한국심리학회지 : 임상심리 연구와 실제
Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
2019, Vol. 5, No. 3, 233-254

마인드셋의 유형에 따른 자살 위험성의 차이: 정신건강의학과 환자를 대상으로

이 승 진
고려대학교 심리학과

성 기 혜†
CHA 의과학대학교
분당차병원 정신건강의학과

본 연구는 암묵적 자기이론에 기초하여 정신과 환자의 마인드셋이 자살 위험성에 미치는 영향을 확인했다. 암묵적 자기 이론에서는 개인 특성이 변화 불가능하다고 믿는 태도를 '고정 마인드셋(fixed mindset)', 개인 특성이 변화 가능하다고 믿는 태도를 '성장 마인드셋(growth mindset)'으로 구분한다. 본 연구에서는 자살 위험성에 대한 마인드셋의 고유한 영향력을 확인하기 위하여 자살의 주요한 위험 요인으로 알려진 우울의 영향력을 통제했다. 또한 지능, 성격, 정서 및 불안에 대한 마인드셋 중 자살 위험성에 유의미한 효과를 나타내는 마인드셋은 무엇인지 확인했다. 마지막으로, 자살 위험성을 자살 사고와 자살 행동으로 구분하여 이에 영향을 미치는 마인드셋 및 우울의 효과에 차이가 존재하는지 살펴봤다. 연구 참여자는 경기도 소재 한 대학병원 정신건강의학과에서 진료를 받는 환자 759명 중 지적 장애, 신경인지 장애, 정신증적 장애를 진단받은 환자를 제외한 총 634명으로, 한국판 벡 우울 척도-Ⅱ(Korean-Beck Depression Inventory-Ⅱ), 암묵적 자기 이론 척도(Implicit Self Theory Scale), 자살 위험성 선별 척도(M.I.N.I. Plus 5.0 for Suicidality and Suicidal Risk)에 응답한 내용을 분석했다. 현재 우울의 영향을 통제한 위계적 중다회귀분석 결과, 마인드셋이 자살 위험성에 미치는 영향이 유의미했다. 또한 중다회귀분석 결과 지능과 불안에 대한 마인드셋이 자살 위험성에 유의미하게 영향을 주는 것으로 나타났다. 자살 위험성을 자살 사고와 자살 행동으로 구분하여 살펴보았을 때, 마인드셋은 우울보다 자살 사고와 자살 행동에 더 크게 영향을 미치는 것으로 확인됐다. 이러한 연구 결과를 바탕으로 정신과 환자의 자살 위험성을 낮추기 위해 고정 마인드셋에서 성장 마인드셋으로의 변화를 돕는 치료적 개입의 중요성이 논의됐다.

주요어 : 마인드셋, 암묵적 자기 이론, 자살 위험성, 자살 보호요인, 우울

† 교신저자(Corresponding Author) : 성기혜 / CHA 의과학대학교 분당차병원 정신건강의학과 / (13496) 경기도 성남시 분당구 야탑로 59 / Fax : 031-708-5846 / E-mail : sunggh82@chamc.co.kr

www.kci.go.kr

주어진 상황을 변화시킬 수 있다는 믿음은 현실을 해석하는 방식, 자기 조절에 관여하려는 동기와 행동에 영향을 준다(Bandura, 1991; Dweck, 1975; Maier & Seligman, 1976). Overmier와 Seligman(1967)은 반복적으로 가해지는 전기 충격에 지속적으로 노출되었던 개가 나중에 같은 상황이 주어졌을 때 아예 전기 충격을 피하려는 시도조차 하지 않는 모습을 관찰했다. Maier와 Seligman(1976)은 변화 불가능한 상황이 개인의 인지, 정서 및 동기에 부정적인 영향을 주는 현상을 '학습된 무력감(learned helplessness)'이라는 용어로 개념화했다.

Diener와 Dweck(1978)은 실패가 뒤따라오는 과제를 아이들에게 연이어 제시하였을 때 일부 아이들은 그들의 실제 능력과는 무관하게 무력한(helpless) 반응을 보이는 것을 확인했다. 지적 능력이 태어날 때부터 정해져 있어서 변화 불가능한 것이라고 믿는 아이들은 지적 능력이 변화 가능하다고 믿는 아이들에 비해 어려운 문제를 대할 때 무력한 반응을 더 많이 나타냈다(Dweck & Elliott, 1983; Dweck & Leggett, 1988). 이와 같은 선행 연구를 바탕으로 개인 특성의 변화 가능성에 대한 믿음이 주어진 상황에서의 인지, 정서 및 행동에 영향을 미친다는 암묵적 자기 이론(Implicit Self Theory)이 발전했다(Dweck, 1986; Dweck, Chiu, & Hong, 1995a; Dweck, Chiu, & Hong, 1995b; Dweck & Leggett, 1988).

암묵적 자기이론에서는 개인 특성의 변화 가능성에 대한 태도를 '마음의 틀(mindset; 이하 마인드셋)'이라고 명명한다. 마인드셋은 개인의 특성을 변화 불가능한 것으로 믿는 '고정 마인드셋(fixed mindset)'과 개인의 특성을 변화 가능한 것으로 믿는 '성장 마인드셋(growth mindset)'으로 분류된다(Dweck, 2006). 암묵적 자기이론에서는 고정 마인드셋을 가진 사람은 문제 상황이 주어졌을 때 자기 통제에 대한 동기 수준이 낮은 반면, 성장 마인드셋을 가진 사람은 유연한 대처가 가능한 것으로 본다(Tarmir, John, Srivastava, & Gross, 2007).

마인드셋에 대한 초기 연구는 주로 지적 능력에 대한 태도를 평가했다. 대부분의 연구는 학업 장면에서 이루어졌는데, 성장 마인드셋을 가진 학생들이 고정 마인드셋을 가진 학생에 비해 더 나은 학업 성취 및 자기조절 능력을 보였다(Dweck, 2006). 마인드셋과 자기조절 능력 간 관련성은 운동 기술, 체중 관리, 협상 능력, 리더십 등 다른 분야에서도 확인됐다(Burnette, 2010; Burnette, Pollack, & Hoyt, 2010; Kasimatis, Miller, & Mareussen, 1996; Kray, & Haselhuhn, 2007).

마인드셋의 적용 범위는 성격처럼 보다 내현적인 개인 특성으로 확장됐다. 많은 연구에서 성격에 대한 고정 마인드셋과 심리적 부적응 간 관련성이 확인된다(Beer, 2002; Chiu, Hong, & Dweck, 1997; Hong, Chiu, Dweck, & Sacks, 1997). 성격에 대한 고정 마인드셋을 가진 사람은 목표를 성취하는 과정에서 더 높은 부정적 정서, 스트레스, 내재적 및 외재적 문제, 더 낮은 긍정적 기대 수준을 보였다(Burnette, O'Boyle, VanEpps, & Finkel, 2013; Doron, Szepsenwol, Elad-Strenger, Hargil, & Bogoslavsky, 2013; Schleider, Abel, & Weisz, 2015). 이와 반대로 성격에 대한 성장 마인드셋을 가진 사람은 더 낮은 불안 및 스트레스, 더 긍정적인 자기관, 더 높은 건강 수준을 나타냈다(Yeager, Johnson, Spitzer, Trzesniewski, Powers, & Dweck, 2014). 청소년의 정신 병리적 문제와 마인드셋의 관계를 추적한 종단 연구에서도 성격에 대한 고정 마인드셋은 정신

www.kci.go.kr

병리적 문제와 유의미한 상관관계를 보였다(Schleider & Weisz, 2016).

마인드셋에 대한 연구는 정서처럼 보다 일시적인 개인 특성으로 적용 범위가 확장됐다. 대학에 막 진학한 학생들을 대상으로 진행된 연구에서는 정서에 대한 고정 마인드셋을 가진 학생들이 이후 대학 생활에서 더 불량한 정서조절 능력, 더 낮은 긍정정서, 더 높은 부정정서를 나타냈다(Tamir, John, Srivastava, & Gross, 2007). 또 다른 연구에서도 정서에 대한 고정 마인드셋을 지닌 학생들은 미성숙한 대처, 낮은 자존감 및 삶에 대한 만족감, 높은 스트레스와 우울감을 보였다(De Castella, Goldin, Jazaieri, Ziv, Dweck, & Gross, 2013). 정서적으로 강렬한 영화가 제시되는 실험 연구에서는 고정 마인드셋을 가진 학생들이 더 큰 정서적 회피 반응 및 부정적 정서를 나타냈다(Kappes & Schikowski, 2013).

마인드셋에 대한 연구는 정신병리에 대한 태도로도 이어졌다. 다양한 형태의 정신병리는 자기조절의 어려움과 관련된 것으로 보인다(Sheppes, Suri, & Gross, 2015). 현재까지는 불안에 대한 마인드셋 연구가 활발하게 진행됐다. 불안에 대한 고정 마인드셋을 가진 학생들은 스트레스 수준이 더 높고 대처 방식이 더 부적응적인 반면, 성장 마인드셋을 가진 대학생들은 걱정, 불안, 우울 및 완벽주의가 상대적으로 낮았다(Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan, & Moser, 2015; Schroder, Yalch, Dawood, Callagan, Donnellan, & Moser, 2017). Valentiner, Mounts, Durick과 Gier-Londsway(2011)는 고정 마인드셋을 지닌 참여자들은 사회적 상황에서의 수행 불안이 시간이 지났음에도 여전히 높은 반면, 수행 불안에 대한 성장 마인드셋을 가진 연구 참여자들은 시간이 지나면서 수행 불안이 줄어드는 것을 확인했다. 불안에 대한 마인드셋은 치료적 개입의 효과에도 영향을 미치는 것으로 나타났다. 불안장애 환자들을 대상으로 사회 불안 증상에 대한 마인드셋 수준을 인지행동치료 전후에 측정하였을 때, 치료 전 고정 마인드셋을 가진 환자들이 치료 후에도 가장 높은 수준의 사회 불안을 보였다(Valentiner, Jencius, Jarek, Gier-Londsway, & McGrath, 2011). 또 다른 연구에서는 불안 장애를 진단 받은 환자들 중 부끄러움에 대한 더 높은 고정 마인드셋을 보고한 환자들이 노출 치료 과정에서 더 높은 수행 불안을 나타낸 것으로 확인됐다(Valentino, Jencius, Jarek, Gier-Lonsway, & McGrath, 2013).

고정 마인드셋을 성장 마인드셋으로 변화시키는 개입은 심리적 부적응을 완화시키고 정신건강을 증진시키는 데 효과가 있다는 것이 다양한 연구를 통해 밝혀지고 있다. 예를 들어, 성격에 대한 성장 마인드셋을 함양하는 개입은 더 낮은 품행행동 문제, 더 낮은 우울 증상, 더 빠른 교감 신경계 회복과 관련됐다(Miu & Yeager, 2015; Schleider & Weisz, 2016; Yeager, Trzesniewski, & Dweck, 2013). 행복에 대한 성장 마인드셋을 함양하는 개입은 이후의 대인관계, 건강 및 직업 만족도를 예측했다(Van Tongeren, & Burnette, 2016). 이와 같은 선행 연구의 결과는 성장 마인드셋의 함양이 정신건강 증진에 효과를 가질 수 있음을 시사한다.

여러 유형의 마인드셋 중 어떤 마인드셋이 특정 심리적 부적응에 더 큰 영향을 미치는지를 밝히는 것도 효과적인 치료를 제공하는 데 중요하다. Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan과 Moser(2015)는 선행 연구들에서 대표적으로 다루어진 지능, 성격, 정서 및 불안에 대한 마인드셋 척도를 종합하여 요인분석했으며, 각 유

www.kci.go.kr

형의 마인드셋과 걱정사고, 불안, 우울, 부적응적 완벽주의, 대인관계 문제 등 다양한 심리적 부적응 증상 간 관련성을 확인했다. 연구 결과, 불안 및 정서에 대한 마인드셋은 심리적 부적응 증상에 미치는 효과가 유의미하고 설명량도 큰 데 반해, 지능과 성격에 대한 마인드셋은 효과가 유의미하지 않은 변인이 많고, 일부 변인에 대한 효과가 유의하더라도 설명량이 더 적은 것으로 나타났다.

Howell(2017)은 마인드셋과 심리적 부적응 간 관계를 밝힌 연구들을 개괄하면서 마인드셋이 심리적 부적응에 미치는 영향을 임상 장면에서 연구하는 것이 필요하다고 봤다. 아직까지 임상군을 대상으로 진행된 마인드셋 연구는 그 수가 많지 않다. 선행연구를 살펴보면, 사회불안 장애를 진단 받은 환자들과 비임상군과 비교했을 때 정서 및 불안에 대한 고정 마인드셋 수준이 유의미하게 높은 것으로 나타났다(De Castella, Goldin, Jazaieri, Ziv, Dweck, & Gross, 2014). 국내에서는 Sung, Park, Choi와 Park(2017)이 우울장애를 진단 받아 진료 중인 환자들의 고정 마인드셋, 우울 및 경험적 회피 특성이 비임상군과 비교했을 때 유의미하게 높은 것을 확인했다.

다양한 정신과적 증상 중 자살은 임상 현장에서 무엇보다도 우선적으로 고려하는 증상이다. 현재까지 연구된 자살의 위험 요인은 생물학적, 사회경제적, 인지적 및 개인 특질 등으로 다양하다(Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000; Mishara & Chagnon, 2011; Oquendo et al., 2014; Oyesanya et al, 2015). 자살의 원인에 대한 최신 메타 연구에 따르면, 자살자의 약 80%에게서 정신 질환이 존재했던 것으로 나타나듯, 정신질환의 존재는 자살의 주요한 위험 요인 중 하나로 고려된다(Cho, S. E. et al., 2016). Flechtner, Wolf와 Priebe(1997)는 비정신과 환자의 자살율과 비교했을 때, 입원 환자의 자살율은 50배, 외래 환자는 40배 높은 것으로 봤다.

부적응적인 자기 조절은 자살 위험성에 영향을 미치는 주요한 요인 중 하나로 고려된다(Wu, Liao, Lin, Tseng, Wu, & Liu, 2009; Zlotnick, Wolfsdorf, Johnson, & Spirito, 2003). 자기조절 과정이 부적응적일수록 역경 상황에서의 부정적인 정서와 문제 행동은 증가한다(Hofmann, Sawyer, Fang, & Asnaani, 2012). 마인드셋은 경험한 사건의 의미를 해석하는 데 영향을 미쳐 자기조절 과정에서의 부적응 수준을 높이는 것으로 여겨진다(Molden, & Dweck, 2006). 예를 들어, 고정 마인드셋을 가진 만성적인 신체 통증 환자들이 고통에 대한 재앙화 해석을 더 많이 보인다(Higgins, Bailey, LaChapelle, Herman, & Hadjistavropoulos, 2015). Carver와 Scheier(1998)의 자기조절 이론에 기초한 Burnette, O'Boyle, VanEpps, Pollack과 Finkel(2013)의 메타 연구 결과에 따르면, 고정 마인드셋을 가진 사람들은 주어진 상황이 자신의 통제를 벗어났다는 인지, 기대한 것과 실제 상황 사이의 괴리에 대해 느끼는 무망감과 초조에 취약했다. Clark(2018)은 정서에 대한 고정 마인드셋을 가진 사람들이 성장 마인드셋을 가진 사람들에 비해 자살 사고가 높다는 것을 밝힌 바 있다.

세계적으로 자살은 주요한 사망 원인 중 하나이나, 많은 정신건강 관련 전문가들의 노력에도 불구하고 자살의 예측 및 예방에서의 진보는 더딘 편이다(Franklin et al., 2017). Fergusson, Beautrais와 Horwood(2003)는 이에 대해 기존에 밝혀진 자살 위험요인이 실제적인 자살 행동보다는 자살 사고와 더 관련되어 있

www.kci.go.kr

기 때문이라고 언급했다. 자살을 생각만 하는 사람과 자살 사고를 행동으로 옮기는 사람의 구분은 중요하다(ten Have et al., 2009).

현재까지 자살의 위험성을 낮출 수 있는 보호요인에 대한 연구는 상대적으로 부족하며, 예방적으로 개입할 수 있는 자살 관련 심리학적 보호 요인에 대한 연구가 필요한 상황이다(김현정, 고영건, 2014; Heisel & Flett, 2004). 성장 마인드셋의 함양이 자살 위험성을 낮추는 보호 요인으로서 기능할 수 있는지 확인하기 위해서는 자살 위험성에 영향을 미치는 다른 요인을 최대한 통제하여 마인드셋 고유의 영향력을 확인하는 것이 중요하다. 자살위험성에 대한 선행 연구에서 우울은 자살 위험성을 높이는 주요 요인으로 고려된다(Gvion & Levi-Belz, 2018; Ribeiro, Huang, Fox, & Franklin, 2018). Batterham과 Christensen(2012)는 현재의 우울 증상이 미래의 자살 사고 및 자살 행동의 주요한 예측 변인임을 확인했다. 또한 인구통계학적 특성도 자살 위험성에 영향을 줄 수 있다. 따라서 자살 위험성에 영향을 줄 수 있는 다른 변인을 최대한 통제하여 자살 보호 요인에 대한 연구를 진행할 필요가 있다.

이와 같은 맥락에서 본 연구는 정신과 환자의 마인드셋이 자살 위험성에 고유한 영향을 미치는지 확인하고자 했다. 이를 위해 자살의 주요 위험 요소로 선행연구에서 언급되는 우울 및 자살 위험성에서 유의미한 차이를 나타내는 인구통계학적 변인도 통제했다. 또한 지능, 성격, 정서 및 불안에 대한 마인드셋 중 자살 위험성에 가장 크게 영향을 미치는 유형의 마인드셋이 무엇인지 살펴보고자 했다. 그리고 자살 위험성을 자살 사고와 자살 행동으로 구분하여 마인드셋이 미치는 효과가 서로 다르게 나타나는지 살펴보고 그 효과를 우울이 자살 위험성에 미치는 효과와 비교했다. 연구 가설은 다음과 같다. 첫째, 정신과 환자의 고정 마인드셋 수준이 높을수록 자살 위험성이 높을 것이다. 둘째, 지능, 성격, 정서 및 불안에 대한 마인드셋이 자살 위험성에 유의미한 효과를 가질 것이다. 셋째, 정서 및 불안에 대한 마인드셋이 다른 유형의 마인드셋보다 자살 위험성에 미치는 효과가 더 클 것이다.

본 연구를 통해 마인드셋과 자살 사고 및 행동으로 대표되는 자살 위험성 간 관계를 밝히고, 성장 마인드셋이 자살의 보호 요인으로서 고유하게 기능할 수 있는 지를 확인하여 자살의 예방에 기여하고자 한다.

방 법

연구대상

경기도 소재 한 대학 병원에서 진료를 받는 환자 759명 중 지적 장애, 신경인지 장애 및 정신증적 장애를 진단받은 환자를 제외한 총 634명이 질문지에 응답한 내용을 분석했다. 연구 참여자의 성별 분포는 남자가 376명(59.3%), 여자가 258명(40.7%)이었고, 평가 시점 당시 보호 병동 입원환자는 302명(47.6%), 외래 환자는 332명(52.4%)이었다. 공병을 포함하여 장애 별로 구분했을 때, 우울장애를 진단받은 비율은 319명(50.4%), 양극성 장애 65명(10.2%), 불안 장애 176명(27.9%), PTSD 관련 장애 74명(11.6%)이었다. 연구 참여자의 평균 연령은 31.76세(SD=13.42)였다. 본 연구는 연구자들이 소속되어 있는 대학 병원 의학연구 윤리심의위원회의 사전 승인을 받아 진행됐다.

www.kci.go.kr

측정도구

한국판 벡 우울 척도-Ⅱ(Korean-Beck Depression Inventory-Ⅱ)

우울 증상의 유형과 정도를 측정하기 위한 Beck, Steer와 Brown(1996)의 21문항을 김지혜, 이은호, 황순택, 홍상황(2015)이 한국판으로 제작한 척도를 사용했다. 각 문항은 0-3점의 Likert 척도로 평정하도록 되어 있으며, 점수가 0-13점은 정상 범위, 14-19점은 경도 우울, 20-28점은 중증도 우울, 29-63점은 고도 우울이다. 본 연구에서의 내적 합치도(Cronbach's α) 계수는 .94로 나타났다.

암묵적 자기 이론 척도(Implicit Self Theory Scale)

자신의 개인 특성을 변화 가능하다고 믿는 정도를 측정하기 위한 것으로, Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan과 Moser(2015)가 선행 연구들에서 지능, 성격, 정서 및 불안에 대한 마인드셋을 측정하기 위해서 사용된 척도들을 종합하여 요인 분석한 척도를 사용했다(Chiu, Hong, & Dweck, 1997; De Castella, Goldin, Jazaieri, Ziv, Dweck, & Gross, 2014; Hong, Chiu, Dweck, Lin, & Wan, 1999; Tamir, John, Srivastava, & Gross, 2007). 척도는 지능에 대한 마인드셋 수준을 측정한 4문항(예: 나는 특정 수준의 지적 기능을 보유하고 있고, 사실 상 그것을 변화시키기 위해 내가 할 수 있는 일은 많지 않다), 성격에 대한 3문항(예: 그 사람이 어떤 유형의 사람인가는 그들 자신에게 아주 기본적인 것이며, 많이 변화시키기는 어렵다), 정서에 대한 4문항(예: 아무리 노력해도 사람들은 사실 상 자신의 정서를 변화시킬 수 없다), 불안에 대한 4문항(예: 나는 어느 정도 불안을 가지고 있고, 사실상 그것을 바꾸기 위해 할 수 있는 것은 많지 않다)으로 구성되어 있다. 각 문항은 1-6점의 Likert 척도로 평정됐다. 점수가 높을수록 개인 특성이 고정되어 있고 변화가 불가능한 것으로 믿는 고정된 마인드셋을 가진 것으로 볼 수 있다. 본 연구에서의 내적 합치도(Cronbach's α) 계수는 .92로 나타났다. 세부적으로는 지능에 대한 척도의 계수는 .91, 성격에 대한 계수는 .73, 정서에 대한 계수는 .88, 불안에 대한 계수는 .92로 나타났다.

자살 위험성 선별 척도(M.I.N.I. Plus 5.0 for Suicidality and Suicidal Risk)

미국 및 유럽의 임상가가 DSM-IV와 ICD-10에 맞춰 개발 및 타당화한 구조화된 진단적 면담 도구인 Mini International Neuropsychiatric Interview(M.I.N.I)의 하위 척도로, 임상 현장에서 신속하게 위험군을 선별하는 데 활용된다(Roaldset, Linaker, & Bjørkly, 2015). 자살 위험성 선별 척도는 지난 1개월 간의 자살 및 자해 욕구, 자살 사고, 자살 계획, 현재 및 과거 자살 시도력에 대해 응답하는 총 6문항으로 구성된다. 각 문항별로 가중치가 부여되어 있으며, 점수의 범위는 0점에서 33점까지이다. 0-5점은 자살 위험성 낮음, 6-9점은 자살 위험성 중간, 10점 이상은 자살 위험성이 높은 수준이다. 본 연구에서는 현재 및 과거 자살 시도 여부를 평가하는 두 문항('지난 1개월 간 당신은 자살 시도를 했습니까?', '평생 동안 자살 시도를 한 번이라도 한 적이 있습니까?')을 자살 행동으로 분류했다. 나머지 자살 및 자해 욕구, 자살 생각, 자살 계획에 대한 네 문항('지난 1개월 간 당신은 차라리 죽는 게 낫다고 생각하든지 죽었으면 하고 바란 적이 있습

www.kci.go.kr

니까?', '자해하고 싶었습니까?', '자살에 대해 생각했습니까?', '자살을 계획했습니까?')을 자살 사고로 구분했다. 본 연구의 내적 합치도(Cronbach's α) 계수는 .72로 나타났다.

자료 분석

자료 분석을 위해 IBM SPSS Statistics 21을 사용했다. 먼저, 인구통계학적 변인에 따라 주요 측정 변인에 유의미한 차이가 존재하는지 살펴보기 위하여 t검정 및 ANOVA를 실시했다. 다음으로 주요 측정 변인들 간의 기술통계 분석 및 상관관계를 알아보기 위하여 Pearson 상관분석을 진행했다. 그리고 자살 위험성 수준에 따른 주요 측정 변인에 유의미한 차이가 존재하는지 살펴보기 위해 ANOVA를 실시했다. 자살 위험성에서 유의미한 차이가 나타나는 인구통계학적 변인 및 현재의 우울을 통제하고도 마인드셋이 자살 위험성에 고유한 영향을 미치는지 알아보기 위하여 위계적 중다회귀분석을 실시했다. 이를 위해 자살 위험성을 종속변인으로, 예측 변인 1단계에는 자살 위험성에서 유의미한 차이가 존재하는 인구통계학적 변인을 투입하고 2단계에는 우울을 투입했다. 그리고 3단계에는 마인드셋을 투입하여 설명량의 변화가 유의미한지 확인했다. 다음으로, 지능, 성격, 정서 및 불안에 대한 마인드셋이 각각 자살 위험성에 어느 정도의 설명량으로 영향을 미치는지 확인하기 위하여 중다회귀분석을 실시했다. 마지막으로, 자살 위험성을 자살 사고 및 행동으로 구분하여 우울과 마인드셋이 자살 사고와 자살 행동에 미치는 영향에서 차이가 존재하는지 살펴봤다.

결 과

인구 통계학적 특성의 차이

인구통계학적 특성에 따라 주요 측정변인인 우울, 마인드셋, 자살 위험성에서 유의미한 차이가 존재하는지 살펴보기 위하여 t 검정 및 ANOVA를 실시한 결과, 진료 형태에 따른 자살 위험성의 차이가 유의미했다, $t(632) = 7.02$, $p < .001$. 연령에 따라 우울, $F(4, 628) = 3.37$, $p < .001$, 자살 위험성, $F(4, 628) = 3.30$, $p < .01$, 마인드셋에 유의미한 차이가 존재했다, $F(4, 628) = 3.15$, $p < .01$. 또한 사회 경제적 수준에 따라 우울, $F(5, 627) = 6.22$, $p < .001$, 자살 위험성, $F(5, 627) = 4.31$, $p < .01$, 마인드셋에 유의미한 차이가 존재했다, $F(5, 627) = 3.63$, $p < .01$. 성별 및 교육 수준에 따른 우울, 마인드셋, 자살 위험성의 차이는 유의미하지 않았다.

주요 변인의 기술 통계치 및 변인 간 상관

주요 변인 간 상관계수, 평균 및 표준편차가 표 1에 제시되어 있다. 자살 위험성, 우울 증상 및 고정된 마인드셋은 정적인 상관을 나타냈다. 자살 위험성에서 자살 사고의 경우, 지난 한 달 간 자살 욕구가 있었던 참여자는 425명(67%), 자해 욕구가 있었던 참여자는 227명(35.8%), 자살생각이 있었던 참여자는 396명(62.5%), 자살계획이 있었던 참여자는 167명(26.3%)이었다. 자살 행동의 경우, 지난 한 달 내에 자살시도를 한 참여자는 117명(18.5%), 과거 자살시도를 했던 경험이 있는 참여자는 268명(42.3%였다). 또한 자살 위험성 수준에 따라 주요 변인에 차이가 존재하는지 살펴보

www.kci.go.kr

표 1. 측정 변인 간 상관계수 및 평균과 표준편차(N=634)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. 자살 위험성(총점)	-								
2. 자살 생각	.927***	-							
3. 자살 행동	.854***	.596***	-						
4. 우울	.486***	.552***	.274***	-					
5. IMPLICIT (총점)	.338***	.393***	.179***	.556***	-				
6. IMPLICIT (지능)	.309***	.341***	.189***	.443***	.844***	-			
7. IMPLICIT (성격)	.209***	.250***	.101*	.423***	.789***	.561***	-		
8. IMPLICIT (정서)	.168***	.193***	.092*	.314***	.676***	.432***	.422***	-	
9. IMPLICIT (불안)	.347***	.417***	.164***	.576***	.839***	.614***	.580***	.369***	-
M	11.30	7.77	3.54	27.25	51.31	12.44	11.39	12.01	15.47
SD	11.04	7.15	5.16	14.71	16.31	5.71	4.25	4.55	6.23

*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

주. Implicit=Implicit Self Theory Scale. 점수가 높을수록 개인 특성이 변화 불가능하다고 믿는 고정 마인드셋을 의미함.

기 위하여 ANOVA를 실시했다. 자살 위험성 수준이 중간 이상으로 높은 집단은 낮은 집단에 비해 지능, 성격, 정서 및 불안에 대한 고정된 마인드셋, 우울 수준이 유의미하게 높았다. 구체적인 결과는 표 2에 제시했다.

자살 위험성에 대한 마인드셋의 고유 효과 검증

마인드셋이 자살 위험성에 미치는 고유한 영향을 확인하고자 위계적 중다회귀분석을 실

표 2. 자살 위험성 수준에 따른 주요 변인의 평균, 표준편차 및 차이(N=634)

	자살 위험 낮음[1] (n=228)	자살 위험 중간[2] (n=136)	자살 위험 높음[3] (n=270)	*F*	*post-hoc*
	M(SD)	*M(SD)*	*M(SD)*		
우울	17.06(11.18)	28.46(12.24)	35.26(13.25)	135.681***	1<2<3
Implicit (총점)	43.30(14.62)	52.94(15.19)	57.26(15.44)	53.820***	1<2<3
Implicit (지능)	10.12(5.23)	12.84(5.14)	14.20(5.72)	35.426***	1<2<3
Implicit (성격)	10.21(4.20)	11.59(4.03)	12.30(4.19)	15.744***	1<2,3
Implicit (정서)	10.73(4.08)	12.43(4.26)	12.87(4.82)	15.124***	1<2,3
Implicit (불안)	12.24(5.65)	16.08(5.86)	17.88(5.14)	66.542***	1<2<3

*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

주. Implicit=Implicit Self Theory Scale. 점수가 높을수록 개인 특성이 변화 불가능하다고 믿는 고정 마인드셋을 의미함.

www.kci.go.kr

시한 결과를 표 3에 제시했다. 1단계에서 진료유형, β = .169, p < .001, 나이, β = -.119, p < .01, 사회경제적 수준, β = -.150, p < .001, 모두 자살 위험성에 미치는 영향이 유의미했으며, 총 6.3%의 설명량을 가졌다. 2단계에 우울을 추가로 투입한 회귀 모형의 설명량은 1단계보다 0.9% 증가했으며, 그 변화가 유의미했고, 우울은 자살 위험성에 유의미하게 영향을 주었다, β = .094, p < .05, ΔR^2 = .009. 마인드셋을 추가로 투입한 3단계에서는 회귀 모형의 설명량이 2단계보다 9% 증가했으며, 그 변화가 유의미했고, 마인드셋은 자살 위험성에 유의미하게 기여했다, β = .308, p < .001, ΔR^2 = .090. 이 때, 우울이 자살 위험성에 기여하는 효과가 마인드셋이 예측변인으로 포함되면서 유의미하지 않게 됐다, β = .049, *ns*.

자살 위험성에 대한 유형 별 마인드셋의 효과 검증

다음으로, 지능, 성격, 정서 및 불안에 대한 마인드셋 중 어떤 유형의 마인드셋이 자살 위험성에 유의미한 영향을 미치는지 확인하기

표 3. 자살 위험성에 대한 마인드셋(총점)의 고유 효과 검증을 위한 위계적 중다회귀분석(N=634)

단계 및 변인	β	t	R^2 (조정된 R^2)	ΔR^2	F
단계 1			.063(.059)	.063	13.778***
진료유형(외래/병동)	.169	4.314***			
나이	-.119	-3.029**			
사회경제적 수준	-.150	-3.811***			
단계 2			.072(.066)	.009	11.874***
진료유형(외래/병동)	.167	4.274***			
나이	-.111	-2.844**			
사회경제적 수준	-.149	-3.819***			
우울	.094	2.415*			
단계 3			.162(.155)	.090	23.606***
진료유형(외래/병동)	.177	4.768***			
나이	-.106	-2.833**			
사회경제적 수준	-.099	-2.637**			
우울	.049	1.300			
IMPLICIT (총점)	.308	8.094***			

*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

주. Implicit=Implicit Self Theory Scale. 점수가 높을수록 개인 특성이 변화 불가능하다고 믿는 고정 마인드셋을 의미함.

www.kci.go.kr

위하여 중다회귀분석을 실시한 결과를 표 4에 제시했다. 마인드셋 유형 중 지능에 대한 마인드셋, β = .170, p < .01, 불안에 대한 마인드셋이 자살 위험성에 유의미하게 기여했다, β = .237, p < .001. 성격에 대한 마인드셋, β = -.038, *ns,* 정서에 대한 마인드셋은 자살 위험

표 4. 자살 위험성에 대한 마인드셋 유형 별 영향력 검증을 위한 중다회귀분석(N=634)

변인	β	t	R^2 (조정된 R^2)	ΔR^2	F
			.184(.173)	.184	17.060***
진료유형(외래/병동)	.178	4.819***			
나이	-.106	-2.827**			
사회경제적 수준	-.089	-2.383*			
우울	.050	1.328			
IMPLICIT (지능)	.170	3.383**			
IMPLICIT (성격)	-.038	-.777			
IMPLICIT (정서)	-.001	-.031			
IMPLICIT (불안)	.237	4.745***			

*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

주. Implicit=Implicit Self Theory Scale. 점수가 높을수록 개인 특성이 변화 불가능하다고 믿는 고정 마인드셋을 의미함.

표 5. 자살 사고에 대한 마인드셋 유형 별 영향력 검증을 위한 중다회귀분석(N=634)

변인	β	t	R^2 (조정된 R^2)	ΔR^2	F
			.229(.219)	.229	22.553***
진료유형(외래/병동)	.130	3.634***			
나이	-.135	-3.722***			
사회경제적 수준	-.079	-2.161*			
우울	.076	2.111*			
IMPLICIT (지능)	.156	3.201**			
IMPLICIT (성격)	-.039	-.832			
IMPLICIT (정서)	.006	-.154			
IMPLICIT (불안)	.307	6.323***			

*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

주. Implicit=Implicit Self Theory Scale. 점수가 높을수록 개인 특성이 변화 불가능하다고 믿는 고정 마인드셋을 의미함.

www.kci.go.kr

표 6. 자살 행동에 대한 마인드셋 유형 별 영향력 검증을 위한 중다회귀분석(N=634)

변인	β	t	R^2 (조정된 R^2)	ΔR^2	F
			.082(.070)	.082	6.784***
진료유형(외래/병동)	.199	5.093***			
나이	-.038	-.962***			
사회경제적 수준	-.082	-2.054*			
우울	.000	-.010			
IMPLICIT (지능)	.146	2.748**			
IMPLICIT (성격)	-.026	-.507			
IMPLICIT (정서)	-.012	-.259			
IMPLICIT (불안)	.080	1.518			

*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

주. Implicit=Implicit Self Theory Scale. 점수가 높을수록 개인 특성이 변화 불가능하다고 믿는 고정 마인드셋을 의미함.

성에 대한 효과가 유의미하지 않았다, β = -.001, *ns*. 한편, 자살 위험성에서 유의미한 차이가 나타나는 인구통계학적 변인인 진료유형, β = .178, p < .001, 나이, β = -.106, p < .01, 사회경제적 수준, β = -.089, p < .05, 모두 자살 위험성에 대한 효과가 유의미했다. 반면, 우울은 다른 예측 변인들과 함께 투입되었을 때 자살 위험성에 대한 효과가 유의미하지 않았다, β = .050, *ns*. 각 유형의 마인드셋이 자살 사고, 자살 행동에 미치는 영향력을 나누어 분석한 결과는 표 5, 6에 제시했다.

자살 사고와 자살 행동에 대한 마인드셋 및 우울의 효과 비교

마지막으로 마인드셋과 우울이 자살 사고와 자살 행동에 미치는 영향력의 차이가 존재하는지 살펴보기 위하여 위계적 중다회귀분석을 실시한 결과를 표 7, 8에 제시했다. 먼저, 자살 사고의 경우, 본 연구의 모든 예측 변인은 자살 사고의 총 변량 중 20%를 설명했다. 마인드셋은 다른 예측변인들의 영향력을 통제한 후에도 자살 사고에 유의미하게 기여하는 것으로 나타났다, β = .358, p < .001. 우울도 다른 예측변인의 영향력을 통제한 후에도 자살 사고에 유의미한 효과를 보였다, β = .190, p < .05. 자살 행동의 경우, 본 연구의 모든 예측 변인은 자살 행동의 7.4%를 설명하는 것으로 나타났다. 마인드셋은 다른 예측변인들의 영향력을 통제하고도 자살 행동에 유의미한 효과를 가지는 것으로 나타났다, β = .161, p < .001. 반면, 우울은 인구통계학적 변인을 통제하였을 때 자살생각에서의 효과와는 달리 자살 행동에 대해서는 효과가 유의미하지 않았다, β = .022, *ns*.

www.kci.go.kr

표 7. 마인드셋(총점)이 자살 사고에 미치는 영향에 대한 위계적 중다회귀분석(N=634)

단계 및 변인	β	t	R^2 (조정된 R^2)	ΔR^2	F
단계 1			.061(.057)	.061	13.271***
진료유형(외래/병동)	.123	3.124**			
나이	-.157	-3.992***			
사회경제적 수준	-.148	-3.777***			
단계 2			.078(.072)	.017	12.891***
진료유형(외래/병동)	.120	3.071**			
나이	-.147	-3.753**			
사회경제적 수준	-.148	-3.798***			
우울	.130	3.330**			
단계 3			.200(.193)	.122	30.427***
진료유형(외래/병동)	.132	3.621***			
나이	-.140	-3.839***			
사회경제적 수준	-.090	-2.442*			
우울	.077	2.090*			
IMPLICIT (총점)	.358	9.634***			

*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

주. Implicit=Implicit Self Theory Scale. 점수가 높을수록 개인 특성이 변화 불가능하다고 믿는 고정 마인드셋을 의미함.

표 8. 마인드셋(총점)이 자살 행동에 미치는 영향에 대한 위계적 중다회귀분석(N=634)

단계 및 변인	β	t	R^2 (조정된 R^2)	ΔR^2	F
단계 1			.049(.044)	.049	10.468***
진료유형(외래/병동)	.191	4.845***			
나이	-.036	-.916			
사회경제적 수준	-.114	-2.875***			
단계 2			.049(.043)	.000	7.916***
진료유형(외래/병동)	.191	4.828***			
나이	-.035	-.871			
사회경제적 수준	-.114	-2.871**			
우울	.022	.544			

www.kci.go.kr

표 8. 마인드셋(총점)이 자살 행동에 미치는 영향에 대한 위계적 중다회귀분석(N=634) (계속)

단계 및 변인	β	t	R^2 (조정된 R^2)	ΔR^2	F
단계 3			.074(.066)	.025	9.720***
진료유형(외래/병동)	.196	5.022***			
나이	-.031	-.803			
사회경제적 수준	-.088	-2.209*			
우울	-.002	-.057			
IMPLICIT (총점)	.161	4.019***			

*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

주. Implicit=Implicit Self Theory Scale. 점수가 높을수록 개인 특성이 변화 불가능하다고 믿는 고정 마인드셋을 의미함.

논 의

본 연구는 정신과 환자의 마인드셋이 자살 위험성에 고유한 영향을 미치는지 살펴봤다. 이를 위하여 자살의 주요한 위험요인으로 알려진 현재의 우울 수준 및 자살 위험성에서 유의미한 차이가 나타나는 인구통계학적 변인을 통제한 후에도 마인드셋은 자살 위험성에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 개인 특성의 변화가능성에 대한 태도를 반영하는 마인드셋이 자살 위험성에 고유한 영향력을 가진다는 것을 보여준다. 이러한 결과는 고정된 마인드셋 수준이 자기 조절 문제 및 심리적 부적응과 관련되어 있다는 선행 연구의 결과와 일치하는 것이다(Burnette, O'Boyle, VanEpps, Pollack, & Finkel, 2013; Howell, 2017). 임상군을 대상으로 진행된 선행 연구에서 정신과적 질환을 진단 받은 환자들의 고정 마인드셋이 더 높은 수준의 증상과 관련이 있는 것으로 나타나듯, 본 연구 결과도 주요한 정신과적 증상으로 고려되는 자살 위험성과 고정 마인드셋과의 유의미한 관련성을 입증했다(De Castella, Goldin, Jazaieri, Ziv, Dweck, & Gross, 2014; Sung, Park, Choi, & Park, 2017; Valentino, Jencius, Jarek, Gier-Lonsway, & McGrath, 2013).

본 연구에서 마인드셋은 우울보다 자살 위험성에 대한 효과가 더 크게 나타났다. 선행 연구에서 반복적으로 확인되듯, 우울을 비롯한 정신과적 증상은 자살 위험을 높이는 요인인 것으로 고려된다(Batterham & Christense, 2012; Cho, S. E. et al., 2016). 그러나 본 연구에서 인구통계학적 변인 및 마인드셋의 영향력이 추가되자 자살 위험성에 대한 우울의 효과가 유의미하지 않게 나타났다. 이는 겉으로 드러나는 정신과적 증상의 기저에 있는 고정 마인드셋이 정신과적 증상을 악화시키고 자살 위험성을 높이는 데 기여하는 주요한 요인일 가능성이 시사된다. 본 연구 결과는 고정 마인드셋 수준이 높은 사람들에게 성장 마인드셋을 함양하는 개입이 우울 증상을 비롯한 심리적 부적응 수준을 낮출 수 있다는 선행 연

www.kci.go.kr

구 결과와도 일맥상통하는 것이라고 볼 수 있다(Yeager, Trzesniewski, & Dweck, 2013; Miu & Yeager, 2015; Schleider & Weisz, 2016).

마인드셋의 유형을 나누어 자살 위험성에 미치는 영향을 분석한 결과, 지능 및 불안에 대한 마인드셋이 자살 위험성에 미치는 효과는 유의미하게 나타난 반면, 성격 및 정서에 대한 마인드셋의 효과는 유의미하지 않았다. 특히, 불안에 대한 마인드셋이 자살 위험성에 미치는 효과가 가장 크게 나타났다. 이는 성격과 같은 마인드셋은 다루는 대상의 범위가 모호하고 광범위한 데 반해 불안에 대한 마인드셋은 심리적 증상을 보다 구체적으로 다루고 있어 정신건강 관련 증상에 가장 큰 영향을 미친다는 선행 연구자의 의견을 뒷받침하고 있는 결과이다(Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan, & Moser, 2015). 선행 연구에서는 고정된 마인드셋을 가진 환자들은 불쾌한 상황에서 유발되는 일시적인 상태 불안을 보다 개인 특질적인 것으로 해석하는 메타인지 특성과 관련하여 불안 증상이 악화될 수 있다고 했다(Schroder et al., 2017).

본 연구에서는 정서에 대한 마인드셋이 자살 위험성에 미치는 영향이 유의미하지 않게 나타났는데, 이는 정서에 대한 마인드셋이 심리적 부적응 수준에 미치는 효과가 유의미하다는 Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan과 Moser(2015)의 연구 결과와는 대비되는 것이다. 반면, 사회불안 장애를 진단 받은 환자를 대상으로 정서에 대한 마인드셋과 불안 증상과의 관련성을 연구한 De Castella(2014)의 연구에서는 정서에 대한 마인드셋과 불안 증상을 측정한 척도들 간의 상관이 모두 유의미하지 않게 나타나고 있듯, 정서에 대한 마인드셋이 정신건강 증상에 미치는 영향은 선행 연구에서 다소 일관되지 않는 것으로 여겨진다. 아울러 본 연구에서는 Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan과 Moser(2015)가 지능, 성격, 정서 및 불안에 대한 마인드셋을 측정하는 문항들을 하나로 종합한 척도를 사용하였는데, 정서에 대한 마인드셋은 다른 유형의 마인드셋과 상대적으로 낮은 상관을 나타냈다. 우울증을 진단 받은 환자들을 대상으로 같은 척도를 활용한 Sung, Park, Choi와 Park(2017)의 연구에서도 정서에 대한 마인드셋과 불안 및 성격에 대한 마인드셋 간의 상관이 유의미하지 않게 나타났다. 이러한 결과는 정서에 대한 마인드셋이 다른 유형의 마인드셋과는 구분되는 특성이 존재할 수 있다는 점을 암시한다. 선행 연구에서는 정서에 대한 마인드셋이 다른 유형의 마인드셋이 비해 일시적인 특성을 가진다는 점을 언급하고 있다. 그러나 한편으로는 문항 구성이 다른 마인드셋 척도와는 다르게 역채점되는 문항이 일부 포함되어 있다는 점도 일부 영향을 주었을 수 있다.

한편, 본 연구에서는 지능에 대한 마인드셋이 자살 위험성에 미치는 영향이 유의미하게 나타났는데, 이는 지능에 대한 마인드셋이 불안 증상에 미치는 효과가 유의미하지 않다는 Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan과 Moser (2015)의 연구 결과와는 다소 대비되는 것이다. 그러나 지능에 대한 마인드셋과 정서 상태에 대한 Gál과 Szamosközi(2015)의 메타 연구에서는 지능에 대한 고정 마인드셋을 가진 학생들이 부정적인 정서에 더욱 취약하다는 것이 확인되었으며, 이는 학업 성적 수준의 영향과는 무관했다. 지능에 대한 마인드셋이 상황을 변화시킬 수 없다는 학습된 무력감에 기초하여 발전되었으며, 이를 여러 연구를 통해 입증한 것을 감안하였을 때, 정신과 환자의 지능에

www.kci.go.kr

대한 마인드셋이 단순히 지적 능력에 대한 태도뿐만 아니라 일반적인 무력감 수준을 반영하고 있을 가능성도 고려할 수 있다. 특히, 본 연구에서는 여러 마인드셋 유형 중 지능에 대한 마인드셋만이 자살행동과 유의미한 관련성을 나타냈다.

자살 사고와 자살 행동으로 구분하여 각각에 대한 마인드셋과 우울의 영향력을 확인한 결과, 자살 사고에 대한 우울 및 마인드셋의 영향력은 모두 유의미하게 나타났다. 자살 사고에 대한 설명량은 우울보다 마인드셋이 더 크게 나타났다. 이는 정서에 대한 성장 마인드셋을 가진 사람들이 고정 마인드셋을 가진 사람들에 비해 자살 사고가 낮다는 Clark(2018)의 연구와 유사한 결과였다. 또한 본 연구에서는 자살 행동에 대한 우울의 효과가 인구통계학적 변인을 통제하자 효과가 유의미하지 않게 나타난 반면, 마인드셋이 자살 행동에 미치는 영향은 유의미하게 나타났다. 이러한 결과는 마인드셋이 외부적인 환경의 영향을 통해 변할 수 있는 상황 특정적인 특성을 가지기 보다는 오랜 기간 형성되어 온 개인의 암묵적이고 내현적인 태도가 반영된 것과 관련될 수 있다. 아울러 자살 사고가 자살시도로 이어지는 과정에는 표면적으로 드러나는 현재의 우울 증상보다 자신의 특성에 대해 오랜 기간 고정적이고 부정적으로 형성되어 온 내현적인 믿음이 보다 큰 영향을 미칠 것이라는 점을 시사한다. Wenzel과 Beck(2008)의 자살에 대한 인지적 모델에 따르면, 자살은 부정적인 사건에 의한 고통을 견딜 수 있는 역치를 넘어섰다고 인식하는 경우에 나타나며, 부정적인 사건이 지속적이고 광범위하다고 추론하는 인지적 양식이 자살 위험성을 높이는 것으로 본다. Abramson, Metalsky와 Alloy(1989)은 부정적인 결과를 바꾸기 위해 자신이 할 수 있는 것이 없다는 믿음이 자살과 밀접한 관련이 있다고 봤다. 자살 위험성은 주어진 상황에 대한 무력감이 클 때 높다는 것이 잘 알려져 있다(Hall, Platt, & Hall, 1999; O' Connor & Sheehy, 2000). 고정 마인드셋은 개인의 특성이 변화 불가능하다는 개인의 믿음을 다룬다는 점에서 자살 위험성과 밀접한 관련이 있는 것으로 보인다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 참여자가 우울증, 양극성 장애, 불안장애 등 다양한 정신 장애군이 혼합되어 있으며, 치료 방법, 재발 여부 및 진료 기간 등이 서로 상이했다는 점이다. 후속 연구에서는 각 장애군을 분류하여 장애군 별 마인드셋이 미치는 영향에 차이가 존재하는지 검증할 필요가 있다. 본 연구에서는 불안에 대한 마인드셋을 다루었는데 각 장애별로 주호소 증상에 대한 마인드셋을 확인하는 것이 필요할 수 있다.

둘째, 본 연구가 모든 변인을 한 번에 측정하는 자기보고식 질문지를 활용한 횡단 연구라는 점이다. 이는 변인 간 인과관계를 밝힐 수 없는 한계가 존재한다. 사전 측정한 마인드셋을 바탕으로 이후 진료 및 생활 기록 등 객관적인 지표들을 수집하고 일정 기간이 지난 이후 재평가를 하는 방식의 종단적 연구가 필요하다. 이를 통해 자살의 위험 및 보호 요인으로서 마인드셋의 역할 및 마인드셋의 변화를 추구하는 치료적 개입의 효과성을 객관적으로 뒷받침할 수 있을 것이라고 생각된다.

셋째, 정신과 환자들을 대상으로만 연구가 진행됐다는 점이다. 이는 정신과적 질환이 존재하는 환자를 자살 위험 집단으로 일반화할 우려가 있다. 추후 연구에서는 이러한 한계를

www.kci.go.kr

보완하여 본 연구에서 활용한 척도를 정신과적 질환을 진단받지 않은 일반인에게 동일하게 적용하여 얻은 자료와 비교할 필요가 있다.

넷째, 불안에 대한 마인드셋과 정서에 대한 마인드셋의 구분이 모호하다는 것이다. 정서에 대한 마인드셋이 광범위한 정서에 대한 태도를 측정하기 위해 개발 및 활용되었으나, 본 연구에 참여한 정신과 환자들이 부정적 정서에 초점을 두고 응답했을 가능성이 있다. 또한 불안에 대한 마인드셋도 정신병리에 대한 태도를 측정하기 위해 개발 및 활용되었으나, 본 연구에서는 불안을 포함하여 현재 경험하는 부정적인 정서에 대한 태도를 반영했다고 볼 수 있다.

다섯 째, 자살 위험성을 자살 사고와 자살 행동으로 구분한 것의 기준이 명료하지 않다는 것이다. 본 연구에서는 자살 위험성 선별 척도의 문항의 내용에 기초하여 자살 사고와 자살 행동으로 문항을 분류하여 이를 탐색적으로 분석했으나, 자살 사고로 분류한 문항 중에는 자해에 대한 충동이 포함되어 있어 자살 사고만을 다루었다고 보기 어려울 수 있다. 후속 연구에서 자살사고와 자살행동이 구분된 척도를 활용하여 본 연구의 결과를 재확인해 볼 수 있겠다.

여섯 째, 본 연구에서 마인드셋이 우울보다 자살 위험성에 대한 효과가 더 크게 나타났으며, 인구통계학적 변인 및 마인드셋의 영향력이 추가되자 자살 위험성에 대한 우울의 효과가 유의미하지 않게 나타났다. 이러한 결과는 연구 참여자들이 입원 혹은 진료 중인 상태였기 때문에 투약을 포함한 치료적 개입으로 우울 등의 정신과적 증상의 영향력이 작게 나타나는 것일 수 있다.

이러한 연구 제한점에도 불구하고, 본 연구는 다음과 같은 의의가 있다. 첫째, 임상군을 대상으로 마인드셋이 심리적 부적응에 미치는 영향을 확인했다는 것이다. 본 연구는 임상적으로 유의미한 수준의 심리적 부적응과 마인드셋의 관련성을 다룬 연구가 부족한 선행 연구의 한계점을 보완했다. 또한 선행 연구의 결과와 일치하게 자신의 내적 특성이 변화 불가능하다고 보는 태도가 우세할수록 우울, 자살 위험성과 같은 심리적 부적응 수준이 더 높게 나타난다는 점을 재확인했다. 특히, 본 연구에서 자살 위험성에 대한 영향력이 우울보다 마인드셋이 높게 나타났다는 점이 주목할 만 하다.

둘째, 선행연구에서 자기조절 및 심리적 부적응과 관련된 것으로 확인되는 지능, 성격, 정서 및 불안에 대한 마인드셋이 자살 위험성에 미치는 효과를 각각 구분하여 확인했다는 것이다. 이는 자살 위험성에 영향을 미치는 마인드셋의 유형이 무엇인지를 명확하게 확인하여 이에 대한 구체적인 개입을 할 수 있다는 점에서 치료적 함의가 존재한다. 선행 연구와 일치하게 본 연구에서도 불안에 대한 마인드셋이 자살 위험성에 가장 큰 효과를 나타내고 있어 이에 대한 치료적 개입 방향에 대한 논의가 필요하다. 한편, 지능에 대한 마인드셋도 자살 위험성에 유의미한 효과를 나타낸 것과 관련해서는 비임상군 혹은 다른 정신과적 증상과의 관련성을 비교하는 추가 연구가 필요하다. 또한 객관적으로 측정 가능한 실제 지능과 지능에 대한 마인드셋과의 차이를 확인하여 지능에 대한 마인드셋이 정신과적 증상에 미치는 영향에 대해 추가 탐색하는 것도 필요하다.

셋째, 자살의 보호요인으로서 성장 마인드셋을 함양하기 위한 치료적 개입의 필요성을

www.kci.go.kr

확인했다. 본 연구에서는 자살의 대표적 위험요인으로 알려진 현재 우울 수준을 통제했음에도 개인 특성에 대한 마인드셋이 자살 위험성에 미치는 영향이 유의미하게 나타났다. 즉, 현재의 기분 상태와는 독립적으로 자신의 특성에 대해 변화 불가능하다고 믿는 고정적인 태도는 자살 위험성을 높이는 요인일 수 있음을 확인했다. 반대로 개인 특성이 변화 가능하다고 믿는 것은 자살의 보호요인으로 기능할 수 있음을 시사한다. 선행 연구에서 성장 마인드셋의 함양이 치료적 효과를 나타낸 것으로 확인되는 것처럼, 고정 마인드셋에서 성장 마인드셋으로의 변화를 이끄는 치료적 개입이 자살 예방을 위해서도 효과적일 수 있다.

참고문헌

김지혜, 이은호, 황순택, 홍상황 (2015). 한국판 벡우울척도 2판 지침서. 대구: 한국심리주식회사.

김현정, 고영건 (2014). 정신장애와 자살생각 간 관계에서 특성 메타기분의 중재효과. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 28(2), 105-120.

Alloy, L. B., & Riskind, J. H. (2006). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. Routledge.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes, 50*(2), 248-287.

Batterham, P. J., & Christensen, H. (2012). Longitudinal risk profiling for suicidal thoughts and behaviours in a community cohort using decision trees. *Journal of affective disorders, 142*(1-3), 306-314.

Beer, J. S. (2002). Implicit self-theories of shyness. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(4), 1009.

Burnette, J. L., O'boyle, E. H., VanEpps, E. M., Pollack, J. M., & Finkel, E. J. (2013). Mind-sets matter: A meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychological Bulletin, 139*(3), 655.

Burnette, J. L., Pollack, J. M., & Hoyt, C. L. (2010). Individual differences in implicit theories of leadership ability and self efficacy: Predicting responses to stereotype threat. *Journal of Leadership Studies, 3*(4), 46-56.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York, NY: Cambridge University Press.

Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry, 177*(4), 360-365.

Chiu, C. Y., Hong, Y. Y., & Dweck, C. S. (1997). Lay dispositionism and implicit theories of personality. *Journal of personality and social psychology*, *73*(1), 19.

Cho, S. E., Na, K. S., Cho, S. J., Im, J. S., & Kang, S. G. (2016). Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 190*, 704-713.

Clark, A. L. (2018). Is Mindset Related to Resilience, Depression, and Suicidal Ideation? (Doctoral dissertation, Northcentral University).

De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M.,

www.kci.go.kr

Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2013). Beliefs about emotion: Links to emotion regulation, well-being, and psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology, 35*(6), 497-505.

De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Emotion beliefs in social anxiety disorder: Associations with stress, anxiety, and well being. *Australian Journal of Psychology*, *66*(2), 139-148.

Diener, C. I., & Dweck, C. S. (1978). An analysis of learned helplessness: Continuous changes in performance, strategy, and achievement cognitions following failure. *Journal of personality and social psychology, 36*(5), 451.

Diener, C. I., & Dweck, C. S. (1980). An analysis of learned helplessness: II. The processing of success. *Journal of personality and social psychology, 39*(5), 940.

Doron, G., Szepsenwol, O., Elad-Strenger, J., Hargil, E., & Bogoslavsky, B. (2013). Entity perceptions of morality and character are associated with obsessive compulsive phenomena. *Journal of Social and Clinical Psychology, 32*(7), 733-752.

Dweck, C. S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of personality and social psychology, 31*(4), 674.

Dweck, C. S. (1986). Motivational processes affecting learning. *American psychologist, 41*(10), 1040.

Dweck, C. S. (2008). *Mindset: The new psychology of success*. Random House Digital, Inc..

Dweck, C. S., Chiu, C. Y., & Hong, Y. Y. (1995). Implicit theories and their role in judgments and reactions: A word from two perspectives. *Psychological inquiry, 6*(4), 267-285.

Dweck, C. S., Chiu, C. Y., & Hong, Y. Y. (1995). Implicit theories: Elaboration and extension of the model. *Psychological inquiry, 6*(4), 322-333.

Dweck, C. S., & Elliott, E. S. (1983). Achievement motivation. *Handbook of child psychology, 4*, 643-691.

Dweck, C. S., & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological review, 95*(2), 256.

Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. P*sychological Medicine, 33*(1), 61-73.

Flechtner, K. M., Wolf, T., & Priebe, S. (1997). Suicide rates in a community psychiatric service system. *Der Nervenarzt, 68*(7), 569-573.

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Jaroszewski, A. C., ... Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin, 143*, 187-232

Gál, É., & Szamosközi, S. (2016). The association between implicit theories of intelligence and affective states-a meta-analysis. *Erdelyi Pszichologiai Szemle= Transylvanian Journal of Psychology*, *17*(1), 45.

Gvion, Y., & Levi-Belz, Y. (2018). Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 56.

www.kci.go.kr

Hall, R. C., Platt, D. E., & Hall, R. C. (1999). Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics*, *40*(1), 18-27.

Higgins, N. C., Bailey, S. J., LaChapelle, D. L., Harman, K., & Hadjistavropoulos, T. (2015). Coping styles, pain expressiveness, and implicit theories of chronic pain. *The Journal of psychology, 149*(7), 737-750.

Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(2), 127-135.

Hong, Y. Y., Chiu, C. Y., Dweck, C. S., Lin, D. M. S., & Wan, W. (1999). Implicit theories, attributions, and coping: A meaning system approach. *Journal of Personality and Social psychology*, *77*(3), 588.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety, 29*(5), 409-416.

Howell, A. J. (2017). Believing in change: Reviewing the role of implicit theories in psychological dysfunction. *Journal of Social and Clinical Psychology, 36*(6), 437-460.

Kappes, A., & Schikowski, A. (2013). Implicit theories of emotion shape regulation of negative affect. *Cognition & emotion, 27*(5), 952-960.

Kasimatis, M., Miller, M., & Marcussen, L. (1996). The effects of implicit theories on exercise motivation. *Journal of Research in Personality, 30*(4), 510-516.

Kray, L. J., & Haselhuhn, M. P. (2007). Implicit negotiation beliefs and performance: Experimental and longitudinal evidence. *Journal of personality and social psychology, 93*(1), 49.

Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of experimental psychology: general, 105*(1), 3.

Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2011). Understanding the relationship between mental illness and suicide and the implications for suicide prevention. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*, 609-623.

Molden, D. C., & Dweck, C. S. (2006). Finding "meaning" in psychology: a lay theories approach to self-regulation, social perception, and social development. *American Psychologist, 61*(3), 192.

O'Connor, R., & Sheehy, N. (2000). *Understanding suicidal behaviour*. Leicester: British Psychological Society.

Oquendo, M. A., Sullivan, G. M., Sudol, K., Baca-Garcia, E., Stanley, B. H., Sublette, M. E., & Mann, J. J. (2014). Toward a biosignature for suicide. *American Journal of Psychiatry, 171*(12), 1259-1277.

Overmier, J. B., & Seligman, M. E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of comparative and physiological psychology, 63*(1), 28.

Oyesanya, M., Lopez-Morinigo, J., & Dutta, R. (2015). Systematic review of suicide in economic recession. *World journal of psychiatry, 5*(2), 243.

www.kci.go.kr

Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, *212*(5), 279-286.

Roaldset, J. O., Linaker, O. M., & S. (2012). Predictive validity of the MINI suicidal scale for self-harm in acute psychiatry: a prospective study of the first year after discharge. *Archives of Suicide Research*, *16*(4), 287-302.

Schleider, J. L., Abel, M. R., & Weisz, J. R. (2015). Implicit theories and youth mental health problems: A random-effects meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 35*, 1-9.

Schleider, J. L., & Weisz, J. R. (2016). Reducing risk for anxiety and depression in adolescents: Effects of a single-session intervention teaching that personality can change. *Behaviour research and therapy, 87*, 170-181.

Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2015). The role of implicit theories in mental health symptoms, emotion regulation, and hypothetical treatment choices in college students. *Cognitive Therapy and Research, 39*(2), 120-139.

Schroder, H. S., Yalch, M. M., Dawood, S., Callahan, C. P., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2017). Growth mindset of anxiety buffers the link between stressful life events and psychological distress and coping strategies. *Personality and Individual Differences*, *110*, 23-26.

Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 379-405.

Sung, G., Park, Y., Choi, T. K., & Park, S. W. (2017). Implicit theories and depression in clinical and non-clinical samples: The mediating role of experiential avoidance. *Current Psychology, 1-6*.

Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., van't Land, H., Vollebergh, W., & Beekman, A. (2009). Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie, 54*(12), 824-833.

Tamir, M., John, O. P., Srivastava, S., & Gross, J. J. (2007). Implicit theories of emotion: Affective and social outcomes across a major life transition. *Journal of personality and social psychology, 92*(4), 731.

Van Tongeren, D. R., & Burnette, J. L. (2018). Do you believe happiness can change? An investigation of the relationship between happiness mindsets, well-being, and satisfaction. *The Journal of Positive Psychology, 13*(2), 101-109.

Valentiner, D. P., Jencius, S., Jarek, E., Gier-Lonsway, S. L., & McGrath, P. B. (2013). Pre-treatment shyness mindset predicts less reduction of social anxiety during exposure therapy. *Journal of anxiety disorders, 27*(3), 267-271.

Valentiner, D. P., Mounts, N. S., Durik, A. M., & Gier-Lonsway, S. L. (2011). Shyness mindset: Applying mindset theory to the

www.kci.go.kr

domain of inhibited social behavior. *Personality and Individual Differences, 50*(8), 1174-1179.

Wu, C. S., Liao, S. C., Lin, K. M., Tseng, M. M. C., Wu, E. C. H., & Liu, S. K. (2009). Multidimensional assessments of impulsivity in subjects with history of suicidal attempts. *Comprehensive Psychiatry, 50*(4), 315-321.

Yeager, D. S., Johnson, R., Spitzer, B. J., Trzesniewski, K. H., Powers, J., & Dweck, C. S. (2014). The far-reaching effects of believing people can change: Implicit theories of personality shape stress, health, and achievement during adolescence. *Journal of personality and social psychology, 106*(6), 867.

Yeager, D. S., Trzesniewski, K. H., & Dweck, C. S. (2013). An implicit theories of personality intervention reduces adolescent aggression in response to victimization and exclusion. *Child development, 84*(3), 970-988.

Zlotnick, C., Wolfsdorf, B. A., Johnson, B., & Spirito, A. (2003). Impaired self-regulation and suicidal behavior among adolescent and young adult psychiatric inpatients. *Archives of Suicide Research,* 7(2), 149-157.

원고접수일 : 2018. 11. 22.
수정원고접수일 : 2019. 04. 04.
게재결정일 : 2019. 04. 09.

www.kci.go.kr

한국심리학회지 : 임상심리 연구와 실제
Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
2019, Vol. 5, No. 3, 233-254

Differences in Risk of Suicide by Type of Mindset in Psychiatric Patients

Seungjin Lee[1)] **Gyhye Sung**[2)]

[1)]Department of Psychology, Korea University
[2)]Department of Psychiatry, CHA Bundang Medical Center, CHA University

This study was conducted to examine the effects of mindset on suicidal risk in psychiatric patients, based on implicit self-theories. Attitude toward personal traits is grouped into two: fixed mindset, for people who believe that personal traits are unchangeable and growth mindset, for people who believe that personal traits are changeable. The study examined the unique contribution of mindset to suicidal risk, which is in controlling the effects of depression on suicidal risk. We also examined the differences in effects on suicidal risk of mindset on intelligence, personality, emotion and anxiety. In addition, suicidal risk was categorized into two: suicidal ideation and suicidal behavior. We examined the effects of mindset and depression on suicidal ideation and suicidal behavior. The participants are 634 psychiatric adult patients, excluding those, diagnosed with intellectual disability, neurocognitive disorder, and psychotic disorders. They completed the Korean-Beck Depression Inventory- Ⅱ, Implicit Self Theory Scale, and M.I.N.I. Plus 5.0 for Suicidal Risk). The results showed first that the effects of mindset on suicidal risk were significant in controlling depression. Second, mindset on intelligence and anxiety had significant effects on suicidal risk. Third, the effects of mindset on suicidal ideation and behavior were larger than the effects of depression. Our results suggest that changing a fixed mindset to a growth mindset can be a protective factor for suicidal risk.

Key words : mindset, implicit self-theories, suicidal risk, protective factor, depression

www.kci.go.kr