

정신건강의학과 외래 환자 중 자살 고위험 집단의 심리적 특성 : MMPI-2-RF를 이용하여

한양대학교 구리병원 정신건강의학과,¹ 한양대학교 의과대학 및 의료원 정신건강의학교실²
남지수¹ · 김대호^{1,2} · 김은경¹

Psychological Characteristics of Psychiatric outpatients with High Suicide Risk : Using MMPI-2-RF

Jisoo Nam, M.A.,¹ Daeho Kim, M.D., Ph.D.,^{1,2} Eunbyeong Kim, Psy.D.¹

¹Department Psychiatry, Hanyang University Guri Hospital, Guri, Korea

²Department of Psychiatry, Hanyang Medical Center and College of Medicine, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objectives : The purpose of this study was to examine whether the MMPI-2-RF serves as a useful tool to differentiate between the subtypes of high risk of suicide among psychiatric outpatients.

Methods : Patients were recruited from the department of psychiatry of university hospital. Participants were diagnosed using DSM-5 criteria by board certified psychiatrists. Their medical records were reviewed retrospectively. And participants were put into 4 groups (Suicide ideation, Suicide attempt, Non-suicidal self-injury, and general psychiatric diagnosis as a control group). For statistical comparison, the MANCOVA with gender as a covariate was used.

Results : The results indicated that as previous research with non-clinical sample suggested, psychiatric outpatients with high suicide risk also have significantly higher Emotional/Internalizing Dysfunction, Helplessness/Hopelessness, Suicidal/Death Ideation, Demoralization, Cognitive complaints, Cynicism, Dysfunctional negative thoughts than general psychiatric patients group. But group differences within the high suicide risk patients have not been observed. However, suicide attempt group and NSSI group has higher Behavioral/Externalizing Dysfunction, RC4, AGG than general psychiatric patients group. But there was no difference between suicidal idea group and general psychiatric patients group.

Conclusions : There was no group difference observed between all three subtypes, which mean the MMPI-2-RF may not be the useful diagnostic tool to navigate high suicide risk subtypes. Even though there was no difference observed in the suicide ideation group, suicide attempt group and NSSI group have higher aggression and externalization. So those indexes could serve as a useful marker to investigate riskiness of suicide related symptoms.

KEY WORDS : MMPI-2-RF · High risk of suicide · NSSI · Suicide ideation · Suicide attempt.

Received: December 26, 2019 / Revised: March 10, 2020 / Accepted: March 27, 2020

Corresponding author: Eunbyeong Kim, Department of Psychiatry, Hanyang University Guri Hospital, 153 Kyoungchun-ro, Guri 11923, Korea

Tel : 031) 560-2272 · Fax : 031) 557-2272 · E-mail : aidaworld@hanmail.net

서론

일반적으로 자살 관련 행동의 유병률은 연구 대상자의 국가, 인종, 나이에 따라 다르다고 하고, 자살 사고의 평생 유병률(lifetime prevalence)은 2.1~18.5%, 자살 시도의 평생 유병률은 0.7~5.9% 정도로 그 결과가 다양하다.¹⁻³⁾ 특히, 한국에서는 자살로 인한 사망이 최근 지속적으로 증가하고 있는 추세이고, 국내에서 이종선 등⁴⁾이 진행한 연구에 의하면, 응급실에 정신과적 문제로 내원한 경우 자살 관련 문제가 차지하는 비율이 13.3%에 달하였고, 자살사망자 중 38.5%는 이전에 자살 시도로 응급실에 내원한 과거력이 있었다. 이처럼 자살 시도는 일반적으로 자살사망의 위험 인자로 알려져 있고, 자살사망자에서 과거 자살 시도 경험의 빈도가 높을 것으로 예상된다. 한편, 자살 사고는 자살을 행하는 것에 대한 생각이나 사고로 누구나 한번쯤 일시적으로 갖게 되는 '죽고 싶다'는 사고부터 정말 죽으려는 의도로 구체적인 계획을 세우는 것까지 포함된다.^{5,6)} 자살 사고는 자살행위 자체와는 분명 다른 속성을 가지지만 자살과 관련된 변인의 한 가지로서 자살 행동의 이전 단계라고 볼 수 있다. 경험적 연구 결과는 자살 시도는 자살 사고를 많이 경험하는 개인에게서 발생하기 쉽다고 보고한다.⁷⁾ 하지만 자살 관련 통계들은 자살 사고를 경험하는 개인 중 대략 10~20% 정도가 실제 자살을 시도한다는 것을 보여준다.⁸⁾ 즉, 자살 사고를 경험하는 대다수의 사람들은 실제로 자살 행동에 이르지 않는다는 것이다. 하지만, 자살 사고를 가진 사람들 중 어떤 사람들이 실제 자살 시도를 하는지, 자살 사고에서 시도로 이어지는 과정에 기여하는 심리적 기제가 무엇인가라는 물음에 대한 답은 아직까지 명확하지 않다.^{8,9)}

자해행동은 신체 조직의 손상과 긴장 완화를 목적으로 스스로의 신체에 의도적이고 반복적인 위해를 가하는 행위이다.¹⁰⁾ Manning¹¹⁾은 자해행동을 약화된 자살행동, 부분적인 자살, 혹은 준 자살행위로 간주하였다. 관문 이론(The gateway theory)에서는 자해와 자살은 단일한 연속선상의 개념으로 자해의 극단적인 형태가 자살로 이행된다고 본다. 하지만 대부분의 임상가와 연구자들은 자해를 하나의 독자적인 임상적 증후군으로 보고 자해행동과 자살행동을 구분할 필요가 있다는 입장을 취하고 있다.¹²⁻¹⁴⁾ 이들은 자해행동과 자살 시도가 치사율, 자해 동기, 행동 및 인지적 특성 등에서 서로 질적으로 다르다고 주장한다.^{12,15,16)} 대부분 자해를 경험하는 개인들은 자해행동을 통해 심리적 고통감을 경감시키고 힘든 상황을 버텨나가려는 것이지 실제로 죽을 의도를 가지고 있지는 않는다는 것이다.^{17,18)}

국내에서도 이동귀, 함경애, 배병훈¹⁹⁾의 연구에 의하면, 자해를 시도한 개인의 1/3 만이 자살의도를 가진 것으로 나타나, 모든 자해 경험이 자살의도를 동반하는 것은 아니라고 하였다. 이러한 추세를 반영하듯 자살의도를 동반하지 않은 자해행동은 DSM-5의 '후속연구를 위한 조건(Conditions for further study)' 부분에서 자살행동장애와 구별하여 논의됨으로써 그 심각성 및 예방의 중요성이 부각되고 있다.^{19,20)} 이상 자해행동에 관한 문헌을 종합해 보면, 자해행동과 자살행동 간에 연관성이 있지만 동시에 차별적인 특성 역시 존재하고 있음을 알 수 있다. 비자살적 자해와 관련한 모형에서는 공통적으로 비자살적 자해가 일종의 정서조절 기능을 한다고 제안하고 있다.²¹⁾ 하지만 Joiner²²⁾는 비록 비자살적 자해 행동이 최초에는 자살의 의도가 없었더라도 반복적인 자해 행동을 통해 스트레스가 경감되는 경험을 하면서 고통에 대한 두려움이 둔감화될 경우, 결과적으로 자살 시도를 할 가능성이 높아질 것으로 보았다. 이러한 차별점에 대한 이해는 비자살적 자해행동을 보이는 개인에 대한 효과적인 개입의 측면에서도 중요하다. 이는 개인의 자살위험을 정확히 평가하고 예측하는 측면에도 문제로 작용할 수 있으며, 입원적합성 평가나 상담 과정에서의 사례개념화 등 치료계획의 수립과 관련하여서도 문제의 소지로 작용할 수 있다.²³⁾

Seong 등²⁴⁾의 비자살적 자해에 대한 국내연구 개관에 따르면, 비자살적 자해와 관련한 국내의 연구는 여전히 초기 단계에 지나지 않는 수준으로, 최근 자해에 대한 관심이 증가하고 있고 이에 대한 치료적 개입이 시급하게 요구되는 실정임에도 불구하고 이에 대한 학문적 관심과 경험적 연구의 수행이 사회적 요구에 미치지 못한다고 하였다. 또한 자살의 기제와 개입방안 관련 연구는 연구대상의 확보의 난항 등을 이유로 국외에서도 충분히 진전되고 있지 않은 분야이다.²⁵⁾ 이처럼 자살 및 비자살적 자해와 관련한 연구자들 뿐 아니라 사회적 관심이 높음에도 불구하고, 현재까지 국내에서 자살과 관련한 사고 및 행동을 세분화하여 자살 사고 집단, 자살 시도 집단, 비자살적 자해 집단으로 나누어 보고자 한 연구는 찾기 어렵다. 따라서 자살 사고는 있으나 행동으로는 옮기지 않는 자살 사고 집단, 자살의 의도를 가지고 자살 시도를 하는 집단, 비자살적 자해 집단 등 자살 관련 행동을 변별하는 요소가 무엇인지 파악하여 자살 관련 행동의 예방 및 치료에 적용할 필요가 있다. 본 연구에서는 자살 관련 행동에 대한 이해를 확장하여 임상 장면에서 치료적 개입에 도움이 되고자 하였다.

한편, Moon 등²⁶⁾은 자살 위험성 평가를 위해 정신적 고통의 정도 뿐 아니라 개인 내적인 특성과 대인관계적 특성

을 모두 포괄적으로 고려하는 것이 중요하다고 하였다. 국내에서 자살 관련 행동을 측정하기 위해 사용되는 척도로는 자해척도(Self Harm Inventory), 자해기능평가지, 정신적 고통 평가 척도(Psychological Pain Assessment Scale), 자살의 대인관계 이론과 관련한 좌절된 소속감 척도(Interpersonal Needs Questionnaire) 등이 존재한다. 하지만 이들 척도의 대부분은 연구자가 직접 번안해서 사용하거나 편의에 의해 변형하여 사용하는 경우들이 많아 도구의 타당성과 신뢰도가 확보되기 어려운 점이 있었다. 또한 타당화된 도구의 경우에도, 표집이 용이한 대학생 집단에 연구대상자가 한정되어 있고, 임상군을 대상으로 한 연구가 거의 없다는 점이 한계로 지적된다.²⁴⁾ 아울러 상기 언급한 척도들은 자살 위험성과 관련한 특정 개념만을 평가하고 있어 위험 요인에 대한 포괄적인 평가에는 한계가 있다.²⁶⁾

한편, 다면적 인성검사 II(Minnesota Multiphasic Inventory-2)는 자살 위험성과 관련된 임상적 상태를 포괄적으로 평가하기 위한 용도로 종종 사용되어 왔다. 다면적 인성검사 II는 개인이 가지고 있는 정신병리와 성격 특성, 다양한 심리적 문제들을 포괄적으로 평가할 수 있도록 하여 임상현장에서 널리 사용되어 왔고, 병원, 학교 등 다양한 장면에서 임상적 유용성이 반복 검증되었지만,²⁷⁻²⁹⁾ 임상 척도들 간의 상관성이 지나치게 높아 변별 타당도가 저하된다는 지적을 받아 오기도 하였다.³⁰⁾ 지난 2008년 출판된 다면적 인성검사 II 재구성판(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II Restructured Form)은 문항수를 축소하여 검사의 간결성을 높이고 다면적 인성검사 II판의 문제점으로 지적받아온 표집 오차와 이질적인 문항 내용 등을 보완하고 심리측정적인 안정성을 높이고자 하는 목적으로 개발되었다.³¹⁾ 이러한 문항 단축에도 불구하고 주요 정신병리 영역을 포괄하고 척도 간 변별력도 우수한 것으로 확인되었다.³²⁾ Moon²⁶⁾이 국내에서 진행한 연구는 비임상군인 대학생을 대상으로 하여 자살 사고가 높은 개인들의 심리적 특성을 MMPI-2-RF 척도로 알아보려고 하였고, 이들의 자살 사고와 관련한 중요한 심리적 특성으로는 정신적 고통의 정도와 정신적 고통을 감당하지 못하고 충동적으로 외현화하는 경향성이라고 보았다. 하지만 비임상집단과 임상집단의 자살 사고나 자살 관련 행동 양상에는 차이가 있을 수 있다. 지금까지 MMPI-2를 활용하여 자살 관련 행동을 설명하거나 예측하려는 시도는 종종 있어왔으나,³³⁻³⁵⁾ MMPI-2-RF를 통해 국내에서 임상군을 대상으로 자살 관련 행동을 설명하려는 시도는 찾기 어렵다. 다면적 인성검사 시리즈는 국내 정신건강의학과 장면에서 가장 널리 사용되는 객관적 심리검사 중 하나로, 이 중 상대

적으로 연구된 바가 적은 MMPI-2-RF를 활용하여 자살 관련 행동을 변별할 수 있는지를 연구하는 것은 의의가 있다. 이에, 본 연구는 임상집단인 정신과 외래 환자들을 자살 사고, 자살 시도, 비자살적 자해 집단과 자살 사고 및 자살 관련 행동을 보이지 않는 일반 정신과 환자 집단으로 분류하여 이들의 심리적 특성을 변별하는데 MMPI-2-RF가 유용한 도구로 활용될 수 있는지 알아보려고 하였다.

방 법

1. 대 상

본 연구에서는 2016년 1월~2019년 6월까지 한양대학교 구리병원 정신건강의학과에 진료를 위해 내원한 환자들을 대상으로 하였다. 연구에 포함된 환자들은 각각 정신건강의학과 전문의로부터 DSM-5에 근거한 정신과적 진단을 받았고, 이들을 자살 사고, 자살 시도, 비자살적 자해, 통제 집단으로 분류하기 위하여 환자들의 의무기록과 MMPI-2-RF 자료를 후향적으로 검토하였다. 환자들은 대학병원에 근무하는 임상심리전문가의 지도감독 하에 있는 임상심리 수련생에 의해 종합심리평가를 받았으며, 그 평가의 일환으로 MMPI-2-RF와 자서전적 기억 평가 면접이 실시되었다. 이 면접에서는 자살 사고, 자살 시도, 자해 등 자살 관련 행동에 대한 광범위한 과거력이 평가되었고, 집단의 분류에 활용되었다. 각 집단의 분류 기준은 다음과 같았다. 평가 시점에서 자살 사고를 경험하지만, 어떠한 자해 및 자살 시도 관련 과거력도 없는 경우 자살 사고 집단으로 분류하였고, 자살 사고를 경험할 뿐 아니라 평가 시점으로부터 1년 이내 자살을 시도한 과거력이 있는 경우 자살 시도 집단으로 분류하였다. 또한 DSM-5의 자살 의도가 없는 자해 진단 기준에 부합하는 경우 비자살적 자해 집단으로 분류하였으며, 과거부터 평가 시점까지 자살 사고를 경험한 바 없고, 자살 관련 행동 과거력 또한 존재하지 않는 경우 통제집단인 일반 정신과적 장애 환자 집단으로 구분하였다. 아울러 치매를 비롯한 뇌 손상 등의 인지장애가 있거나, 지적장애가 있는 경우, MMPI-2-RF 매뉴얼의 기준점을 참고하여 무응답이 15개 이상이거나, 무선반응 비일관성(VRIN-r), 고정반응 비일관성(TRIN-r) 척도가 70T 이상인 경우, 혹은 비전형 반응(F-r) 척도가 79T 이상인 경우 등 검사 결과의 타당도가 의심되는 경우는 분석에서 제외하였다. 최종적으로 연구 대상자 총 112명 중 자살 사고 유무 및 자살 관련 행동 유무나 종류에 따라 각각 자살 사고 집단 45명, 자살 시도 집단 28명, 비자살적 자해 집단 19명과 통제집단으로 어

떠한 자살 관련 사고와 행동도 없는 일반 정신과적 장애 환자 집단 20명 총 4 집단으로 구분하여 분석하였다. 본 연구는 한양대학교 구리병원 기관생명윤리위원회의 승인을 받았다(IRB No. 2019-03-018-003).

2. 측정도구

1) 다면적 인성검사 II 재구성판(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Structured Form, MMPI-2-RF)

환자들의 자살 관련 행동과 관련된 심리적 특성을 확인하기 위해 한국판 MMPI-2-RF³¹⁾를 사용하였다. 이는 338 문항으로 구성된 질문지로 각 문항에 대해 '그렇다' 혹은 '아니다'로 답하도록 구성되어 있고, 총 50개의 척도 및 소척도가 산출된다. 척도는 위계적인 구조를 가지고 있고, 척도들 간의 개념적 중복이 최소화되도록 개발되었다. MMPI-2-RF는 8개의 타당도 척도와 3개의 상위차원 척도, 9개의 재구성 임상 척도, 23개의 특정 문제 척도(5개의 신체/인지 증상 척도, 9개의 내재화 척도, 4개의 외현화 척도, 5개의 대인관계 척도)와 2개의 흥미 척도, 5개의 성격병리 5요인 척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 MMPI-2 검사지로 실시한 후 M-score 프로그램 상에서 MMPI-2-RF로 변환하여 결과를 산출하였다.

3. 통계적 분석

수집된 자료를 분석하기 위해 SPSS 18.0을 사용하였고, 다음의 통계 분석 방법을 사용하였다. 본 연구에서는 MMPI-2-RF의 T점수를 활용하여 분석한 결과를 제시하였다. 우선 두 집단의 참여자 간의 인구통계학적 특성을 확인하였다. 선행 연구에 의하면, 청소년의 자해 및 자살 사고에 있어서 성별이 자살 행동과 관련된 중요한 변수로 보고되었고,^{36,37)} 특히, 남성에 비해 여성이 자해 및 자살 사고의 위험성이 높은 것으로 보고되었다. 이에, MMPI-2-RF에서 집단별로 유의미한 차이를 보이는 척도들이 있는 지 알아보기 위하여 집단을 독립변인으로 하고, MMPI-2-RF의 3개의 상위차원 척도, 9개의 재구성 임상 척도, 23개의 특정 문제 척도, 5개의 성격병리 5요인 척도를 종속변인으로 하고 성별을 공변인으로 한 다변량 공분산분석(MANCOVA)을 실시하였다.

결 과

1. 자살 고위험 환자들의 인구통계학적 특성

환자들의 평균 연령은 26.21세(표준편차 11.31)였고, 이

들의 연령 범위는 18세~64세였다. 집단별로 나누어 살펴보면, 각각 자살 사고 집단은 30.29세(표준편차 14.23), 자살 시도 집단은 24.96세(표준편차 10.67), 비자살적 자해 집단은 22.11세(표준편차 2.96), 일반 정신과 환자 집단은 22.65세(표준편차 2.06)였다. 또한 남녀 성비를 살펴보면, 자살 사고 집단은 남성이 75.6%였고, 자살 시도 집단은 남성이 67.9%에 해당하였고, 비자살적 자해 집단은 남성이 63.2%로 나타났으며, 일반 정신과 환자 집단은 남성이 70.0%로 전반적으로 모든 집단에 걸쳐 남성이 여성보다 많았다. 아울러 환자들의 최종 학력은 자살 사고 집단의 경우 고등학교 졸업은 60.0%, 대학 재학은 33.3%, 대학 졸업은 4.4%, 대학원 재학 이상인 경우는 2.2%였다. 자살 시도 집단의 최종 학력은 다음과 같았다. 고등학교 졸업 미만이 21.4%, 고등학교 졸업은 53.6%, 대학 재학인 경우는 14.3%, 대학 졸업은 10.7%에 해당하였다. 비자살적 자해 집단의 최종 학력은 고등학교 졸업 미만이 10.5%, 고등학교 졸업이 52.6%, 대학 재학이 36.8%로 나타났다. 마지막으로 일반 정신과 환자 집단의 경우 고등학교 졸업이 35.0%, 대학 재학은 50.0%, 대학 졸업이 15.0%였다.

한편, 환자들이 받은 진단의 빈도를 알아보았다. 이들이 두 개 이상의 공병을 보인 경우는 중복해서 그 빈도를 표기하였다. 이들 중, 단일 진단을 받은 경우는 87개의 사례로 전체의 77.7%였고, 2개 이상의 공병 진단을 받은 경우는 25개의 사례로 22.3%로 나타났다. 이들의 인구통계학적 분석 및 진단의 빈도를 집단별로 Table 1에 제시하였다.

2. 자살 고위험 환자들의 MMPI-2-RF 프로파일의 집단 간 차이 검증

다음으로 MMPI-2-RF의 각 척도에 따라, 자살 사고, 자살 시도, 비자살적 자해, 일반 정신과 집단에 차이가 있는지 살펴보기 위해 각 척도의 T점수에 대해 분석하고자 하였다. 본 연구에 포함된 남성이 여성에 비해 상당히 많은 점을 고려하여, 성별에 의한 영향력을 통제하여 다변량 공분산분석(MANCOVA)을 실시하고, 사후분석으로 Bonferroni 방법을 사용하였다. 해당 결과를 Table 2에 제시하였다.

먼저 상위차원척도의 평균 점수 차이를 분석한 결과, 정서적/내재화 문제(EID), 사고 문제(THD), 행동적/외현화 문제(BXD) 모두에서 집단 간 차이가 유의하였다. 보다 자세히 살펴보면, 일반 정신과 환자 집단보다 나머지 세 집단의 정서적/내재화 문제가 유의하게 높게 나타났다[F(3, 108)=6.99, p<0.05]. 또한 사고 문제에서는 비자살적 자해 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 점수가 유의하게 높았다[F(3,

108)=3.15, $p < 0.05$]. 아울러 행동화/외현화 문제에서는 자살 시도 집단과 비자살적 자해 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 점수가 유의하게 높았으나, 자살 사고 집단과는 유의한 차이를 보이지 않았다. 더불어 비자살적 자해 집단의 행동화/외현화 문제가 자살 사고 집단에 비해 유의하게 높았다[F(3, 108)=5.81, $p < 0.05$].

다음으로 재구성 임상 척도의 평균 점수 차이를 분석하였

다. 그 결과, 경조증적 상태(RC9)를 제외한 모든 척도에서 집단 간 차이가 유의하였다. 세부적으로 살펴보면, 의기소침(RCd) [F(3, 108)=7.54, $p < 0.05$], 낮은 긍정 정서(RC2) [F(3, 108)=4.66, $p < 0.05$], 역기능적 부정 정서(RC7) [F(3, 108)=4.95, $p < 0.05$], 기태적 경험(RC8) [F(3, 108)=5.17, $p < 0.05$]에서 일반 정신과 환자 집단이 나머지 세 집단에 비해 점수가 유의하게 낮게 나타났다. 또한 신체증상호소(RC1)에서 일반 정신과

Table 1. Demographical analysis of the patients

	Suicide ideation (n=45)	Suicide attempt (n=28)	Non-suicidal self-injury (n=19)	General psychiatric patients (n=20)
Mean age (SD)	30.29 (14.23)	24.96 (10.67)	22.11 (2.96)	22.65 (2.06)
Gender (%)				
Male	34 (75.6)	19 (67.9)	12 (63.2)	14 (70.0)
Female	11 (24.4)	9 (32.1)	7 (36.8)	6 (30.0)
Final education (%)				
Highschool dropout	0 (0.0)	6 (21.4)	2 (10.5)	0 (0.0)
Graduated highschool	27 (60.0)	15 (53.6)	10 (52.6)	7 (35.0)
Attending college	15 (33.3)	4 (14.3)	7 (36.8)	10 (50.0)
Graduated college	2 (4.4)	3 (10.7)	0 (0.0)	3 (15.0)
Master's degree	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Number of psychiatric diagnosis (%)				
Single	33 (73.3)	19 (67.9)	15 (78.9)	20 (100.0)
Coexistent diagnoses	12 (26.7)	9 (32.1)	4 (21.1)	0 (0.0)
Type of psychiatric diagnosis (%)				
MDD	11 (24.6)	11 (39.3)	2 (10.5)	0 (0.0)
MDD, Cluster B PD	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)
MDD, PTSD	3 (6.6)	4 (14.3)	2 (10.6)	0 (0.0)
MDD, Adjustment disorder	2 (4.4)	2 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
MDD, OCD	0 (0.0)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
MDD, Body dysmorphic disorder	0 (0.0)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
MDD, Panic disorder	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Panic disorder	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (5.3)	6 (30.0)
Schizophrenia	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (20.0)
Bipolar disorder	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)
Bipolar disorder, Cluster B PD	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
PTSD, Social anxiety disorder	2 (4.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
MDD, Alcohol use disorder	0 (0.0)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
Alcohol use disorder	1 (2.2)	1 (3.6)	0 (0.0)	2 (10.0)
Alcohol use disorder, Cluster B PD	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)
PTSD	6 (13.3)	2 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
Conduct disorder	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Intermittent explosive disorder	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)
OCD	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
MDD, Separation anxiety disorder	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Cluster A PD	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.0)
Cluster B PD	0 (0.0)	5 (17.9)	9 (47.4)	0 (0.0)
Cluster C PD	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.0)
Adjustment Disorder	7 (15.6)	0 (0.0)	1 (5.3)	6 (30.0)

Table 2. Mean and standard deviation of the MMPI-2-RF profile

	Suicide ideation (n=45)	Suicide attempt (n=28)	Non-suicidal self-injury (n=19)	General psychiatric patients (n=20)	F (3, 108)	p- value	Post-hoc
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Higher-Order (H-O) Scales							
EID	76.27 (14.98)	77.32 (13.88)	77.63 (15.28)	60.10 (15.64)	6.99	0.03*	1>4*, 2>4*, 3>4*
THD	58.89 (14.03)	58.00 (13.02)	62.84 (19.67)	49.25 (11.63)	3.15	0.02*	3>4*
BXD	54.82 (14.88)	62.36 (11.29)	63.63 (13.68)	49.50 (9.88)	5.81	0.04*	1<3*, 2>4*, 3>4*
Restructured Clinical (RC) Scales							
RCd	71.82 (12.63)	73.00 (11.93)	75.84 (13.49)	58.40 (13.82)	7.54	0.02*	1>4*, 2>4*, 3>4*
RC1	62.84 (17.06)	62.79 (13.56)	65.47 (16.19)	51.00 (11.30)	3.79	0.04*	1>4*, 3>4*
RC2	68.27 (14.70)	65.46 (14.00)	67.63 (13.56)	54.85 (11.65)	4.66	0.02*	1>4*, 2>4*, 3>4*
RC3	57.60 (15.00)	56.71 (12.55)	61.95 (12.33)	48.85 (10.52)	3.33	0.03*	3>4*
RC4	59.42 (16.35)	63.36 (13.70)	66.53 (18.00)	49.55 (9.07)	4.93	0.04*	2>4*, 3>4*
RC6	59.82 (15.48)	60.93 (13.55)	66.74 (16.24)	51.10 (14.83)	3.63	0.02*	3>4*
RC7	66.36 (15.02)	67.68 (13.07)	71.05 (13.37)	55.10 (13.42)	4.95	0.01*	1>4*, 2>4*, 3>4*
RC8	61.38 (15.12)	60.25 (12.98)	65.84 (18.36)	48.85 (9.35)	5.17	0.02*	1>4*, 2>4*, 3>4*
RC9	49.33 (8.98)	53.82 (10.94)	53.32 (9.64)	47.35 (8.66)	2.59	0.07	-
PSY-5 Scales							
AGGR-r	47.33 (10.28)	49.93 (8.78)	56.63 (9.29)	45.95 (9.52)	5.14	0.01*	1<3*, 3>4*
PSYC-r	58.73 (14.54)	58.07 (13.43)	64.05 (19.02)	49.10 (12.24)	3.52	0.01*	3>4*
DISC-r	51.91 (13.29)	56.29 (12.17)	56.21 (12.31)	47.20 (9.09)	2.74	0.08	-
NEGE-r	67.84 (13.95)	69.43 (12.90)	71.11 (11.96)	55.50 (13.22)	5.97	0.01*	1>4*, 2>4*, 3>4*
INTR-r	65.53 (13.52)	60.75 (11.92)	62.37 (12.34)	57.50 (12.28)	2.06	0.13	-
Specific Problems							
Somatic/Cognitive Scales							
MLS	67.27 (11.46)	67.36 (10.87)	65.95 (13.90)	58.90 (13.51)	2.51	0.06	-
GIC	60.58 (14.46)	55.93 (13.82)	62.63 (14.31)	53.15 (13.62)	2.13	0.10	-
HPC	63.00 (14.21)	60.75 (12.82)	63.42 (15.24)	51.70 (15.45)	3.25	0.02*	1>4*
NUC	58.02 (14.75)	57.89 (11.82)	57.11 (12.77)	50.10 (10.22)	1.94	0.06	-
COG	68.73 (15.09)	67.61 (12.77)	71.74 (12.84)	52.35 (11.74)	8.56	0.01*	1>4*, 2>4*, 3>4*
Internalizing Scales							
SUI	71.20 (13.49)	71.57 (13.87)	68.11 (16.51)	48.95 (10.70)	14.05	0.01*	1>4*, 2>4*, 3>4*
HLP	66.11 (14.07)	66.96 (13.91)	69.74 (13.17)	54.15 (10.64)	5.51	0.01*	1>4*, 2>4*, 3>4*
SFD	65.33 (11.96)	67.25 (9.30)	68.63 (10.50)	56.95 (11.73)	4.60	0.01*	1>4*, 2>4*, 3>4*
NFC	61.22(11.46)	59.82 (12.18)	62.79 (11.13)	51.95 (9.74)	3.86	0.03*	1>4*, 3>4*
STW	67.07 (12.41)	67.46 (13.69)	70.32 (10.34)	57.40 (12.34)	4.21	0.04*	1>4*, 2>4*, 3>4*
AXY	65.53 (14.26)	61.18 (12.87)	69.89 (16.80)	53.85 (9.53)	5.27	0.03*	1>4*, 3>4*
ANP	57.42 (14.57)	60.50 (13.07)	59.74 (11.14)	50.30 (9.35)	2.79	0.02*	2>4*
BRF	54.24 (12.38)	55.82 (11.95)	57.84 (11.50)	49.85 (8.98)	1.73	0.18	-
MSF	49.24 (13.43)	51.75 (13.45)	46.63 (10.51)	49.80 (13.44)	0.60	0.56	-
Externalizing Scales							
JCP	57.47 (14.24)	61.50 (14.15)	68.32 (13.63)	53.70 (11.79)	4.34	0.01*	1<3*, 3>4*
SUB	51.73 (13.27)	53.50 (12.47)	55.16 (16.44)	45.20 (10.68)	2.20	0.07	-
AGG	59.38 (13.29)	63.82 (10.77)	66.42 (13.23)	51.20 (10.19)	6.19	0.01*	2>4*, 3>4*
ACT	52.24 (10.10)	55.43 (11.27)	56.74 (10.26)	49.45 (9.03)	2.21	0.08	-

Table 2. Mean and standard deviation of the MMPI-2-RF profile (continued)

	Suicide ideation (n=45)	Suicide attempt (n=28)	Non-suicidal self-injury (n=19)	General psychiatric patients (n=20)	F (3, 108)	p- value	Post-hoc
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Interpersonal Scales							
FML	60.71 (13.86)	63.11 (13.86)	63.84 (13.12)	50.55 (12.52)	4.31	0.01*	1>4*, 2>4*, 3>4*
IPP	57.11 (14.49)	53.61 (10.68)	51.21 (11.34)	56.45 (12.45)	1.16	0.42	-
SAV	65.76 (14.41)	59.75 (11.45)	64.42 (15.03)	59.95 (13.26)	1.54	0.21	-
SHY	59.56 (12.20)	59.79 (13.76)	60.53 (13.02)	57.55 (14.02)	0.19	0.29	-
DSF	61.96 (14.80)	60.50 (13.35)	66.47 (15.54)	60.10 (12.72)	0.88	0.33	-

* : p<0.05. EID : Emotional/Internalizing Dysfunction, THD : Thought Dysfunction, BXD : Behavioral/Externalizing Dysfunction, RCD : Demoralization, RC1 : Somatic Complaints, RC2 : Low Positive Emotions, RC3 : Cynicism, RC4 : Antisocial Behavior, RC6 : Ideas of Persecution, RC7 : Dysfunctional Negative Emotions, RC8 : Aberrant Experiences, RC9 : Hypomanic Activation, AGGR-r : Aggressiveness-Revised, PSYC : Psychoticism-Revised, DISC-r : Disconstraint-Revised, NEGE-r : Negative Emotionality/Neuroticism-Revised, INTR-r : Introversion/Low Positive Emotionality-Revised, MLS : Malaise, GIC : Gastrointestinal Complaints, HPC : Head Pain Complaints, NUC : Neurological Complaints, COG : Cognitive Complaints, SUI : Suicidal/Death Ideation, HLP : Helplessness/Hopelessness, SFD : Self-Doubt, NFC : Inefficacy, STW : Stress/Worry, AXY : Anxiety, ANP : Anger Proneness, BRF : Behavior-Restricting Fears, MSF : Multiple Specific Fears, JCP : Juvenile Conduct Problems, SUB : Substance Abuse, AGG : Aggression, ACT : Activation, FML : Family Problems, IPP : Interpersonal Passivity, SAV : Social Avoidance, SHY : Shyness, DSF : Disaffiliativeness. Post-hoc : Bonferroni method. 1 : Suicide ideation, 2 : Suicide attempt, 3 : NSSI, 4 : General psychiatric patients

환자 집단에 비해 자살 사고 집단과 비자살적 자해 집단에서 통계적으로 유의하게 높은 점수가 나타났다[F(3, 108)=3.79, p<0.05]. 아울러 냉소적 태도(RC3) [F(3, 108)=3.39, p<0.05]와 피해의식(RC6) [F(3, 108)=3.63, p<0.05]에서는 비자살적 자해 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 유의하게 높았다. 더불어 반사회적 행동(RC4)에서는 자살 시도 집단과 비자살적 자해 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 유의하게 높았으나, 자살 사고 집단과는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다[F(3, 108)=4.93, p<0.05].

성격병리 5요인 척도를 분석하였을 때, 공격성(AGGR-r), 정신증(PSYC-r), 부정적 정서성/신경증(NEGE-r)에서 집단 간 차이가 나타났다. 보다 자세히 살펴보면, 공격성에서 비자살적 자해 집단이 자살 사고 집단과 일반 정신과 환자 집단보다 유의하게 높았으나, 자살 시도 집단의 점수와는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다[F(3, 108)=5.14, p<0.05]. 또한 정신증을 분석해 보았을 때, 비자살적 자해 집단이 일반 정신과 환자 집단의 점수에 비해 유의하게 높았으나, 나머지 두 집단과의 차이는 없었다[F(3, 108)=3.52, p<0.05]. 아울러 부정적 정서성/신경증에서 일반 정신과 환자 집단이 나머지 세 집단에 비해 점수가 유의하게 낮게 나타났다[F(3, 108)=5.97, p<0.05].

다음으로 특정 문제 척도 중 신체/인지 증상 척도에서는 두통호소(HPC), 인지적 증상 호소(COG)에서 집단 간 차이가 나타났다. 세부적으로 살펴보면, 두통호소에서 자살 사고 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 유의하게 높았다 [F(3, 108)=3.25, p<0.05]. 또한 인지적 증상 호소에서 일반

정신과 환자 집단이 나머지 세 집단에 비해 유의하게 낮게 나타났다[F(3, 108)=8.56, p<0.05]. 한편, 내재화 척도에서는 자살/죽음 사고(SUI), 무력감/무망감(HLP), 자기 회의(SFD), 효능감 결여(NFC), 스트레스/걱정(STW), 불안(AXY), 분노 경향성(ANP)에서 집단 간 차이가 존재했다. 보다 자세하게 살펴보면, 분노 경향성에서 자살 사고 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 유의하게 높았다[F(3, 108)=2.79, p<0.05]. 또한 자살/죽음 사고[F(3, 108)=14.05, p<0.05]와 무력감/무망감[F(3, 108)=5.51, p<0.05]에서 일반 정신과 환자 집단이 나머지 세 집단에 비해 유의하게 낮게 나타났다. 아울러 자기회의[F(3, 108)=4.60, p<0.05]에서 자살 시도 집단과 비자살적 자해 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 유의하게 높았으나, 자살 사고 집단과는 유의한 차이가 없었다. 더불어 효능감 결여[F(3, 108)=3.86, p<0.05], 스트레스/걱정[F(3, 108)=4.21, p<0.05], 불안[F(3, 108)=5.27, p<0.05]에서 자살 사고 집단과 비자살적 자해 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 유의하게 높은 결과가 나타났다. 한편, 외현화 척도에서는 청소년기 품행 문제(JCP), 공격 성향(AGG)에서 집단 간 차이가 나타났다. 세부적으로 살펴보면, 공격 성향[F(3, 108)=6.19, p<0.05]과 청소년기 품행 문제[F(3, 108)=4.34, p<0.05]에서 자살 시도 집단과 비자살적 자해 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 유의하게 높았으나, 자살 사고 집단과는 유의한 차이가 없었다. 마지막으로, 대인관계 척도에서는 가족 문제(FML)에서만 집단 간 차이를 관찰할 수 있었다. 가족 문제에서는 자살 시도 집단과 비자살적 자해 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 유

의하게 높았으나, 자살 사고 집단과는 유의한 차이가 없었다[F(3, 108)=4.31, $p < 0.05$].

고 찰

본 연구에서는 MMPI-2-RF의 상위차원 척도, 재구성 임상 척도, 특정 문제 척도가 자살 고위험 환자들인 자살 사고, 자살 시도, 비자살적 자해 집단을 변별할 수 있는 유용한 진단적 도구로써 활용될 수 있는지 확인하고자 하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

먼저, 자살에 대한 과거력과 자살 시도 및 자해 경험이 없는 일반 정신건강의학과 진료를 받는 환자와 정신건강의학과 환자들 중에서도 자살에 대한 위험성이 높은 자살 사고, 자살 시도와 비자살적 자해 집단에 대한 집단 간 차이가 관찰되었다. 앞서 언급된 것과 같이 자살에 대한 위험성이 높은 정신건강의학과 내원 환자들에서 일반 정신건강의학과 환자들에 비해, 높은 정서적/내재화 문제(EID), 무력감/무망감(HLP), 자살/죽음 사고(SUI), 의기소침(RCd), 인지적 증상 호소(COG), 냉소적 태도(RC3), 역기능적 부정 정서(RC7)와 부정적 정서성/신경증(NEGE-r) 점수를 보였다. 이와 같은 연구 결과는 Moon 등²⁶⁾의 비임상 집단인 대학생을 대상으로 자살 고위험군과 저위험군으로 나누어 MMPI-2-RF로 심리적 특성을 알아보려고 한 선행연구와도 일면 일치하는 바이다. 한편, 이들의 연구에서는 자살 고위험군에서 관계단절(DSF) 척도가 자살 위험성에 대해 유의한 설명력을 가지며, 이러한 결과는 사회적 지지망의 부재가 자살의 중요한 위험 요인이라고 주장하고 있다. 하지만 임상군을 대상으로 한 본 연구에서는 관계단절에 대한 집단 간 차이가 관찰되지 않았다. 이와 같은 차이는 다음과 같이 설명될 수 있다. 첫 번째, Moon 등²⁶⁾의 연구는 실제 자살 시도자를 대상으로 한 것이 아닌 비임상 집단을 대상으로 한 연구인 만큼, 연구가 매우 극심하고 압박한 위험에 처한 임상 집단으로 일반화되기 어려울 가능성이 있다. 두 번째, 이들은 대학생을 대상으로 자살 생각 척도(Beck Scale for Suicide Ideation, BSS)³⁸⁾를 사용하여 자살 고위험군과 저위험군으로 분류하였다. 하지만 위 연구에서는 해당 척도의 4번(적극적인 자살 사고)이나 5번(수동적인 자살 사고) 중 하나 이상의 문항에 1점 이상 응답한 사람을 자살 사고가 있는 위험군으로 분류하여 분석을 수행한 바, 실제 자살 사고를 경험하는 사람이 고위험 집단에 포함되지 못하였거나, 자살 사고를 적게 경험하는 사람임에도 분류 문항에 1점 이상 응답하여 고위험군으로 포함될 가능성이 있는 등 최초에 집단 분류 과

정에서 오류가 있었을 수 있다. 세 번째, 비록 관계단절에서는 집단 간 차이가 유의하지 않았으나, 자살 시도, 자해 집단에서 통제 집단에 비해 높은 가족 문제(FML)가 나타났다. 임상적으로 유의한 자살 사고나 자살 관련 행동을 보이는 사람들 중에서, 실제로 행동화에 옮기는 집단과 일반 정신과 환자 집단을 변별하는 대인관계 문제는 넓은 의미에서의 포괄적인 대인관계 문제라기보다는, 가족 등 보다 친밀한 관계와 같은 특정한 대인관계일 가능성이 있겠다.

한편, 본 연구의 이와 같은 결과는 가족 문제가 자살의 고위험성과 연관이 있다는 기존 연구들의 주장과도 일치하는 바이다. 특히, 다수의 선행연구는 부모의 양육 태도가 자녀의 자해 행동과 높은 연관을 보인다고 주장한다.^{39,40)} 특히, 부모의 방임, 과보호 및 통제적 양육과 같은 아동기 정서적 학대 경험은 우울 및 불안에 이르는 경로를 통해 자해에 영향을 미치게 된다.³⁹⁾ 섭식장애 환자를 대상으로 한 국내의 연구⁴⁰⁾에서도 정서적 학대, 신체적 방임, 부모 간 갈등 등 부정적인 가정 내 문제들이 자해 행동을 유의하게 예측한다는 결과를 보고하였다.

본 연구에서의 결과와 같이, 기존의 연구들은 자살에 대한 욕구가 일차적으로는 정신적인 고통(mental pain)으로부터 기인한다고 주장하고 있다.^{41,42)} 정서적/내재화 문제(EID) 척도에서의 높은 점수는 정신적 고통을 시사하고, 의기소침, 무력감 등의 증상과도 관련이 있으며, 정신적 고통과 무력감은 자살 위험성과 관련이 높은 변인이기에 기존의 연구는 자살에 대한 위험성을 평가할 때 정서적/내재화 문제(EID) 척도에서의 점수 상승을 평가하는 것이 상당히 중요하다고 보고하고 있다.²⁶⁾ 이러한 관련성은 Beck 등⁴³⁾의 절망감 이론을 통해 높은 무력감/무망감이 자살에 대한 높은 위험과 연관이 있고, 무력감/무망감은 우울과도 관련성이 높다고 알려져 있어 우울이 결과적으로 자살 행동에 대한 취약성을 증가시킨다고 설명되었다.^{43,44)} 한편, 자살/죽음 사고(SUI) 척도는 자살 사고를 직접적으로 평가하는 척도로 이 척도에서 유의미한 상승을 보이는 경우 자살에 대한 위험성을 평가해야 할 필요가 있다고 주장되고 있다.³¹⁾ 특히, 자살 사고를 경험하는 개인들이 추후 실제 자살 시도를 할 위험성이 높다는 다수의 선행 연구 결과들을 고려해볼 때, MMPI-2-RF의 (SUI) 척도는 자살 위험성의 선별 과정에서 유용하게 활용될 수 있을 것이라는 제안도 존재한다.²⁶⁾ 추가적으로 본 연구에서는 자살에 대한 위험성이 높은 집단들에서 일반 정신건강의학과 내원 환자 집단과 비교하였을 때, 이들이 인지적 증상을 더 높게 호소한다는 결과가 나타났다. 이는 심리적 고통감이 높을수록 기억력 및

집중력 장애를 더욱 빈번하게 보고하고,^{45,46)} 노인에서는 이러한 인지적 능력의 저하가 ‘가성치매(pseudodementia)’ 등의 임상적 양상으로 진전되기도 한다는 보고들과도 합치하는 결과이다.⁴⁷⁾

하지만 MMPI-2-RF에서 자살위험성이 높은 세 집단 간 유의한 차이는 나타나지 않아, MMPI-2-RF가 세 집단을 변별해줄 수 없는 것으로 나타났다. 이에, 세 집단 간 변별에는 MMPI-2-RF가 유용하지 않을 것으로 시사된다. 다만, 자살 시도, 비자살적 자해를 시도하는 개인들에서 정신건강의학과 환자들 중에서도 자살에 대한 위험도가 낮은 집단보다 높은 행동화/외현화 문제(BXD), 반사회적 행동(RC4), 청소년기 품행 문제(JCP)가 나타났다. 이는 외현화 문제가 내현화 문제보다 더욱 자살 시도와 직접적으로 관련이 있으며,^{48,49)} 외현화 문제를 특징으로 하는 품행장애, 반사회적 성격 장애, 물질관련장애, 양극성 장애 등의 충동 조절 문제와 관련된 질환들이 자살 계획과 자살 시도, 자해를 실행시킬 수 있는 강한 예측인자라는 기존의 주장과도 합치되는 결과이다.⁵⁰⁾ 이러한 연구들은 충동 조절 문제가 자살 사고 및 자살에 대한 욕구를 증가하게 만들고 자살 사고를 행동화하는 위험성을 증가시킨다고 제안한다.⁴⁷⁾

더불어 본 연구에 포함된 자살 시도, 비자살적 자해를 하는 환자들은 일반 정신건강의학과 내원 환자들에 비해 청소년기 품행 문제(JCP)와 반사회적 행동(RC4)을 더욱 높은 수준으로 보고하였는데, 이는 상기 두 집단에서 B군 성격장애의 포함 정도가 각각 17.9, 58.0%에 달하였던 것과도 무관하지 않을 것으로 여겨진다. 특히, 자살 시도 집단에서는 17.9% 모두가 B군 성격장애가 단독진단이었으며, 비자살적 자해 집단에서는 B군 성격장애가 주진단이거나 단독진단인 경우는 47.4%에 해당하였다. 다수의 기존 연구 결과들은 청소년기의 품행 장애가 성격 장애, 특히 경계선 성격 장애 등의 B군 성격장애와 연관이 있다고 보고하고 있다.⁵⁰⁾ 이를 볼 때, 본 연구의 결과는 비록 그 사례 수가 적다는 한계가 있음에도 불구하고 이러한 품행 문제가 B군 성격장애와 공존 확률이 높다는 기존의 연구 결과를 지지하는 결과일 가능성이 있겠다.

앞서 언급된 Moon 등²⁶⁾의 연구는 국내에서 비임상군인 대학생들을 대상으로 한정하여 일반 성인이나 정신건강의학과 환자군들로 연구 결과를 일반화하기 어렵다는 한계가 존재했다. 현재까지 국내에서 임상군을 대상으로 MMPI-2-RF를 사용하여 자살에 대한 위험성이 높은 개인들을 평가한 연구는 찾기 어렵다. 본 연구는 임상군인 정신건강의학과 외래에 내원한 환자들을 대상으로 MMPI-2-RF를 사

용하여 자살 고위험 집단의 심리적 특성을 확인하고자 한국 내 최초의 연구로 기존의 Moon 등²⁶⁾의 비임상 집단에서의 연구 결과를 임상 집단에서도 반복 검증하였다는 데 의의가 있다. 특히, 비자살적 자해에 대한 관심이 최근 증가하고 있으나, 아직 임상군에 대한 연구는 빈약하고 국내에서 실제 임상군을 대상으로 한 연구는 4편에 불과하다는 한계가 존재해 왔다.²⁴⁾ 본 연구 결과는 국내에서 연구가 아직까지 활발하지 않은 비자살적 자해 임상군에 대해 연구하였고, 이는 후속 연구에 있어서도 긍정적인 영향으로 작용할 것으로 시사된다. 또한 국내에서는 자해 행동을 측정하기 위해 자해척도(Self Harm Inventory), 자해기능평가지 등 총 5개의 측정도구가 활용되고 있으나, 대다수는 연구자가 직접 번안하여 사용하거나 편의에 의해 변형하여 활용하여 도구의 타당성과 신뢰도가 확보되기 어렵다는 단점이 존재하였다.²⁴⁾ 하지만 본 연구는 그 타당성과 신뢰도가 널리 입증되어 온 MMPI-2-RF를 활용하여 비자살적 자해를 연구하였다는데 더욱 의의가 있다고 하겠다.

본 연구는 정신건강의학과 외래에 내원한 자살 고위험 환자들을 자살 사고, 자살 시도, 비자살적 자해 총 세 집단으로 나누어 이들이 자살과 관련된 증상이 없는 자살 저위험 환자들과 MMPI-2-RF를 통해 비교하여 이들의 심리적 특성을 파악하고자 하였다. 본 연구의 제한점과 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 자기보고식 질문지를 이용하여 자료를 수집하였기 때문에 환자들의 과잉보고나 과소보고 등의 변수가 결과에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 둘째, 비임상 대학생 집단을 연구 대상으로 한 기존 연구와는 달리, 임상군을 대상으로 하고자 하였으나, 연구에 포함된 환자수가 작고 비자살적 자해 집단의 경우에는 19명에 불과하였다. 이는 자살에 대한 연구는 자살 사고를 주제로 다수 수행되고 있는 반면, 현실적인 문제로 자살 시도자로부터 자료를 수집하기가 쉽지 않아 자살 시도 및 자해에 관련한 연구가 상대적으로 적은 편인 점에 기인한다.^{24,27)} 이에, 추후 연구에서 보다 다수의 환자들을 연구에 포함시켜 반복 검증하는 것이 필요할 것으로 보인다. 셋째, 자살 위험성과 관련한 요인들이 성별에 따라 다르게 나타날 수 있으나, 본 연구에서는 표집에서의 현실적 어려움으로 인해 사례수가 부족하여 이를 구분하여 분석할 수 없었다. 추후 연구에서 보다 많은 사례수를 모집하여 성별에 따라 자살 위험 집단의 심리적 요인들이 다르게 나타나는 지 분석하는 것이 필요하겠다. 넷째, 자살 의도가 없는 자해의 DSM-5의 진단 기준은 지난 1년 간 자살 의도가 없는 자해 행동이 나타나는지에 기반을 두고 있다. 하지만 평가 시점에서의 비자살

적 자해 행동의 지속 여부가 현재 상태를 반영하는 MMPI-2-RF 결과에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 다섯째, 본 연구는 각 집단의 자살 관련 행동의 방법, 횟수, 심각도나 지속 기간 등의 변인에 대해서는 조사하지 못하였다는 점이 그 한계로 볼 수 있다. 추후 자살 관련 행동 변인에 대해 측정하고 이러한 변인들을 통제하여 연구하는 것이 필요할 것으로 보인다.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- (1) Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB. Depressed adolescents grown up. *JAMA Psychiatry* 1999;281:1707-1713.
- (2) Joe S, Baser RS, Neighbors HW, Caldwell CH, Jackson JS. 12-Month and lifetime prevalence of suicide attempts among black adolescents in the national survey of american life. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2009;48:271-282.
- (3) Ma X, Xiang YT, Cai ZJ, Li SR, Xiang YQ, Guo HL, Hou YZ, Li ZB, Li ZJ, Tao YF, Dang WM, Wu XM, Deng J, Chan SS, Ungvari GS, Chiu HF. Lifetime prevalence of suicidal ideation, suicide plans and attempts in rural and urban region of Beijing, China. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;43:158-166.
- (4) Lee JS, Choi JW, Park SB, Yoo HK, Hong JP. Preliminary study on the clinical characteristics between suicide attempters and suicide completers who had visited emergency room. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2010;49:185-192.
- (5) O'carroll P, Berman A, Mosciki E. Beyond the tower of babel: a nonmenclature for suicidology. *Suicide Life-Threatening Behaviors* 1996;26:237-252.
- (6) White, JL. *The troubled adolescent*. New York: Pergamon Press;1989.
- (7) Kim H, Kim B. Verification of the structural relationship model of suicidal ideation to its related variables. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy* 2008;20:201-219.
- (8) Ryu S, You S. Psychological characteristics differentiating suicide attempters from ideators: an examination of acquired capability for suicide and temperament. *Korean Journal of Clinical Psychology* 2017;36:589-603.
- (9) Klonsky ED, May AM. Differentiating suicide attempters from suicide ideators: a critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2014;44:1-5.
- (10) Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 2007;27:226-239.
- (11) Maninger KA. Psychoanalytic aspect of suicide. *International Journal of Psychoanalysis* 1933;15:376-390.
- (12) Favazza AR. *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press;1996.
- (13) Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation, *Hospital Community Psychiatry* 1993;44:134-140.
- (14) Kahan J, Pattison E. Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1984;14:17-35.
- (15) Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;79:283-289.
- (16) Walsh BW, Rosen PM. *Self-mutilation: an Empirical Study*. Unpublished doctoral dissertation. Boston College Graduate School of Social Work;1988.
- (17) Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous & Mental Disease* 1998;186:259-268.
- (18) Simeon D, Favazza AR. *Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment*, Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing;2001.
- (19) Lee D, Ham K, Bae B. Self-Injurious Behaviors: Suicidal Self-Injury and Non-Suicidal Self-Injury in Female Middle School Students. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy* 2016;28:1171-1192.
- (20) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing;2013.
- (21) Seo M, Kim J, Lee T, Kim E. A qualitative study on the process of nonsuicidal self-injury and recovery among adolescents with counseling experiences. *Korean Counseling Association* 2019;20:179-207.
- (22) Joiner T. *Why people die by suicide*, Cambridge, Ma and London, England: Havard University Press;2007.
- (23) Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between non-suicidal self-injury and attempted suicide: Conversing evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology* 2013;122:231-137.
- (24) Seong Y, Bae Y, Kim S. Non-suicidal self-injury in south Korea: a systematic review of studies from 2000 to 2018. *Cognitive Behavior Therapy in Korea* 2019;19:251-280.
- (25) Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review* 2010;117:575-600.
- (26) Moon K, Lee J, Heo J. Psychological characteristics of college students with suicide risk in MMPI-2-RF. *Korean Journal of Clinical Psychology* 2015;34:809-827.
- (27) Arbish PA, Ben-Porath YS, McNulty JL. Empirical correlates of common MMPI-2 two point codes in male psychiatric inpatients. *Assessment* 2003;10:237-247.
- (28) Archer RP, Griffin R, Aiduk R. MMPI-2 clinical correlates for ten common codes. *Journal of Personality Assessment* 1995;65:391-407.
- (29) Sellbom M, Graham JR, Schenk PW. Symptom correlates of MMPI-2 scales and code types in a private-practice setting. *Journal of Personality Assessment* 2010;84:163-171.
- (30) Tellegen A, Ben-Porath YS, McNulty JL, Arbisi PA, Graham JR, Kaemmer B. The MMPI-2 restructured clinical (RC) scales: Development, validation and interpretation. Minneapolis

- olis: University of Minnesota Press;2003.
- (31) **Han K, Moon K, Lee J, Kim J.** MMPI-2-RF: technical manual. Maumsarang, Inc;2011.
 - (32) **Tellegen A, Ben-Porath YS.** MMPI-2-RF: technical manual. Minneapolis: University of Minnesota Press;2008.
 - (33) **Lee J, Moon K, Heo J.** The relationship between suicidal ideation and MMPI-2 profile among college students. *Journal of Human Understanding and Counseling* 2012;33:53-69.
 - (34) **Kopper BA, Osman A, Barrios FX.** Assessment of suicidal ideation in young men and women: The incremental validity of the MMPI-2 content scales. *Death Studies* 2011;25:593-607.
 - (35) **Sepaher I, Bongler B, Greene RL.** Code-type base rates for the “I mean business” suicide items on the MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology* 1999;55:1167-1173.
 - (36) **Tak C, Yoon B, Kim K, Sea Y, Jung H, Song J, Park S, Park J.** Predictive factors of self-injurious behavior with suicidal ideation in adolescents. *Mood and Emotion* 2017;15:149-155.
 - (37) **Shin YM, Chung YK, Lim KY, Lee YM, Oh EY, Cho SM.** Childhood predictors of deliberate self-harm behavior and suicide ideation in Korean adolescents: A prospective population based follow-up study. *Journal of Korean Medical Science* 2009;24:215-222.
 - (38) **Beck AT, Steer RA.** Manual for Back Scale for Suicide Ideation. The Psychological Corporation;1991.
 - (39) **Koo H, Cho H, Lee J.** The mediating effect of maladaptive cognitive emotion regulation and negative affect of the relationships between childhood emotional abuse experience, affect intensity and self-harm. *Cognitive Behavior Therapy in Korea* 2014;14:191-216.
 - (40) **Kong S, Lee J, Shin M.** Impact of childhood trauma on self-harm behavior in patients with eating disorders and the mediating effect of parental conflict. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009;18:31-40.
 - (41) **Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P.** Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Frontier Psychiatry* 2016;7:article 108.
 - (42) **Soumani A, Daigos D, Oulis P, Masdrakis V, Ploumpidis D, Mavreas V.** Mental pain and suicide risk: application of the Greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain scale. *Psychiatriki* 2011;22:330-340.
 - (43) **Beck AT, Brown G, Steer RA.** Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2019;57:309-310.
 - (44) **Park K.** The Moderating and mediating effects of problem solving and evaluative concerns perfectionism on the relationship between negative life stress and depression. *Korean Journal of Health Psychology* 2004;9:265-283.
 - (45) **Stilley CS, Sereika S, Muldoon MF, Ryan CM, Dunbar-Jacob J.** Psychological and cognitive function: Predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Annals of Behavior Medicine* 2004;27:117-124.
 - (46) **Wilson RS, Schneider JA, Boyle PA, Arnold SE, Tang Y, Bennett DA.** Chronic distress and incidence of mild cognitive impairment. *Neurology* 2007;68:2085-2092.
 - (47) **Elderkin-Thompson V, Mintz J, Haroon E, Lavretsky H, Kumar A.** Executive dysfunction and memory in older patients with major and minor depression. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2007;22:261-270.
 - (48) **Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA.** Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006;47:372-394.
 - (49) **Hills AL, Afifi TO, Cox B, Bienvenu OJ, Sareen J.** Externalizing psychopathology and risk for suicide attempt: Cross-sectional and longitudinal findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2009;197:293-297.
 - (50) **Jung J, Kim H, Sakong J, Sung H, Lee E, Shin I, Kim J.** Suicidality in major depressive disorder: the impact of psychiatric comorbidity. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association* 2012;51:85-92.

국문초록

연구목적

본 연구에서는 정신과 외래 환자 중 자살 고위험 집단인 자살 사고, 자살 시도, 비자살적 자해 및 일반 정신과 환자 집단의 감별 시 MMPI-2-RF가 변별 도구로써 활용될 수 있는지 알아보려고 하였다.

방법

모든 대상자는 한양대학교 구리병원에 정신과적 진료를 내원한 환자로, 정신건강의학과 전문의로부터 DSM-5에 근거한 진단을 받았고, 이들의 의무기록을 후향적으로 검토하여 네 집단(자살 사고, 자살 시도, 비자살적 자해, 통제집단으로 일반 정신과 환자)으로 분류하였다. 총 112예가 분석에 포함되었다. 수집된 자료를 분석하기 위해 기술 통계 분석, 성별을 공변인으로 한 다변량 공분산분석(MANCOVA)를 통해 집단 간 차이를 알아보려고 하였다.

결과

연구 결과, 비임상군인 대학생을 대상으로 한 기존 선행 연구와 마찬가지로, 임상군인 정신과 외래 내원 환자들 중에서도 자살 고위험군이 저위험군에 비해 높은 정서적/내재화 문제(EID), 무력감/무망감(HLP), 자살/죽음 사고(SUI), 의기소침(RCd), 인지적 증상 호소(COG), 냉소적 태도(RC3), 역기능적 부정 정서(RC7)와 부정적 정서성/신경증(NEGE-r) 점수를 보였다. 하지만 자살에 대한 위험성이 높은 환자들을 자살 사고, 자살 시도, 비자살적 자해를 시도하는 개인들 총 세 집단으로 나누어 분석하였을 때, 세 집단 모두를 변별할 수 있는 변인은 관찰되지 않았다. 다만, 자살 시도 집단 및 비자살적 자해 집단이 일반 정신과 환자 집단에 비해 높은 행동화/외현화(BXD), 반사회적 행동(RC4), 공격성(AGG) 등을 보였으나, 자살 사고 집단과 일반 정신과 환자 집단 사이에는 유의한 차이가 없었다.

결론

본 연구는 MMPI-2-RF가 임상군인 정신과 외래 내원 환자들 중 자살 위험이 높은 환자들을 자살사고, 자살 시도, 비자살적 자해 세 집단으로 구분했을 때, 이 세 집단을 변별할 수 있는 유용한 진단적 도구로써 기능할 수 있는지 확인해보려고 하였으나, 세 집단 모두를 변별해주는 요인은 관찰되지 않았다. 이에, 세 집단 간 변별에는 MMPI-2-RF가 진단적으로 유용하지 않을 것으로 시사된다. 다만, 자살 사고 집단에서는 차이가 나타나지 않았으나 자살 시도 및 비자살적 자해 집단에서는 통제군인 일반 정신과 환자들에 비해 높은 공격성과 행동화가 나타나, 자살 사고가 실제 자살 시도로 이행되는 과정에서 이러한 지표들이 위험성을 판단할 수 있는 조기변별 지표로서 기능할 수 있을 것으로 보인다.

중심 단어 : MMPI-2-RF · 자살 고위험 집단 · 비자살적 자해 · 자살 사고 · 자살 시도.