등이 주요한 심리적 불편감으로 나타났으며 특히 우울은 시간이 지날수록 더욱 증가하였고, 음주 횟수와 폭음빈도가 증가하는 것으로 나타났다(한국트라우마스트레스학회, 2020). 뿐만 아니라 온라인 게임, 스마트폰, 도박, 포르노 시청 등 행위중독 관련 행동이 다소 증가하는 것으로 나타났다(중독포럼, 2020). 이처럼 재난에 해당하는 강력한 스트레스에 노출되면 정신질환을 포함한 많은 어려움을 경험하는 것으로 보인다.

2003년 사스 감염에 대한 공포를 '사스 포비아(phobia)'로 명명했고(Cheng, 2004), 2015년 국내에서는 메르스 감염에 대한 공포 현상을 '메르스 포비아'라고 불렀다(Kwon, 2015, 5, 28). 당시 신종 전염병인 메르스에 대해 전문가 집단과 일반인 사이에 위험에 대한 인식 차이가 있었는데, 일반인들은 위험에 대해 주관적 기준으로 판단하기 때문이다(이동훈, 김지윤, 강현숙, 2016). 전염병 대규모

감염에서 실제 위험보다 잠재적인 공포가 상당히 큰데(WHO, 2003), 사스의 경우에도 병 자체에 대한 위험보다는 공포와 같은 심리적인 영향이 더 큰 것으로 나타났다(Cheng & Tang, 2004; Leung, 2003). 이와 같은 현상은 정확한 정보가 없는 대중이 신종 전염병의 위험을 과도하게 추정하여 불안과 공황이 촉발되고, 사회적 낙인과 같은 요인 때문에 두려움이 가중된다고 보았다(Cheng, 2004). Lating, Sherman, Lowry, Everly, Peragine (2004)은 911 이후 미국 동부 기반의 항공사 승무원과 서부 기반의 항공사 승무원들에 관한 연구에서 두 집단 간 PTSD 유병률이 특별한 차이가 있지 않음을 확인하였는데, 그 결과에 대해 테러 발생 지역과 무관하게 사건에 대한 심리적인 연관성이 높을수록 심리적 영향을 많이 받는 것으로 분석하였다. 이런 결과와 분석은 재난 피해자들의 외상 후 스트레스 장애와 관련한 메타분석의 결과와도 일치한다(이나빈, 안현의, 2016). 특히, 재난 시 실제 물리적인 피해자보다 심리적인 피해자가 더 많음을 고려할 때(DiGiovanni Jr, 1999; Holloway, Norwood, Fullerton, Engel, & Ursano, 1997), COVID-19는 보이지 않는 바이러스로 누구나 걸릴 수 있다는 점에서 국민이 경험하는 심리적 디스트레스는 상당할 것으로 보인다.

재난으로 인한 심리적인 어려움은 개인의 차원을 넘어 지역사회 전반의 정신건강에 영향을 미칠 수 있다(Yokoyama et al., 2014; 최경화 등, 2011; 하현상 등, 2014). 특히 재난 이후 자살률의 증가(Safarpour et al., 2020)나 이혼율 증가(Cohan & Cole, 2002)와 같은 사회문제로 발전할 수 있어 초기에 적절한 심리사회적 지원을 통해 재난의 충격을 해소할 수 있도록 지원하는 것이 필요하며, 이를 위해서는 전통적인 심리학적 치료보다 위기개입 서비스를 제공하는 것이 효과적이다(Boscarino & Adams, 2008).

90년대에 접어들면서 미국을 비롯한 UN, 국제 적십자 등의 국제 기구는 재난 피해자에 대한 심리지원에 관심을 두기 시작했고(이승연, 2007), 우리나라는 지난 2003년 대구 지하철 화재 참사를 기점으로 재난 피해자에 대한 심리사회적 지원에 대한 필요성이 제기되기 시작하여 2014년 세월호 참사를 이후 관련 논의와 연구가 급증하였다(이동훈, 김세경, 최태산, 2015). 재난 이후 초기 심리적 개입은 재난 피해자들의 삶에 지속적인 영향을 미친다. 초기 심리적 개입은 이후 집중적인 정신과적 문제에 대한 필요를 감소시키고(Decker & Stubblebine, 1972; Pittman et al., 1971), 급성의 스트레스를 경감하고(Bordow & Porritt, 1979; Bunn & Clarke, 1979; Campfield & Hills, 2001; Flannery, Farley, Rego, & Walker, 2007), 알코올 사용을 감소시키는 것으로 나타났다(Boscarino, Adams, & Figley, 2005; Deahl et al., 2000). 특히, 911이후 제공된 초기개입은 폭음, 알코올 의존, PTSD 증상, 주요우울, 불안장애 등의 위험을 감

소시키는 것으로 나타났다(Everly Jr et al., 2006).

재난시에는 제한된 자원을 효과적으로 배치, 활용하여 빠른 대응과 복구를 통해 재난 이전의 상태로 회복하도록 하는 것이 중요하다. 피해자에 대한 심리사회적 지원 또한 재난 이전의 삶을 영위하도록 관련된 지원과 서비스를 제공해야 한다(Inter-Agency Standing Committee, 2006). 지금까지는 재난에 대한 실질적 대응보다는 행정체제로 구성되어 있었고(하규만, 2011) 재난 피해자보다 피해의 물리적 손실에 집중되어 있었다(이옥철, 조갑출, 신기수, 백희정, 2008). 특히 감염병에 관련하여 의료적이고 질병중심적인 접근이 주를 이루었으나 그동안 대형참사나 메르스, 사스 등을 경험하면서 심리적인 건강과 관리에 대한 관심이 증가하여 심리방역을 강조하고 있다.

본 논문에서는 COVID-19로 인해 어려움을 경험하고 있는 사람들에게 심리상담을 중심으로 하여 건강하고 안전한 삶을 영위할 수 있도록 도와주는 방법에 대해 현재 우리나라와 미국의 재난심리지원 시스템에 대한 분석과 이번 COVID-19 상담활동을 중심으로 살펴보고자 한다.

국내 재난심리지원체계

우리나라는 재난이 발생하면 법률이 정한바에 따라 각종 재난으로 심리적 충격을 받은 재난 경험자에게 정신적·심리적 충격을 완화하고 후유증을 예방하며, 정상적인 일상생활로 돌아갈 수 있도록 심리상담을 실시하고, 필요시 전문병원이 의뢰하여 병리로 악화되는 것을 예방하는 일련의 활동을 실시한다(행정안전부, 2017). 대상지역은 재난이 발생하여 법령에 따라 '특별재난지역'으로 선포된 지역과 그 밖에 피해규모가 큰 지역으로 소방방재청장 또는 해당 지방자치단체장이 지원이 필요하다고 인정하는 지역을 대상으로 정하고 있다. 지원 대상자는 재난으로 인한 사망자와 실종자의 가족, 신체적 상해를 입은 사람, 재산상의 손실이 크거나 직업전환이 불가피한 경험자로 기초조사에서 심리적 충격과 우울정도가 심리학적, 정신의학적으로 예방적 차원의 심리회복지원활동이 필요하다고 인정되는 사람을 대상으로 하고 특히 어린이, 노약자 및 장애인을 우선 지원하는 것으로 하고 있다.

이와 같은 체계는 2003년 대구지하철 참사 이후 필요성이 제기되었으며, 2008년부터 광역시도에 소방방재청 산하 '재난심리지원센터'를 설치하여 적십자사, 대학 및 의료기관의 심리전문가를 활용하여 서비스를 제공하였다(양기근, 2008). 그러나 소방방재청이 심리·사회적 지원 업무를 담당하는 것에 대한 문제제기가 있었고, 보건복지부의 역할과도 상충되는 지점이 발생하였다(이동훈 등,

2015). 이후 2010년 「재난 및 안전관리 기본법 시행령」 개정과 「재해구호법」 개정을 통해 재난심리지원센터 설치 및 활동에 대한 법적 기반을 마련하였고, 현재의 체계를 갖추게 되었다.

우리나라 재해구호체계의 주관부서는 행정안전부이며, 현재 재난심리회복지원 업무 또한 행정안전부가 주관하고 있다. 행정안전부의 재난심리지원 체계를 중심으로 보건복지부, 여성가족부, 교육부, 국립정신건강센터 등 유관 기관과 대한신경정신의학회, 한국심리학회, 한국사회복지학회 등 관련 학회가 협력 네트워크를 구축하여 대응하는 구조를 가진다(행정안전부, 2017).

행정안전부와 지방자치단체, 시도 심리지원 센터의 평시 활동을 구분하면 다음과 같이 정리할 수 있다(행정안전부, 2017). 먼저 행정안전부는 재난심리회복지원과 관련한 기본계획수립 및 전문가 인력 풀을 구성 운영하고, 국가민방위재난안전교육원을 통해 관련 실무자에 대한 전문교육을 운영한다. 또한 행정안전부와 보건복지부 주무부서가 간사로 참여하고, 관계부처, 국립정신건강센터, 대한적십자사, 관련학회 민간 전문가가 참여하는 중앙재난심리회복지원협의회를 구성하여 운영한다. 각 시·도별 재난심리회복지원 사업 결과를 평가하고 재난 경험자에 대한 사회인식 개선을 위한 홍보를 실시한다.

지방자치단체는 민간을 중심으로 하여 보건복지 및 재난 관리 책임 실·국장, 전문가 자문단을 포함하여 10명 내외의 재난심리회복지원단을 구성하여 사업에 대한 자문과 평가 센터 운영지원 및 재난 발생시 언론홍보 지침 등을 마련한다. 대한적십자사 시·도지사를 '시·도 재난심리회복지원센터'로 지정하여 업무 협약을 체결하고 시도별 최소 50명(세종, 제주 30명) 이상 재난심리지원 활동가를 확보하여 위촉한다.

시·도 재난심리회복지원센터는 센터장과 담당직원, 센터 전담인력 각 1명을 기본으로 하여 확보한 상담활동가 인력풀을 활용하여 재난시 상시 활동이 가능하도록 자체교육 및 훈련 및 세미나를 실시하며, 지역사회 내 홍보활동도 함께 전개한다. 지역 내 재난 취약지역 및 요소에 대한 조사·분석과 함께 대상자 발굴을 위한 정보수집도 하며, 상담실시 후에는 DB관리와 사후관리를 진행한다. 경우에 따라 인근 시·도 재난심리회복지원에 추가지원을 실시하도록 한다.

재난이 발생하면 정보수집, 기초조사 및 계획수립, 현장지원, 지속지원, 심리회복지원활동 평가 및 발전모델 개발의 순으로 활동이 이루어진다. 정보수집 단계에서는 각 시·도 담당부서와 협의하여 재난상황을 모니터링 하고 심리회복지원센터의 개입시기와 방법, 범주 등을 협의한다. 기초조사 및 계획수립단계에서는 재난의 규모, 심리회복지원 대상자 수 등의 기초조사를 바탕으로 우선순위

를 정하고 대응가능한 심리회복지원 팀을 구성한다. 현장지원 단계에서는 재난심리회복지원 대상자들의 충격과 불편감을 해소하기 위한 상담활동을 실시하고, 고위험군을 선별한다. 지속 지원 단계에서는 고위험군을 중심으로 집중상담을 진행하고 지속적인 평가 모니터링을 실시한다. 또한 위기상황 이후에도 심리적 충격이 해소되지 않은 경우 정신과적 치료를 의뢰한다. 마지막 심리회복지원활동 평가 및 발전모델 개발 단계에서는 심리회복지원의 전 과정과 결과를 평가하고 이를 토대로 지속적인 발전 전략과 새로운 모델을 개발한다.

재난이 발생 시 재난의 규모를 소규모, 중규모, 대규모로 구분하고, 규모에 따른 대응수칙을 살펴보면 다음과 같다(행정안전부, 2017). 첫째, 소규모 재난은 지역 재난안전 대책본부가 설치되지 않는 경미한 재난이나 소방, 경찰 등 유관기관의 요청이 있는 화재, 교통사고 등의 일상적인 사고를 대상으로 한다. 개입을 위해 시·도 재난관리부서와 사전 협의하여 경찰, 소방 등의 직접 요청이 있는 경우에 심리지원활동을 실시한다.

둘째, 중규모의 재난은 지역재난안전대책본부가 설치되는 규모의 재난으로 재난 발생 72시간 이내에 재난심리회복지원여부를 판단하며, 판단 결과에 따라 시·도 담당부서는 인근 시·도에 지원요청을 할 수 있다. 시·도센터는 지자체와 함께 현장 사전답사를 실시하고 관련 정보를 대한적십자사와 공유하고 현장 활동을 계획한다. 재난심리회복 지원활동은 재난발생부터 최대 60일까지 진행된다. 시·도 담당부서는 시·도센터로부터 일일상황보고서를 받아 상황을 관리하는 한편 행정안전부에 보고체계를 유지한다. 상담활동이 종료되면 재난심리회복지원단을 소집하여 장기적인 대응시스템을 결정하고, 보건복지부서 협조를 통해 국립정신건강센터, 지역 정신건강복지센터 등에 관련 대상자를 연계한다.

셋째, 대규모 재난은 중앙재난안전대책본부가 설치되는 재난 또는 인명·재산의 피해 정도가 매우 크거나 재난의 영향이 사회·경제적으로 광범위하여 주무부처의 장 또는 지역재난안전대책본부의 본부장이 자체 심리회복 지원 역량을 초과한다고 판단하여 요청하는 경우로 규정한다. 행정안전부는 재난발생 72시간 내에 중앙재난심리회복지원협의체를 소집하여 지원의 시기, 대상, 규모 등 관련 계획을 수립한다. 중규모 재난과 마찬가지로 재난심리회복 지원활동은 재난발생부터 최대 60일간 진행하며, 행정안전부는 국립정신건강센터 ‘위기심리지원단’을 활용하며, 시·도의 요청이 있으면 즉시 지원체계를 유지한다. 시·도 담당부서는 현장의 활동장소를 확보하고 상황실을 유지하며 활동을 지원하고 시·도 센터는 자원봉사자 활동 접수 등 코디네이터 역할을 수행한다. 상담활동이 종료되면 행정안전부는 중앙재난심리회복지원협의회를 소집하여 서비

스 지속 및 종료여부를 결정하고, 시·도 담당부서 보건복지부서와 협조하여 기존 의료체계를 활용한 지속서비스 지원을 진행한다.

이처럼 우리나라는 재난심리회복지원에 관한 활동을 평시 업무와 재난시 업무를 구분하고, 기관별 활동내용을 세분화하여 지원체계를 구체화하고 있다. 재난심리회복지원의 체계를 바탕으로 2007년 태풍피해자 심리지원 시범실시가 최초로 진행된 이후 2010년 연평도 포격피해, 2011년 구제역, 조류인플루엔자, 2014년 세월호 참사, 경주 마우나 리조트, 2015년 메르스 격리자, 추지도 선박 전복 사고 등 매년 주요 재난에 대한 심리지원을 실시하였으며, 누적건수는 36,800건에 달한다(행정안전부, 2017). 재난심리회복지원센터운영이 대한적십자사로 일괄 위탁된 2016년 이후로는 강원 동해안 산불 1,799건, 아프리카돼지열병 1,971건, 태풍 미탁 2,046건 등 2019년 말까지 29,545건의 상담실적을 기록했다. 특히, COVID-19와 관련하여 1월부터 6월까지 확진자, 확진자 가족, 격리자 및 일반인 등을 대상으로 총 370,431건의 전화 및 대면 상담이 제공되었고, 964,205건의 정보제공도 이루어졌다(행정안전부, 2020).

미국의 재난심리지원체계

재난과 관련된 다양한 경험과 시행착오를 반영한 미국의 체계를 살펴보는 것이 우리나라의 재난심리지원체계를 발전시키는데 도움이 될 것으로 보인다(이상경, 2005). 실제 미국은 지난 200년간 지속적으로 상황에 적절한 재난관리체계와 재난심리지원프로그램을 만들어 왔다. 연방정부의 틀 안에서 주정부 및 지방정부와 민간기관간의 상호협력 체계구축을 통해 통합적 재난관리체계를 갖추고 있으며, 특히 911테러, 허리케인 카트리나 등 주요 재난에서 수많은 재난 피해자에 대한 심리지원의 경험과 역사를 가지고 있다(Donahue, Lanzara, Felton, Essock, Carpinello, 2006; Norris, Bellamy, 2009)는 평가를 받고 있다.

미국은 1974년 「재난구호법(The Disaster Relief Act, 1974)」을 제정하여 연방재난 지원부를 설립하였으며, 이후 1988 개정된 「스태포드법(Stafford Disaster Assistance and Emergency Relief Act)」에 따라 재난관리가 이루어지고 있다. 이 법이 재난관리를 위한 기본 법이고, 주정부는 주법, 지방정부는 조례를 통해 관련된 사항들을 규정하고 있다. 미국은 911테러와 허리케인 카트리나를 거치면서 재난관리에 대한 연방정부의 역할과 책임이 강조되어 연방재난관리청(Federal Emergency Management Agency, FEMA)을 중심으로 재난관리를 책임지고 있으며, 연방정부기관 뿐만 아니라 적십자 등 민간기관까지 총괄하는 재난 전담기관이다(FEMA, 2016).

미국은 연방주의 국가이기 때문에 재난관리의 일차적인 책임은

지방정부에 두고 있지만, 지방정부의 대응 수준을 넘어서는 대규모 재난이 발생하면 주지사가 연방정부에 지원을 요청하게 된다. 연방 재난관리청은 10개의 지역에 사무소를 두고, 각 지역 책임자를 통해 연방과 각급 지방정부 및 지역사무소 간의 효과적인 조정이 가능하도록 지원하며 재난관리의 큰 컨트롤 타워 역할을 한다(이동훈, 강현숙, 2015).

재난관리교육기관(Emergency Management Institute, EMI)을 통해 재난과 관련한 교육이 이루어지고 있다. 재난관리교육기관은 연방재난관리청 종사자와 재난관련 종사자, 연방 협력기관, 주·지방 재난관리자, 자원봉사자 등을 대상으로 510여개의 과목을 교육하고 있다(FEMA, 2020).

재난심리지원 체계 역시 스태포드법에서 보장하고 있는데, 연방 재난관리청의 위기상담프로그램(Crisis Counseling Assistant and Training Program, CCP), 보건복지부(Department of Health and Human Services, DHHS)의 정신건강 재난지원 활동(Mental Health Disaster Assistance), 적십자사의 재난정신건강서비스(Disaster Mental Health Services, DMHS)가 미국에서 이루어지는 주요한 재난심리지원 서비스이다. 연방재난관리청의 위기상담프로그램을 중심으로 보건복지부의 정신건강 재난지원과 적십자사의 재난정신건강서비스가 보완적 역할을 하고 있다(이동훈, 강현숙, 2015).

위기상담프로그램은 즉시 서비스 프로그램(Immediate Services Program, ISP)과 정규 서비스 프로그램(Regular Services Program, RSP)으로 구분되는데, 즉시 서비스 프로그램은 재난 발생 선포 후 60일까지이며, 정규 서비스 프로그램은 최대 9개월까지 운영된다. 즉시 서비스 프로그램에서는 지역사회 기반의 아웃리치와 심리교육적 서비스를 주고 제공하며, 정규 서비스 프로그램에서는 위기상담, 지역사회 아웃리치, 자문, 교육 서비스 등을 제공한다(FEMA, 2016).

위기상담 프로그램 종사자들은 연방재난관리청과 미보건복지부 산하 정신보건센터(Center for Mental Health Services, CMHS)가 개발한 4일간의 표준화된 교육을 받고 위기상담프로그램에 참여한다. 위기상담 프로그램에서는 특히 재난에 심각하게 노출된 사람들과 아동, 소수집단 구성원 등 취약계층에 우선순위를 두며, 병리에 기반을 둔 심리치료적 관점에서 벗어나 재난 피해자의 상황을 전체론적으로 평가하고 재난 이전의 삶을 회복하도록 돕고 있다.

재난심리지원활동의 중심으로 위기상담 프로그램을 운영하는 동시에 미 보건복지부는 위기상담프로그램에 포함되지 않는 추가적인 정신건강, 약물남용 등에 관한 서비스를 상시적으로 제공하고 있다.

마지막으로 미국 적십자사는 재난 시 여러 정부 및 비영리 단체와 협력관계를 구축하고 재난 초기 급성의 단계에서 정부기관에서 제공하는 재난심리 서비스에 보완적인 역할을 담당하고 있다. 주로 각 단체가 가진 자원봉사 인력을 활용하며, 재난 초기 피해자들이 경험하는 심리적인 어려움을 경감시키고 안정화를 도모하는 위기개입을 주로 실시하고 있다.

살펴본 것처럼 미국의 재난심리지원체계는 정부와 민간의 협력적인 구조와 조정기능을 바탕으로 단계별, 개입대상별 교육과 서비스의 내용을 구체화한 것은 물론 서비스 제공 인력에 대한 교육과 관리를 위한 전문기관이 있어 상시적인 활동을 하고 있는 것을 알 수 있다.

한국심리학회 COVID-19 대응

2020년 1월 21일 국내에서 첫 번째 COVID-19 확진자가 발생한 후 1일 신규 확진자가 0~5명을 유지하다 2월 19일 신규 확진자가 34명으로 급증하면서 이후 많은 사람들이 감염에 대한 불안을 호소했고, 여러 언론에서 연일 심리방역의 필요성을 다루는 뉴스들이 넘쳐났다(Wi, 2020.2.24.; Cho, 2020.2.28). 한국심리학회는 학회가 가진 전문성을 바탕으로 국가적 위기상황에 사회적 책임을 함께 지는 것이 필요하다고 판단하여 COVID-19 특별대책위원회(COVID-19 특위) 구성을 결정하였다. 저자는 COVID-19 특별대책위원회 위원장과 간사로 참여하면서 Table 1과 같이 우리나라와 미국의 재난심리지원체계를 바탕으로 위기개입의 큰 틀을 가지고 위원회 활동을 추진하였다.

먼저 위기개입의 과정을 prevention-intervention-postvention의 3단계로 구분하고(Everly & Mitchell, 2008), 각 단계별로 개인과 전문가, 학회가 수행해야 할 내용을 정리하였다. 위기 전 단계인 prevention 즉, 평시에는 대중을 상대로 정신건강과 관련한 인식 개선, 재난에 대비하고 대응하는 방법에 대한 교육이 선행되어야 한다. 재난과 같은 위기에 물리적으로 본인의 생명과 안전을 지키는 방법을 잘 아는 것만으로도 심리적인 안정을 회복할 수 있으며, 심리적인 안정을 회복하는 법 또는 정신건강에 대한 이해를 높이거나 실제적인 도움을 받을 수 있는 곳에 대한 정보를 가지는 것도 필요하다. 재난심리지원 활동을 수행할 수 있는 인력을 양성하거나 정신건강 전문가들을 위한 특화된 교육이 이루어져야 한다. 마지막으로 학회는 학회가 가진 전문성을 발휘하기 위하여 사전에 유관기관과 협의하고 조정하는 것이 중요하다. 앞서 살펴본 한국과 미국의 재난심리지원 체계가 갖추어 지는 것처럼 학회 또는 해당 기관은 위기 이전에 관련 정책을 마련하고, 연계를 위한 견고한 네트워크

Table 1. *Crisis Response System (idea)*

	Prevention	Intervention	Postvention
Populace	Preparation education to mental health(such as suicide prevention, reaction to disaster)	Comply medical/physical/psychological response guideline	Participate to Continuous management and therapy plan
Experts	Training and education to crisis intervention professional	Psychosocial support (1. Primary victims, 2. Secondary victims such as family members, 3. First responders, 4. The general public)	Psychosocial support for first responders
KPA	Cooperate and coordinate with public agencies and related organization(such as social work, nursing, psychiatry, firefighting) Establish a permanent system Legislation for policy and system development	Record of response process Announce of guidelines for psychological stability (considering language, disability, etc.) Initiate Online/offline psychosocial support services	Evaluation of response process

크를 확보하는 것이 필요하다.

재난 발생 직후 이루어지는 intervention 단계에서 대중은 전파된 안전수칙과 대응지침을 준수하여 개인의 생명과 안전을 지키는 것을 유지해야 한다. 이런 활동은 개인의 안전 뿐만 아니라 가족과 지역사회 전반의 안전을 지키는 것이기도 하다. 전문가는 직접 피해자, 간접피해자 등 우선 순위를 고려하여 재난심리지원활동을 실시하며, 특히 아동, 장애인, 노약자, 외국인 등 취약계층에 대한 고려가 동반되어야 한다. 학회는 피해자 집단을 위한 대면서비스 뿐만 아니라 지역사회 전반의 회복력을 높일 수 있는 캠페인이나 자원을 발굴하는 활동을 실시한다. 특히 지금과 같은 감염병 시기에는 대면서비스가 제한되기 때문에 온라인 등 다양한 매체를 활용하는 방식이 적용되어야 하고, 제공자 중심이 아닌 수혜자 중심의 서비스 개발과 활용이 이루어져야 한다.

재난이 종결되고 급성의 위기단계가 지난 postvention 단계에서는 대중에 대한 지속적인 사후관리가 필요하다. 급성의 단계 이후 지속적인 돌봄을 필요로 하는 경우 해당하는 도움을 받을 수 있도록 자원을 연결하는 것과 돌봄 체계를 유지하는 것이 필요하다. 또한 급성의 위기단계 이후 시간이 경과하고 심리적 어려움이 촉발되는 경우도 고려해야 한다. 재난심리지원 활동에 참가한 전문가와 활동가는 활동이 끝난 이후 개인의 활동을 점검하고 활동 중에 경험한 심리적 어려움을 해소할 수 있는 개입이 필요하다. 이런 활동은 소진을 예방하고 개입자의 안전을 확보하는데 매우 중요하다. 마지막으로 학회는 개입이 종결되면 전체 개입의 과정을 검토하고, 기록으로 유지하는 것이 필요하며, 개입의 과정을 평가한 내용을 정리하여 다음의 개입을 위한 계획을 마련해야 한다.

앞에서 기술한 것과 같이 한국심리학회 COVID-19 대응에서 위기와정에 따라서 해야 하는 역할과 활동을 구분했지만 이미 개입활동이 필요한 상황이었고 갑작스럽게 COVID-19 특위 구성이

결정되었기 때문에 앞서 언급한 위기개입의 틀 중에서 학회가 바로 지원할 수 있는 활동을 중심으로 심리지원활동을 시작하였다. 2월 25일에 특위구성이 논의되었고, 3월 2일에는 전 학회원을 대상으로 심리안정과 관련한 가이드라인이 담긴 호소문을 발송하였다. 이후 일반인, 격리자, 아동·청소년을 위한 감염병시 보이는 반응과 회복에 대한 가이드를 담은 심리교육 자료를 홈페이지에 게시하고 회원들이 활용할 수 있도록 메일을 발송하였다. 3월 5일부터 전화상담을 위한 자원봉사자를 모집하여 3월 8일에는 매뉴얼을 배포하고 다음날인 9일부터 무료 전화상담을 실시하였다. 코로나 특위 운영이 결정되고 전화상담이 실시되기까지 2주도 걸리지 않았다(Table 2).

이번 특위운영에서 가장 주된 활동은 전문가들이 참여하는 무료 전화상담이다. 계획단계에서 상담 전화의 운영 기간을 3월 9일부터 7월 31일까지로 정하였으나 COVID-19 사태의 장기화와 확진자 증가 추세를 고려하여 현재까지도 운영하고 있다. 운영시간은 매일 09-21시까지로 2대¹⁾의 상담전화를 마련하고 각 분과학회 소속 심리상담 관련 전공교수 또는 한국심리학회 발급 최상위 자격증 소지자들이 상담자원봉사를 실시하였다. COVID-19 특위는 원활한 상담이 이루어지도록 위기개입 모델에 기반한 전화상담 매뉴얼을 제작하여 1차로 배포하였고, 이후 자살위기개입에 대한 내용을 추가·보완하여 2차로 배포하였다. 자원봉사자 단체 채팅방을 개설하여 특위와 상담사, 상담시간 원활한 의사소통의 창구를 확보하였으며, 온라인 자원봉사 신청시스템을 도입하여 상담자원봉사 활동의 편의성을 도모하였다. 전화뿐만 아니라 카카오톡 채널을 통한 온라인 상담도 진행하였는데, 운영기간은 3월 13일부터 5월 31일까지로 매일 12-18시까지 운영되었다. 전화상담과 마찬가지로 분과학회 소속 상담관련 전공교수 또는 한국심리학회 발급 최상위 자격증 소지자들이 자원하여 활동하였다.

3월 9일부터 7월 31일까지 1차 전화상담 자원봉사에는 총 387명

1) 3.9-4.5: 2회선, 4.6-7.31: 3회선, 8.1-현재: 1회선.

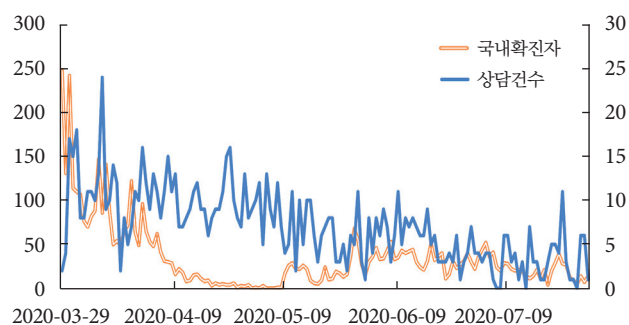
Table 2. Major Progress of COVID-19 Special Committee

	Content
Feb.	23: Decide to operate COVID-19 Special Committee
	25: President of KPA and chairman of committee Discuss the Activities and operation of the COVID-19 Special Committee
Mar.	2: Announcement and mailing of guidelines for psychological stability
	5: Recruits notice for volunteers for telephone counseling (the first)
	8: Distribute COVID-19 telephone counseling manual (ver. 1.0)
	Discuss to National Center for Trauma for medical staffs psychological support
	9: Initiate COVID-19 telephone counseling (2 lines)
	10: form advisory group with president and steering committee of KPA, Divide a committee into six subcommittees
	11: Open Kakao channel for Online counseling
	Recruits notice for volunteers for online counseling
	Announcement telephone counseling through 1339 call center (KCDC regular briefing)
	13: Distribute COVID-19 online counseling manual
	Initiate COVID-19 online counseling (Kakao channel)
	25: Recruits notice for volunteers for telephone counseling (the second)
	31: Distribute COVID-19 telephone counseling manual (ver. 2.0)

의 학회원이 참여하였으며, 연인원으로는 1,628명이다. 총 상담건수는 1,028건으로 1일 평균 7.06건이 진행되었는데 많게는 1일 최대 24건의 전화상담이 이루어지기도 하였으며 3월의 1일 평균 상담건수는 10.6건인데 반해 7월의 1일 평균 상담건수는 3.2건으로 시간이 지남에 따라 차츰 감소하는 추세를 보이고 있다. 그러나 COVID-19 장기화로 인한 피로감 누적, 확진자 증가 등의 요인으로 7월 말을 기점으로 1일 상담건수가 조금씩 상승하는 것으로 파악된다 (Figure 1).

전화상담 운영을 위해 3월 5일부터 온라인 양식에 희망날짜와 시간을 표기하도록 하여 1차로 전화상담 자원봉사자를 모집하여 3월 12일까지 약 200명이 자원봉사를 신청하였다. 1차 모집에서는 개인이 희망하는 날짜와 시간을 신청하면 일일이 수작업으로 해당 날짜와 시간을 확인하여 중복여부와 기 활동 여부를 확인하여 배정하기 때문에 신청-배정-통보의 과정을 거치게 되어 부가적인 행정 소요가 발생하였다. 또한 자격사항을 직접 기입하게 하였는데, 전적으로 개인이 기록하는 것에 의존하기 때문에 허위기록시 즉시 확인하기 어렵다는 문제점이 발견되었다.

3월 25일부터 2차 전화상담 자원봉사자를 모집하였으며 1차 모집과정에서 나타난 행정소요 발생의 문제를 보완하기 위해 온라인 예약 프로그램 활용하여 상담이 가능한 날짜와 시간이 화면에 표시되면 개인이 원하는 날짜와 시간을 신청 및 수정하도록 보완하였고, 갑작스러운 취소에 따른 상담자 공석을 예방하기 위해 72시간 이내에는 개인이 신청, 취소 및 수정이 불가능 하도록 설정하였다. 이렇게 하여 신청-배정-통보에 소요되는 행정적 노력을 절약할 수 있었다. 그리고 학회발급 최상위 자격을 나열하고 본인에게 해당하는 것을 선택하도록 하였으나, 1차 신청과 마찬가지로 개인의 기록

**Figure 1.** 일일 상담건수 및 일일 신규 확진자 현황.

에 전적으로 의존하기 때문에 허위기록에 대한 즉각적인 대응이 어려웠다.

COVID-19 전화상담은 별도의 수퍼비전 체계를 갖추지 못한 상황에서 진행해야 하고, 위기케이스를 다룰 수도 있기 때문에 상담 자원봉사자를 '분과학회 소속 상담관련 전공교수 또는 한국심리학회 발급 최상위 자격증 소지자'로 제한하였다. 자격제한을 두면서 자원봉사를 할 수 있는 사람의 수가 줄어들게 되어 장기적으로는 상담자 수급에 어려움을 겪게 되고, 실제 상담에서는 상대적으로 가벼운 수준의 케이스가 많았던 것으로 파악되어 상담 자원봉사자의 범위를 어디까지로 할 것인지에 대한 고민이 필요하다.

간헐적으로 외국어 상담에 대한 문의가 있었고 모든 문의는 영어에 국한되었다. 영어 상담 문의가 있으면 영어상담이 가능한 상담자들이 자원하여 상담을 실시하였다. 국내거주 외국인 통계를 보면 중국-베트남-태국 순으로 나타나는데, 재난약자의 범주에 외국인이 포함되는 점을 고려할 때 국내에 많이 거주하는 외국인들을 위한 심리지원 방안이 함께 고민되어야 한다. 외국인근로자지원

센터나 이주여성지원센터 등 민간기관 간의 협력을 통해 통번역 서비스와 같은 실제적인 지원을 위한 고민이 필요하다.

3, 4월은 1일 평균 상담건수가 10건으로 유지되다가 5월이 되면서 1일 평균 상담건수도 6.7건으로 줄어들었고, 상담자 수급도 원활하지 이루어지지 않았다. COVID-19에 따른 사회적 거리두기의 생활방식이 익숙해지고, 온라인을 활용한 다양한 대안들이 제시되면서 일상이 조금씩 회복되며 1회당 3시간의 자원봉사 시간이 상담자들에게 부담이 되었을 것으로 보인다. 5월이 되면서 상담자도 점차 줄어들어 3회선을 유지하는 것이 어려웠고, 상담건수도 줄어들었다. 단, 5월 말을 지나면서 상담자 공석인 시간이 점차 증가하여 상담건수의 감소가 실제 상담 수요의 감소인지, 상담자 공석으로 인한 미수신에 따른 상담건수 감소인지는 정확히 확인하기 어렵다.

COVID-19 특위의 주요한 활동이었던 전화상담의 내용은 Table 3과 같다. 전화상담 내용은 상담 신청시 이용자가 작성한 성별, 지역, 연령, 경험여부, 주요필요사항, 긴급한 정도에 대한 자료를 중심으로 분석하였다. 이용자의 성별은 여성(66%)이 남성(34.3%)보다 더 많았으며, 연령은 40대(24.1%), 30대(23.2%), 20대(22.7%)의 순으로 많이 이용하였다. 지역은 서울(38.6%)이 가장 많았으며, 경기·인천(20.1%), 대구·경북(11.8%)의 순으로 나타났으며 COVID-19 관련한 경험은 일반인(92.2%), 격리자(3.5%), 확진자(1.6%)의 순으로 나타났다. 주요 필요사항에서 가장 긴급하게 필요한 것은 정서적인 대처(26.6%), 현재 또는 미래의 안전(16.2%), 가정, 직장, 학교에서의 역할(12.1%) 순으로 나타났고, 긴급하지 않지만 중요한 필요는 마찬가지로 정서적인 대처(57.8%)가 가장 많았으며, 현재 또는 미래의 안전(48.4%), 가정, 직장, 학교에서의 역할(42.3%) 순으로 나타났다.

카카오톡 채널을 활용한 온라인 상담은 3월 11일 상담을 위한 채널 개설과 함께 상담 봉사자 모집안내가 실시되었으며, 72명의 각 분 과학회 소속 심리상담 관련 전공교수 또는 한국심리학회 발급 최상위 자격증 소지자들이 봉사자로 참여하였다. 3월 13일부터 5월 31일까지 진행된 카카오톡 채널을 활용한 온라인 상담에는 총 245건의 상담이 진행되었는데, 봉사자들의 시스템 사용미숙으로 인해 대화기록이 삭제된 경우가 있어 실제 상담은 더 많을 것으로 추정한다.

온라인상담에서는 심리적인 문제 보다는 증상, 격리지침 등에 대한 단순문의가 압도적으로 많아 조기 종료하고, 전화상담 운영을 홍보하도록 하였다. 온라인상담의 운영에서 나타난 문제는 상담자들이 시스템을 사용하는 것이 익숙하지 않고, 사용법에 대해 충분히 숙지되지 않아서 활용이 원활하게 이루어지지 않았다는 것이다. 상담요청이 있을 시 상담자 지정을 하고, 상담을 진행하고, 다시 상담자 지정을 해지하는 등 일련의 과정을 매뉴얼만 보고 쉽게 따라

Table 3. Results of Telephone Counseling

	N (%)		
Gender			
Male		353	(34.3)
Female		675	(65.7)
District			
Gangwon		18	(1.8)
Gyeonggi/Incheon		207	(20.1)
Gwangju/Jeonnam		17	(1.7)
Daegu/Gyeongbuk		121	(11.8)
Daejeon		4	(0.4)
Busan/Ulsan/Gyeongnam		89	(8.7)
Seoul		397	(38.6)
Jeonbuk		8	(0.8)
Jeju		6	(0.6)
Chungcheong		43	(4.2)
Overseas		10	(1.0)
Unable to identify		108	(10.5)
Age			
Under Teenager		13	(1.3)
Twenties		233	(22.7)
Thirties		239	(23.2)
Forties		248	(24.1)
Fifties		127	(12.4)
Sixties		62	(6.0)
Over Seventies		40	(3.9)
Unable to identify		66	(6.4)
Experience			
Quarantine		36	(3.5)
Family members of Quarantine		11	(1.1)
Confirmed		16	(1.6)
Family members of Confirmed		8	(0.8)
Bereaved		9	(0.9)
Normal		948	(92.2)
Major needs	Emergency	Important, not emergency	Not Important
Coping emotionally	251 (26.6%)	546 (57.8%)	147 (15.6%)
Safety of present or future	150 (16.2%)	449 (48.4%)	328 (35.4%)
Role in School, work, Family	111 (12.1%)	390 (42.3%)	420 (45.6%)
Socializing with people	98 (10.6%)	364 (39.4%)	462 (50.0%)
Physical Health	101 (10.8%)	349 (37.2%)	487 (52.0%)
others	49 (10.2%)	94 (19.5%)	339 (70.3%)
Drinking, drugs, prescription	32 (3.5%)	112 (12.2%)	771 (84.3%)
Necessities for daily life	22 (2.4%)	89 (9.8%)	801 (87.8%)

하기에 어려움이 있었다. 또한, 카카오톡 채널에서 상담자로 등록할 수 있는 인원은 50명으로 제한되어 있는데 반해 상담자는 자원봉사자로 이루어지기 때문에 더 많은 상담자 등록이 필요하다, 시스

템상의 제한으로 많은 인력을 활용하기 어려웠다. 자원봉사 신청자를 각 요일 및 시간별로 배치하였으나 실제로 상담자 접속여부를 운영자(특위)가 확인할 수 없어 운영 및 관리에 제한이 있었다. 그리고, 온라인의 특성상 사용자는 빠른 답변을 기대하는데, 상담자가 실시간으로 응답하지 않으면 사용자가 바로 종료하기도 하며, 상담 운영시간 외의 늦은 심야, 새벽시간 등에 대화를 시도하는 사람들도 많이 있었다. 이런 경우, 다음날 상담자가 메시지를 확인하고 응대하면 답이 없거나 그 사이 본인의 궁금함을 이미 해결했다는 응답도 많이 있었다. 소수이긴 하였으나 전화상담에서 욕설을 하는 것과 유사하게 혐오사진을 게시하는 경우도 일부 발생했다.

상담 자원봉사자의 자격을 전화상담과 동일하게 정하였는데, 상담의 내용은 단순 문의에 그치고 있어 향후 온라인 상담은 주요한 사용자 집단의 욕구나 특성을 고려하여 운영여부, 방향, 상담자 자격 등에 대한 추가적인 고민이 필요해 보인다.

상담 외에 각종 언론기고, 인터뷰 및 방송출연을 통해 대중이 심리적 안정감 회복하고 대처능력 향상할 수 있도록 다양한 정보제공 및 인식개선 활동을 하였으며, '1-3 Hello, 어떻게 지내' 온라인 캠페인을 실시하여 사회적 거리두기로 발생하는 사회적 단절감, 고립감, 소외감 등 심리적 불편을 해소하기 위한 노력도 하였다. COVID-19 특위 활동이 시작되던 3월은 강력한 사회적 거리두기와 같은 방역지침이 전파되던 시기로, 많은 언론매체에서 '거리두기'라는 단어를 집중적으로 사용하였으나 상대적으로 심리적 거리를 유지하거나 좁히기 위한 방안에 대해서는 중요하게 다루어지지 않았다. '1-3 Hello, 어떻게 지내'는 SNS를 활용하여 본인의 일상을 찍어서 올리고, 안부가 궁금한 3명의 사람을 링크하여 릴레이 형식으로 서로의 안부를 묻고 본인의 근황을 주변인에게 알려 심리적 연결감을 유지하도록 하는 온라인 캠페인으로 진행하였다. 심리교육 자료를 배포하고, 상담서비스를 제공하는 동시에 대중에게 친숙한 방식으로 심리적 안정을 취할 수 있는 방법을 고안하였으나, 온라인에서 큰 반응을 얻지는 못하였다. 심리교육, 상담과 같은 전통적 방식뿐만 아니라 유명인사와 함께하는 캠페인을 통한 사회적 분위기 전환, 인식개선 등의 다양한 방식의 접근이 시도되는 것이 필요하다.

질병관리본부와 협력하여 일일 브리핑시 학회 상담전화를 안내하고, 1339 콜센터와 연계하여 심리적 불편감이 있는 분들께 상담 전화를 연결하도록 하였으며, 이후 지역정신건강복지센터 등 공공체계에서 장기상담이 필요한 분들을 의뢰받는 구조도 만들었다. 또한, 인도적지원기관간 상임위원회(Inter-Agency Standing Committee, IASC)에서 제작한 아동용 심리교육 영상을 번역·제작하고 질병관리본부로부터 제작비 지원을 받아 배포하였다.

이번 COVID-19 특위와 질병관리본부의 협업은 기존의 협력체

계구축에 의해 이루어진 것이 아니었다. 질병관리본부와의 협업은 COVID-19관련한 한국심리학회와 활동에 전해 들은 질병관리본부의 담당자의 관심과 이를 확인한 한국심리학회의 적극적인 전문성과 기존의 인프라, 역할에 대한 적극적인 설명과 소통으로 인해 가능했다. 결국 공식적이고 체계적인 협력체계 구축에 의해서 협업이 가능했던 것은 아니었다. 아직도 단시간에 많은 상담제공 인력이 필요한 재난위기시에도 심리상담은 국가트라우마센터, 정신건강복지센터, 자살예방센터 등 관주도의 기관이 위주로 하고 있어 심리상담전문가들이 도움을 제공하고 싶어도 가능하지 않은 상태이다. 따라서 국가주도의 기관과 민간전문단체와의 상시적으로 유기적인 교류와 소통을 통한 각 기관의 역할과 기능을 충분히 공유하여 재난시 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 하는 것이 매우 중요하다.

시사점

본 연구는 감염병 위기시 심리적인 어려움을 경험하는 사람들을 위한 심리사회적 지원을 제공하기 위하여 한국과 미국의 재난심리지원시스템을 고찰하고 한국심리학회 COVID-19 전화상담을 포함한 재난위기개입 활동을 평가하여 한국 심리방역체계 구축에도움을 주고자 하였다. 한국심리학회의 COVID-19 관련 재난 위기개입활동을 전화중심으로 한 특징은 다음과 같다.

첫째, 신속한 의사결정을 바탕으로 단기간에 전화상담을 위한 체계를 구축하였다. 재난과 같은 위기시에 신속한 의사결정 체계는 위기대응의 중요한 요소이다(변성수, 신우리, 조성, 2018; 양기근, 2008). 특위 구성부터 전화상담 실시까지 2주 이내에 모든 사항이 결정되고 진행되도록 한 학회의 신속한 결정과 추진은 심리학회의 위기대응 능력을 보여주는 사례라고 할 수 있다.

둘째, 질병관리본부 등 공적체계와 연계하여 전화상담 홍보, 사례연계 등 유기적인 관계를 형성하여 전화상담을 진행하였다. 감염병 발생 시 조직 간 정보공유와 기관간 협업은 효율적인 위기관리 체계의 중요한 요소이며(권혁빈, 2017; 조숙정, 2016), 재난대응에 관한 연구에서도 공적체계와 민간체계의 유기적 관계 형성을 강조하고 있다(이동훈, 강현숙, 2015). 앞서 살펴본 미국과 우리나라의 재난심리대응체계에서도 공공과 민간의 협력체계를 규정하고 있는데, COVID-19 전화상담은 그에 대한 모범적인 사례라고 할 수 있다.

셋째, 위기개입 매뉴얼을 제작하고 배포하여 표준화된 위기개입의 틀을 마련하였다. 앞서 언급한 미국의 재난관리체계에서는 재난관리교육기관을 통해 표준화된 교육을 실시하고 있으며, 민간단체

에서도 심리적 응급처치를 기반으로 한 표준화된 개입을 사용하고 있다. 위기개입의 효과성을 담보하기 위한 대응 매뉴얼과 인력에 대한 역량강화 교육이 강조되고 있다(Parker, Barnett, Everly Jr, & Links, 2006; 장병연, 2017; 정은경, 2017). COVID-19 전화상담 매뉴얼 제작을 통해 효과적인 개입을 위한 최소한의 틀은 마련하였으나 배포 이후 매뉴얼 교육이 이루어지지 않아 실제 상담사들이 얼마나 정확하게 그 내용을 숙지하고 상담을 진행했는지는 확인하기 어렵다.

넷째, 상담의 내용을 살펴보면 COVID-19와 관련한 문제뿐만 아니라 대인관계 갈등, 학업이나 취업, 직장 내 갈등, 기저정신질환 등 여러 가지 어려움을 호소하는 것으로 나타났다. 이는 COVID-19로 인해 전반적인 정신건강이 취약해지고, 장기적인 감염병 상황으로 스트레스가 누적되고 개인이 가진 잠재된 불편감들이 촉발되어 이로 인한 도움이 많이 필요한 것으로 보인다. 재난 이후 어떤 사람들은 빠르게 회복되지만, 어떤 사람들은 장기간 심각한 어려움을 호소한다(장은정, 이영옥, 박상현, 2017; 조용래, 양상식, 2013). COVID-19 전화상담은 위기상담을 목적으로 하였으나 실제로는 다양하고 일상적인 문제로 상담을 요청하는 경우가 있어 재난 발생 시 재난에 노출된 사람들을 위한 보다 폭넓은 심리상담 서비스 제공의 필요성을 확인할 수 있었다.

COVID-19 무료심리상담은 COVID-19라는 감염병이 초래한 위기로 인해 발생한 어려움을 경험하는 국민들에게 심리상담을 제공하기 위한 목적으로 시작되었다. 그러나 실제 상담내용으로는 COVID-19 관련 불안, 우울, 감염에 대한 걱정을 포함한 COVID-19와 직접 관련된 어려움은 물론 자살, 경제적인 어려움, 양육의 어려움, 가정불화 등 매우 다양하였다. 이러한 결과는 COVID-19라는 위기사건은 질병과 관련된 한정된 영역에서의 어려움을 초래하는 것이 아닌 우리 삶 전체에 매우 심각한 문제를 초래하는 것을 해석할 수 있을 것이다. 따라서 향후 COVID-19와 같은 재난 위기상담에서는 위기상담은 물론 일반 혹은 지속상담을 유기적으로 제공할 수 있는 상담체계를 구축하는 것이 필요하다. 또한 위기상담전화의 기능과 활용에 대한 보다 구조화되고 명확한 홍보와 안내가 있어야 할 것으로 보인다.

다섯째, 상담사를 위한 보호장치의 마련이 필요하다. 전화상담이 지속되면서 상담사에게 욕설을 하거나, 일방적으로 개인의 불만을 쏟아내거나, 상습적으로 전화를 하는 등의 사례가 나타났다. 상담시스템을 구축하면서 상담사 보호를 위해 통화연결 안내문구를 삽입하였고, 위와 같은 행위가 확인된 번호에 대해 수신거부 리스트 만들어 공유하는 등 조치를 취하였으나 콜센터와 같은 전문적인 장비나 시스템을 갖추지 못한 상황에서 상담자 보호에 대한 취

약점이 확인되었다. 물리적, 심리적으로 안전하지 않은 상담환경은 상담사의 스트레스를 가중시키며, 소진을 일으키는 요인이 되며(남유신, 2014; 최수정, 정기주, 2016), 지속적으로 상담 자원봉사에 참여하기 어렵게 만드는데 영향을 미친다.

제언

지금까지 살펴본 내용을 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 다양한 공공기관과 민간단체가 상호 유기적인 협력관계를 구축해야 한다. 미국의 재난심리지원체계에서는 적십자를 중심으로 하는 민간단체들이 공공에서 제공하는 서비스를 보완하는 역할 담당하고 있다. 우리나라도 중앙재난심리지원단 구성을 하고 민간 전문가를 참여하도록 하고 있으나, 개인차원의 참여로 단체 간 유기적 협력은 미미한 실정이다. 재난시 제한된 자원으로 효과적인 개입을 할 수 있도록 재난 이전에 민간과 공공 그리고 민간 기관 간의 유기적인 연계체계를 갖추어야 한다.

둘째, 상담 외에 다양한 개입방안을 개발하고 활용해야 한다. 효과적인 초기개입을 위해서는 개인개입 뿐만 아니라 집단개입, 가족개입, 영적개입 등 다양한 형태의 개입을 사용할 것을 권고하고 있으며(Everly Jr, Hamilton, Tyiska, & Ellers, 2008), 그 방법에 있어서도 상담 뿐만 아니라 심리교육, 정보전달, 스트레스 관리, 갈등해결 등 욕구에 따른 개입 방법을 통합적으로 사용할 것을 요구하고 있다(Everly & Lating, 2013; Everly Jr & Mitchell, 2001). 특히 날로 발전하는 기술의 변화에 발맞추어 적은 자원으로 대중에게 효과적인 개입을 할 수 있도록 어플리케이션이나 온라인 매체 활용 등 기술 기반의 개입으로 발전시키고 다양화하기 위한 노력이 필요하다.

셋째, 전문적이고 효과적인 개입을 위한 인력양성 프로그램이 필요하다. COVID-19 전화상담에서는 매뉴얼만 배포되었으나 온라인을 통한 교육이 제공되는 것도 가능하며, 전화 또는 온라인 상담 자원봉사자를 위한 위기개입 교육이 이루어지고, 유사 시 훈련받은 인원이 활동하도록 하는 것도 방안이다. 재난에 있어 인력의 확보와 교육훈련은 여러 연구에서 이미 논의되었으며(노진철, 이동훈, 김세경, 2016; 장병연, 2017; 정은경, 2017), 실제와 훈련 중심의 실효성을 갖춘 교육이 이루어지도록 해야 하겠다. 또한 앞서 제언한 내용과 연결하여 새로운 기술개발과 발맞추어 문자, 화상 등 다양한 매체를 활용한 개입을 위한 교육과 훈련이 동시에 이루어지는 것이 필요하다.

넷째, 재난 발생 초기에 정확한 정보와 관련 자료를 확보하고, 이용 계층에 적합한 다양한 형태의 교육과 정보제공이 절대적으로 필요하다. 재난 초기 적시에 제공되는 정확한 정보는 불안과 혼란

을 낮추는데 중요한 요인이다(Everly & Mitchell, 2008; 이동훈, 김지윤, 강현숙, 2016). 심리교육을 위한 자료를 아동을 위한 만화와 동영상, SNS 사용자를 위한 카드뉴스, 시각장애인을 위한 점자 등으로 변환하거나 외국인 근로자, 이주여성 등 외국인을 위한 다양한 언어로 제공하는 노력이 필요하다.

COVID-19와 관련하여 한국심리학회 COVID-19 전화상담을 포함한 재난위기개입 활동은 한국심리학회가 가진 전문성을 활용하여 국민들의 심리적 안정에 크게 기여한 기록할 만한 일이다. 특히, 전문가 자격을 갖춘 많은 회원들의 자발적인 참여로 이루어낸 성과로 세계적으로 유례를 찾아보기 힘든 의미있는 일이다(Clay, 2020). 그러나 지금의 감염병 상황은 끝을 알 수 없고, 이후에 우리 삶이 어떻게 변화할지 알 수 없기 때문에 새로운 환경에 적응하기 위하여 개인 뿐만 아니라 지역사회와 화합력을 강화하기 위한 노력을 지속해야 할 것이다. 특히 새로운 기술을 고려한 다 학제간 융합연구를 통해 심리방역 체계구축을 위한 추가적인 연구들이 있어야 할 것이며, 본 연구가 COVID-19와 같은 전염성이 강한 감염병으로 인한 재난에 대한 적합한 개입 모델을 구축하는데 도움이 되었으면 한다.

Author contributions statement

Yoonho Lee, graduate student at Yongmoon Graduate School of Counseling Psychology collected and analyzed data, and led manuscript preparation. Sungpil Yook, associate professor at Yongmoon Graduate School of Counseling Psychology proposed research theme and supervised the research process. All authors provided critical feedback, participated in revision of the manuscript, and approved the final submission.

References

- 국립정신건강센터. 감염병 심리사회방역지침(현장용). (2020). Retrieved from <https://nct.go.kr/serviceCenter/formatReferenceDetail.do?refnceSeq=364>.
- 권혁빈. (2017). 미국의 웨스트 나일 바이러스 극복 사례가 우리나라 메르스 사태에 주는 교훈: 조직간 협업과 정보공유를 중심으로. *시큐리티 연구*, 52, 143-162.
- 남유신. (2014). 고객의 언어폭력이 컨택센터 상담사의 분노, 소진, 이직의도에 미치는 영향. *Tourism Research*, 39, 17-39.
- 노진철, 이동훈, 김세경. (2016). 재난 대응시 심리지원 체계의 국내, 외 현황. *놀이치료연구*, 20, 117-133.
- 변성수, 신우리, 조성. (2018). 감염병 위기관리를 위한 긴급대응체계 구축. *한국콘텐츠학회논문지*, 18, 484-494.
- 보건복지부. (2020). 코로나바이러스감염증-19. Retrieved from <http://ncov.mohw.go.kr/>.
- 양기근. (2008). 재난심리지원 서비스 전달체계에 관한 연구. *Crisisnomy*, 4, 50-62.
- 육성필, 이운호. (2019). 재난의 이해와 개입(위기관리총서 시리즈 6). 서울: 박영스토리.
- 이나빈, 안현의. (2016). 생태체계이론에 기반한 재난피해자들의 외상후 스트레스 장애 관련변인 메타분석. *Korean Journal of Psychology: General*, 35, 38.
- 이동훈, 강현숙. (2015). 미국의 재난심리지원 체계 및 재난위기상담의 실제와 시사점. *상담학연구*, 16, 513-536.
- 이동훈, 김세경, 최태산. (2015). 재난정신건강에 대한 국내 연구동향 분석. *재활심리연구*, 22, 41-58.
- 이동훈, 김지윤, 강현숙. (2016). 메르스(MERS) 감염에 대해 일반대중이 경험한 두려움과 정서적 디스트레스에 관한 탐색적 연구. *한국심리학회지: 일반*, 35, 355-383.
- 이상경. (2015). 미국의 재난대응체계의 규범적 고찰과 시사점. *서울법학*, 23, 23-68.
- 이승연. (2007). 심리적 경험보고(debriefing)의 문제점들과 올바른 적용을 위한 제언. *한국심리학회지: 문화 및 사회문제*, 13, 63-89.
- 이옥철, 조갑출, 신기수, 백희정. (2008). 재해간호 활동에 대한 역사적 고찰. *한국재난정보학회논문집*, 4, 106-121.
- 장병연. (2017). 신종감염병 대유행시 국가위기관리체계에 관한 연구-학교감염예방활동을 중심으로. *대한정치학회보*, 25, 69-89.
- 장은정, 이영옥, 박상현. (2017). 재난 피해자의 심리 상태 변화에 대한 추적 조사 연구. *한국방재학회 학술대회논문집*, 3, 1-1.
- 정은경. (2017). 국가 감염병 공중보건위기 대비와 대응체계. *Journal of the Korean Medical Association/Taehan Uisa Hyophoe Chi*, 60, 296-299.
- 조숙정. (2016). 감염병 행정의 현상진단과 개선방안: 정보프로세스관점에서. *국정관리연구*, 11, 77-109.
- 조용래, 양상식. (2013). 자연재난 생존자들의 장기적인 심리적 증상들에 대한 예측요인으로서 외상 당시의 해리, 외상 후 부정적 신념 및 사회적 지지 부족. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 32, 955-979.
- 중독포럼. 코로나19 전후 음주, 온라인게임, 스마트폰, 도박, 음란물 등 중독성행동변화 실태조사. (2020). Retrieved from http://www.addictionfr.org/web/content06/index1.php?&v_type=detail&c_code=369.
- 최경화, 하미나, 손정남, 강종원, 정우철, 정해관. (2011). 허베이 스프릿 기름 유출 사고 이후 태안지역 주민의 정신건강. *환경독성보건학회 심포지엄 및 학술대회*, 219-220.
- 최수정, 정기주. (2016). 콜센터에서 상담사의 지각된 고객언어폭력이 감정도동과 감정소진에 미치는 영향. *경영학연구*, 45, 295-328.
- 하규만. (2011). 한국의 재난대응체계의 바람직한 개선방향 연구-미국·일본·한국의 국가재난대응체계의 비교분석을 중심으로

- 으로. *한국비교정부학보*, 15, 209-232.
- 하현상, 김종범, 조경호, 이석환, 최진식, 전대욱. (2014). 지역사회 재난 리질리언스 (Community Disaster Resilience) 연구의 비판적 고찰과 행정학적 제언. *지역발전연구*, 23, 409-464.
- 한국트라우마스트레스학회. (2020). 코로나바이러스감염증-19 2차 국민 정신건강 실태조사. (2020). Retrieved from <http://kstss.kr/?p=1733>.
- 행정안전부. (2020). 행안부, 대한적십자사와 손잡고 일원화된 재난심리회복체계 구축. Retrieved from https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type010/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMS_TR_000000000008&nttId=75954.
- 행정안전부. (2017). 재난심리회복지원 실무 매뉴얼(재난구호과 Publication No. 11-1741000-000032-10.) Retrieved from https://www.safekorea.go.kr/idsiSFK/neo/sfk/cs/csc/bbs_conf.jsp?bbs_no=13&emgPage=Y&menuSeq=569.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bordow, S., & Porritt, D. (1979). An experimental evaluation of crisis intervention. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 251-256.
- Boscarino, J. A., & Adams, R. E. (2008). Overview of findings from the World Trade Center Disaster Outcome Study: recommendations for future research after exposure to psychological trauma. *International Journal of Emergency Mental Health*, 10, 275.
- Boscarino, J. A., Adams, R. E., & Figley, C. R. (2005). A prospective cohort study of the effectiveness of employer-sponsored crisis interventions after a major disaster. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7, 9.
- Bunn, T. A., & Clarke, A. M. (1979). Crisis intervention: An experimental study of the effects of a brief period of counselling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 191-195.
- Campfield, K. M., & Hills, A. M. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 327-340.
- Cheng, C. (2004). To be paranoid is the standard? Panic responses to SARS outbreak in the Hong Kong Special Administrative Region. *Asian Perspective*, 67-98.
- Cheng, C., & Tang, C. S. K. (2004). The psychology behind the masks: Psychological responses to the severe acute respiratory syndrome outbreak in different regions. *Asian Journal of Social Psychology*, 7, 3-7.
- Cho, H. J. (2020.2.28). “각기 다른 불안 요인... 지역 맞춤형 ‘심리 방역’ 필요”. 한겨레. Retrieved from <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/930241.html#csidxb3315f4ebcd54959144c9e7f9a3acb5>.
- Clay, R. A. (2020, July 13). How the world's psychologists are tackling COVID-19. Retrieved from <http://www.apa.org/topics/covid-19/world-psychologists>.
- Cohan, C. L., & Cole, S. W. (2002). Life course transitions and natural disaster: Marriage, birth, and divorce following Hurricane Hugo. *Journal of Family Psychology*, 16, 14-25.
- CoronaBoard(2020). COVID-19 Dashboard Retrieved from <https://coronaboard.com/global/>.
- Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C., & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 77-85.
- Decker, J. B., & Stubblebine, J. (1972). Crisis intervention and prevention of psychiatric disability: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 129, 725-729.
- DiGiovanni Jr, C. (1999). Domestic terrorism with chemical or biological agents: Psychiatric aspects. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1500-1505.
- Donahue, S. A., Lanzara, C. B., Felton, C. J., Essock, S. M., & Carpinello, S. (2006). Project Liberty: New York's crisis counseling program created in the aftermath of September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57, 1253-1258.
- Eun, H. J., Lee, S. M., & Kim, T. H. (2001). The epidemiological study of posttraumatic stress disorder in an urban area. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 40, 581-591.
- Everly Jr, G. S., & Mitchell, J. T. (2001). America under attack: The “10 Commandment” of responding to mass terrorist attacks. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 133-135.
- Everly Jr, G. S., Hamilton, S. E., Tyiska, C. G., & Ellers, K. (2008). Mental health response to disaster: Consensus recommendations: Early Psychological Intervention Subcommittee (EPI), National Volunteer Organizations Active in Disaster (NVOAD). *Aggression and Violent Behavior*, 13, 407-412.
- Everly Jr, G. S., Sherman, M. F., Stapleton, A., Barnett, D. J., Hiremath, G. S., & Links, J. M. (2006). Workplace crisis intervention: A systematic review of effect sizes. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21, 153-170.
- Everly, G. S., & Lating, J. M. (2013). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York, NY: Springer.
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2008). *Integrative crisis intervention and disaster mental health*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation.
- Federal Emergency Management Agency. (2016). *Crisis counseling assistance and training program guidance*. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/images/fema-ccp-guidance.pdf>.
- Federal Emergency Management Agency. (2020). *National Preparedness Course Catalog*. Retrieved from https://www.firstrespondertraining.gov/frtserver/catalogs/EMI_course_catalog.pdf?_id=1599202585932.
- Flannery, R. B., Farley, E., Rego, S., & Walker, A. P. (2007). Charac-

- teristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 15-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Psychiatric Quarterly*, 78, 25-37.
- Holloway, H. C., Norwood, A. E., Fullerton, C. S., Engel, C. C., Jr, & Ursano, R. J. (1997). The threat of biological weapons: Prophylaxis and mitigation of psychological and social consequences. *JAMA*, 278, 425-427.
- Inter-Agency Standing Committee. (2006). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Retrieved from https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf.
- Kwon, K. S. (2015, 5, 28). '메르스포비아' 단순감기도 의심신고 잇따라, 국민일보. Retrieved from <http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0923094814&code=11132000&cp=nv>.
- Lating, J. M., Sherman, M. F., Lowry, J. L., Everly, G. S., Jr, & Pergine, T. F. (2004). PTSD reactions and coping responses of East Coast and West Coast American Airlines flight attendants after September 11: a possible psychological contagion effect?. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 876-879.
- Leung, G. M. (2003). The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 857-863.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38, 467.
- Norris, F. H., & Bellamy, N. D. (2009). Evaluation of a national effort to reach hurricane Katrina survivors and evacuees: The crisis counseling assistance and training program. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36, 165-175.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 207-239.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Berntsen, D., & Siegler, I. C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. *Clinical Psychological Science*, 1, 426-434.
- Parker, C. L., Barnett, D. J., Everly, G. S., Jr, & Links, J. M. (2006). Expanding disaster mental health response: A conceptual training framework for public health professionals. *International Journal of Emergency Mental Health*, 8, 101-109.
- Pittman, F., Langsley, D., Flomenhaft, K., DeYoung, C., Machotka, P., & Kaplan, D. M. (1971). Therapy techniques of the family treatment unit. *Changing Families: A Family Therapy Reader*, 259-271.
- Safarpour, H., Sohrabizadeh, S., Malekian, L., Safi-Keykaleh, M., Pirani, D., Daliri, S., & Bazyar, J. (2020). Suicide death rate after disasters: a meta-analysis study. *Archives of Suicide Research*, 1-14.
- United Nation International Strategy for Disaster Reduction. (2009). UNISDR terminology on disaster risk reduction. Retrieved from https://www.preventionweb.net/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf.
- Wi, J. E. (2020.2.24). "언제 어디서 감염될지 모른다" 공포...국민 '심리 방역'도 중요. 동아일보. Retrieved from <http://www.donga.com/news/article/all/20200224/99856223/1>.
- World Health Organization. (2003). Severe acute respirator syndrome (SARS): Status of the outbreak and lessons for the immediate future. Retrieved from https://www.who.int/csr/media/sars_wha.pdf?ua=1.
- World Health Organization. (2020). WHO Director-General's Opening Remarks At The Media Briefing On COVID-19 - 11 March 2020. Retrieved from <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Yokoyama, Y., Otsuka, K., Kawakami, N., Kobayashi, S., Ogawa, A., Tannno, K., & Sakata, K. (2014). Mental health and related factors after the great east japan earthquake and tsunami. *PLoS ONE*, 9, e102497.

국문초록

Post-COVID-19를 대비한 효과적인 위기개입을 위한 접근과 활동: COVID-19 위기개입을 중심으로

이윤호·육성필

용문상담심리대학원대학교

본 연구는 우리나라 재난심리 지원체계와 미국의 재난심리 지원체계 및 위기상담 프로그램을 살펴보고, 그 시사점을 도출하여 Post-COVID-19를 위한 한국형 심리방역체계 구축에 대한 방향을 제시하고자 하였다. 이를 위해 한국심리학회 COVID-19 특별대책위원회의 전화상담을 중심으로 한 재난 위기개입의 활동을 분석하였다. 본 연구의 주요 시사점은 다음과 같다. 첫째, 신속한 의사결정을 바탕으로 단기간에 전화상담을 위한 체계를 구축하였다. 둘째, 질병관리본부 등 공적체계와 연계하여 전화상담 홍보, 사례연계 등 유기적 관계를 형성하였다. 셋째, 위기개입 매뉴얼을 제작하고 배포하여 표준화된 위기개입의 틀을 마련하였다. 넷째, 코로나와 관련한 문제뿐만 아니라 재난에 노출된 사람들의 다양한 어려움과 폭넓은 심리상담 서비스 제공의 필요성을 확인하였다. 다섯째, 상담사를 위한 보호장치가 마련되어야 한다. 마지막으로 본 연구의 결과와 시사점을 바탕으로 한 제언을 하였다.

주요어: 재난심리지원체계, Post-COVID-19, 위기개입