한국학교보건학회지 제30권 제3호, 2017년 12월
J Korean Soc Sch Health Vol. 30 No. 3, 295-305, December 2017
p-ISSN 1225-9608 | e-ISSN 2288-9957
https://doi.org/10.15434/kssh.2017.30.3.295

청소년의 자해 행동 예방을 위한 마음챙김 기반 정서 관리 훈련 효과

이 우 경
서울사이버대학교 상담심리학과

Effects of Mindfulness-based Emotion Management Training on Preventing Self-harming Behaviors in Adolescents

Woo Kyeong Lee
[1]Department of Counseling Psychology, Seoul Cyber University

ABSTRACT

Purpose: This study was conducted to evaluate the effect of Mindfulness-based Emotion Management Training for adolescents immersed in self-harm behaviors. **Methods:** The participants were 61 middle school students located in Seoul. Thirty students were assigned to the Mindfulness-based Emotion Management Training (M-EMT) group and the other 31 students were assigned to the waitlist group. The students in the M-EMT group participated in a total of 12 sessions, twice a week, for 6 weeks. The modules of the program comprised of mindfulness for emotion, mindfulness for behavior/impulse, mindfulness for thought, and coping with self-harming behavior. The Distress Tolerance Scale, Deliberate Self-Harm Inventory, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, and Scale Suicidal Ideation were assessed at baseline and post-intervention. **Results:** Compared to the waitlist group, the intervention group exhibited a statistically significant improvement in distress tolerance and cognitive emotion regulation and a statistically significant reduction in self-harming behaviors and suicidal ideation. **Conclusion:** These results support the hypothesis that mindfulness-based emotional management training has a positive effect on reducing self-harming behaviors and enhancing distress tolerance and cognitive emotional regulation.

Key Words: Adolescents, Self-harm, Mindfulness, Emotion management, Distress tolerance

서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 청소년 자살률은 급격하게 상승하고 있고 사회적인 문제로 인식되고 있다. 대학 입시 경쟁률이 날로 심각해지고 있는 가운데 청소년들은 학업부담, 또래 관계에서 왕따나 폭력 문제, 가정 문제 등 많은 스트레스에 노출되어 있고 이로 인한 우울, 강박장애, 불안 등의 심리장애가 청소년들의 자살률을 높이는 것으로 알려져 있다[1].

자살 행동과 별개로 최근 들어 청소년들 사이에서 자해 행동이 점점 증가하고 있어 청소년의 정신건강을 위협하고 있다. 청소년의 자살 문제에 대해서는 사회적 관심도 많고 관련 연구도 많으나 자해 행동에 대한 연구는 상대적으로 많지 않는 실정

Corresponding author: Woo Kyeong Lee
Department of Counseling Psychology, Seoul Cyber University, 60 Solmae-ro, 49-gil, Gangbuk-gu, Seoul 01133, Korea.
Tel: +82-2-944-5000, Fax: +82-2-980-2222, E-mail: wisemind96@iscu.ac.kr

- 이 논문 또는 저서는 2015년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2015S1A5A8012870).
- This work was supported by the Ministry of Education of the Republic of Korea and the National Research Foundation of Korea (NRF-2015S1A5A8012870).

Received: May 4, 2017 / Revised: Nov 29, 2017 / Accepted: Nov 29, 2017

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

이다. 자해 행동 중에서도 비자살성 자해 행동(Non Suicidal Self-Injury, NSSI)은 자살하려는 특별한 의도 없이 자기 신체 일부를 고의로 파괴하는 행동으로 정의되고 있고[2], 미국 정신의학진단분류체계인 DSM-5에서는 새로운 진단으로 부각되고 있다[3]. 국내에서 진행된 연구는 거의 없지만 외국에서 진행된 몇몇 연구들에 따르면 NSSI는 일반 정상 인구 집단 중에서 특히 청소년들에게서 많이 나타나고 있는 것으로 보고되고 있다[4-6]. 자해행동은 대개 초기 청소년기인 12~14세 무렵에 시작되는 것으로 알려져 있는데, 연구들마다 다르지만 청소년 사이에서 자해 행동의 평생 유병률은 7%에서 41.9%에 걸쳐 있는 것으로 보고되고 있다[7-9].

비자살성 자해는 이전에는 경계선 성격 장애(Borderline Personality Disorder, BPD)와 같은 특정 성격 장애의 한 측면으로 개념화되거나 자살 의도가 없는 자해의 다른 범주로 규정되어 왔다[2]. 자살 사고 및 행동(Suicidal Thoughts and Behaviors, STB)과 비자살성 자해(NSSI)는 비슷한 개념이지만 빈도, 치명성, 의도에 있어서 다르다. 이 두 현상은 일반적으로 죽을 의도가 있는가 여부에 따라 구분이 된다. 자살 행동과 비자살적 자해의 관계는 분명히 밝혀지지 않았지만 몇 몇 연구에 따르면 자살 생각과 행동의 강력한 예측인자 중의 하나가 비자살적 자해라는 사실이 밝혀지고 있다[4,5,7,10].

자해 행동의 원인은 크게 대인관계요인과 개인내적 요인으로 나누어 살펴볼 수 있다. 자해 행동의 개인내적 요인을 구체적으로 살펴보면 자해 행동은 우울이나 불안과 같은 내면화된 심리적인 문제나 고통[11,12] 혹은 분노 표출과 품행장애와 같은 외현화 문제[13,14]에 스스로 대처하기 위한 노력의 일환으로 해석된다. 이런 관점에서 보면 자해 행동은 고통스러운 감정에서 도망가기 위한 시도로 여겨진다[14]. 특히 자기 감정을 인식하고 이해하고 표현하는 능력이 떨어지는 청소년들이 일상적인 삶에서 느끼는 스트레스나 정서적 고통을 회피하기 위해 자해행동에 몰두한다고 볼 수 있다. 정서적 고통을 이해하고 감내하는 능력의 부족이 청소년들로 하여금 자기 신체를 훼손하는 부적절한 행위에 몰두하게 만드는 것이다. 또 다른 중요한 요소는 학업 스트레스이다. 우리나라는 유독 성적을 강조하는 사회 문화적 분위기로 인해 부모나 선생님들과 같은 주변 인물로부터 학업 성취 압력과 기대를 많이 받는 청소년들은 그렇지 않은 청소년들에 비해 학업부담과 학업 스트레스를 많이 느끼고 이것이 자해행동으로 이어진다[15].

지해 행동에 영향을 주는 대인 관계 요소는 부모와의 좋지 않은 관계를 우선으로 꼽을 수 있다[16]. 지역사회 청소년들을 대상으로 한 연구에서도 부모로부터 적절한 보호나 양육 부족이 청소년의 자해 행동을 부추기는 것으로 드러나고 있다. 이 중에서 권위주의적인 양육 스타일을 가진 부모와의 관계가 청소년의 자해행동의 주요한 위험요인이라고 보고되고 있다[17]. 부모의 엄격한 행동 통제가 청소년의 내적 갈등을 일으키고 이런 내적 갈등을 처리하지 못하여 반복적인 자해행동으로 이어진다는 것이다. 또 다른 대인 요소는 또래 관계이다. 청소년 시기에 또래 관계는 매우 중요하기 때문에 또래 관계에서 만족스러운 경험을 하지 못한 청소년들이 의도적인 지해행동에 빠질 수 있다. 연구에 따르면 또래 관계에서 희생자 역할을 하는 것이 자살 사고나 상관이 높다고 알려져 있다[10]. 청소년들의 경우 또래 거부, 희생자, 사회적 고립, 또래 관계 갈등이 자살 행동의 촉발요인으로 알려져 있다.

청소년기는 내적 갈등과 관계 문제를 가진 발달 단계에 있고 정체성을 확립하고 사회적 역할을 해나가는 과제에 직면해 있다. 이 과정에서 내적 갈등과 외적인 갈등을 제대로 해결하지 못해 이런 내, 외적 스트레스를 자해 행동이라는 부적응적 행동을 통해 긴장과 갈등을 방출할 수 있다[14,17]. 청소년 자해 행동이 정신건강 서비스 분야에서 매우 흔하고 심각한 병리로 이해되고 있는 가운데 이에 대한 치료적 접근도 최근 들어 활발하게 이루어지고 있다. 하지만 자해 행동을 어떻게 하면 막을 수 있는지 알려진 치료방법이 많지 않은 가운데 사후 에 상담이나 관련 정신과적 상태에 초점이 주어진 치료는 반복적인 자해 행동을 막는데 그다지 효과가 없는 것으로 알려져 있다. 청소년 자해 행동은 치료하기가 쉽지 않은 복잡한 행동이다. 자해 청소년은 흔히 정서적으로 불안정하고 강한 정서적 반응성과 충동성[5,10], 치료 거부, 높은 탈락률[18,19]을 보인다고 알려져 있다. 자해 청소년들은 반복적인 심리사회 문제[19,20]를 가지고 있고 장기적으로는 치료 예후가 좋지 않다고 알려져 있다[21].

그동안 자해를 방지하기 위한 치료법으로 각광을 받은 것이 변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy, DBT)이다. Linehan 등[22]은 의도적이고 급성이며 자살 의도가 있는 혹은 없는 자해 행동을 목표로 DBT 효과를 검증하였다. 그 결과 일상적인 치료 집단에 비해 DBT 집단은 유사 자살 행동의 빈도가 유의하게 감소하였다. 경계선 성격 장애 입원 환자를 대상으로 DBT를 실시한 결과 자해 행동이 유의하게 감소하는 것으로 보고하였다. 이들은 표준적인 DBT 치료외에도 1주일에 1.5시간 정도 개별화된 신체 지향 치료(body oriented therapy), 그리고 1주일에 1시간 정도 마음챙김 집단 회기를 결합하였다. 마음챙김 집단은 표준적인 DBT 마음챙김 모듈의 확장으로 정좌 명상 등을 보완하였고 신체지향 치료는 정신운동

상호작용과 연습을 통해 "신체 개념"을 향상시키는 것을 목표로 하고 있다. 대기자 집단은 31%가 좋아진 반면 DBT집단은 68%가 자해 행동이 감소되었다.

인지행동치료(Cognitive Behavior Therapy, CBT) 역시 전통적인 심리 치료의 한 방법으로 자해 행동에 적용되어왔다. 인지치료는 문제 행동을 변화시키기 위해 역기능적인 태도와 핵심 신념을 다루어주는 전통적인 심리치료방법이다. 핵심 신념은 대개 소크라테스식 질문이나 행동 실험으로 변화시킨다. 이 치료는 자해의 유지 요인에 대한 인지 모델을 바탕으로 자해 행동을 유발하는 상황에서 인지 행동 대처 기술을 개발하기 위해 자살 및 부정적인 사고를 바꾸기 위한 개입방법으로 고안되었다. 치료 회기는 자해를 유지시키는 기제를 확인하고 수정하는 것에 초점을 둔다. 치료의 첫 번째 단계는 가장 최근의 자해 에피소드를 파악하고 자해 행동 이전과 과정 동안에 일어난 상황, 동기, 이유, 인지, 정서, 행동을 평가하는 것이다 그 다음단계에서는 역기능적 인지, 정서 조절 실패, 좋지 않은 문제 행동이 자해 행동을 유지시키는 원인이 된다는 것을 내담자와 함께 다루게 된다.

Chanen과 동료들[23]은 경계선 성향을 보이는 78명의 청소년들을 대상으로 유사자살 행동을 감소시키기 위해 인지 분석치료(Cognitive Analytic Therapy, CAT)의 효과를 살펴보았다. 이 치료는 단기 집단 치료로 무의식적으로 일어나는 반복적인 문제 행동이 기분과 관련된 문제 절차(덫, 딜레마, 장애물)와 관련이 있다고 보고 이를 재개념화하여 목표 문제 절차의 관점에서 유사자살 행동을 감찰하고 방지하는 내용으로 구성되어 있다. 특히 자해 행동을 하는 청소년들은 힘든 상황에서 대처 방법을 효율적으로 고안하기 어렵기 때문에 치료 회기에 치료자와 같이 효과적인 대응 방법을 모아본 다음 대처카드에 적어서 힘든 순간에 꺼내보게 함으로써 대안적인 행동을 연습시킬 수 있다. 자해에 몰두하는 사람들은 잘못된 문제 해결을 하고 그 결과 잘못된 의사소통 방식을 가지고 있기 때문에 의사소통과 문제해결 기술을 가르치는 것이 중요하다. 여기에는 역할 연습, 편지 쓰기, 일기쓰기, 직접적인 피드백 주기 등이 포함될 수 있다. 이외에 치료자는 위기 상황에서 문제 해결 기술을 즉각적으로 사용할 수 있도록 위기 계획을 세워서 활용할 수 있게 한다[24].

2. 연구목적

청소년의 자해 행동은 최근 들어 연구자들과 임상가들의 관심을 끌고 있다. 청소년 자해 행동에 적용되어 온 치료 모듈은 주로 경계선 성격장애 환자를 위한 변증법적 행동치료와 인지분석치료, 인지 행동치료에 기반을 두고 있다. 그러나 이러한 치료방법들이 자해 행동을 줄이는데 효과적이라고 밝혀지기는 했지만 국내에서는 적용이 된 적이 없고, 청소년 자해 행동의 복합적인 특징을 잘 다루지 못한다는 비판도 있다[23]. 자해 행동을 하는 청소년들은 정서조절 문제, 대인관계 문제, 가족 문제 등 복합적인 문제를 보이기 때문에 이러한 문제들을 다룰 수 있는 복합적인 치료 모델이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 청소년 자해와 관련된 위험요인 연구와 기존의 치료적 개입 효과 연구를 토대로 자해 청소년들의 개인내적 정서적 문제와 대인 문제 등을 잘 다룰 수 있도록 하는 복합적인 치료 프로그램을 구성하고 이를 적용하여 그 효과를 연구하고자 한다.

청소년 자해 행동을 예방하기 위한 본 치료 프로그램은 전통적인 인지행동치료, 사회기술 훈련, 대인관계 심리치료, 집단 치료 그리고 최근 들어 각광을 받고 있는 마음챙김 훈련, 변증법적 행동 치료 이론 등에서 핵심적인 요소들을 통합하여 절충적인 내용으로 구성하였다. 본 연구에서는 반복적인 자해 행동을 줄이기 위한 집단 행동치료의 일환으로 이들 청소년들에게 문제 해결 기술과 인지 전략을 가르치고 정서적 고통 상황에서 고통을 견딜 수 있는 행동 치료 전략, 감정과 사고에 대한 마음챙김 훈련을 실시한 뒤 그 효과를 살펴보고자 하였다. 구체적으로는 자해 청소년들이 많이 보이는 관계 문제, 학업, 교우 관계 등 학교 관련 문제, 가족 문제, 분노 관리, 우울 및 자해, 절망감, 불안 등의 감정적 고통을 다루는 것에 초점이 주어지고 신체상에 대한 분석을 통해 신체 작업과 같은 내용들이 포함되었다.

연구방법

1. 연구대상

자해 행동 질문지를 통해 최근 6개월간 2회 이상 자해 행동을 한 중학교 1학년에서 2학년 학생들을 대상으로 하였다. 모든 참가자들에게 연구목적에 관한 설명을 해주고 참여 동의서를 받으며 프로그램 참여 학생들의 부모들에게도 공문을 보내 프로그램 목적에 대해 설명하고 동의를 구하였다. 자해 집단 프로그램에 참여하는 학생들의 낙인 위험을 줄이기 위해 집단 프로그램 참가자 모집 시 '자해'라는 말 대신 '건강한 마음관리를 위한 정서관리훈련'이라는 명칭을 사용하였다. 통계적 산출 근거(http://biostat.mc.vanderbilt.edu/wiki/Main/PowerSam

pleSize)에 따라 통계적 검증력이 85% 이상 되기 위해서는 최소한 한 집단에 40명 정도는 되어야 하므로 두 집단 합하여 80명으로 잡았다. 하지만 프로그램 도중 중도 탈락자가 발생하여 최종적으로는 마음챙김 기반 정서관리 프로그램 참가자 30명, 대기자 통제 집단 31명이 통계분석에 포함되었다. 프로그램 시작 1주일 전에 사전 검사를 실시하고 프로그램 중간과 프로그램 종결 시점에서 반복 측정을 하였다.

지적 장애가 있거나 급성 정신병적 증상을 보이거나 타인과 자신에게 해를 가할 위험이 있는 청소년, 지적장애를 보이는 청소년들은 연구대상에서 제외하였다. 연구대상자의 건강, 심리상태에 영향을 미치는 위험이 발생하거나 만일 치료 프로그램 도중 자해 행동이 심해지면 정신의료기관에 의뢰하고 연구참여를 중단할 것을 개입 지침으로 하였다. 또한 프로그램 참여 집단과 대기자 집단 중 연구참여 중지 의사를 밝힌 경우 그 시점에서부터 연구참여를 중지시켰다.

2. 연구도구

1) 고통감내력 척도(Distress Tolerance Scale, DTS)

이 척도는 부정적 심리 상태를 경험할 때 그 고통을 감내하는 능력을 측정하기 위한 질문지이다[24]. DTS는 15개 문항으로 구성되어 있고 각 문항은 '그렇지 않다'에서 '매우 그렇다'까지 5점 리커트 척도로 평정하게 되어 있다. 원판에서는 DTS가 고통 감내력, 몰두, 평가, 조절과 같은 4가지 하위요인을 포함하고 있다는 보았지만, 한국판 DTS [25]가 고통감내력, 몰두, 평가 3가지 하위요인으로 구성되어 있다고 보았다. 한국 DTS의 내적합치도 Cronbach's α는 .91이었고, 검사-재검사 신뢰도는 .77이었다. DTS는 15점~75점까지로 채점되며 점수가 높을수록 고통을 감내하는 능력이 부족하다는 것을 나타낸다. 본 연구에서 한국 DTS의 내적합치도 Cronbach's α는 .90으로 나타났다.

2) 자해행동척도(Deliberate Self-Harm Inventory, DSHI)

자해행동을 측정하기 위한 척도[26]로 모두 16문항으로 이루어져 있고 각 문항에 '예'라고 대답하는 경우 행동 결과에 대한 입원여부, 발병 나이, 자해 빈도, 마지막 자해 시기, 자해 기간 등을 묻는 다섯 개의 질문에 추가적으로 답하게 되어 있으나 연구자는 자해여부와 빈도를 함께 알아볼 수 있도록 '예', '아니오'를 표시하고 횟수를 적도록 하였다. 지시문에는 '지난 1년 동안 죽으려는 의도없이 고의적으로 자신을 다치게 하는 행동들'을 적게 하였다. 지난 일년 동안 적어도 한 가지 이상의 자해행동 경험이 있을 경우 '자해군', 그렇지 않을 경우 '비자해군'으로 구분한다.

3) 인지적 정서 조절 전략 척도(Cognitive Emotion Regulation Questionnare, CERQ)

CERQ는 부정적 사건에 직면하면 어떤 인지 책략을 사용하는지 질문하는 것으로[27, 28] 자기비난, 수용, 반추, 긍정적 재조명, 해결중심적 사고, 긍정적 재평가, 균형있게 바라보기, 파국화, 타인비난 등 9요인으로 각 4문항씩 총 36문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 대해 5점 리커트 척도(1=거의 그렇지 않다, 5=거의 언제나 그렇다)로 응답하게 되어 있고 하위 점수가 높을수록 그 인지적 책략을 더 높게 사용하는 것을 의미한다. 한국판 CERQ의 내적합치도 Cronbach's α는 .60~.91로 나타났고, 본 연구에서 내적합치도 Cronbach's α는 .65~.90으로 나타났다.

4) 자살사고 질문지(Scale Suicidal Ideation, SSI)

자살생각을 측정하기 위한 질문지로 자살 사고 질문지[29, 30]를 사용하였다. 각 문항은 0~2점 리커트 방식으로 채점하며 총점은 0~38점 범위에 걸쳐 있다. 점수가 높을수록 자살 사고가 높은 것을 알 수 있다. SSI의 내적합치도 Cronbach's α는 .89였고, 본 연구에서 내적합치도 Cronbach's α는 .90으로 나타났다

3. 치료 프로그램 회기 및 내용

마음챙김 기반 정서관리 훈련 프로그램 모듈과 회기는 Table 1과 같다. 프로그램 1회기는 오리엔테이션 시간으로 집단 참가자들 간에 자기 소개를 하고 프로그램에 참여하는 것의 장점과 목표를 각자 정하게 하였다. 2회기에는 감정 인식을 도와주기 위해 감정 단어 목록을 학습하였고, 3회기와 4회기에 걸쳐 좋은 감정이든 부정적인 감정이든 마음속에 떠오르면 감정 단어로 표현하게 하는 연습을 하였다. 5회기에서 7회기까지는 행동/충동 마음챙김 회기로 5회기에는 자해를 유발하는 충동을 알아차리고 자해를 유발하는 자극에서 주의를 전환시키는 연습을 하였다. 6회기에는 부정적 감정을 다른 대안적인 방법으로 다루는 방법을 배우게 하였다. 7회기에는 충동을 인식하고 탈 수 있도록 충동타기 호흡 명상을 실시하였다. 8회기에서 10회기는 생각 마음챙김 회기로, 8회기에는 대처 생각 카드 리스트를 작성하고 생각과 감정의 균형 맞추기를 하였다. 9회기에는 부적응적 행동을 일으키는 감정과 반대로 행동하기

를 하였고 10회기에는 생각과 감정을 연결시키는 훈련을 통해 충동에 따른 부정적인 감정을 행동화하지 않고 생각과 연결시켜 다른 대안적이고 건설적인 사고로 전환하게 해주었다. 개별회기인 10회기에는 자해 의도와 결과를 파악하게 해서 자해의 해로운 결과를 심상화시키고 자해의 단기 결과와 장기 결과를 알아차릴 수 있도록 해주었다. 11회기는 자해 충동을 일으키는 스트레스 상황에서 자비명상을 통해 충동을 행동화하지 않고 스스로를 위로하고 돌볼 수 있도록 도와주었다. 매 회기마다 프로그램 시작 전과 끝나기 3분전에 마음챙김 명상을 적용함으로써 압도된 감정을 다루어주고 부정적 감정을 견딜 수 있는 내성을 기를 수 있게 도와주었다.

프로그램 모듈과 구체적 회기 내용을 요약하면 Table 1과 같다.

4. 자해 예방 및 관리 프로그램 실행

중학교 1학년과 2학년 30명을 대상으로 총 12회기의 마음챙김 기반 정서관리 훈련을 실시하였다. 프로그램을 실행하기 전에 상담교사를 대상으로 본 연구의 목적 및 프로그램 내용을 소개하고 활동 진행방법을 토의하였다. 프로그램 진행기간은 2학기가 시작되는 9월부터 12월까지였고, 집단원 모집 방법은 학교 상담실에서 상담하는 학생 중, 자해경험이 있는 학생을 대상으로 하였다. 헬싱키 선언(http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3)에 입각하여 참여자들에게 연구참여중에 일어날 수 있는 정신적, 신체적 위해에 대해 설명하고 이에 대한 서면 동의서와 부모님의 서면 동의서를 받았다. 또한 대조군의 경우 프로그램을 시행하지 않아 발생할 수 있는 여러 가지 위험성을 염두에 두고 전문상담교사가 매주 1회씩 만나 자해행동의 정도를 파악하였고, 위험도가 높다고 판단되는 경우 정신건강의학과에 의뢰하였다.

실제로 자해를 보이는 청소년들은 충동성이 높고 학업 스트레스, 대인 스트레스 등으로 인한 불안감이 높고 부모를 비롯하여 또래 관계에서 갈등을 호소하는 경우가 많은 점을 고려해 볼 때 이와 같은 문제를 기준으로 동질적인 집단으로 구성하는

Table 1. Program Sessions and Contents

Session	Module	Component	Contents and activities
1	Orientation	Introduction	Setting group rules. I want to know.
2	Mindfulness of emotion	Learning emotion words	What feelings do I usually feel? Making the sea of emotions through various emotion words. learning emotion words. I can recognize my own feelings accurately
3		Handling overwhelmed emotions	Handling overwhelmed emotions using mandala paintings or circle. Mindful imaging technique
4		Awareness of negative emotion	Dealing with negative emotions. Recognizing emotions through breathing mindfulness training. Sharing the emotional changes with the group
5	Mindfulness of behavior/ impulse	Distraction of urge	Ice touching on the body. Imagine being able to keep your head busy when self-harm impulses occur (for example, counting stars, counting seconds with wall clocks, solving puzzles, solving crosswords, etc.)
6		Mindfulness of negative emotion-behavior cycle	Creating an emotion-action list. Being aware that negative emotions produce negative behaviors
7		Urge surfing	Let's ride Mr. urge. breathing meditation on the urge to ride on the impulse like waves and surf
8	Mindfulness of thought	Coping card	Create a thought card list, balance your thoughts and feelings Give negative thoughts and feelings to the link, find a list of coping ideas, and circle the coping ideas that you are doing.
9		Doing the opposite	What do I do now and what are the opposite actions? Try to act against the emotions that cause self-harm
10		Linking thought-feeling	Recognize thoughts and feelings that cause self-harm, change the way of thinking

것이 치료 프로그램 효과를 높이는데 효과적일 것으로 판단하였다. 또한 처음에는 16회기 정도의 지속적인 집단 상담을 계획하였으나 중간고사와 기말고사, 체육대회 등 학교 행사로 인해 16회기를 연속적으로 진행하는 것이 어려워 주 2회씩 12회기의 프로그램을 구성하였다.

5. 연구절차

본 연구를 진행하기 위해 S사이버대학교 기간윤리위원회(IRB) 심의(2015-SCU-IRB-004)를 거쳤다. 집단 프로그램은 총 12회기로 주 2회 45분씩 실시하였다. 프로그램 실시 후 사후 검사에서 사전 검사와 같은 척도들을 실시하였다. 마음챙김 기반 정서관리 훈련 참여 집단에는 총 30명이 참석하였고 대기자 집단에는 31명이 참석하였다. 프로그램 참여군과 대조군은 서로 자신이 속한 집단이 어느 집단인지 알 수 없었다. 프로그램 참가자들은 학교에서 방과후 진행되는 활동 시간에 본 프로그램에 참가하였다. 주 2회, 총 12회기의 프로그램을 마친 후 실험 집단과 대기자 집단에게 사전검사와 동일한 검사지를 사용하여 사후 검사를 실시하였다.

6. 자료분석

마음챙김 기반 정서관리 훈련 프로그램이 자해 행동에 몰두하는 청소년의 자해 행동, 고통 감내, 인지 정서조절, 자해 사고에 미치는 영향을 검증하기 위해 사전. 사후 검사에 대해 반복분산분석(Repeated Analysis of Variance, ANOVA)을 실시하였다. 또한 고통감내, 인지 정서조절, 자해 사고 척도의 신뢰도를 알아보기 위해 내적 합치도를 산출하였다.

연구결과

1. 연구대상자의 인구통계학적 분석

자해 집단에는 남학생 3명과 여학생 28명이 참가하였고 대기자 집단에는 남학생 5명, 여학생 25명이 참가하였다. 이와 같은 결과는 자해를 하는 비율이 남학생보다 여학생이 더 높기 때문인 것으로 사료된다.

2. 주요 변인에 대한 집단 간 사전 동질성 검증

청소년을 대상으로 자해 예방 및 자해 감소 프로그램 효과를 알아보기 위해 프로그램 참여 집단과 대기자 집단에게 처치전 집단 참가자들의 주요 변인에서 차이가 있는지 확인하기 위해 고통감내 척도, 정서적인지적 조절 척도, 자해 척도, 자살 척도에 대해 집단 간 사전 동질성을 검증하기 위해 일원변량분석(one-way ANOVA)을 실시하고 그 결과를 Table 2에 제시하였다.

Table 2와 같이, 모든 결과 변인의 사전 검사에서 집단 간에 유의한 차이를 보이지 않았는데, 이는 각 집단에 참여한 학생들이 골고루 무선 할당이 되었음을 의미한다.

3. 주요 변인에 대한 사전 사후 차이 검증

1) 고통 감내 점수의 변화

고통 감내력의 점수에 대한 분산분석 결과, 처치집단과 측정시기의 상호작용[F (1,59)=5.060, $p<.05$]이 통계적으로 유의미하게 나타났다. Table 3과 같이 프로그램 집단과 측정시기에 따른 고통감내 점수의 단순 주효과 분석을 실시한 결과, 프로그램 집단에서 측정시기에 따라 유의미한 차이를 나타냈다[F (1,59)=4.505, $p<.05$].

2) 자살 사고 및 자해 행동점수의 변화

Table 4와 같이 자살 사고 점수에 대한 분산분석 결과, 프로그램집단과 측정시기의 상호작용[F (1,59)=5.172, $p<.05$]이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 자해 빈도 역시 프로그램 집단과 측정시기에 상호작용[F (1,59)=9.064, $p<.01$]이 유의하게 나타났다.

3) 인지적 정서 조절 전략척도의 변화

인지적 정서적 조절 전략 척도 점수에 대한 분산분석 결과, 몇몇 하위 척도들에서 처치집단과 측정시기의 상호작용이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 특히 긍정재평가[F (1,59)=7.458, $p<.01$], 긍정 초점[F (1,59)=5.055, $p<.05$], 자기비난[F (1,59)=6.814, $p<.01$]이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 프로그램 집단과 측정시기에 따른 이들 변수들의 단순 주효과 분석을 실시한 결과, M-EMT 참여 집단에서 측정시기에 따라 긍정적인 변화를 나타냈다(Table 5).

논 의

본 연구는 자해 행동을 하는 청소년의 감정 및 행동 조절을 위해 마음챙김 기반 정서관리 훈련의 효과를 검증하기 위해 실

Table 2. Analysis of Homogeneity of Related Variables

Variables	Categories	Wais-list group (n=31)	M-EMT group (n=33)	x^2 or t
		n or M±SD	n or M±SD	
Gender	Female	25	28	0.503
	Male	5	3	
Distress tolerance		44.19±3.79	44.13±4.66	0.090
Suicidal ideation		24.70±7.21	25.30±7.31	0.017
Self-harm frequency		11.29±11.42	13.73±12.11	0.334
CERQ	Acceptance	12.61±1.94	12.10±2.69	2.580
	Positive reappraisal	11.96±2.50	11.40±2.68	0.053
	Catastrophizing	10.00±3.27	10.40±3.45	0.048
	Planning	14.22±2.36	13.30±2.39	0.123
	Positive focus	12.90±3.06	11.96±3.61	0.279
	Putting into perspective	12.87±2.69	12.20±2.46	0.009
	Self-blame	11.61±2.87	11.50±3.25	0.731
	Rumination	12.00±3.32	12.43±2.59	0.246
	Other-blame	9.87±2.77	10.46±2.78	0.830

*$p<.05$, †$p<.01$,, ‡$p<.001$.

Table 3. Comparison of Means and Standard Deviations of Dependent Measures over Time by Group (Distress Tolerance)

Variable	Group	Pre	Post	Group	Time	Group×Time
		M±SD	M±SD	F	F	F
Distress tolerance	Wait-list group (n=31)	44.19±3.79	44.29±4.25	2.053	4.505*	5.060*
	M-EMT group (n=30)					
	Wait-list group (n=31)	44.13±4.66	40.80±8.70			
	M-EMT group (n=30)					

*$p<.05$, †$p<.01$, ‡$p<.001$.

Table 4. Comparison of Means and Standard Deviations of Dependent Measures over Time by Group (SSI and DSHI)

Variables	Group	Pre	Post	Group	Time	Group×Time
		M±SD	M±SD	F	F	F
Suicidal ideation	Wait-list group (n=31)	24.70±7.21	24.00±6.96	1.086	8.865†	5.172*
	M-EMT group (n=30)	25.30±7.31	20.00±8.46			
Self-harm frequency	Wait-list group (n=31)	11.29±11.42	10.25±12.06	0.097	15.734‡	9.064†
	M-EMT group (n=30)	13.73±12.11	6.20±7.49			

*$p<.05$, †$p<.01$, ‡$p<.001$.

시되었다. 자해 행동을 감소시키기 위해 인지행동치료의 제 3 동향인 마음챙김 기반 인지치료와 변증법적 행동 치료 요소를 결합하여 만든 마음챙김 기반 정서 관리 프로그램을 적용한 뒤, 비교 집단과 차이를 분석하였다. 본 연구의 결과와 시사점을 논의하면 다음과 같다.

첫째 M-EMT 프로그램에 참여한 집단과 대기자 집단에게 고통감내 척도 사전 검사와 사후 검사를 실시한 뒤 비교분석한 결과, 프로그램 참여 집단이 대기자 집단에 비해 고통 감내 능력이 유의하게 향상된 것으로 나타났다. 이는 마음챙김 요소를 담고 있는 변증법적 행동치료가 자해 행동에 효과적이라는 다른 연구결과[21]와 마찬가지로 본 치료 프로그램이 자해 행동에 몰두하는 청소년들의 고통감내 능력을 향상시킬 수 있음을 의미한다.

둘째 자살 사고 점수에 대한 분산분석 결과, 프로그램집단과 측정시기의 상호작용이 통계적으로 유의미하게 나타나서 프로그램 참여 집단 청소년의 경우 유의하게 자살 사고가 감소

Table 5. Comparison of Means and Standard Deviations of Dependent Measures Over Time by Group (CERQ)

Variables		Group	Pre	Post	Group	Time	Group×Time
			M±SD	M±SD	F	F	F
CERQ	Acceptance	Wait-list group (n=31)	12.61±1.94	12.61±2.36	0.290	0.450	0.450
		M-EMT group (n=30)	12.10±2.69	12.56±2.69			
	Positive reappraisal	Wait-list group (n=31)	11.96±2.50	12.06±2.78	0.585	8.894†	7.458†
		M-EMT group (n=30)	11.40±2.68	13.60±3.50			
	Catastrophizing	Wait-list group (n=31)	10.00±3.27	9.58±3.04	0.531	0.557	0.015
		M-EMT group (n=30)	10.40±3.45	10.10±3.85			
	Planning	Wait-list group (n=31)	14.22±2.36	14.32±2.45	1.761	0.863	0.227
		M-EMT group (n=30)	13.30±3.39	13.74±3.19			
	Positive focus	Wait-list group (n=31)	12.90±3.06	13.25±3.21	0.012	9.172†	5.055*
		M-EMT group (n=30)	11.96±3.61	14.36±4.34			
	Putting into perspective	Wait-list group (n=31)	12.87±2.69	13.25±2.80	2.837	0.023	0.666
		M-EMT group (n=30)	12.20±2.46	11.93±3.16			
	Self-blame	Wait-list group (n=31)	11.61±2.87	12.06±2.98	2.541	2.242	6.814†
		M-EMT group (n=30)	11.50±3.25	9.83±3.92			
	Rumination	Wait-list group (n=31)	12.00±3.32	12.12±3.07	0.737	0.197	0.111
		M-EMT group (n=30)	12.43±2.59	11.23±3.42			
	Other-blame	Wait-list group (n=31)	9.87±2.77	10.54±2.54	0.104	0.029	1.727
		M-EMT group (n=30)	10.46±2.78	9.63±2.41			

*$p<.05$, †$p<.01$, ‡$p<.001$.

하는 것으로 나타났다. 자해 빈도 역시 프로그램 참여 집단이 대기자 집단에 비해 감소한 것으로 나타나 마음챙김에 기반을 둔 정서관리 프로그램이 자살 사고와 자해 빈도를 감소시키는데 매우 효과적임을 알 수 있었다.

셋째, 인지적 정서조절 전략 척도 점수에 대한 분산분석 결과, 몇몇 하위 척도들에서 처치집단과 측정시기의 상호작용이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 특히 긍정재평가, 긍정 초점, 자기비난이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 긍정재평가는 자신이 겪은 상황으로부터 긍정적 측면이나 의미를 찾아내도록 돕고 그 일로 인해 자신이 더 강한 사람이 될 수 있을 것이라 생각하도록 촉진하는 전략이며 긍정초점 역시 실제 사건보다는 즐겁고 유쾌한 생각을 하도록 해서 사관과 아무 상관 없는 즐거운 일을 생각하거나 기분 좋은 것을 생각해보도록 하는 방법을 말하는데[28] 이런 긍정적인 재평가와 긍정적인 사건에 초점을 두게 하는 것이 자해행동이나 자해 충동을 약화시킬 수 있을 것으로 판단된다. 또한 자기 비난이 심한 청소년들이 자해행동을 하는 것을 볼 때[12], 자기비난의 감소가 자해 충동이나 자해 행동의 감소로 이어질 수 있음을 시사한다. 그러나 어떤 경험을 긍정적이든 부정적이든 자신의 경험으로 받아들이고 수용하는 전략이나 부정적 사건을 해결 중심으로 생각하는 능력은 프로그램을 통해 변화하지 못해 본 치료 프로그램 회기가 너무 짧아 이런 근본적인 생각의 변화나 수용을 도와주지 못한 것으로 여겨진다. 또한 부정적인 사건과 관련된 생각과 감정에 빠져 있는 반추나 경험의 공포스러운 면을 강조하여 자신이 다른 사람들보다 훨씬 나쁜 경험을 했다는 생각을 하고 경험을 최악으로 여기는 전략을 바꾸기에는 프로그램의 제한점이 있다고 여겨진다.

본 연구의 의의는 청소년의 비자살성 자해 행동에 초점을 두고 정서관리 프로그램을 개발하여 그 효과를 살펴봤다는 데 있다. 그러나 프로그램에서 얻어진 효과가 지속적으로 유지되는지에 대해 추후 연구를 하지 않아 연구의 한계점이 있다. 본 프로그램은 주 2회씩 6주간에 걸쳐 시행되었는데 회기의 제한으로 인해 충분한 훈련이 되지 않았다는 한계점도 있다. 학교 특성상 중간고사와 기말고사 등의 학사 일정으로 인해 회기를 연속적으로 진행하기 어려운 점이 한계로 지적될 수 있다. 효과 측정치들 중에서 인지 정서 책략 척도의 수용, 파국화, 해결 중심, 조망확대, 반추, 타인 비난 등의 하위 척도에서는 효과가 없는 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 본 프로그램이 단기간에 변화할 수 있는 자해 행동이나 빈도에는 긍정적인 영향을 줄 수 있었으나 문제 상황을 수용하고 해결 중심의 대처 능력을 발휘하며 대상과 상황 등에 대한 조망 확대 등의 근본적인 인지적 변화와 행동 변화가 나타나기에는 부족했던 것으로 보인

다. 특히 수용과 조망 확대와 같은 인지 관점의 변화는 6주간의 12회기라는 단기 프로그램으로는 통계적으로 유의한 긍정적 효과를 얻기가 어려웠을 것으로 사료된다. 관점의 변화와 같은 인지 변화와 상황과 문제를 적극적으로 수용하는 것과 같은 삶의 태도의 변화는 본 치료 프로그램과 같은 단기 프로그램보다는 보다 지속적인 교육과 개입이 있어야 가능할 것이다. 본 연구의 또 다른 제한점으로는 연구대상자 수가 제시한 기준에 미치지 못하여 연구결과를 일반화하기에 무리가 있다는 점이다.

이와 같은 연구 제한점을 고려하여 향후 연구에 대한 제언은 다음과 같다. 부정적인 감정을 인식하고 처리하는 것이 어려운 청소년들의 경우 자해 행동뿐만 아니라 섭식 문제, 공격적인 행동 등 복합적인 문제 행동을 보일 수 있으므로 청소년의 발달적 특징을 고려한 장기간의 정서관리 프로그램을 교육 및 예방적 차원에서 도입할 필요가 있어 보인다. 부정적인 생각, 감정, 행동은 습관이 되면 고질적인 패턴으로 굳어질 수 있기 때문에 아직 뇌발달이 진행중인 청소년시기는 뇌의 가소성이 충분한 상태이므로 부적응적인 행동 패턴과 정서 상태를 변화시키기 위해서 충분한 시간 동안 교육 및 훈련을 적용하고 실생활에 응용할 필요가 있다. 또한 충분한 수의 참여자를 확보하여 본 연구결과를 반복검증할 필요가 있다.

자해 행동은 생물학적, 심리적, 사회문화적 요인 등 다양한 요인에 의해 발생하는 행동이다. 특히 청소년기에 자해 행동이 시작되고 있어서 조기 개입과 예방이 매우 필요하다고 여겨진다. 경계선 성격 장애(Borderline Personality Disorder, BPD) 전조 증상을 보이는 청소년들의 경우 정서적 불안정성으로 인한 자해 행동이 성인기 이후의 성격 문제와 부적응 문제로 이어지기도 한다는 점에서 이 시기의 정서 불안정과 자해 행동의 치료적 개입은 매우 절실하다[11]. 이 분야에 대한 연구가 많지 않아서 아직 "황금율"적인 치료방법은 잘 알려져 있지 않다. 대부분 자해 행동의 치료는 자살 및 유사자살 행동에 적용되는 치료를 활용하고 있는 정도이다. 지금까지의 치료 관련 연구를 살펴보면 자살 의도가 있는 사람과 의도가 없는 사람들을 구분하지 않고 효과 연구를 하고 있어서 자살하는 사람들을 위한 치료가 비자살적 자해행동 치료에 적합한지 임상적 연구가 많이 부족하다. 자살 의도가 실제로 있든 없던 간에 자해 행동은 특히 청소년 시기에 많이 나타나고 이후 성인기의 자살 행동을 예측해주기 때문에 청소년시기에 비자살성 자해 행동에 초점을 맞춘 치료법을 밝혀내는 것이 점점 중요해지고 있다[20].

본 연구에서 개발한 마음챙김 기반 정서관리 프로그램과 같은 통합적인 자해 방지 프로그램이 학교 기반으로 만들어져서 타당화 연구가 된다면 앞으로 많은 중고등학교에서 효과적인 프로그램으로 사용될 수 있다. 또한 본 프로그램을 매뉴얼로 제작하여 중고등학교에서 일하는 전문 상담 교사를 대상으로 훈련을 시켜 비교과 활동으로 청소년 자해 행동 예방 프로그램으로 활용할 수 있을 것이다.

결 론

청소년의 자해 행동은 기질과 성격, 학업부담과 가정환경과 같은 스트레스 요인 등 다양한 심리 사회적 요인이 복합적으로 작용하여 발생한다. 그동안 자해와 자살 간의 개념 구분이 명확하지 않았고 대개 자살 행동을 예방하고 치료하기 위한 심리사회적인 프로그램은 많이 개발되었지만 자해 행동에 초점을 둔 심리치료 프로그램이 매우 부족한 실정이다. 특히 청소년기 자해 행동은 조기 개입과 예방이 매우 필요한 영역이다. 본 연구를 통해 자해 행동에 몰두하는 청소년의 정서를 관리하는 통합적인 개입이 더욱 필요함을 알 수 있었다. 향후 마음챙김 기반 정서관리 훈련을 받은 청소년들이 스스로의 감정을 보다 잘 인식하고 건강하게 표현하는 능력을 배워 자해 행동과 같은 부적응적 행동에서 벗어나기를 기대해본다.

이해관계

The authors declared no conflict of interest.

REFERENCES

1. Statistics Korea. 2016 Suicide ideation of Korean adolescents [Internet]. Seoul: Author; [cited 2016 June 8]. Available from: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=402&tblId=DT_ES2016_008&vw_cd=MT_OTITLE&list_id=402_siew6548_A1_F1_F02&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=E1
2. Nock MK. Self-injury. Annual Review of Clinical Psychology. 2010;6:339-363. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 803-805.
4. Cassels M, Wilkinson P. Non-suicidal self-injury in adolescence. Paediatrics and Child Health. 2016;26(12):554-558. https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.006
5. Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child

& Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2008; 49(6):667-677. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x

6. Laurence C, Koen L, Patricia B. Non-suicidal self-injury in adolescents: Prevalence and associations with identity formation above and beyond depression. Personality and Individual differences. 2014;61:101-104. https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.12.019.
7. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. Behavior Research and Therapy. 2006;44:371-394. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005.
8. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. Archive Suicide Research. 2007;11:69-82. https://doi.org/10.1080/13811110600992902
9. Muehlenkamp JJ, Swenson LP, Batejan KL, Jarvi SM. Emotional and behavioural effects of participating in an online study of non-suicidal self-injury: An experimental analysis. Clinical Psychology Science. 2015;3:26-37. https://doi.org/10.1177/2167702614531579
10. Nock MK, Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In: Nock, M.K. (Ed.), Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment. American Psychological Association: Washington; 2009. p. 9-18.
11. Cuneyt E, Ozgul C, Bilge E, Selime C. Relationship of self-mutilative behaviour with severity of borderline personality, childhood trauma and impulsivity in male substance-dependent inpatients. Psychiatry Research. 2012;200(1):20-25. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.017
12. Edmondson AJ, Brennan CA, House, AO. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts Journal of Affective Disorders. 2016;191:109-117. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043
13. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp JJ, Grietens H, Onghena P. Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious flemish adolescents. Journal of Adolescence. 2012;35:753-759. https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540467.
14. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. Behavior Research and Therapy. 2006;44:371-394. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005
15. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. Archive Suicide Research. 2007; 11:129-147. https://doi.org/10.1080/13811110701247602.
16. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry. 2015;54:97-107. https://doi.org/10. 1016/j.jaac.2014.10.009. e2
17. Baetens I, Claes L, Onghena P, Grietens H, Leeuwen KV, Ciska P, et al. Non-suicidal self-injury in adolescence: A longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. Journal of Adolescence. 2014;37:817-826. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.05.010
18. Welch SS, Linehan MM, Sylvers P, Chittams J, Rizvi SL. Emotional responses to self-injury imagery among adults with borderline personality disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008;76:45-51. https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.45
19. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2008;37:363-375. https://doi.org/10.1080/15374410801955771
20. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Research. 2006;144:65-72. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010
21. Klein DA, Miller AL. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. Child Adolescent Psychiatric Clinic North America. 2011;20:205-216. https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.001
22. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993. p. 15-19.
23. Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomized controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2008;193:477-484. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934
24. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion. 2005;29(2):83-102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3
25. Park SA. Fear of emotions and distress tolerance in young adults with borderline personality disorder features. Korea: Seoul National University; 2010. 21 p.
26. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2001;23(4):253-263.
27. Anestis MD, Kleiman EM, Lavender JM, Tull MT, Gratz KL. The pursuit of death versus escape from negative affect: An examination of the nature of the relationship between emotion dysregulation and both suicidal behavior and non-suicidal self-injury. Comprehensive Psychiatry. 2014;55(8);1820-1830. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.07.007
28. Kim SH. A Study on relationships among the stressful events,

cognitive emotion regulation strategies and psychological well-being. Journal of Student Guidance and Counseling. 2008;26: 5-29.

29. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1979;47:343-352.

30. Park KB, Shin MS. Perceived stress and suicidal ideation of high school students. Journal of Korean Clinical Psychology. 1991; 10(1):298-314.