

청소년 자살 위험요인: 생물심리사회모델에 기반한 델파이 연구[†]

김 성 연	이 보 라	이 주 영	이 동 훈 [‡]
성균관대학교 교육학과 박사수료	석사과정	공내중학교 전문상담교사	성균관대학교 교육학과 교수

본 연구는 청소년의 자살과 관련된 위험요인을 도출하고자 전문가집단의 의견을 추출하고 종합하여 집단적 합의를 해내는 방법인 델파이 연구를 실시하였다. 설문지 제작을 위해 국내외 문헌 고찰 및 학교상담자와의 면담을 통해 자살의 위험요인을 추출하였으며, 확인된 요인들은 생물심리사회모델에 따라 분류하였다. 그 후 자해 및 자살 행동을 지닌 청소년을 상담한 경험이 있는 학교상담사 73명을 대상으로 3차에 걸쳐 설문을 실시하였다. 수집된 자료는 SPSS 21.0 통계 프로그램을 사용하여 기술통계와 빈도분석을 통해 인구학적 특성을 파악하였고, 빈도분석을 통해 전문가 합의 비율을 구하여 합의 비율이 80% 이상일 경우 청소년 자살 위험요인으로 채택하였다. 연구 결과, 생물학적 요인 3개, 심리적 요인 32개, 사회/환경 요인 15개가 채택되었다. 생물학적 요인에는 우울, 불안, 양극성 장애가 채택되었고, 심리적 요인에는 기질 및 성향 요인 3개, 인지적 요인 17개, 정서적 요인 6개, 행동적 요인 3개, 자해경험 요인 1개, 자살생각 및 시도 경험 요인 2개가 채택되었으며, 사회/환경 요인에는 가족 요인 11개, 또래 요인 2개, 학교 요인 2개가 채택되었다. 연구결과를 바탕으로 논의와 시사점, 후속연구에 대해 제언하였다.

주요어: 청소년, 자살, 위험요인, 생물심리사회모델, 델파이 연구

[†] 이 논문은 2021년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2021S1A3A2A02089 682).

[‡] 교신저자(Corresponding author): 이동훈, (03063) 서울특별시 종로구 성균관로 25-2 호암관 51112호, 성균관대학교 교육학과 교수, 외상심리건강연구소 소장, Tel: 02-760-0558, E-mail: dhlawrence05@gmail.com

‘2022년 청소년 통계’에 따르면 2020년 청소년 사망자 중 50.1%가 자살로 사망한 것으로 나타났다. 2011년부터 청소년 사망원인 1위는 자살로 확인되어왔지만(여성가족부, 2022), 청소년 사망원인 중 자살 사망률이 50%를 넘긴 것은 이번이 처음이다. 또한, 교육부에서 매년 시행하는 학생 정서, 행동 특성 검사 결과에서는 자살 위험군 학생 수가 2018년 이후 연속적으로 2만 명 이상으로 집계되어(이도연, 2021), 청소년 자살은 여전히 심각한 실정임을 알 수 있다.

자살은 자살생각(suicidal ideation), 자살계획(suicide plan), 자살시도(suicidal attempt)를 거쳐 자살사망(completed suicide)에 이르는 일련의 과정이다(Nock et al., 2008). 최근 2021년 청소년 건강행태조사에 따르면 12개월 동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있는 학생은 12.7%, 자살을 계획한 적이 있는 학생은 4%, 자살을 시도한 적이 있는 학생은 2.4%로 보고되었다(질병관리청, 2022). 심각한 자살생각과 자살시도는 자살사망의 가능성을 높인다는 점에서(Klonsky, May, & Saffer, 2016), 이와 같은 자살 잠재적 위험군의 수치는 청소년 자살의 심각성을 확인할 수 있는 결과이다.

청소년기는 신체적, 인지적, 사회적 변화가 급격하게 나타나는 시기로, 삶의 구체적인 방향을 결정하고 자신의 정체성을 구축하며 새로운 친밀한 관계를 형성하는 등 독립성과 책임감을 키워나가야 하는 새로운 도전들을 마주하게 된다(Bilsen, 2018). 이러한 생애발달단계에서 청소년은 다양한 스트레스를 경험하게 되는데, 청소년기에는 자기조절과 정서조절의 어려움으로 자살과 같은 충동적인 행동을 시도할 가능성이 크다(최신

희, 김현수, 2021). 또한, 청소년들의 자살행동은 실제로 죽겠다는 의지라기보다 스트레스를 해결하고 고통스러운 현실로부터 회피하기 위한 해결 방법으로 나타날 수 있어(김도희, 2015; 오동균, 권순용, 2019) 다른 연령대에 비해 높은 자살시도율을 보인다(보건복지부, 한국생명존중희망재단, 2022).

자살은 생물학적, 심리적, 사회적, 문화적, 환경적 요인의 영향으로 발생하기 때문에 보다 폭넓은 관점에서의 개입이 필요하다(이윤정, 표은영, 정진욱, 안지연, 2016; Hjelmeland, Jaworski, Knizek, & Marsh, 2019). 따라서 자살에 영향을 미치는 다차원적인 영향요인을 고려하는 것은 자살의 예방 및 개입에 중요할 수 있다. 이때 생물심리사회모델은 개인의 정신건강 문제에 영향을 미치는 생물, 심리, 사회적 요인들을 종합적으로 고려하는 다학제적 모델로(Engel, 1981) 자살과 같이 생물, 심리, 사회적 요인들의 복합적인 상호작용으로 인해 나타나는 행동을 이해하고 개입하는 데 포괄적이고 유용한 이론적 틀을 제공할 수 있다. 이에 따라 여러 연구에서는 생물심리사회모델에 기반하여 자살에 영향을 미치는 다차원적인 요인들을 포괄하려는 시도가 있었다. 예컨대, 김성연, 양모현, 박효은, 김지윤, 이동훈(2023)의 연구에서는 국내외 출간된 15편의 메타 연구에서 확인되는 자살의 위험요인을 생물심리사회모델에 따라 개관하였다. 그 결과, 청소년 자살에 영향을 미치는 큰 효과 크기를 나타낸 생물학적 요인으로는 우울(장애)가 추출되었으며, 심리적 요인으로는 무망감, 비합리적 신념과 인지적 오류, 공격성이, 사회적 요인으로는 또래 관계 스트레스가 추출되었다. Valdés-García, Sánchez-Loyo, Monroy

와 Carreón(2021)의 연구에서는 심리 부검을 통해 청소년 자살에 영향을 미치는 위험요인을 생물심리사회학적 관점에서 분석한 결과, 정신과적 문제 등의 생물학적 요인, 충동성, 인지 왜곡 등의 심리적 요인, 사회적 고립 등의 사회적 요인이 상호작용하여 청소년 자살에 영향을 미치는 것을 확인하였다. 또한, 논문 44편을 문헌 고찰한 Carballo 등(2020)의 연구에서는 충동성, 우울, 불안, 자살 이력, 약물 및 알코올 사용, 가족 문제와 또래 갈등 등의 생물, 심리, 사회적 요인이 청소년 자살에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

상기 연구들은 생물심리사회모델의 통합적 관점에서 청소년 자살의 영향요인들을 제시했는데 의의가 있으나, 몇 가지 한계를 지닌다. 메타 연구는 표본 크기 및 변인 측정 도구 등 자료수집 방법에 따라 같은 변인이라도 효과 크기가 다르게 나타나는 결과를 보이기도 한다. 실제로 김성연 등(2023)의 연구에서는 메타 연구에서 확인된 효과 크기를 중심으로 변인의 중요도를 구분하였는데, 메타 연구에 포함된 논문 수가 제한적이고, 추가 관계 연구를 통해 전체 효과 크기가 달라질 수 있으므로 연구결과에 대한 일반화에 주의가 필요함을 제언하였다. 더불어 자살 위험요인과 관련하여 50년간 출간된 논문들을 메타 분석한 연구(Franklin et al., 2017)에서는 향후 연구에서 통계적 유의성 외에도 임상적 유의성에 기반하여 자살의 위험요인을 확인해야 할 필요성을 시사하였다. 즉, 자살이 발생하는 과정과 원인에 대해 통계적인 분석과 더불어 현상을 더 깊이 이해할 수 있고, 상담 및 임상 현장의 일선에 있는 전문가들의 개별적인 경험과 관점을 반영하는 것이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 자살의 위험

요인을 포괄하여 확인하는 데 있어 기존 선행연구들이 지닌 방법론의 한계를 보완하고자 기존 수행되어온 자살 연구에서 확인된 위험요인에 대해 현장의 목소리를 반영할 수 있는 연구를 수행하고자 한다.

델파이 방법은 전문가들의 의견이 합의에 도달할 때까지 설문 조사를 반복적으로 실시하여 집단적 합의를 도출하는 질적 방법의 하나로(노승용, 2006), 전문가들이 연구주제에 대한 문헌에 중요도를 평정하고 합의를 도출하여 우선순위를 지정하는데 유용하다(Jorm, 2015). 특히 질적 데이터의 수집과 양적 검증을 동시에 수행할 수 있어 청소년 자살에 대한 전문 지식과 임상적 경험을 가진 전문가들의 의견을 바탕으로 주제에 대해 일반적으로 알려진 정보보다 더 넓은 범위의 정보를 수집하고(Jones & Hunter, 1995), 선행연구에서 확인된 다양한 위험요인을 체계적으로 평가할 수 있다. 즉, 델파이 방법을 통해 선행연구에서 밝혀온 위험요인을 평가하는 것은 청소년 자살 문제에 실질적으로 영향을 미치는 요인에 대한 정보를 파악하고 전문가들의 심층적인 이해와 정량적 평가를 반영하여 청소년 자살의 위험요인에 대한 새로운 관점을 살펴볼 수 있는 방법일 수 있다.

한편, ‘죽고자 하는 의도 없이 자신의 신체에 의도적인 손상을 가하는 행위’인 비자살적 자해는 자살과는 구분되는 학문적 개념이지만 여러 선행 연구에서는 두 행동의 연관성을 밝히려는 시도가 지속되고 있다(Poudel, Lamichhane, Magar, & Khanal, 2022). 예컨대 대인관계심리이론에서는 자신이 집단으로부터 동떨어져 있다고 느껴 소속감이 좌절되거나 자신이 누군가에게 짐이 된다고

느낄 경우 죽음에 대한 충동이 야기될 수 있으며, 자해를 통해 자살을 실행할 능력이 높아질 경우 실제 자살에 이를 가능성이 높다고 설명한다 (Joiner, 2005). 즉, 비자살적 자해를 유발하는 위험요인은 궁극적으로 자살을 유발하는 위험요인일 수 있으므로 비자살적 자해와 자살 두 행동이 나타나는 양상과 이에 영향을 미치는 요인은 함께 고려되어야 할 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 자살의 위험요인을 확인하는 데 비자살적 자해의 위험요인을 포괄하여 살펴보고자 한다.

최근 학교 안팎으로 청소년 자살 사안들이 증가하고 있으며, 청소년 위기지원에 상담자의 역할이 더욱 중요해진 상황이다. 특히 중·고등학교 상담자는 상담 및 심리치료를 직접 제공하거나 적절한 위기 개입을 위한 자문역할과 더불어 학부모, 학교, 지역사회, 치료기관에 연계 및 협력하는 역할도 수행하고 있다(서울특별시교육청, 2018). 학교 상담자는 청소년 개인의 심리, 정서적인 부분들과 더불어 청소년의 여러 체계를 통합적으로 고려해야 하는 위치에 있으므로 청소년 자살에 대한 보다 넓은 관점을 제시해줄 수 있는 적절한 대상일 수 있다. 따라서 본 연구에서는 청소년 자살 상담현장에서 근무하는 학교 상담자를 대상으로 델파이 조사를 실시하여 실무현장에서 확인되는 실제적인 청소년 자살의 위험요인을 확인하고자 한다.

정리하면, 본 연구에서는 기존 자살의 위험요인을 포괄할 수 있는 생물심리사회모델에 근거하여 자살 청소년의 상담자를 대상으로 한 델파이 방법 통해 국내 청소년의 자살에 영향을 미치는 실제적인 요인을 파악하고자 한다. 이에 따른 연구 문제는 다음과 같다. 델파이 조사를 통해 확인된

청소년의 생물학적, 심리적, 사회/환경 위험요인은 무엇인가?

방 법

연구대상

본 연구는 한국연구재단 주관의 <청소년 자해·자살 예방과 개입> 사회과학연구(SSK) 사업의 일환으로 수행되었다. 본 연구의 대상은 자해 및 자살행동 문제가 있는 학생들에게 정신건강서비스를 제공하는 학교정신건강 전문가집단을 델파이 패널로 구성하였다. 연구대상을 모집하기 위해 본 연구의 책임자가 전국 17개 시도 교육청에 연락하여 연구목적과 연구내용을 소개하고 연구참여 여부를 타진하였다. 이 중 7개 교육청에서 연구참여와 관련하여 연락을 주었고 총 77명의 참여자가 연구참여 의사를 보였다. 연구참여를 밝힌 학교정신건강 전문가들은 7개 교육청의 Wee센터 및 Wee클래스에 소속되어 있으며 자해·자살 문제 행동이 있는 학생들을 상담한 경험이 있는 상담교사, 사회복지사, 임상심리사들이다. 모집된 연구참여자에게는 이메일을 통해 연구의 참여방법, 진행일정 및 사례비 지급에 대한 설명 등에 관한 연구절차 및 연구내용을 상세히 안내하였다. 1차 설문 발송 전 4명이 연구참여 중단의사를 밝혀 최종적으로 73명이 델파이 패널에 포함되었으며, 이들 모두가 1,2,3차 델파이 설문에 모두 참여하였다.

3차 델파이 조사까지 참여한 대상자의 인구학적 특성 및 기초정보는 표 1과 같다. 73명 중 남성이 7명(9.6%), 여성이 66명(90.4%)이었으며, 연

구참여자의 평균 연령은 39.23세였다. 최종학위 전공은 심리학 32명(40.0%)이 가장 많았고, 기타 응답에는 사회학, 예술 치료학 등이 있었다. 학력은 학사 30명(41.1%), 석사 40명(54.8%), 박사 3명(4.1%)이었고, 근무 기관은 중학교 학교형 Wee 19명(26.0%), 고등학교 학교형 Wee 24명(32.9%), 병원형 Wee 11명(15.1%), 일반 Wee 19명(26.0%)이었다. 상담경력(년)은 중학교 학교형 Wee센터 평균 9.56년, 고등학교 학교형 Wee센터 평균 10.56년, 병원형 Wee센터 평균 6.59년, 일반 Wee센터 평균 11.63년으로 전체 평균은 9.98년이었다. 직위는 전문상담교사 60명(82.2%), 정신건강사회복지사 7명(9.6%), 정신건강임상심리사 4명(5.5%), 병원형 Wee 상담사 2명(2.7%)이었다.

연구절차

본 연구의 절차는 설문지 제작을 위한 문헌 고찰, 설문지 제작, 1~3차 델파이 조사 실시로 진행되었다. 델파이 조사 실시는 2022년 6월 28일부터 시작되어 7월 31일까지 3차례에 걸쳐 진행되었다. 구체적으로 1차 델파이 조사는 2022년 6월 28일부터 7월 4일까지, 2차 델파이 조사는 2022년 7월 11일부터 7월 17일까지, 마지막 3차 델파이 조사는 2022년 7월 25일부터 7월 31일까지 실시되었다. 자세한 절차에 관한 내용은 다음과 같다.

문헌 고찰

자해와 자살은 구분된 학문적 개념이지만 여러 선행연구에서 두 행동의 연관성이 확인되고 있으며, 공통된 위험요인이 보고되고 있다 (Poudel et al., 2022). 이에 본 연구 프로젝트는

표 1. 연구참여자 인구학적 특성 및 기초정보 (N=73)

구분		n	%	평균	최솟값	최댓값
성별	남	7	9.6			
	여	66	90.4			
연령				39.23	25	60
최종학위 전공 (복수 응답)	심리학	32	40.0			
	교육학	14	17.5			
	상담학	20	25.0			
	사회복지학	6	7.5			
	기타	8	10.0			
학력	학사	30	41.1			
	석사	40	54.8			
	박사	3	4.1			
근무 기관 및 상담경력(년)	중학교 학교형 Wee	19	26.0	9.56	5.08	16.50
	고등학교 학교형 Wee	24	32.9	10.56	3.33	27.50
	병원형 Wee	11	15.1	6.59	1.00	18.00
	일반 Wee	19	26.0	11.63	3.25	21.50
	합계	73	100.0	9.98	1.00	27.50

자해와 자살의 관련성과 차별성을 모두 고려하고자 자해와 자살의 문헌을 통합적으로 수집하였으며, 본 연구에서는 문헌 고찰에서 추출된 자해 위험요인과 자살 위험요인 모두를 설문지에 포함하였다.

설문지에 포함할 요인을 추출하기 위해 검토한 문헌은 자해와 자살의 위험요인을 개관하고 이를 통계적 방법으로 검증한 메타 연구이다. 메타 연구는 연구자가 주제에 맞는 선행연구를 수집한 후 통계적 방법으로 병합하는 것을 통해 종합된 결과를 제시할 수 있다는 장점이 있다(서미옥, 2011). 이를 위해 국내의 데이터베이스는 국회 전자도서관, 한국학술정보(KISS), 학술연구정보서비스(RISS)를, 국외는 Academic Search Complete (EBSCO), BIOMEDI, PsycARTICLES, PsycINFO, Research gate, SCOPUS, Springer, Wikipedia의 학술 데이터베이스를 활용하였다. 검색어는 국내의 경우 ‘청소년’, ‘자살’, ‘자해’, ‘메타 연구’ 등을, 해외의 경우 ‘adolescents’, ‘teen’, ‘student’, ‘suicide’, ‘suicidality’, ‘self-injury’, ‘self-harm’, ‘NSSI’, ‘meta-analysis’ 등의 조합을 통해 자료를 검색하였다. 자료 검색은 2021년 12월 중순부터 1월 초까지 이루어졌으며, 최근 15년(2007년~2021년)의 자료를 검색하였다. 그 결과, 자살 국내논문이 5편, 해외논문이 총 7편, 자해 국내논문이 2편, 해외논문 1편으로 총 15편이 확인되었다. 확인된 메타분석연구 논문 중 메타분석과 체계적 문헌 고찰을 동시에 진행한 논문의 경우 이를 포함하여 문헌 고찰을 실시하였다. 15편에서 확인된 일부 요인은 김성연 등(2023)의 연구에서 참고할 수 있으며, 본 연구에서는 추가로 연구자가 속한 연구팀에서 진행한 자살 청소년 상담 경

험이 있는 상담교사 및 상담자와의 간이면담을 통해 확인된 청소년 자살의 위험요인을 함께 고찰하였다.

설문지 제작

델파이 설문지에 포함할 요인을 추출하고자 수집된 연구자료를 검토하였다. 체계적 문헌 고찰 및 메타 연구에서는 그간 연구를 통해 확인되어 온 자살의 위험요인(broad factor)과 통계절차를 통해 효과 크기가 확인된 요인을 확인할 수 있었다. 본 연구에서는 효과 크기가 확인된 요인과 더불어 전반적인 자살 위험요인을 설문지 문항에 포함하고자 하였다. 이어서 확인된 요인들을 목록화하고 중복 및 유사한 요인을 정리한 후 이해가 어려울 수 있는 학술적 용어는 그 의미를 부가설명 하였다(예, 높은 처벌 민감성; 처벌이나 위험이 예상될 때 쉽게 불안을 느끼는 경향). 위의 과정은 모두 상담 교수 1인, 박사수료 및 과정생 2인, 석사과정생 2인이 다각적 측면의 자료를 검토하고, 청소년 자해 및 자살의 위험요인에 포함되어야 할 모든 요인이 포괄적으로 포함되도록 하였다. 그 결과, 자살의 위험요인은 총 88개가 추출되었다.

이후 확인된 요인들을 체계적으로 제시하고자 대분류, 중분류, 소분류로 분류하였다. 대분류는 생물심리사회모델(Askew & Byrne, 2009)에 따라 생물, 심리, 사회/환경요인으로 분류하였다. 중분류는 생물심리사회모델을 적용한 선행연구(김지운, 조영희, 이동훈, 2021; Havelka, Despot, Lučanin, & Lučanin, 2009)를 일차적으로 참고하고, 확인된 위험요인이 포함될 수 있는 분류가 없는 경우 연구팀의 합의 과정을 거쳐 분류를 추가

하였다. 이러한 과정을 통해 최종적으로 생물의 대분류를 인구사회, 신체, 정신장애 및 정신과적 문제로, 심리는 기질 및 성향, 인지, 정서, 행동, 자해 경험, 자살생각 및 시도 경험으로, 사회/환경은 가족, 또래, 학교, 지역사회 자원으로 구분하였다. 추가로 코로나 19가 청소년 자살에 미친 영향을 확인하고자 전염병의 중분류를 추가하였다. 이후 소분류에는 문헌 고찰을 통해 확인된 자살의 위험요인의 개념과 특성을 고려하여 적합한 대분류 및 중분류에 분류하였다. 연구팀은 분류의 구분의 적절함에 대해 전원의 합의를 이룰 때까지 수차례 검토를 진행하였다.

델파이 조사 실시

1차 델파이 조사 실시. 1차 설문지는 총 88개의 요인으로 구성되었으며, 생물 20개, 심리 41개, 사회/환경 27개의 요인이 포함되었다. 각 요인의 중요도에 대해 5점 리커트로 응답하도록 하였으며, 대, 중, 소분류에 대한 수정, 추가, 통합의견을 구할 수 있는 칸을 제작하여 1차 설문지에 제시된 위험요인 외에 연구참여자의 의견을 수렴할 수 있도록 하였다.

2차 델파이 조사 실시. 1차 델파이 조사 이후 요인은 패널들의 합의 비율에 따라 채택, 보류, 삭제 요인으로 구분되었다. 또한, 연구참여자가 추가적인 위험요인으로 의견을 낸 요인들을 검토하여 생물요인으로는 ‘도박중독’, 심리요인으로는 ‘비행 및 전과 전력’, ‘삶에 대한 회의적인 태도’, ‘죽음에 대한 긍정적 기대’ 등을 추가하였으며, 사회/환경요인으로는 ‘자해/자살행동에 대한 타인의 부정적 시선 및 낙인’, ‘의지/신뢰하는 대상의 상실 및 부

재’, ‘학교 출결 상태(무단지각, 조퇴, 결석 등)’를 추가하였다. 수정한 요인은 ‘학교폭력’의 의미가 모호하고 학교폭력 피해와 가해를 명확히 할 필요가 있다는 연구참여자의 의견에 따라 ‘학교폭력 피해’와 ‘학교폭력 가해’ 두 요인으로 분리하였다. 이에 채택된 요인 31개, 보류된 요인 13개, 추가 및 수정된 요인 17개로 총 62개의 요인이 2차 설문지에 포함되었다.

2차 설문지에는 삭제 요인의 셀을 회색 처리하여 3차 델파이 조사 때 응답하지 않도록 하였다. 요인에 대한 추가 및 수정의견은 메일 상으로 안내하여 설문지의 변동사항을 고지하였다. 따라서 패널들은 회색 칸을 제외한 나머지 모든 요인에 대해 중요도를 평정하였으며, 모든 패널의 평균점수와 최빈치를 제시하고 1차 조사 때 응답한 값을 그대로 남겨두어 이를 참고하여 새로 응답하도록 하였다.

3차 델파이 조사 실시. 2차 델파이 조사 후, 요인은 패널들의 합의 비율에 따라 채택, 보류, 삭제 요인으로 구분되었다. 또한, 연구참여자가 추가적인 위험요인으로 의견을 낸 요인들을 검토하여 생물요인으로 ‘연령’, 심리요인으로 ‘(자신 또는 주변으로부터 지각한) 자신에 대한 비현실적 기대나 목표’, 사회/환경요인으로 ‘날씨(흐린 날, 비 오는 날 등)’, ‘학교 측(교사, 교장/교감)의 자해/자살행동에 대한 잘못된 인식과 대처’를 추가하였다. 수정한 요인은 ‘부모의 양육 태도 문제와 불안정한 애착’을 연구참여자의 의견에 따라 ‘부모의 양육 태도 문제’, ‘부모의 불안정한 애착’ 두 요인으로 분리하였으며, ‘가정 내 상호작용 문제’를 ‘가정 내 상호작용 문제 (지지 및 교류 부족, 역기능적 의

사소통)와 ‘가정 내 갈등(부부싸움, 가정폭력 등)에 지속적으로 노출’로 분리하였다. 이에 채택된 요인 42개, 보류된 요인 13개, 추가 및 수정된 요인 6개로 총 61개의 요인이 3차 설문지에 포함되었다. 3차 조사 또한 2차 조사와 동일하게 설문지를 수정하였다. 총 3차에 걸친 델파이 조사의 청소년 자살 위험요인의 채택, 추가 및 수정, 삭제된 과정을 그림 1에 제시하였다.

자료 분석

자료 분석은 SPSS 21.0을 통해 이루어졌다. 분석 과정은 다음과 같다. 첫째, 연구참여자의 인구학적 특성을 파악하기 위해 기술통계와 빈도분석을 실시하였다. 둘째, 빈도분석을 통해 전문가 합의 비율을 구하였다. 5점 리커트 척도에 응답한 값이 4, 5점인 연구참여자가 80% 이상일 경우 채택, 70~80% 미만일 경우 보류, 70% 미만일 경우 삭제로 하였다(De Villiers, De Villiers, & Kent, 2005; Seidler et al., 2019).

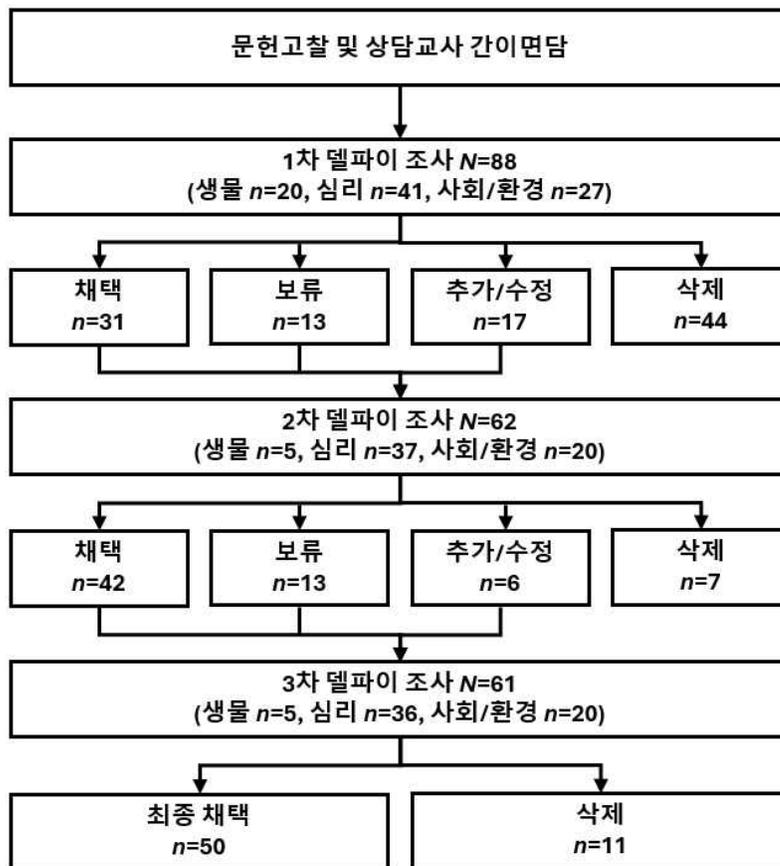


그림 1. 델파이 차수별 요인의 흐름도

결 과

청소년 자살의 생물학적 위험요인

델파이 조사를 통해 도출된 청소년 자살의 위험요인은 총 50개로 생물학적 위험요인이 3개, 심리적 위험요인이 32개, 사회/환경 위험요인이 15개였다.

생물학적 요인은 인구사회, 신체, 정신장애 및 정신과적 문제 총 3개의 중분류로 분류하였으며, 채택된 생물학적 위험요인의 결과는 표 2와 같다. 정신장애 및 정신과적 문제 중분류에서 우울, 불

표 2. 채택된 청소년 자살의 생물학적 위험요인의 합의 비율, 평균, 표준편차, 중위수, 최빈값

중분류	소분류	합의 비율 %(n)			M(SD)	중위수	최빈값
		1차	2차	3차			
정신장애 및 정신과적 문제	우울(장애)	98.6(72)	98.6(72)	98.6(72)	4.78(0.45)	5	5
	양극성장애	86.3(63)	94.5(69)	94.5(69)	4.48(0.75)	5	5
	불안(장애)	71.2(52)	79.5(58)	80.8(59)	4.07(0.77)	4	4

표 3. 삭제된 청소년 자살의 생물학적 위험요인의 합의 비율, 평균, 표준편차, 중위수, 최빈값

중분류	소분류	합의 비율 %(n)			M(SD)	중위수	최빈값
		1차	2차	3차			
인구 사회	성별	39.7(29)			3.11(1.06)	3	3
	성적지향	32.9(24)			2.95(1.09)	3	3
	경제적 어려움	65.8(48)			3.77(0.83)	4	4
	연령(나이가 어릴수록)	17.8(13)			2.49(1.00)	3	3
신체	신체 건강 문제	31.5(23)			3.05(1.04)	3	3
	신체장애	41.1(30)			3.16(1.07)	3	3
	수면 문제	63.0(46)			3.64(0.98)	4	4
	양호하지 못한 식사환경	52.1(38)			3.32(1.17)	4	4
정신 및 정신과적 문제	외상 후 스트레스 장애	74.0(54)	75.3(55)	76.7(56)	3.93(0.67)	4	4
	경제성 성격장애	69.9(51)			3.92(0.94)	4	4
	그 외 성격장애 (편집성,조현성,조현형,반사회성,연극성, 자기애성,회피성,의존성,강박성 등)	43.8(32)			3.37(0.91)	3	3
	조현병	45.2(33)			3.45(0.99)	3	3
정신 장애 및 정신과적 문제	섭식 문제	41.1(30)			3.26(1.05)	3	3
	여학생들의 월경 전 증후군	11.0(8)			2.33(1.03)	2	3
	약물 사용 및 의존	68.5(50)			3.78(0.99)	4	4
	현재 항우울제 등 정신과 약물복용	61.6(45)			3.70(1.01)	4	4
	과거 정신과 진단 이력	53.4(39)			3.49(1.06)	4	4
	과거 정신과 약물치료 이력	56.2(41)			3.52(1.08)	4	4
	도박중독	50.7(37)			3.30(1.05)	4	4

안, 양극성 장애는 최종 차수에서 80.8~98.6%의 합의 비율을 보여 채택되었고, 중위수와 최빈값은 4 또는 5로 나타났다.

삭제된 생물학적 위험요인 결과는 표 3과 같다. 인구사회 중분류에서 성별, 성적지향, 경제적 어려움, 연령은 17.8~65.8%의 합의 비율을 얻어 삭제되었고, 중위수와 최빈값은 3 또는 4였다. 신체 중분류에서는 신체 건강 문제, 신체장애, 수면 문제, 양호하지 못한 식사환경이 31.5~63.0%의 합의 비율을 보여 삭제되었고, 중위수와 최빈값은 3 또는 4였다. 정신장애 및 정신과적 문제 중분류에서는 외상 후 스트레스 장애, 경계성 성격장애, 과거 정신과 진단 이력 등 11개 요인은 11.0~76.7%의 합의 비율을 얻어 삭제되었고, 중위수는 2~4, 최빈값은 3 또는 4로 나타났다.

청소년 자살의 심리적 위험요인

심리적 위험요인을 기질 및 성향, 인지, 정서, 행동, 자해경험, 자살생각 및 시도 경험 총 6개의 중분류로 분류하였으며, 채택된 심리적 위험요인은 표 4와 같다. 기질 및 성향 중분류에서는 최종 차수에서 스트레스 취약, 높은 처벌 민감성, 기질적 취약성이 86.3~97.3%의 합의 비율을 보여 채택되었고, 중위수와 최빈값은 4 또는 5였다. 인지 중분류에서는 총 17개의 요인이 채택되었다. 구체적으로 부정적 자아상, 절망감, 무력감, 과국화, 단절 및 거절 도식, 무가치감, 지각된 짐스러움, 왜곡된 사고, 죄책감, 반추 등 17개 요인은 89.0~100.0%의 합의 비율을 보였다. 왜곡된 사고와 삶에 대한 회의적인 태도의 중위수와 최빈값은 4였고, 그 외 채택된 요인들의 중위수와 최빈값은 5

였다. 정서 중분류에서는 정서조절의 어려움, 외로움, 고립감, 소외감, 부정적 경험에 쉽게 흥분하거나 감정이 크게 동요하는 경향, 고통스러운 감정을 회피하는 경향, 늦은 밤 외로워하고 단절에 대한 불안을 느낌, 수치심 총 6개의 요인이 채택되었다. 패널의 합의 비율은 80.8~95.9%였고, 중위수와 최빈값은 4 또는 5였다. 행동 중분류에서는 충동성, 스트레스 대처능력 부족, 위기상황 대처능력 부족이 94.5~98.6%의 높은 합의 비율로 채택되었다. 자해경험 중분류에서는 과거 및 현재 자해 행동 여부가 80.8%의 합의 비율로 채택되었다. 자살생각 및 시도 경험 중분류에서는 자살생각과 과거 및 현재 자살시도가 98.6%의 합의 비율로 채택되었다.

삭제된 심리적 위험요인은 표 5와 같다. 기질 및 성향 중분류에서 높은 강화 민감성은 67.1%의 합의 비율로 탈락하였다. 인지 중분류에서는 부정적 신체상, 위험회피, 비탄 경향성 등 9개 요인은 30.1~79.5%의 합의 비율을 보여 탈락하였다. 정서 중분류에서는 분노, 공격성 등 4개 요인은 42.5~69.9%의 합의 비율을 보여 탈락하였다. 행동 중분류에서 음주, 흡연 등 6개 요인은 4.1~79.5%의 합의 비율을 보여 탈락하였다.

표 4. 채택된 청소년 자살의 심리적 위험요인의 합의 비율, 평균, 표준편차, 중위수, 최빈값

중분류	소분류	합의 비율 %(<i>n</i>)			<i>M</i> (<i>SD</i>)	중위수	최빈값
		1차	2차	3차			
기질 및 성향	스트레스 취약	91.8(67)	97.3(71)	97.3(71)	4.66(0.58)	5	5
	높은 처벌 민감성	84.9(62)	89.0(65)	91.8(67)	4.19(0.57)	4	4
	기질적 취약성		79.5(58)	86.3(63)	4.25(0.72)	4	4
인지	부정적 자아상	94.5(69)	97.3(71)	100.0(73)	4.68(0.47)	5	5
	절망감	100.0(73)	100(73)	100.0(73)	4.85(0.36)	5	5
	무력감	93.2(68)	95.9(70)	98.6(72)	4.63(0.57)	5	5
	과국화	91.8(67)	98.6(72)	98.6(72)	4.68(0.62)	5	5
	단절 및 거절 도식	87.7(64)	95.9(70)	98.6(72)	4.62(0.52)	5	5
	무가치감	97.3(71)	98.6(72)	98.6(72)	4.85(0.46)	5	5
	지각된 짐스러움	95.9(70)	98.6(72)	98.6(72)	4.62(0.64)	5	5
	왜곡된 사고	84.9(62)	94.5(69)	97.3(71)	4.29(0.63)	4	4
	죄책감	94.5(69)	97.3(71)	97.3(71)	4.66(0.65)	5	5
	반추	86.3(63)	89.0(65)	93.2(68)	4.48(0.71)	5	5
	반복된 자해 및 자살시도로 인해 죽음을 두려워하지 않는 경향	93.2(68)	93.2(68)	93.2(68)	4.74(0.67)	5	5
	타인에게 이야기해도 도움이 되지 않을 것이라는 무망감		95.9(70)	97.3(71)	4.62(0.54)	5	5
	자해, 자살 외 다른 대안 행동이 없음		97.3(71)	97.3(71)	4.67(0.62)	5	5
삶의 의미와 목적이 없음		94.5(69)	95.9(70)	4.66(0.56)	5	5	
삶에 대한 회의적인 태도		93.2(68)	94.5(69)	4.21(0.69)	4	4	
죽음에 대한 긍정적인 기대			89.0(65)	89.0(65)	4.47(0.85)	5	5
자신에 대한 비현실적 기대, 목표				90.4(66)	4.55(0.60)	5	5
정서	정서조절의 어려움	93.2(68)	95.9(70)	95.9(70)	4.56(0.73)	5	5
	외로움, 고립감, 소외감	83.6(61)	91.8(67)	93.2(68)	4.60(0.62)	5	5
	부정적 경험에 쉽게 흥분하거나 감정이 크게 동요하는 경향	83.6(61)	87.7(64)	91.8(67)	4.25(0.70)	4	4
	고통스러운 감정을 회피하는 경향	72.6(53)	78.1(57)	86.3(63)	4.04(0.61)	4	4
	늦은 밤 외로워하고 단절에 대한 불안울 느낌	75.3(55)	82.2(60)	84.9(62)	4.18(0.71)	4	4
	수치심	75.3(55)	78.1(57)	80.8(59)	4.03(0.69)	4	4
행동	충동성	93.2(68)	95.9(70)	98.6(72)	4.77(0.59)	5	5
	스트레스 대처능력 부족	87.7(64)	93.2(68)	95.9(70)	4.62(0.57)	5	5
	위기상황 대처능력 부족	79.5(58)	93.2(68)	94.5(69)	4.40(0.64)	4	4
자해경험	과거 및 현재 자해 행동 여부	72.6(53)	75.3(55)	80.8(59)	4.10(0.73)	4	4
자살생각 및 시도 경험	자살생각	94.5(69)	97.3(71)	98.6(72)	4.70(0.49)	5	5
	과거 및 현재 자살시도	97.3(71)	98.6(72)	98.6(72)	4.86(0.38)	5	5

표 5. 삭제된 청소년 자살의 심리적 위험요인의 합의 비율, 평균, 표준편차, 중위수, 최빈값

중분류	소분류	합의 비율 %(<i>n</i>)			<i>M</i> (<i>SD</i>)	중위수	최빈값
		1차	2차	3차			
기질 및 성향	높은 강화 민감성	67.1(49)			3.81(0.98)	4	4
	부정적 신체상	67.1(49)			3.95(0.97)	4	5
	위험회피	54.8(40)			3.51(1.18)	4	4
	새로운 상황에 대한 적응 능력 부족	37.0(27)			2.99(1.27)	3	3
	비난 경향성	30.1(22)			2.82(1.19)	3	3
인지	낮은 지적 능력	13.7(10)			2.47(1.11)	2	2
	자해, 자살행동으로 인한 이차적이득		46.6(34)		3.38(0.98)	3	3
	관계적 단서에 민감함		78.1(57)	79.5(58)	3.99(0.75)	4	4
	성공 경험의 부재		71.2(52)	72.6(53)	3.89(0.77)	4	4
	패배감	72.6(53)	76.7(56)	79.5(58)	4.14(0.89)	4	4
정서	분노	69.9(51)			3.92(1.01)	4	4
	자신의 감정을 인식하고 언어로 표현하는 능력의 부족	64.4(47)			3.78(0.96)	4	4
	공격성	43.8(32)			3.36(0.99)	3	3
	해리	42.5(31)			3.40(1.11)	3	3
	음주	56.2(41)			3.45(1.27)	4	4
행동	인터넷, SNS, 유튜브 과의존	21.9(16)			2.78(1.06)	3	3
	과도한 게임	11.0(8)			2.55(0.99)	3	3
	흡연	4.1(3)			2.14(0.92)	2	2
	비행 및 전과 전력		34.2(25)		2.96(0.98)	3	4
	대인관계기술 부족	71.2(52)	78.1(57)	79.5(58)	3.97(0.74)	4	4

청소년 자살의 사회/환경 위험요인

사회/환경 위험요인을 가족, 또래, 학교, 지역사회자원, 전염병, 기후 총 6개 중분류로 분류하였으며, 채택된 사회/환경 위험요인은 표 6과 같다. 먼저 가족 중분류에서는 최종 차수에서 가족의 자살 이력, 학대 피해 경험, 부모의 양육 태도 문제 등 11개 요인이 83.6~97.3%의 합의 비율을 보여 채택되었고, 중위수와 최빈값은 4 또는 5였다. 또래 중분류에서는 왕따 및 따돌림과 친구의 자살 이력이 각각 91.8%, 89.0%의 합의 비율을 보여 채택되었고, 중위수와 최빈값은 모두 5였다. 학교

중분류에서는 학업에 대한 부담과 스트레스, 학교 폭력 피해가 동일하게 94.5%의 합의 비율을 보였고, 중위수와 최빈값은 4 또는 5였다.

삭제된 사회/환경 위험요인은 표 7과 같다. 가족 중분류에서 가족의 정신질환 이력, 재혼가정 등 6개 요인은 27.4~63.0%의 합의 비율을 보여 탈락하였다. 또래 중분류에서는 또래 친구와의 갈등, 친구의 자해 이력 등 4개 요인은 42.5~79.5%의 합의 비율로 탈락하였으며, 학교 중분류에서는 학교 내 지지 부재, 교사와의 갈등 등 6개 요인은 16.4~76.7%의 합의 비율로 탈락하였다. 마지막으로 지역사회자원, 전염병, 기후 중분류 모두에서

표 6. 채택된 청소년 자살의 사회/환경 위험요인의 합의 비율, 평균, 표준편차, 중위수, 최빈값

중분류	소분류	합의 비율 %(<i>n</i>)			<i>M</i> (<i>SD</i>)	중위수	최빈값
		1차	2차	3차			
가족	가족(부모 또는 친인척 포함)의 자살 이력	93.2(68)	97.3(71)	97.3(71)	4.68(0.64)	5	5
	가정 내 상호작용 문제 (지지 및 교류 부족, 역기능적 의사소통)	95.9(70)	97.3(71)	97.3(71)	4.73(0.51)	5	5
	학대 피해 경험 (신체, 정서, 성적 학대 및 방임)	94.5(69)	95.9(70)	95.9(70)	4.66(0.56)	5	5
	부모의 양육 태도 문제 (통제, 무관심, 형제간 비교, 강요 등)	90.4(66)	94.5(69)	94.5(69)	4.62(0.59)	5	5
	자녀의 문제행동을 부모가 인식하지 못함	75.3(55)	80.8(59)	83.6(61)	4.04(0.73)	4	4
	불안정한 거주환경	82.2(60)	83.6(61)	87.7(64)	4.14(0.65)	4	4
	의지, 신뢰하는 대상의 상실 및 부재		94.5(69)	95.9(70)	4.53(0.58)	5	5
	가정 내 소외감		93.2(68)	94.5(69)	4.45(0.65)	5	5
	정신과/상담 치료에 대한 부모의 거부감 및 비협조적인 태도		87.7(64)	91.8(67)	4.29(0.66)	4	4
	가정 내 갈등(부부싸움, 가정폭력 등)에 지속적으로 노출			93.2(68)	4.51(0.67)	5	5
	부모의 불안정한 애착			90.4(66)	4.33(0.69)	4	4
또래	왕따 및 따돌림	89.0(65)	90.4(66)	91.8(67)	4.56(0.69)	5	5
	친구(지인 포함)의 자살 이력	82.2(60)	86.3(63)	89.0(65)	4.42(0.85)	5	5
학교	학업에 대한 부담과 스트레스	89.0(65)	94.5(69)	94.5(69)	4.29(0.56)	4	4
	학교폭력 피해	84.9(62)	94.5(69)	94.5(69)	4.47(0.60)	5	5

합의 비율을 충족하는 요인은 도출되지 않았다.

논 의

본 연구는 델파이 조사를 통하여 학교상담자를 대상으로 실제 상담현장에서 확인되는 청소년 자살의 가능성을 높이는 위험요인 확인하고자 하였다. 이를 위해 기존 연구들에서 밝혀온 자살의 위험요인들을 고찰하고 학교상담사와의 면담을 통해 88개의 위험요인을 추출하여 델파이 조사를 위한 설문지를 구성하고 이를 생물, 심리, 사회/환

경 요인으로 분류하였다. 제작된 설문지에 기반하여 73명의 학교상담자를 대상으로 델파이 조사를 실시하였다. 최종적으로 생물학적 요인 3개, 심리적 요인 32개, 사회/환경 요인 15개 총 50개의 요인이 채택되었으며, 이를 생물학적, 심리적, 사회/환경 영역에 따라 논의하면 다음과 같다.

첫째, 생물학적 위험요인은 3개가 채택되었고, 채택된 요인은 우울(장애), 불안(장애), 양극성 장애였다. DSM-5(American Psychiatric Association [APA], 2013)에서 제시하는 주요우울장애의 진단 기준에는 반복적인 죽음에 관한 생각, 구체적인 계

표 7. 삭제된 청소년 자살의 사회/환경 위험요인의 합의 비율, 평균, 표준편차, 중위수, 최빈값

중분류	소분류	합의 비율 %(n)			M(SD)	중위수	최빈값
		1차	2차	3차			
가족	가족의 정신질환 이력(우울, 불안 등 정서 문제 포함)	63.0(46)			3.75(0.97)	4	4
	가족(부모 또는 친인척 포함)의 자해 이력	58.9(43)			3.66(1.08)	4	4
	가정환경(한부모, 조손, 이혼)	46.6(34)			3.45(1.03)	3	3
	재혼가정	31.5(23)			3.15(0.95)	3	3
	문화적응과정에서의 어려움(다문화)	27.4(20)			3.03(0.93)	3	3
	가족의 신체장애 이력 및 중증 환자 여부		32.9(24)		3.04(1.01)	3	3
또래	또래 친구와의 갈등	65.8(48)			3.81(0.89)	4	4
	친구(지인 포함)의 자해 이력	56.2(41)			3.51(1.19)	4	4
	연인과의 갈등	42.5(31)			3.41(1.05)	3	3
	대인관계 형성 및 유지에 어려움을 겪음	71.2(52)	78.1(57)	79.5(58)	4.12(0.71)	4	4
학교	학교 내 지지 부재	53.4(39)			3.51(1.06)	4	4
	교사와의 갈등	17.8(13)			2.74(0.93)	3	3
	학교 출결 상태(무단지각, 조퇴, 결석 등)		47.9(35)		3.34(0.96)	3	4
	학교폭력 가해		16.4(12)		2.67(1.07)	3	3
	학교 측(교사, 교장/교감)의 자해/자살행동에 대한 잘못된 인식과 대처			58.9(43)	3.48(0.97)	4	4
	학교 적응의 어려움	72.6(53)	74.0(54)	76.7(56)	3.97(0.74)	4	4
지역 사회 자원	미디어(SNS, 유튜브, 가사, 영화 등)를 통한 자해/자살 노출	52.1(38)			3.51(1.17)	4	3
	지역사회에서 도움받을 수 있는 자원의 부족	37.0(27)			3.16(1.11)	3	3
	지역사회에서 도움받을 수 있는 기관과 자원에 대한 홍보의 부족	20.5(15)			2.81(0.97)	3	3
	자해/자살행동에 대한 타인의 부정적 시선 및 낙인		41.1(30)		3.19(1.00)	3	3
	대중매체를 통한 유명(연예)인의 자해/자살 보도의 노출	76.7(56)	75.3(55)	76.7(56)	3.89(0.92)	4	4
전염병	코로나 19 영향 (고립감, 소속감 결여, 무기력 등)	37.0(27)			3.12(1.07)	3	3
기후	날씨(호린 날, 비 오는 날 등)			31.5(23)	3.01(0.94)	3	3

획 없이 반복되는 자살생각 또는 자살시도나 자살 수행에 대한 구체적인 계획이 포함되어 있다는 점을 고려했을 때 본 연구에서 우울(장애) 요인이 채

택된 것은 자연스러운 결과로 보인다. 양극성 장애의 경우, 자살시도 당시에 주로 보고되는 우울감 때문에 양극성 특성이 간과될 수 있으나(Saunders

& Hawton, 2013), 양극성 장애는 모든 정신장애 중에서 가장 높은 자살률을 보이며, 우울장애와 비교했을 때 자살시도로 인해 사망에 이를 확률이 4배가량 더 높다(Beyer & Weisler, 2016; Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Miklowitz & Johnson, 2006). 불안장애의 경우, 공존하는 다른 정신장애의 영향과 관계없이 자살행동의 독립적인 위험요인으로 알려져 있으며, 불안장애 환자의 경우 불안장애가 없는 개인에 비해 자살행동의 위험이 약 3배 증가하는 것으로 확인되었다(Sareen et al., 2005). 많은 경험적 연구들을 통해 여러 정신장애 및 정신과적 문제와 자살과의 관련성이 확인되어 왔으며 그중 본 연구에서 채택된 우울, 불안, 양극성 장애는 특히 자살과 직결될 가능성이 큰 장애로 보고되고 있다(이동훈 외, 2022; 한국자살예방협회 외, 2023). 생물학적 요인은 문헌 고찰 과정에서도 다른 심리적, 사회/환경 요인에 비해 확인되는 요인 수가 적었다. 따라서 자살을 설명할 수 있는 생물학적 요인에 대한 탐색이 지속해서 이루어져야 할 필요가 있다. 또한, 본 연구에서 채택된 생물학적 요인 또한 적은 편이었는데, 이는 본 연구참여자가 심리·사회적 접근을 하는 학교 기반 상담자였기 때문일 수 있다. 따라서 추후 연구에서는 다양한 전문 분야의 전문가들을 포함하여 본 연구결과를 반복검증할 필요가 있다.

둘째, 심리적 위험요인은 32개가 채택되었다. 먼저 기질 및 성향 중분류에서는 스트레스 취약, 기질적 취약성, 높은 처벌 민감성이 채택되었다. 취약성은 유전적 소인과 환경과의 상호작용 과정에서 형성되는 신체적, 심리적 특성을 모두 포함하는 개념으로(이병도, 2018), 스트레스 취약성 모델에 따르면, 유사한 스트레스를 반복적으로 경험

한 사람들 중 일부만이 자살을 시도하는 이유는 그들이 스트레스에 취약한 개인적 특성을 가지고 있기 때문이다(Ingram & Luxton, 2005). 따라서 일부 사람들은 동일한 스트레스 상황에서도 더 큰 심리적 타격을 입을 수 있다. 스트레스에 취약한 기질을 지녔을 때 우울, 불안, 충동성 등의 불안정한 정서와 부정적인 심리 도식이 쉽게 형성될 수 있으며, 이는 자살생각, 자살시도, 자살로 인한 죽음을 초래할 수 있다(김희연, 채규만, 2010; 정영숙, 정영주, 2015).

Cloninger(1987)는 기질을 자극추구, 위험회피, 사회적 민감성, 인내력의 4개 차원으로 분류하였다. 자극추구는 새로운 자극에 의한 행동 활성화 경향, 위험회피는 처벌이나 위험의 신호에 대해 행동이 억제되고 위축되는 성향, 사회적 민감성은 칭찬과 같은 사회적 보상 신호에 대한 민감성, 인내력은 강화 없이도 행동을 지속하는 경향성을 의미한다. 기질 특성과 자살행동과의 관련성은 네 가지 차원에 따라 각기 다른 결과를 나타내는데, 우선 위험회피는 자살행동과의 관련성이 비교적 일관적으로 보고되고 있다(박세란, 2016; Giner, Blasco-Fontecilla, Vega, & Courtet, 2016). 자살 시도자들은 우울증(Conrad et al., 2009), 양극성 장애(Sayin, Kuruoğlu, Güleç, & Aslan, 2007), 물질남용(Evren & Evren, 2006)과 같은 정신장애를 가졌음에도 자살하지 않은 사람들에 비해 위험회피 기질이 높다. 기질적으로 위험회피가 높게 나타나는 사람들은 다른 사람들에 비해 걱정이 많고 비판적인 경향을 보이며, 이러한 특성은 과거 및 미래에 대한 파국화적인 사고로 이어져 자살생각을 유발할 수 있다(김수진, 이주영, 2018). 그 외 자극추구, 사회적 민감성, 인내력은 자살과의

연관성을 살펴본 연구에서 비교적 일관되지 않은 결과를 보인다(박세란, 2016; Giner et al., 2016). 자극추구의 경우, 자살시도 집단이 통제 집단보다 자극추구 기질이 높게 나타나지만(Perroud et al., 2013), 충동성, 분노와 같은 심리적 특성과 함께 고려되었을 때는 자살행동에 유의한 영향을 미치지 않았다는 결과도 보고되었다(Margetic et al., 2015; Perroud et al., 2013). 그 외, 사회적 민감성이나 인내력 또한 자살생각과 자살시도에 영향을 미친다는 보고도 있지만(Jaksic et al., 2015; Jylha et al., 2016; Su et al., 2018), 자살 경향성과 유의한 관계가 나타나지 않았다는 보고도 있다(Conrad et al., 2009; McGirr et al., 2008). 기질적 특성과 관련된 연구들이 주로 임상군을 대상으로 했다는 점에서 본 연구결과와 비교하기에 한계가 있으나, 각 하위 기질에 대한 특성과 자살행동과의 관계를 유연하게 고려할 필요가 있다.

처벌 민감성은 성격 차원에서 처벌이나 위협 등의 자극에 반응하는 특성으로(Gray, 1987), 높은 처벌 민감성은 우울과 불안 등의 내재화 문제와 폭식, 도박 등의 충동적 행동에 정적인 영향을 미칠 수 있다(이혜림, 이영호, 2015). 우울, 불안, 충동성은 자살과도 밀접한 연관이 있는 요인으로(김성연 외, 2023), 본 연구결과는 자살을 유발하는 정서 행동적 특성의 기반이 되는 처벌 민감성에 대해 주목해야 할 필요성을 시사한다. 국내외 청소년 연구에서 처벌 민감성은 주로 비자살적 자해의 위험요인으로 확인되어온 요인이다(이혜림, 이영호, 2015; Liu, Wang, Xing, & Liu, 2024). 본 연구에서 처벌 민감성이 채택된 것은 자살과 비자살적 자해는 구분되는 개념이지만 상호연관성이 높다는 특성에 기인한 것일 수 있다. 본 연구

결과는 추후 연구에서 처벌 민감성과 자살의 연관성에 대한 탐색이 이루어져야 할 필요성과 자살 위험이 큰 청소년을 선별하는 데 스트레스 및 기질적 취약성과 더불어 성격 차원의 요소가 중요한 단서가 될 수 있음을 시사한다.

인지 중분류에서 채택된 요인을 살펴보면, 먼저 부정적 자아상, 무가치감, 무력감은 자아에 대한 부정적인 인식을 나타내는 요인이다. 자신에 대한 부정적인 생각과 믿음 혹은 자신을 가치 있는 존재로 여기지 못하거나 미래에 대한 희망감이 적고 지금 처한 상황에서 벗어나거나 변화시킬 수 없다고 인지하는 것은 자살의 강력한 위험요인이 될 수 있다(조은민, 2020; Gibbs et al., 2009). 이러한 결과는 상담현장에서 자살행동을 보이는 청소년 내담자의 경우 인지적으로 본인에 대한 부정적 인식을 지닌 특성이 두드러지는 것으로 이해할 수 있다.

절망감과 무망감은 상황이나 대인관계에 대한 부정적 기대로 이해된다. 이 중 절망감은 델파이 조사 1~3차 모두에서 합의 비율 100%를 보였고, 부정적 자아상은 3차에 이르러 100% 합의 비율을 보였다. 본 연구에서의 합의 비율을 절대적인 중요도로 이해할 수는 없지만, 73명 패널 전원의 합의 일치를 이루었다는 점은 괄목할 만한 결과로 보인다. 절망감과 무망감은 자신의 삶에 대해 어떠한 희망도 느낄 수 없는 상태를 반영하는데, 절망감과 무망감에서 오는 부정적 미래에 대한 사고는 우울, 불안 등의 부정정서를 촉발해 자살로 이르게 한다(김영환, 강갑원, 2020). 절망적인 사람들은 미래에 대한 희망을 느끼지 못하고, 무망감을 가진 사람들은 자살행동에 대해 무감각하게 반응하여 위험한 상황에서도 적극적인 조치를 취

하지 않을 수 있다는 점(김성연 외, 2023)에서 힘든 상황에 매몰되어 상황이 긍정적으로 변화할 수 있다는 가능성을 알아차리지 못하는 것은 자살행동의 위험성을 증가시킬 수 있다.

이와 더불어 관계 속에서 수용되지 못하는 자기 존재에 대한 부적절감을 반영하는 요인인 지각된 짐스러움, 죄책감, 단절 및 거절 도식이 채택되었다. 지각된 짐스러움은 자신이 타인에게 짐이 된다는 인식을 반영하는데, 이러한 인식은 자살을 선택하는 것이 본인과 주변 사람들에게 더 나은 선택이라고 판단하고 자신이 처한 어려움을 해결할 수 있는 유일한 방법이라고 느끼게 만든다(Joiner, 2005). 이는 개인이 주변 사람들에게 도움을 요청하고 필요한 자원을 얻을 기회를 축소해 부정적인 상황에서 벗어나는 해결책을 만드는 데 방해요소가 되어 궁극적으로 자살을 선택하게 되는 가능성을 높일 수 있다(Rainbow et al., 2023).

죄책감은 자신의 행동이 타인에게 해를 가했다고 생각하는 데서 유발되며, 단절 및 거절 도식은 관계 속에서 거절, 배신을 경험한 사람들에게서 나타나는 인지 도식이다. 이러한 인지 도식이 반복되는 경우 자신을 무가치한 존재로 느끼게 만들어 자신에 대한 부정적인 신념을 형성하게 되고, 이는 무기력, 의욕 상실, 외로움 등의 고통을 유발하여 이에서 벗어나는 해결방법으로 자살을 시도하게 될 수 있다(박은경, 김정섭, 2022). 따라서 청소년 내담자가 타인에게 피해 및 불편감을 주었거나 사회적으로 소외되었다고 느끼는 경우 대인관계 양상을 확인하고 타인과 유대감을 느꼈던 경험들을 탐색하여 왜곡된 인지를 적응적으로 수정하는 것이 자살 상담에서 효과적일 수 있다(박수진, 김종남, 2018).

이어서 삶의 의미와 목적이 없음, 삶에 대한 회의적인 태도, 자신에 대한 비현실적 기대와 목표가 채택되었다. 청소년의 자살시도 경험을 탐색한 박은경과 김정섭(2022)의 연구에서는 자살시도를 한 청소년은 삶에 대한 의미를 상실하거나 목표가 없고, 스스로 원하는 방향으로 나아가지 못하는 자신의 모습에 대해 괴로워하며, 목표와 의미 없는 삶을 끝내기 위해 자살시도에 이르게 된다는 점을 확인하였다. 청소년기는 삶의 방향과 자신의 정체성을 구축해나가는 시기로(Bilsen, 2018), 꿈을 발견하거나 인생의 목표를 설계하고, 여러 활동에 도전하는 것을 통해 자아효능감을 증진하고 삶의 의미를 얻는 경험이 특히 중요한 시기일 수 있다. 따라서 상담자는 현실적인 수준에서 청소년이 자신의 삶과 존재의 의미를 발견할 수 있도록 조력하고, 자신의 삶을 주체적인 태도로 이끌어 나갈 수 있는 존재임을 스스로 깨닫게 하며 효능감을 느낄 수 있도록 돕는 것이 중요할 것이다. 이와 함께 내담자가 미래에 대한 구체적인 계획을 세워보도록 하고 이를 실현할 수 있는 행동을 같이 탐색하고 실천하도록 지지해주는 것이 중요할 수 있다(박수진, 김종남, 2018).

그다음 채택된 요인인 왜곡된 사고, 반추, 과대화, 죽음에 대한 긍정적 기대, 자해와 자살 외 다른 대안 행동이 없음은 인지적 왜곡과 관련된 요인이다. 왜곡된 인지는 외부 자극에 대해 잘못된 정보와 인지 과정에 근거해 발생한 인지적 오류를 토대로 심리적인 어려움을 유발한다(Riso & Newman, 2003). 왜곡된 인지를 지닌 청소년은 평소에 자신에게 위협이 될 것으로 예측되는 외부 자극에 민감하게 반응하게 되기 때문에 사소한 자극에도 과도한 인지 왜곡과 부정적인 행동을

보이며, 삶의 의미를 거부하고 비합리적으로 사고하는 경향을 보인다(권세원, 송인환, 2011). 또한, 우울, 불안 등의 정서로 인해 긍정적인 정보를 과도하게 억제하거나 위협적인 정보를 잘 억제하지 못하게 되며, 다양한 정신적, 정서적 장애와 충동성이 유발되어 정신건강 문제와 더불어 자살행동의 위험을 높일 수 있다(Deperrois, Ouhmad, & Combalbert, 2024). 자살시도를 한 청소년은 죽으면 편할 것이라는 생각과 같은 죽음에 대한 긍정적 기대를 하며 자해와 자살만이 내 어려움을 해결해 줄 유일한 방법이라는 편향된 사고를 갖기도 한다(Joiner, 2005). 청소년기에는 인지 판단능력이 미숙한 시기로 스스로 해결하기 어려운 상황에서 이성적인 판단을 하지 못하는 경향이 있으므로(한국청소년상담원, 2008), 청소년 개개인이 일상생활에서 어떠한 인지적 왜곡을 하고 상황을 지각하는지에 대한 탐색과 죽음에 대한 인지 도식을 파악해 이를 합리적인 방향으로 수정하는 것이 중요할 것이다.

정서 중분류에서 외로움, 고립감, 소외감, 늦은 밤 외로워하고 단절에 대한 불안을 느끼는 것이 채택된 것은 다른 시기에 비해 청소년기에 대인관계에서의 부정적 인식, 외로움 등을 쉽게 느낀다는 특성(이진규, 조성희, 2020)이 반영된 결과일 수 있으며, 이러한 특성이 자살의 전조이자 유발요인이라는 연구결과(정혜경, 2021)와 일관된다. 특히 늦은 밤 외로워하고 단절에 대한 불안을 느끼는 것은 패널과의 사전인터뷰를 통해 추가된 요인으로 외로움, 불안의 정서는 시간적 요인에 의해 더 악화될 수 있다는 관점이 반영되었다. 상담자를 대면하는 전통적인 방식의 상담의 경우 시간과 장소가 제한적이기 때문에 청소년에게는

더욱 접근이 쉬운 방법이 고려될 필요가 있다. 예를 들어, 시간과 장소에 구애받지 않고 애플리케이션 등을 통해 실시간으로 개입하는 방법인 생태순간개입법(Ecological Momentary Intervention)은 불안, 외로움, 단절과 같은 부정 정서를 전환해 긍정 정서를 증가시킬 수 있는 것으로 알려져 있다(Colombo et al., 2019). 따라서 청소년 자살 예방과 개입을 위해 청소년에게 접근성이 높은 방법을 통해 개입하는 방안을 마련할 필요가 있다.

행동 중분류에서는 충동성, 스트레스 대처능력 부족, 위기상황 대처능력 부족이 채택되었다. 일반적으로 자살은 자살의 방법이나 상황에 대해 생각하고, 이를 실제 행동으로 옮기기 위한 계획을 수립하고 행동으로 옮길 수 있는 준비가 되어있을 때 위험성이 높아진다. 하지만 청소년기의 자살행동에는 우울한 기분이나 분노감에 의한 충동적인 요인이 많이 개입되는 특성을 보인다. 즉, 청소년은 자살 촉발요인이 발생하면 우울, 인지적 오류 등으로 인해 충동적이고 즉각적으로 자살을 시도하게 될 가능성이 커진다(정영숙, 정영주, 2015). 또한, 자신이 처한 스트레스 상황이나 위기상황에서 도움을 요청하는 능력이 부족하거나 상황에 매몰되어 적절하지 대처하지 못하는 것은 위기 상황에서 벗어나 긍정적인 사고와 정서를 갖도록 도울 수 있는 자원을 제한시킨다는 점에서 자살시도로 인한 죽음에 영향을 미친다(Rainbow et al., 2023). 따라서 자살행동을 가진 청소년들이 경험하는 여러 스트레스 사건들 자체를 사전에 통제하기는 어렵지만, 자신이 당면한 문제에 대해 자제력을 가지고 침착하게 절차를 밟아 행동할 수 있도록 도와주어야 할 것이다(하정희, 안정희, 2008). 또한, 처한 환경에 적응할 수 있는 내적 자원과 힘을 얻

마끔 갖고 있느냐에 따라 외부 자극에 대해 적절히 대처하기 때문에 스트레스나 위기상황을 스스로 자각하고 이에 유연하게 대처하는 힘을 길러주는 것이 중요할 것이다.

마지막으로 자해 및 자살경험 중분류에서 과거 및 현재 자해 행동 여부, 자살생각, 과거 및 현재 자살시도가 채택되었다. 이는 자살생각을 한 경험이 있는 청소년 5명 중 1명이 자살시도를 하며(김재인, 2015), 자해와 자살시도를 한 경험이 있고 이러한 경험이 반복될수록 자살을 실행할 수 있는 능력이 높아져 결국 자살에 이르게 된다는 자살의 대인관계이론(Joiner, 2005)과 비슷한 맥락을 갖는다. 따라서 자살행동을 가진 청소년에게는 자해, 자살생각, 자살시도가 있었는지에 대한 탐색이 선행되어야 하며, 관련 이력이 파악되었을 경우 과거에 자해 및 자살행동을 한 상황적, 심리적 맥락을 파악하여 재발을 방지하는 것이 중요할 것이다.

채택된 심리적 위험요인은 생물학적 위험요인에서 채택된 우울(장애), 불안(장애), 양극성 장애와 같은 정신병리적 특성에서 보이는 심리적 증상이 구체화된 형태로 나타난 것으로도 이해할 수 있다. 예컨대, 채택된 심리적 요인 중 부정적 자아상, 절망감, 무력감, 무가치감, 죄책감, 삶에 대한 회의적인 태도 등은 우울할 때 나타나는 인지적 속성이기도 하며, 외로움, 고립감, 소외감은 우울의 정서적 속성이기도 하다. 또한, 자살생각 및 자살시도는 우울 장애의 진단 기준에 속하는 요인이며, 정서조절의 어려움은 불안장애와 양극성 장애의 정서적 특성이기도 하다(APA, 2013). 이는 자살의 이해와 개입에서 생물학적 요인과 심리적 요인의 상호 연관성을 고려해야 할 필요

성을 강조하며, 더 나아가 생물심리사회 모델의 타당성을 뒷받침하는 결과일 수 있다.

셋째, 사회/환경 위험요인은 총 37개 중 15개가 채택되었다. 그중 가족 중분류에서는 11개 요인이 채택되었다. 본 연구에서 채택된 요인과 같이 학대 피해 경험(신체, 정서, 성적 학대 및 방임; Liu et al., 2017), 가정 내 갈등(부부싸움, 가정폭력 등)에 지속적으로 노출되는 것, 부모의 양육 태도 문제(통제, 무관심, 형제간 비교, 강요 등)와 자녀의 문제행동을 부모가 인식하지 못하는 특성(Frey & Cerel, 2015) 등은 자살의 강력한 부정적 요인으로 알려져 자살 청소년 상담 시 필수적으로 탐색이 필요한 요소이다. 이를 반영하듯 가족영역은 그 외 또래, 학교, 지역사회자원의 영역에 비해 채택된 요인의 비율이 비교적 높았는데, 이는 청소년 자살에 가족이 상당 부분 관여한다는 패널들의 의견이 반영된 결과로 보인다. 기존 자살 및 자해 청소년을 위한 상담 개입 매뉴얼(서미, 김은하, 이태영, 김지혜, 2018)에서는 자살 위기 청소년들이 부모님과의 갈등과 소통의 어려움을 겪고 있음에 따라 자살 청소년의 심리·정서적 요인뿐 아니라 부모 요인을 고려한 개입이 필요함을 제안하였다. 청소년에게 이와 같은 환경은 개인의 의지로 변화시키거나 벗어나는 데 한계가 있으므로 상담자는 청소년 자살문제개입에 있어 가족 요인, 특히 부모 요인을 중요하게 다룰 필요가 있다.

또한, 불안정한 거주환경(이혼한 부모의 집에 번갈아 거주, 친척 집 거주, 시설 거주 등)이 채택되었다. 이는 본 연구에서 델파이 설문 제작 시 상담자와의 면담을 통해 추출된 요인으로, 기존 연구들에서는 주목받지 못한 청소년 자살의 위험 요인이다. 거주환경은 청소년이 주 양육자와 애착

을 형성하고 지지자원을 얻으며 소속감을 형성하는 장으로서 기능한다. 이때 편부모 가정 혹은 가족과 동거하지 않는 등의 거주환경은 외로움을 유발하고(Foster, Grigsby, Gower, Mehus, & McMorris, 2020) 사회적 관계를 단절시켜(조인숙, 2016) 청소년들의 자살생각 및 시도를 증가시킬 수 있다. 이에 이윤정 등(2016)의 연구에서는 친부모와 동거하지 않는 청소년은 청소년 지원 정책에 있어 가장 중요하게 고려해야 할 대상이며, 제3자의 적극적인 지원과 더불어 생활, 학습, 경제방면의 다양한 정책이 마련되어야 함을 제안하였다. 본 연구결과에 의하면, 친부모와 동거하지 않는 것뿐만 아니라 다양한 거주환경을 파악하고 이를 고려한 정책이 마련될 필요가 있겠고 상담자는 불안정한 거주환경으로부터 야기되는 심리행동 문제를 파악할 필요가 있을 것으로 보인다.

또래 중분류에서는 왕따 및 따돌림과 친구(지인 포함)의 자살 이력이, 학교 중분류에서는 학업에 대한 부담과 스트레스, 학교폭력 피해가 채택되었다. 청소년의 발달단계에서 또래와 친밀한 관계를 형성하고 유지하는 것은 건강한 심리적 성장 및 관계 형성의 밑거름이 되는 중요한 과업이다(Pouwels et al., 2021). 또래 집단에서 경험한 왕따 및 따돌림, 학교폭력 피해로 인해 친밀한 관계를 형성하지 못하는 것은 불안, 우울, 자기비하 등의 부정적인 정서와 수면 문제, 등교 거부, 성적 하락 등 자살과 밀접한 연관이 있는 정서·행동문제를 이차적으로 유발하여 궁극적으로 자살이라는 심각한 결과를 초래할 수 있다(이정숙, 권영란, 김수진, 2007; Hasan et al., 2021). 왕따, 따돌림, 학교폭력과 같은 문제를 예방하고 개입하는 데는 개인의 사회적 기술을 향상하는 것과 더불어 학

교 전체를 대상으로 한 교육이 효과적일 수 있으므로(Cantone et al., 2015), 학교 단위의 교육이나 홍보를 지속해서 강화하는 노력이 학교폭력 사안을 감소시킬 뿐만 아니라 자살 예방에도 효과적일 수 있다.

청소년들에게 성적 및 진학문제는 청소년들의 자살 충동을 유발하는 주된 이유가 되는데, 과도한 학업 스트레스와 학업 성취에 대한 반복적인 실패는 자아를 손상해 강한 스트레스 원인으로 작용하여 청소년의 자살 생각의 빈도를 높일 수 있다(조옥선, 백진아, 2014). 따라서 상담자는 청소년들이 학업으로 인해 느끼는 심리적 압박감이 자살행동으로 결부되지 않도록 돕는 부모 간의 의사소통, 친구 관계, 자아존중감을 증진하는 개입(최준영, 2008) 등을 고려해볼 수 있으며, 스스로 학업 스트레스를 조절하고 대처할 수 있는 교육적인 접근도 필요할 것이다.

현재 교내 자살 사안이 발생한 경우 자살의 진위파악 및 위기관리위원회가 소집되어 최소 2주 동안 특별상담실이 운영되고, 자살위기 학생 및 해당 학교를 지속해서 관찰하고 개입하며 트라우마 관련 심리교육이 시행되고 있다. 청소년기 학급 친구의 자살을 경험하는 경우 최대 2년까지 우울, 죄책감, 멍해짐, 신체화 등의 정서적 반응을 경험할 수 있지만(배주미, 김은영, 2011), 여전히 체계적인 자살위기 개입인력의 부족, 자살위기 개입 전담기구의 부재 등의 한계가 보고되고 있다(김진선, 정윤경, 이민정, 신주연, 2023). 따라서 자살위기 사안이 발생했을 시 작동되는 위기관리체계를 지속해서 보완하고 자살위기업무를 수행하는 인력의 양적 확대와 질적 제고가 필요할 것이다(김진선 외, 2023; 명소연, 이동훈, 2019).

이상과 같은 결과를 토대로 본 연구결과가 지닌 학술적 의의와 상담 및 실제에 주는 시사점은 다음과 같다. 먼저 본 연구는 여러 선행연구에서 확인되어 온 자살의 위험요인에 관한 결과를 종합하고 상담전문가의 의견을 토대로 국내 청소년에게서 확인되는 자살의 위험요인을 확인했다는 데 의의가 있다. 또한, 패널들의 의견을 반영하여 도박중독, 기질적 취약성, 비행 및 전과 전력, 타인의 부정적 시선 및 낙인, 학교 출결 상태(무단 지각, 조퇴, 결석 등), 날씨, 학교 측(교사, 교장/교감)의 잘못된 인식과 대처 등 기존 선행연구들에서 주요하게 다루지 않았거나 고려되지 못한 요인들을 포함하여 국내 청소년의 자살을 설명할 수 있는 요인들을 밝히려 했다는 데 의의가 있다.

본 논의에서 알 수 있듯이, 채택된 자살의 위험요인은 자살에 직접적인 영향을 미치기도 하지만, 여러 요인 간의 상호작용 안에서 미치는 간접적인 영향도 확인할 수 있었다. 본 연구결과는 실무 현장에서 자살 청소년 상담 시 내담자의 자살행동을 유발하는 것으로 추측되는 단서를 발견하고, 그로 인해 파생될 수 있는 여러 요인을 포괄하여 가설을 수립해볼 수 있는 데 도움이 될 수 있을 것이다. 본 연구결과에서 채택된 요인들이 청소년 자살을 설명하는 절대적 요인이라고 볼 수는 없겠으나, 청소년 상담현장 일선에 있는 상담자들에게 청소년 자살을 조기에 발견하고 예방할 수 있는 다양한 단서를 제공했다는 데 본 연구의 의의가 있다. 또한, 본 연구는 자살의 생물, 심리, 사회/환경 요인을 포함함으로써 심리학, 사회학, 교육학, 의학 등 청소년 자살 문제와 연관된 다양한 학문 분야의 협력을 도모하는 데 기여할 수 있을 것이다. 실무 현장에서는 위험요인을 중심으로 한

구조화된 면접질문지를 개발하여 보다 체계적으로 청소년 자살 위험도를 파악하거나, 청소년 자살 예방을 위한 프로그램 개발, 자살 청소년을 직접 대하는 교사, 상담사 등 실무자들을 교육하고 훈련할 수 있는 자료를 제작하는 데 활용될 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점과 후속연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 문헌 고찰을 토대로 자살에 영향을 미치는 영향요인을 최대한 설문지에 포함하려 했으나, 이미 수십 년간 연구되어 온 결과들을 모두 담아낸다는 것은 불가능할 수 있다. 본 연구에서 고려되지 않은 보다 다양한 자살의 위험요인을 포함하여 연구를 진행할 필요가 있겠다. 둘째, 본 연구에서 요인을 채택한 기준이 청소년 자살의 위험요인을 판별하는 절대적인 기준이 아님에 유의하여 본 연구결과를 유연하게 받아들일 필요가 있다. 또한, 본 연구의 요인 채택 기준은 만족하지 못하였으나 70% 이상의 비교적 높은 합의 비율을 보였던 요인(예, 외상 후 스트레스 장애, 관계적 단서에 민감함, 패배감, 대인관계기술 부족, 대인관계 형성 및 유지의 어려움, 성공 경험의 부재, 학교 적응의 어려움, 대중매체를 통한 유명인의 자해/자살 보도 노출)에 대해서는 추후 반복 검증이 수행될 필요가 있다. 셋째, 이와 함께 최근 자살은 자살생각, 자살계획, 자살시도의 스펙트럼에 따라 영향을 미치는 요인이 상이할 수 있어 각각의 스펙트럼을 별도로 살펴봐야 한다는 주장이 제기되고 있다. 본 연구는 탐색적 연구를 진행하는 데 목적을 두어 이를 세분화하여 살펴보지 못했으나, 이를 구분하여 살펴본다면 각 스펙트럼에서 확인되는 위험요인이 다르게 나타나 본 연구결과와 다른 결과를 보일 가능성이 있

다. 따라서 추후 연구에서는 각 스펙트럼에 미치는 영향요인을 구분하여 살펴봄으로써 내담자의 자살 스펙트럼에 맞는 예방 및 개입 전략을 마련하기 위한 노력을 지속할 필요가 있다. 마지막으로, 본 연구를 통해 확인된 청소년의 자살에 영향을 미치는 위험요인은 청소년의 발달단계에 따라 상이하게 나타날 수 있다. 청소년 발달단계를 구분하는 방식은 학자들에 따라 상이하지만, 국내 연구에서는 대체로 사춘기의 신체 변화가 시작되는 초등 고학년부터를 청소년기의 첫 시작으로 보고 10대 초반을 청소년기 초기, 10대 중반을 청소년 중기, 10대 후반을 청소년기 후기로 구분하고 있다(정소희, 2016). 추후 연구에서는 이러한 청소년 발달단계를 참고하여 발달단계별로 상이하게 나타나는 위험요인을 확인하는 보다 세밀한 연구가 진행될 필요가 있다. 이와 같은 한계에도, 본 연구는 청소년 자살의 위험요인을 델파이 연구방법을 통해 확인한 첫 연구로써, 향후 청소년 자살 예방 및 관리를 효과적으로 추진할 수 있는 자료로 활용되기를 기대한다.

참 고 문 헌

- 가섭, 권용실, 기명, 기선완, 김관철, 김동현, . . . 홍현주 (2023). 자살예방의 모든 것: 이론과 정책. 한국 자살예방협회 편저. 서울: 학지사.
- 권세원, 송인한 (2011). 중학생의 학업스트레스와 자살 사고간 관계에서 인지왜곡이 가지는 조절효과. 청소년복지연구, 13(3), 67-92.
- 김도희 (2015). 부모의 학대와 학업스트레스가 청소년 자살생각에 미치는 영향: 공격성의 매개효과. 청소년학연구, 22(11), 487-515.
- 김수진, 이주영 (2018). 청소년의 위험회피 기질이 자살 사고에 미치는 영향: 걱정과 파국화의 매개효과. 한국임상심리학회지, 37(1), 54-65.
- 김성연, 양모현, 박효은, 김지운, 이동훈 (2023). 자해와 자살행동 메타분석 연구 개관: 생물심리사회모델에 따른 위험 및 보호요인을 중심으로. 교육치료연구, 15(1), 29-55.
- 김영환, 강갑원 (2020). 고등학생의 인지왜곡, 절망감, 우울이 자살생각에 미치는 영향-사회적 지지의 조절효과를 중심으로. 정서·행동장애연구, 36(4), 177-200.
- 김재인 (2015). 자살을 생각하는 청소년의 자살시도에 영향을 미치는 요인 연구: 사회적 지지의 매개효과 분석. 어린이재단 연구논문 모음집, 2015, 3-45.
- 김지운, 조영희, 이동훈 (2021). 여자 대학생의 비자살적 자해 유지에 대한 사례연구: 생물심리사회모델을 중심으로. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 33(1), 29-60.
- 김진선, 정윤경, 이민정, 신주연 (2023). 위(Wee)센터를 중심으로 한 자살위기 학생 개입 경험에 대한 질적 연구. 한국교육문제연구, 41(4), 1-28.
- 김희연, 채규만 (2010). 심리도식, 가족응집성-적응성, 스트레스 취약성과 자살생각의 관련성. 인지행동치료, 10(1), 39-55.
- 노승용 (2006). 델파이 기법(Delphi Technique): 전문적 통찰로 미래예측하기. 국토, 299, 53-62.
- 명소연, 이동훈 (2019). 학교 장면에서의 위기대응 양상에 관한 사례 연구: 자살 위기 상황에서 학교 상담사의 경험을 중심으로. 교육학연구, 57(3), 147-177.
- 박소연, 양소남, 김재인 (2016). 청소년의 자살시도에 영향을 미치는 요인: 자살생각 경험이 있는 중·고등학생을 중심으로. 한국케어매니지먼트 연구, 19, 51-71.
- 박은경, 김정섭 (2022). 청소년의 자살시도 경험에 관한 연구. 교육문화연구, 28(6), 381-408.
- 배주미, 김은영 (2011). 대학생의 청소년기 학급친구 자살경험에 대한 질적 연구. 청소년상담연구, 19(2), 189-208.
- 보건복지부, 한국생명존중희망재단 (2022). 2022 자살에

- 방백서. 서울: 한국생명존중희망재단
- 서미, 김은하, 이태영, 김지혜 (2018). 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 : 자살·자해편. 한국청소년상담복지개발원 연구보고서.
- 서울특별시교육청(2018). 2018학년도 Wee 클래스[학교 상담실] 운영 계획. 서울: 서울특별시교육청.
- 여성가족부 (2022). 2022 청소년 통계. 서울: 한국청소년정책연구원.
- 오동균, 권순용 (2019). 청소년의 학업 및 진로 스트레스, 불안, 충동성, 우울, 자살 생각의 인과적 관계. 미래청소년학회지, 16(4), 29-45.
- 이도연 (2021.09.03). “자살위험군 학생 3년 연속 2만명 넘어...사후관리 시급”. 연합뉴스. <https://www.yna.co.kr/view/AKR20210930064000530?input=1195m>. 2022년 11월 4일 자료 연음.
- 이동훈, 정다송, 김성현, 이덕희, 육동연, 전홍진 (2022). 자기보고형 자살 스크리닝 도구 개발 및 타당화 예비 연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 34(4), 1069-1097.
- 이병도 (2018). 청소년 자살생각의 영향요인에 관한 연구: 취약성-스트레스 모형 검증 중심. 한국공안행정학회보, 27(2), 193-216.
- 이윤정, 표은영, 정진욱, 안지연 (2016). 성별에 따른 청소년의 우울증과 자살사고에 미치는 개인적, 사회적, 환경적 접근에 따른 영향요인 분석. 한국학교보건학회지, 29(3), 189-200.
- 이정숙, 권영란, 김수진 (2007). 청소년의 집단따돌림 피해와 우울이 자살사고에 미치는 영향. 정신간호학회지, 16(1), 32-40.
- 이진규, 조성희 (2020). 중학생의 비자살적 자해 경험 연구. 청소년상담연구, 28(2), 233-255.
- 이혜림, 이영호 (2015). 청소년의 처벌민감성과 강화민감성이 불안, 우울, 자해행동에 미치는 영향: 스트레스와 통제가능성 귀인의 역할. 청소년학연구, 22(12), 567-593.
- 정소희 (2016). 청소년의 정서문제에 영향을 미치는 부모양육행동의 상대적 영향력: 초, 중, 고 발달단계별 분석. 청소년학연구, 23(6), 119-144.
- 정영숙, 정영주 (2015). 한국 청소년과 노인의 자살관련 변인들의 고찰: 자살에 대한 스트레스 취약성 모델의 적용. 한국심리학회지: 발달, 28(3), 227-254.
- 정혜경 (2021). 청소년의 외로움과 자살생각: 희망의 매개효과. 디지털융복합연구, 19(3), 227-233.
- 조옥선, 백진아 (2014). 청소년의 학업스트레스와 집단따돌림 피해가 자살생각에 미치는 영향: 자아존중감의 매개효과를 중심으로. 보건의료산업학회지, 8(2), 233-244.
- 조은민 (2020). 일부 여자고등학생들의 학업스트레스와 절망감과 관련성. 한국산학기술학회 논문지, 21(1), 593-603.
- 질병관리청 (2022). 제17차(2021년) 청소년건강행태조사 통계. 충북 오송: 질병관리청.
- 최신희, 김현수 (2021). 청소년 자살 예방개입 프로그램의 효과에 관한 메타분석: 1, 2, 3차 예방 개입에 따른 분석. 한국아동심리치료학회지, 16(2), 1-23.
- 최준영 (2008). 고등학생 보충·야간자율학습과 학업스트레스, 주관적 만족감, 가출 및 자살충동 간의 관계. 사회연구, 9(2), 211-232.
- 하정희, 안성희 (2008). 대학생들의 자살생각에 영향을 미치는 요인들: 스트레스, 대처방식, 완벽주의, 우울, 충동성의 구조적 관계모형 검증. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 20(4), 1149-1171.
- 한국청소년상담원 (2008). 청소년자살 예방프로그램 및 개입방안 개발. 서울: 한국청소년상담원.
- 홍세희, 정송, 노연경 (2016). 청소년의 자살생각과 위험요인에 대한 메타분석. 청소년학연구, 23(5), 153-179.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical annual of mental disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Pub.
- Askew, M., & Byrne, M. W. (2009). Biopsychosocial approach to treating self-injurious behaviors: An adolescent case study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(3), 115-119.
- Beyer, J. L., & Weisler, R. H. (2016). Suicide

- behaviors in bipolar disorder: a review and update for the clinician. *Psychiatric Clinics*, 39(1), 111-123.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: Risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 540. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00540
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371.
- Cantone, E., Piras, A. P., Vellante, M., Preti, A., Danielsdóttir, S., D'Aloja, E., ... & Bhugra, D. (2015). Interventions on bullying and cyberbullying in schools: A systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 11, 58-76.
- Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., ... & Arango, C. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 759-776.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of general psychiatry*, 44(6), 573-588.
- Cloutier, P., Martin, J., Kennedy, A., Nixon, M. K., & Muehlenkamp, J. J. (2010). Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 259-269.
- Colombo, D., Fernández-Álvarez, J., Patané, A., Semonella, M., Kwiatkowska, M., García-Palacios, A., . . . Botella, C. (2019). Current state and future directions of technology-based ecological momentary assessment and intervention for major depressive disorder: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(4), 465. doi: 10.3390/jcm8040465
- Conrad, R., Walz, F., Geiser, F., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Wegener, I. (2009). Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research*, 170, 212-217.
- De Villiers, M. R., De Villiers, P. J., & Kent, A. P. (2005). The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher*, 27(7), 639-643.
- Deperrois, R., Ouhmad, N., & Combalbert, N. (2024). Impulsivity, emotional disorders and cognitive distortions in the general population: highlighting general interaction profiles. *Cognitive Processing*, 25(6) 1-9.
- Engel, G. L. (1981). *The clinical application of the biopsychosocial model*. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* (Vol. 6, No. 2, pp. 101-124). Oxford University Press.
- Evren, C., & Evren, B. (2006). The relationship of suicide attempt history with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality in substance dependents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(4), 263-269.
- Forster, M., Grigsby, T. J., Gower, A. L., Mehus, C. J., & McMorris, B. J. (2020). The role of social support in the association between childhood adversity and adolescent self-injury and suicide: findings from a statewide sample of high school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(6), 1195-1208.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., . . . Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and

- behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232.
- Frey, L. M., & Cerel, J. (2015). Risk for suicide and the role of family: A narrative review. *Journal of Family Issues*, 36(6), 716-736.
- Gibbs, L. M., Dombrovski, A. Y., Morse, J., Siegle, G. J., Houck, P. R., & Szanto, K. (2009). When the solution is part of the problem: Problem solving in elderly suicide attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1396-1404.
- Giner, L., Blasco-Fontecilla, H., De La Vega, D., & Courtet, P. (2016). Cognitive, emotional, temperament, and personality trait correlates of suicidal behavior. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-12.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Hasan, M. M., Fatima, Y., Pandey, S., Tariqujjaman, M., Cleary, A., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2021). Pathways linking bullying victimisation and suicidal behaviours among adolescents. *Psychiatry Research*, 302, doi: 10.1016/j.psychres.2021.113992
- Havelka, M., Despot Lučanin, J., & Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial model—the integrated approach to health and disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Hjelmeland, H., Jaworski, K., Knizek, B. L., & Marsh, I. (2019). Problematic advice from suicide prevention experts. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 20(2), 79-85.
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*, 4(2), 32-46.
- Jakšić, N., Aukst-Margetić, B., Marčinko, D., Brajković, L., Lončar, M., & Jakovljević, M. (2015). Temperament, character, and suicidality among Croatian war veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 60-63.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Jones, J., & Hunter, D. (1995). Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *BMJ*, 311(7001), 376-380.
- Jorm, A. F. (2015). Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(10), 887-897.
- Jylhä, P. J., Rosenström, T., Mantere, O., Suominen, K., Melartin, T. K., Vuorilehto, M. S., . . . Isometsä, E. T. (2016). Temperament, character, and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(2), 252-260.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307-330.
- Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., . . . Luo, X. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 220, 147-155.
- Liu, J., Wang, H., Xing, S., & Liu, X. (2024). Sensitivity to reward and punishment in adolescents with repetitive non-suicidal self-injury: The role of inhibitory control. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24(2), 100456.
- Margetic, B. A., Jaksic, N., Jovanovic, N., Marcinko, D., & Jakovljevic, M. (2015). Temperament, Character, and Suicidal Tendencies Among Croatian Psychiatric Outpatients with Post-traumatic Stress Disorder. *European*

- Psychiatry*, 30(S1), 28-31
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological Medicine*, 38(3), 407-417.
- Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2006). The Psychopathology and treatment of Bipolar Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 199-235.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154.
- Perroud, N., Baud, P., Ardu, S., Krejci, I., Mouthon, D., Vessaz, M., . . . Courtet, P. (2013). Temperament personality profiles in suicidal behaviour: an investigation of associated demographic, clinical and genetic factors. *Journal of Affective Disorders*, 146(2), 246-253.
- Poudel, A., Lamichhane, A., Magar, K. R., & Khanal, G. P. (2022). Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-12.
- Pouwels, J. L., Valkenburg, P. M., Beyens, I., van Driel, I. I., & Keijsers, L. (2021). Social media use and friendship closeness in adolescents' daily lives: An experience sampling study. *Developmental Psychology*, 57(2), 309-323.
- Rainbow, C., Baldwin, P., Hosking, W., Gill, P., Blashki, G., & Shand, F. (2023). Psychological distress and suicidal ideation in Australian online help-seekers: the mediating role of perceived burdensomeness. *Archives of Suicide Research*, 27(2), 439-452.
- Riso, L. P., & Newman, C. F. (2003). Cognitive therapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 817-831.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Asmundson, G. J., Ten Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249-1257.
- Saunders, K. E., & Hawton, K. (2013). Clinical assessment and crisis intervention for the suicidal bipolar disorder patient. *Bipolar Disorders*, 15(5), 575-583.
- Sayın, A., Kuruoğlu, A. Ç., Güleç, M. Y., & Aslan, S. (2007). Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 446-451.
- Seidler, Z. E., Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L., Shaw, J. M., & Dhillon, H. M. (2019). Men, masculinities, depression: Implications for mental health services from a Delphi expert consensus study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(1), 51-61.
- Su, M. H., Chen, H. C., Lu, M. L., Feng, J., Chen, I. M., Wu, C. S., . . . Kuo, P. H. (2018). Risk profiles of personality traits for suicidality among mood disorder patients and community controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 30-38.
- Valdés-García, K. P., Sánchez-Loyo, L. M., Monroy, I. R., & Carreón, C. (2021). Psychosocial suicide risk factors. *Gaceta Médica de Caracas*, 129. doi: 10.47307/GMC.2021.129.s1.12.

원고접수일: 2024년 5월 21일

논문심사일: 2024년 6월 17일

게재결정일: 2024년 6월 17일

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2024. Vol. 29, No. 5, 715 - 741

Risk Factors for Adolescent Suicide: A Delphi Study Based on the Biopsychosocial Model

SeongYeon Kim	BoRa Lee	Joo Yung Lee	Dong Hun Lee
Department of Education, Sungkyunkwan University		Gungnae Middle School	Department of Education, Sungkyunkwan University

This study aimed to derive consensus of adolescent suicide counseling experts on suicide risk factors of adolescents. A literature review was conducted focusing on meta-research about adolescent suicide risk factors. After classifying identified factors based on the biopsychosocial model, a Delphi questionnaire was drafted. Three Delphi surveys were conducted to reach a consensus on adolescent suicide risk factors for 73 counselors with experience in counseling for suicide adolescents. SPSS 21.0 statistical program was employed as a data processing method. Demographic characteristics were identified through descriptive statistics and frequency analysis. The ratio of expert consensus was obtained through frequency analysis and adopted as a risk factor for adolescent suicide if the consensus ratio was more than 80%. As a result of this study, a total of 50 risk factors were derived. Based on research results, discussions, implications, and follow-up research are suggested.

Keywords: Adolescent, Suicide, Risk factors, Bio-psycho-social model, Delphi study