

청소년 자해행동: 여중생의 자살적 자해와 비(非)자살적 자해*

이 동 귀 함 경 애† 배 병 훈
연세대학교

본 연구는 청소년의 자해행동을 이해하기 위하여 여중생 491명의 설문 자료에서 자해 경험이 있었던 103명의 자료를 분석하였다. 그 결과 첫째, 자해 경험 청소년이 비(非)자해 청소년에 비해 가정 및 학교생활 만족도가 낮았으며 우울과 스트레스 수준이 유의하게 높았다. 둘째, 응답자들의 자해행동은 초등학교 6학년과 중학교 1학년 시기부터 시작되었고, 자신을 때리고 몸에 난 상처를 방치하거나 날카로운 물건으로 상처를 내는 행동을 많이 하는 것으로 나타났다. 셋째, 자해행동을 한 청소년의 약 1/3이 자살의도가 있었다고 보고했고, 이들은 자살의도가 없는 자해행동 청소년에 비해 자살생각, 자살시도, 자살실행 준비 수준이 모두 높게 나타났다. 넷째, 자살의도 여부에 따른 자해행동을 판별해주는 예측변수를 탐색한 결과, 가정 내 분위기가 좋지 않을수록, 자해 전 생각 기간이 길수록, 시도한 자해행동이 다양할수록, 자해행동의 '사회적 동기'가 높을수록, 자해행동의 '개인 내적 동기'가 낮을수록 자살의도가 있는 자해 청소년으로 분류될 확률이 높아졌다. 끝으로 본 연구의 의의와 한계점에 대해 논의하였다.

주요어 : 청소년, 자해행동, 자살적 자해, 비자살적 자해, 중학생

* 이 논문은 2015년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임
(NRF-2015S1A5A2A01009358).

† 교신저자 : 함경애, 연세대학교 인간행동연구소, 서울시 서대문구 연세로 50 연세대학교 심리학과 유억
겸기념관 201호 / E-mail : hahm97@hanmail.net

자해행동은 신체 조직의 손상과 긴장 완화를 목적으로 스스로 자신의 신체에 의도적이고 반복적인 위해를 가하는 행위이다(Klonsky, 2007). 자해의 가장 흔한 예는 신체를 칼로 베거나 긁는 행동이지만 그 외에도 화상 입히기, 핏자르기, 신체부위 때리기, 상처 난 곳을 방치하기, 머리카락 뽑기, 독극물이나 이물질 을 마시기 등이 있다(Skegg, 2005; Zila & Kiselica, 2001). 특히 자해 청소년의 경우 80% 가 날카로운 것으로 피부를 베거나 찌르는 행동을 보였다(Conterio & Lader, 1998; Mental Health Foundation and Camelot Foundation, 2006; Ross & Heath, 2002; Yip, 2005). 자해는 청소년(예: 14-24세) 시기에 가장 흔하며(Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Wikipedia, 2010), 미국 청소년의 약 14-15%가 최소한 한 번 이상 자해경험이 있고, 남자 청소년에 비해 여자 청소년의 자해행동 빈도가 더 높은 것으로 나타나고 있다(Ross & Heath, 2002). 마찬가지로 영국의 경우에도 6,020명의 청소년(15-16세)을 대상으로 한 연구에서 대략 10% 정도가 자해를 경험하였으며, 남자 청소년(3.2%)에 비해 여자 청소년(11.2%)의 자해행동 빈도가 더 높았다(Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002). 특히, 같은 아시아권 나라 들을 살펴보다라도 대만 고등학생의 11.3%(Tsai, Chen, Chen, Hsiao, & Chien, 2011), 중국 청소년(12-24세)의 17%(Wan, Hu, Hao, Sun, & Tao, 2011)가 자해를 하는 것으로 보고될 정도로 청소년기의 자해는 정신건강 제고의 측면에서 특히 관심을 요하는 문제행동이다.

반면 한국에서 자해의 발생비율과 형태에 대한 경험 연구는 "거의 전무한 편이며"(이동훈, 양미진, 김수리, 2010, pp. 2) 실제로 청소년 자해에 관한 1967년부터 2010년까지의 문

헌을 고찰한 이동훈 등(2010)의 연구에서 분석 대상으로 선정한 논문 중 국외 문헌이 59편인데 반해 국내 문헌은 단 1편뿐이었고 이 또한 싱가포르에서 출간된 자해 관련 책(옹세우허우, 2003)을 번역한 것에 불과하였다. 국내에서 현재까지 이루어진 자해 관련 연구들을 좀 더 면밀히 살펴보면, 대학생을 대상으로 하거나(구훈정, 조현주, 이종선, 2014) 고등학생을 대상으로 한 연구(이혜림, 2013)가 일부 발견되지만 자해행동에 대한 실태조사 없이 자해행동을 여러 관찰변수 중 하나로만 취급하였고 무엇보다 논문 수 자체가 극히 제한적이었다. 또한 그간 국내 자해 연구의 대부분은 연구대상자의 측면에서 병원 정신건강 의학과를 방문한 환자(김란, 2014; 예덕해, 2012), 정신지체아(김영숙, 2003; 장비, 1998), 혹은 자폐아를 대상으로 이루어진 것(원종례, 2002; 주용진, 유장순, 2013; 한홍석, 박주연, 2011)이 대부분이다. 최근 상담 장면에서 청소년 내담자 4명을 대상으로 현상학적 연구를 실시하여 자해행동의 경험과 의미를 이해하려는 시도(김수진, 김봉환, 2015)가 있었으나 사례수가 제한되어 연구 결과의 일반화 측면에서 한계가 있다. 즉, 현재 한국 청소년을 대상으로 자해행동의 동기, 연령별 특징 등에 관한 연구는 거의 찾아보기 힘든 실정이다. 이는 자해행동 자체가 사적이고 은밀하게 이루어지기 때문에 실증 연구를 수행하기 어려운 현실을 반영하는 것이지만, 특히 청소년 정신건강 문제가 점점 심각해지는 현 상황에서 위기청소년들에 대한 상담 개입 및 예방을 추진할 때 중요한 한계점이라고 할 것이다. 따라서 본 연구에서는 먼저 한국 청소년 중 여중생 표본을 선정하여 이들의 자해행동 실태, 심각성 및 관련된 심리적 특성들을 확인하고자 한다. 자해

행동은 비교적 이른 나이인 13세 전후로 발병되기 때문에(Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007) 대학생들이나 성인과 같은 연령대를 대상으로 한 연구는 개입의 시점 및 변화가능성 측면에서 그 효용성이 반감될 수 있다. 따라서 자해가 시작되는 시점에 있는 중학생을 대상으로, 그리고 특히 자해 빈도가 높다고 알려진 여학생들(Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005)을 대상으로 자해행동의 실태를 확인하는 것이 필요한 시점이다.

청소년 자해행동의 실태조사에 더해서 그간 자해 연구 문헌에서 논란이 되어온 문제가 바로 자해행동과 자살행동간의 관련성에 관한 것이다(이동훈 등, 2010). 즉, 논점은 자해행동을 자살행동과 연속적인 양적 차원(dimension) 개념으로 볼 것인가 아니면 질적으로 다른 범주(category) 개념으로 볼 것인가 하는 것이다.

먼저 일군의 학자들은 자해를 자살로 이행되는 연속 과정으로 보는 입장을 견지한다. 일례로 Menninger(1938: 이동훈 등, 2010에서 재인용)는 자해행동을 약화된 자살행동, 부분적인 자살, 혹은 준 자살행위(para-suicide)로 간주하였다. 이러한 관점을 뒷받침하는 것이 '입구 혹은 관문이론(The Gateway Theory; Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001)'으로 이 이론에서는 자해와 자살은 단일한 연속선상의 개념으로 자해의 극단적인 형태가 자살로 이행된다고 본다. 자해행동은 13세 전후에 주로 시작되고(Glenn & Klonsky, 2009; Health, Toste, Nedecheva, & Charlebois, 2008; Nock, 2010; Nock & Prinstein, 2004; Whitlock & Knox, 2007), 자살행동은 이 보다 늦은 16세 전후 시작된다(Nock et al., 2008)는 점, 그리고 자해행동은

자살을 예측하는 다른 위험 요인들, 예를 들어 우울(Andover & Gibb, 2010; Asarnow et al., 2011; Tang et al., 2011), 무망감(Andover & Gibb, 2010; Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, & Goodyear, 2011), 부적응적 가족(Wilkinson et al., 2011), 경계선 성격장애 특성(Andover & Gibb, 2010) 등을 통제한 이후에도 유의하게 자살행동을 예측하는 것으로 나타났다는 점도 이 이론을 지지하는 간접적인 증거로 제시되고 있다. 실증 연구에서, 과거의 자해행동은 향후 자살 위험성을 증가시키는 것으로 나타났다(Muehlenkamp & Gutierrez, 2007), 자해 청소년 중 70%가 실제 자살시도 경험이 있는 것으로 보고한 연구(Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein., 2006)도 있었다. 스트레스를 줄이기 위해 자해행동을 반복하고 그 과정에서 자살에 대한 두려움에 무감각해지면 자살의 위험성이 높아지게 되며(Joiner, 2005), 특히 우울한 청소년을 대상으로 한 중단연구 결과, 과거의 자해행동 이력은 과거의 자살시도보다도 24-28주 후의 자살시도를 더 강력하게 예측하는 것으로 나타났다(Asarnow et al., 2011).

반면, 대부분의 임상가와 연구자들은 자해를 하나의 독자적인 임상적 증후군으로 보고 자해행동과 자살행동을 구분할 필요가 있다는 입장을 취하고 있다(Favazza, 1996; Favazza & Rosenthal, 1993; Kahan & Pattison, 1984; Pattison & Kahan, 1983). 이들은 자해행동과 자살시도가 치사율, 자해 동기, 행동 및 인지적 특성 등에서 서로 질적으로 다르다고 주장한다(Favazza, 1996; Favazza & Conterio, 1989; Walsh & Rosen, 1988). 대부분 자해를 경험하는 이들은 자해 전이나 자해 도중에 자살생각을 하지 않는다고 보고하고 자해행동을 통해 힘든

상황을 견디려는 것이지 실제로 죽을 생각을 많이 하지는 않는다는 것이다(Favazza, 1998; Simeon & Favazza, 2001). 따라서 이들은 자해행동을 자살의도의 동반 유무에 따라 자살적 자해와 비(非)자살적 자해로 구분한다. 실제로 자살적 자해와 비자살적 자해가 서로 다른 특성을 보인다는 일관적인 증거들이 있다. 예를 들면, 자살적 자해의 경우 비자살적 자해에 비해 아동기 학대 경험, 무망감, 섭식장애, 주요우울장애, 외상후스트레스장애(PTSD) 등을 유의하게 더 많이 보고하였다(Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008). 또한, 비자살적 자해는 여러 번 자해행동을 보이는 반면, 자살적 자해는 자해행동이 일회적 혹은 손에 꼽힐 정도로 제한적이며, 비자살적 자해는 신체를 칼로 베거나 화상 입히기를 주를 하는 반면, 자살적 자해는 독극물을 마시는 경우가 더 많았고, 기능적인 면에서도 자살적 자해와 달리 비자살적 자해는 죽을 의도 없이 자살 욕구를 피하기 위한 시도로 행해진다고 보고되고 있다(Center for Disease Control and Prevention, 2010; Favazza, 1998; Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp, 2005). 같은 맥락에서 Muehlenkamp와 Gutierrez (2004)는 비자살적 자해의 경우는 스트레스 해소를 위해 자해행동을 하기 때문에 스트레스가 완화되면 기분이 나아지며, 스트레스 해소 목적으로 자해행동을 반복하는 경향이 있다고 밝혔다. Orbach 등(1991)도 자살적 자해와 비자살적 자해의 차이점에 주목하여, 양자간에 삶과 죽음을 대하는 태도 및 생각 상에 큰 차이가 있다고 하였다. 이러한 추세를 반영하듯 자살의도를 동반하지 않은 자해행동은 DSM-5의 '후속연구를 위한 조건(Conditions for Further Study)' 부분에서 자살행동장애(Suicidal Behavior

Disorder)와 구별하여 논의됨으로써(American Psychiatric Association, 2013) 그 심각성 및 예방의 중요성이 부각되고 있다.

이상 자해행동에 관한 문헌을 종합해 보면, 자해행동과 자살행동간에 연관성이 있지만 동시에 차별적인 특성 역시 존재하고 있음을 알 수 있다. 본 연구에서는 자해행동과 자살행동간에 차별적인 특성이 있다는 다수 학자들의 입장에 따라 특히 자살의도를 동반하는 자해행동과 자살의도가 동반되지 않는 자해행동의 차별적인 특성에 초점을 두고자 한다. 이러한 차별적인 특성에 대한 이해는 자해행동을 보이는 청소년에 대한 효과적인 상담 개입의 측면에서도 중요하다. Nrugham, Larsson과 Sund (2008)이 지적했듯이 자해행동을 보이는 청소년을 평가하고 상담할 때 어떤 측면에 초점을 두어야 하는지에 대해서는 연구가 부족하다. 만일 자살의도를 동반하지 않는 자해행동(비자살적 자해)과 자살을 동반하는 자해행동(자살적 자해)이 질적으로 구별된다면 자해행동을 자살행동의 일환으로 취급하는 것은 문제가 될 수 있다(Shaffer & Jacobson, 2010). 예컨대, 임상 실제에서 비자살적 자해를 자살시도자로 오인하여 병원에 입원시키거나 적절하지 않은 사례개념화 및 치료계획을 적용하고, 하나의 자해행동을 지나치게 강조하는 것은 자살위험을 정확히 평가하고 예측하는 측면에서도 문제가 될 수 있다(Klonsky, May, & Glenn, 2013).

이러한 맥락에서, 본 연구에서는 자해 청소년의 실태조사에 더해 다음과 같은 질문에 답하고자 한다. 첫째, 자해행동을 경험한 한국 여중생들 중에서 뚜렷한 자살의도를 동반하는 비율은 얼마나 되는가? 둘째, 자살의도를 동반하지 않은 자해 청소년(비자살적 자해)과 자살

의도를 동반하는 청소년(자살적 자해)이 자살 행동의 구성 요소(자살생각, 자살시도, 자살실행 준비)에서 유의한 차이를 보이는가? 그리고 셋째, 자살의도를 동반하는 자해 청소년(자살적 자해)집단에 속할 확률을 높여주는 예측변수들에는 어떤 것이 있는가? 이를 통해 한국 여중생들의 자해행동에 대한 전반적인 실태와 특성을 파악하고 비자살적 자해와 자살적 자해 집단의 차별적인 특성을 분석함으로써 이들에 대한 상담 개입의 측면에서 함의를 얻고자 한다.

방 법

연구 대상

제 1저자가 소속된 대학의 기관생명윤리심의위원회(IRB)로부터 연구수행과 연구윤리에 관한 사전 승인을 받아 부산 B지역¹⁾에 위치한 여자중학교 1개 교를 대상으로 학교장의 허락 하에 전교생 중 학부모 서면동의서가 도착하지 않은 학생을 제외한 500명을 대상으로 설문을 실시하였다. 설문 시작 전 모든 참여자들은 연구참여자의 권리에 대한 설명을 읽고 본인 뿐 아니라 학부모의 서면동의를 얻었으며, 설문 참여에 대해 학생 본인과 학부모 모두 동의한 학생들을 대상으로 방과 후 시간을 활용하여 시험 대열로 좌석 배치를 한 후 비밀유지에 만전을 기하여 설문을 실시하였으며, 설문 이후에는 연구의 목적과 예상된 결

1) 2013년 「부산통계연보」(부산광역시, 2014)에 의하면, 5개 교육지원청 중에 B지역 국민기초생활수급자 비율이 두 번째로 높았고 지방세 징수 현황에서는 가장 낮은 징수율을 보였다.

과에 대한 사후 설명을 제공하였다. 설문응답 과정에서 불편감을 호소할 경우는 부산 B지역의 사설 심리상담센터에서 상담을 받을 수 있도록 조치하였다. 수집된 493부의 자료 중 불성실한 답변을 한 2부를 제외한 총 491부의 자료를 분석에 이용하였다. 전체 연구참여자의 학년 분포는 1학년 121명(24.6%), 2학년 175명(35.6%), 3학년 195명(39.7%)이었다²⁾. 본 연구에서는 회수한 총 491명의 자료 중 11가지 자해행동 형태를 확인하는 자해행동 척도 문항들에서 최소 1회 이상 자해를 했다고 응답한 103명의 청소년들 자료만 분석에 이용하였다.

측정도구

가정 및 학교생활 만족도와 스트레스 수준

가정 및 학교생활 관련 특성과 전반적인 스트레스 수준을 살펴보기 위하여 본 연구자가 가정 내 분위기와 학교생활 만족도는 단일 문항으로³⁾, 스트레스는 6문항으로 제작하여 분석에 이용하였다. 가정 내 분위기와 학교생활

2) IRB의 권고에 따라서 '자해경험'이라는 예민한 연구 주제의 특성상, 본 연구에 참여한 여중생들의 개인 인적 사항에 대한 질문은 매우 제한될 수밖에 없었다.

3) 가정 및 학교생활 만족도의 차이는 단일 문항의 Likert 5점 방식으로 측정해서 연속변수 가정을 만족하지 않았지만 왜도(각각 -.23, .29)와 첨도(각각 2.92, 1.61)가 정상성 가정을 만족하였기 때문에 독립표본 *t* 검증을 실시하였다. 연속변수가 아님에도 불구하고 독립표본 *t* 검증을 실시하였기 때문에 유의성 판단에 문제가 있을 수 있어서 교차분석을 추가로 실시한 결과, *t* 검증 결과와 유사한 결과가 나타났음을 밝혀 둔다. 교차분석 결과는 필요시 교신저자에게 요청하여 확인할 수 있다.

만족도는 모두 5점 Likert 척도이며, 가정 내 만족도는 '가정의 분위기는 어떠한가요?' 라는 문항에 대해 '의견충돌이 많다(1점)'에서 '화목한 편이다(5점)'로, 학교생활 만족도는 '여러분의 학교생활은 어떠한가요?' 라는 문항에 대해 '매우 불만족한다(1점)'에서 '매우 만족한다(5점)'로 평정하도록 하였는데, 점수가 높을수록 가정 내 분위기가 좋고 학교생활 만족도가 높음을 의미한다. 스트레스는 6가지의 생활 영역(가정, 학업, 친구, 진로, 이성, 금전)에 대해 10점 Likert식 척도(1: 낮음, 10: 높음)로 측정하도록 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 지각된 스트레스 수준이 높음을 의미한다. 탐색적 요인분석(주축 요인 추출 방법, 오블리민 사각회전)을 실시한 결과 1요인 구조를 만족하였다. 본 연구에서 나타난 스트레스의 문항간 내적 합치도 계수(Cronbach's α ; 이하 α 계수)는 .79였다.

우울

우울 성향을 측정하기 위하여 Costa와 McCrae(1985)가 개발하고 이승은(1993)이 번안, 타당화한 NEO-PI-R의 신경증 척도 중 '우울'과 관련된 8개 문항을 사용하였다. NEO-PI-R의 하위척도 중 우울은 총 8개 문항의 Likert 5점 척도이며, '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'로 평가하도록 되어 있다. 문항 예로는 '때때로 나는 내가 아무런 가치가 없다고 느낀다', '때때로 매사에 침울하고 희망이 없어 보일 때가 있다' 등이 있다. 이승은(1993)의 연구에서 나타난 α 계수는 .78이며, 본 연구에서는 .85로 나타났다.

자해행동척도

의도적인 자해행동을 측정하기 위해 Sansone,

Wiederman과 Sansone(1998)이 개발한 자해행동 척도(Self-Harm Inventory)를 공성숙, 이정현, 신미연(2009)이 한국판으로 번안한 것을 이혜림(2013)이 국내 청소년에게 적용할 수 있게 삭제, 수정한 한국판 청소년용 자해행동 척도 중 일부 문항을 사용하였다. 공성숙 등(2009)이 번안한 척도는 22개 문항으로 '예(1점)', '아니오(0점)'의 2점 척도이며, 이혜림(2013)이 수정한 척도는 20문항으로 Likert식 4점 척도로 '거의 그렇지 않다(1점)'에서 '항상 그렇다(4점)'로 구성되었다. 도구의 내용은 신체외상(자살시도, 약물과다복용, 몸 때리기, 화상 입히기 등)과 위험한 성관계, 감정적으로 후사당하는 인간관계에 매달리기 등이며, 본 연구에서는 이 중 신체외상과 관련된 자해행동 10개 문항을 사용하였다. 본 연구에서는 Likert 5점 척도로 '전혀 그렇지 않다(0점)'에서 '항상 그렇다(4점)'까지 응답하도록 하였고, 점수가 높을수록 해당 신체적 자해행동의 정도가 높음을 의미한다. 공성숙 등(2009)의 연구에서 α 계수는 .86이었으며, 이혜림(2013)의 연구에서는 .76, 그리고 본 연구에서는 .84로 나타났다.

자살생각, 자살시도 및 자살실행 준비

자살생각, 자살시도 및 자살실행 준비 정도를 측정하기 위하여 각각에 대하여 단일 문항을 제작하여 분석에 사용하였다. 자살생각의 경우에는 '자살 하고 싶은 생각이 드나요?' 라는 문항에 대해 '전혀 생각하지 않는다(1점)'에서 '가끔 그런 생각이 든다(4점)'로 평정하도록 하는 Likert식 4점 척도 방식으로, 자살시도는 '자살을 시도한 적이 있나요?' 라는 문항에 대해 '있다'와 '없다'로 평정하는 이분형 척도 방식으로, 그리고 자살실행 준비는 '자살에 대한

생각을 실행하기 위해 실제로 준비한 적이 있나요?’ 라는 문항에 대해 ‘없다’와 ‘부분적으로 준비한 적이 있다’, ‘완전하게 준비했다’로 평정하도록 하는 Likert식 3점 척도 방식으로 제작하였다.

자해기능 평가지

자해행동의 형태 및 자해행동 관련 요인, 자해의 이유 및 목적을 측정하기 위해 Lloyd, Kelley 및 Hope(1997)가 개발하고 권혁진(2014)이 번안·타당화한 자해기능 평가지(The Functional Assessment of Self-Mutilation)를 사용하였다. 이 척도는 자기보고식 질문지로 크게 세 부분으로 구성되어 있는데, 첫 번째는 비자살적 자해의 형태 및 빈도를 측정하는 11문항과 자해와 관련된 치료 여부를 물어보는 문항들로 구성되어 있다. 두 번째는 자해행동과 관련된 요인(자해행동의 시작 연령, 자해행동 실행 전 생각 기간, 고통의 정도 등)을 파악하는 문항들이다. 이때, 자해행동 실행 전 생각 기간은 ‘자해행동들을 실행하기 전에, 이에 관해 얼마동안 생각하였습니까?’ 라는 문항에 대해 ‘생각하지 않음(1점)’, ‘몇 분 동안(2점)’, ‘1시간 미만(3점)’, ‘1시간 이상~하루 미만(4점)’, ‘하루 이상~일주일 미만(5점)’, ‘일주일 이상(6점)’으로 평정하도록 하였다. 세 번째는 비자살적 자해를 하는 이유 및 목적을 묻는 18개 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 이중 두 번째(자해행동 관련 요인)와 세 번째(자해의 이유와 목적) 부분의 문항을 사용하였다. 자해행동 관련 요인은 Likert 5점 척도로 ‘전혀 그렇지 않다(0점)’에서 ‘항상 그렇다(4점)’까지 응답하게 되며, 자해의 이유 및 목적 문항은 Likert식 4점 척도로 ‘전혀 아니다(0점)’에서 ‘매우 그렇다(3점)’까지 응답하게 되어 있다. 자해

의 이유 및 목적은 사회적 동기와 개인 내적 동기로 구성되며, 사회적 동기는 대인관계 또는 사회적 상황에서 관심 및 승인 추구 또는 책임 및 처벌의 회피 등과 관련된 내용이고, 개인 내적 동기는 개인 내적으로 느끼는 부정적 감정을 완화시키거나 자극을 추구하기 위한 내용들과 관련된 내용으로 구성되어 있다. 자해의 사회적 동기의 문항 예로는 ‘부모님 또는 친구들로부터 더 많은 관심을 얻기 위해 (자해를 한다)’와 ‘다른 사람들로 하여금 내가 얼마나 절박한지 알리기 위해 (자해를 한다)’ 등이 있고 개인 내적 동기의 문항 예로는 ‘고통스럽더라도 무엇인가를 느끼고 싶어서’와 ‘나쁜 기분을 멈추기 위해서’ 등이 있다. 권혁진(2014)에서 나타난 문항간 내적 합치도를 살펴보면, 비자살적 자해의 이유 및 목적과 관련된 문항의 α 계수는 .80, 사회적 동기는 .86, 개인 내적 동기는 .74로 나타났으며, 본 연구에서 α 계수는 각각 .88, .88, .78이었다.

자료분석

자해행동 경험 청소년과 비자해 청소년들의 차이와 자해 청소년들 중 자살의도가 있는 경우와 그렇지 않은 집단의 차이를 살펴보기 위하여 수집된 자료를 바탕으로 SPSS 21.0 프로그램을 이용하여 기술통계와 상관분석, 교차분석, 독립표본 t 검증, 다중응답분석, 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

우선 연구에 사용된 변인들(가정 내 분위기, 학교생활 만족도, 스트레스, 우울, 자해 전 생각 기간, 경험한 자해행동 수, 사회적 동기, 개인 내적 동기, 자해행동의 자살의도 유무)간 상관과 기술통계를 분석하였다. 다음으로 자해행동 경험 청소년과 비자해 청소년의 비율

을 기술통계로 분석하였고 학년에 따라서 이 비율이 유의하게 다른지를 교차분석을 통해 살펴보았다. 이후 자해행동 경험 유무에 따라 가정 및 학교생활 만족도, 우울, 스트레스 점수에서 유의한 차이가 있는지는 독립표본 *t* 검증을 통해 확인하였다. 다음으로 자해행동 경험 청소년들의 특성을 살펴보기 위하여 최초 자해 시점을 기술통계로, 그리고 자해행동 형태, 자해행동 직후 심리상태의 빈도를 다중 응답분석을 통해 확인하였다. 또한 자해행동에 있어서 자살의도가 있는 청소년과 자살의도가 없는 청소년의 차이를 살펴보기 위하여 두 집단이 자살생각, 자살시도, 자살실행 준비에서 차이가 있는지를 교차분석을 통해 살펴보았다. 마지막으로 자살의도가 있는 청소년과 자살의도가 없는 청소년을 잘 판별해주는 예측변수를 탐색하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

결 과

주요 변인들간 상관관계 및 기술통계

분석에 포함된 모든 변수들(가정 내 분위기, 학교생활 만족도, 스트레스, 우울, 자해 전 생각 기간, 경험한 자해행동 수, 사회적 동기, 개인 내적 동기, 자해행동의 자살의도 유무)간 상관분석을 자해행동 경험 유무 집단으로 구분하여 실시하였고, 그 결과와 기술통계를 표 1에 제시하였다. 이때, 경험한 자해행동 수는 응답한 자해행동들의 수를 합한 값을 의미하며, 자해행동의 자살의도 유무는 자살의도가 없는 자해행동 집단을 0으로, 자살의도가 있는 자해행동 집단은 1로 더미코딩 하였다. 특

히, 이분변수인 자해행동의 자살의도 유무의 경우에는 나머지 다른 변수들과의 상관계수를 산출하기 위해서 양류상관분석(Point-Biserial Correlation)을 실시하였다.

분석 결과, 우선 자해행동을 경험하지 않은 집단의 경우, 가정 내 분위기가 좋고 학교생활 만족도 수준이 높은 것과 스트레스 및 우울 수준이 낮은 것간에 유의한 상관이 있는 것으로 나타났다. 다음으로 자해행동을 경험한 집단의 경우, 자해 관련 변인들은 가정 내 분위기나 학교생활 만족도와는 유의한 상관이 나타나지 않은 반면, 심리적 부적응의 지표인 스트레스나 우울과는 정적 상관을 보였다. 특히 자해행동에 있어서 자살의도와와의 관련성은 자해 전 생각 기간($r_{pb} = .63, p < .001$), 경험한 자해행동 수($r_{pb} = .48, p < .001$), 사회적 동기($r_{pb} = .50, p < .001$)와 같은 자해 관련 변인들과의 큰(large) 크기의 정적 상관이 유의한 반면, 심리적 부적응을 나타내는 스트레스($r_{pb} = .21, p < .05$)와 우울($r_{pb} = .29, p < .01$)과는 정적 상관이, 가정 내 분위기($r_{pb} = -.24, p < .05$)와는 부적 상관이 중간(medium) 크기로 유의하였다(Cohen, 1992). 학교생활 만족도와 자해 동기 중 개인 내적 동기는 자해행동에 있어서 자살의도 유무와의 상관이 통계적으로 유의하지 않았다. 마지막으로 자해행동을 경험한 집단과 경험하지 않은 집단들 모두 가정 내 분위기와 학교생활 만족도, 스트레스, 우울 간 상관은 상관의 방향이나 유의성에 있어서 차이를 보이지 않았다.

자해행동 경험에 따른 차이

먼저 기술통계 분석 결과, 분석대상 491명 중 자해 경험이 있다고 응답한 여중생은 103

표 1. 주요 변수들간 상관분석 및 기술통계 결과

자해 유경험자(<i>n</i> = 103) 자해 무경험자(<i>n</i> = 388)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. 가정 내 분위기		.20*	-.21*	-.33**	.08	-.10	.02	-.05	-.24*
2. 학교생활 만족도	.15**		-.31**	-.31**	.07	.03	.10	-.10	-.03
3. 스트레스	-.26***	-.33***		.43***	.17	.29**	.12	.35***	.21*
4. 우울	-.23***	-.45***	.55***		.07	.40***	.25*	.27**	.29**
5. 자해 전 생각 기간	-	-	-	-		.36***	.49***	.22*	.63***
6. 경험한 자해행동 수	-	-	-	-	-		.57***	.54***	.48***
7. 사회적 동기	-	-	-	-	-	-		.48***	.50***
8. 개인 내적 동기	-	-	-	-	-	-	-		.17
9. 자해행동의 자살의도 유무	-	-	-	-	-	-	-	-	
평균	4.24 (4.58)	3.70 (4.09)	28.18 (22.47)	26.74 (20.92)	2.28	3.41	3.58	3.67	0.32
표준편차	0.89 (0.62)	0.75 (0.68)	11.72 (9.23)	5.37 (5.95)	1.57	2.13	5.04	3.62	0.47
범위	2-5 (2-5)	2-5 (2-5)	2-56 (6-51)	11-40 (8-37)	1-6	1-10	0-22	0-14	0-1

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

주. 대각선 오른쪽 상단의 상관계수는 자해행동 유경험 집단의 값이고, 왼쪽 하단의 상관계수는 자해행동 무경험 집단의 값임. 따라서 자해와 관련된 변인들(자해 전 생각 기간, 경험한 자해행동 수, 사회적 동기, 개인 내적 동기, 자해행동의 자살의도 유무)의 상관계수는 자해행동 무경험 집단은 해당 사항 없음.

주. 기술통계치는 기본적으로 자해행동 집단의 평균, 표준편차, 범위이며, 괄호로 표시된 부분은 자해행동 무경험 집단의 평균, 표준편차 및 범위임.

명으로 20.98%를 차지하였고 자해 경험이 없다고 응답한 여중생은 79.02%로 나타났다. 아울러 교차분석 결과, 학년에 따른 자해 경험 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($\chi^2 = .56, p > .05$). 그 다음, 자해행동 경험 여부에 따른 두 집단이 가정 및 학교생활 만족도, 우울, 전반적인 스트레스 수준상에서 차이가 있는지를 살펴보기 위하여 각각에 대하여 독립 표본 *t* 검증을 실시한 결과를 표 2에 제시하

였다.

분석 결과, 자해행동 경험 유무에 따른 가정 내 분위기($t = -3.59, p < .001$), 학교생활 만족도($t = -4.79, p < .001$), 우울($t = 9.54, p < .001$)과 스트레스 수준($t = 4.75, p < .001$) 모두에서 집단간 차이가 유의하였다. 즉, 자해행동 경험 청소년이 비자해 청소년에 비해 가정 내 분위기가 좋지 않고 학교생활 만족도가 낮았으며 우울과 스트레스 수준이 유의하게

표 2. 자해행동 경험 유무에 따른 가정 및 학교생활 만족도, 우울 및 스트레스 수준의 차이

변수	자해($n=103$)		비자해($n=388$)		t
	M	SD	M	SD	
가정 내 분위기	4.24	0.89	4.58	0.62	-3.59***
학교생활 만족도	3.70	0.75	4.09	0.68	-4.79***
우울	26.74	5.37	20.92	5.95	9.54***
스트레스	28.37	11.67	22.47	9.23	4.75***

*** $p < .001$.

높았다.

자해행동의 형태 및 자해행동 직후 심리상태

청소년들의 자해행동 관련 특성을 확인하기 위하여 자해행동을 경험했다고 응답한 103명의 자해행동의 최초 시점을 기술통계로, 그리고 자해행동의 형태 및 자해행동 직후 심리상태의 빈도를 다중응답분석 방식으로 살펴보았고, 그 결과를 표 3에 제시하였다.

우선 최초 자해 시점의 경우 평균 12.43세 ($SD = 1.28$)로 나타나 초등학교 6학년 즈음 시기인 것을 확인할 수 있었다. 연령 급간의 빈도(백분율)를 확인한 결과, 만 12세 21명(20.4%)과 13세가 24명(23.3%)으로 대부분 초등학교 6학년과 중학교 1학년 시기부터 자해행동이 시작되는 것으로 나타났다.

다음으로 자해행동 형태의 빈도를 다중응답분석 방식을 통해 살펴본 결과 '나 자신을 때린다.'가 17.1%로 가장 많이 하는 것으로 나타났다. 그 다음으로 '몸에 난 상처를 치료하지 않고 내버려둔다.' 15.4%, '날카로운 물건으로 내 몸에 상처를 낸다.' 13.7%, '벽이나 책상 등에 머리를 부딪친다.' 13.1% 순이었다. 즉, 자살시도나 약물 과다 복용과 같은 형태의 짧

게 해도 치명적일 수 있는 심각한 자해행동보다는 일상적으로 주변에서 많이 할 수 있는 형태의 자해행동을 많이 하고 있음을 알 수 있다. 다음으로 자해시도 후 심리적 상태는 '아무 느낌이 없었다.' 25.7%가 가장 많았으며, '누군가가 자신의 마음을 알아주기를 바랐다.' 25.1%, '들키고 싶지 않았다.' 22.2% 등을 주로 보고하였다.

자살의도 여부를 통한 자해행동의 이해

청소년 자해행동의 특징을 자해행동에 자살의도가 동반되는지를 기준으로 구분하여 그 차이를 확인하였다. 자해행동을 한 적이 있다고 응답한 총 103명 중 자해행동에 자살의도가 있었다고 응답한 청소년은 33명(32.0%)으로 나타나 자해행동 경험 청소년의 약 1/3이 자살의도가 있었음을 알 수 있다. 자해행동 경험자 중 자살의도의 동반 여부에 따라 자살생각, 자살시도, 자살실행 준비에서 차이가 있는지를 살펴보기 위하여 교차분석을 실시하였고, 그 결과를 표 4에 제시하였다.

자살 예후 관련 요인들을 살펴보았을 때 자살의도가 있는 자해행동 청소년들이 자살의도가 없는 자해행동 청소년들에 비해 자살생각

표 3. 자해행동 형태와 자해행동 직후 심리상태에 대한 다중응답분석

	문항 내용	빈도	백분율
자해행동 형태	나 자신을 때린다.	60	17.1%
	몸에 난 상처를 치료하지 않고 내버려둔다.	54	15.4%
	날카로운 물건으로 내 몸에 상처를 낸다.	48	13.7%
	벽이나 책상 등에 머리를 부딪친다.	46	13.1%
	일부러 병을 악화시킨다.	42	12.0%
	내 몸을 핥는다.	34	9.7%
	자살시도를 한다.	27	7.7%
	몸이 상할 정도로 무리하게 운동한다.	25	7.1%
	일부러 내 몸에 화상을 입힌다.	6	1.7%
	약물을 과다 복용한다.	5	1.4%
기타	4	1.1%	
자해행동 직후 심리상태	아무 느낌이 없었다.	44	25.7%
	누군가가 자신의 마음을 알아주기를 바랐다.	43	25.1%
	들키고 싶지 않았다.	38	22.2%
	자해행동을 후회하였다.	21	12.3%
	혼자 힘으로 자해를 멈추고자 다양한 방법을 시도하였다.	8	4.7%
	기타	7	4.1%
	가족이나 친구에게 도움을 요청하였다.	6	3.5%
상담전문가에게 도움을 요청하였다.	4	2.3%	

표 4. 자살 관련 변수들의 차이

구분	구분	집단 구분		χ^2
		자살의도가 있는 자해행동(자살적 자해)	자살의도가 없는 자해행동(비자살적 자해)	
자살생각	전혀 그렇지 않다	2(6.1%)	33(48.5%)	21.11***
	가끔 그렇다	25(75.8%)	31(45.6%)	
	자주 그렇다	4(12.1%)	3(4.4%)	
	항상 그렇다	2(6.1%)	1(1.5%)	
자살시도	없다	13(38.4%)	64(94.1%)	36.73***
	있다	20(60.6%)	4(5.9%)	
자살실행 준비	없다	15(45.5%)	60(89.6%)	22.11***
	부분적으로 준비했다	17(51.5%)	7(10.4%)	
	완전히 준비했다	1(3.0%)	-	

*** $p < .001$.

($\chi^2 = 21.11, p < .001$), 자살시도($\chi^2 = 36.73, p < .001$), 자살실행 준비($\chi^2 = 22.11, p < .001$) 모두에서 유의하게 빈도가 높은 것으로 나타났다.

자살의도 유무를 판별하는 예측변수

자해행동에 대해 자살의도가 있는지와 자살의도가 없는지를 잘 판별해주는 예측변수를 탐색하기 위하여 가정 내 분위기, 학교생활 만족도, 스트레스, 자해 전 생각 기간, 경험한 자해행동 수, 자해 동기(사회적 동기, 개인 내적 동기), 우울에 따라 자해행동의 유무가 달라지는지를 로지스틱 회귀분석을 통해 살펴보았고, 그 결과를 표 5에 제시하였다. 이때, 경험한 자해행동 수는 자해행동들의 수를 합한 값을 의미한다.

우선 χ^2 통계량에 대한 적합도(Goodness of fit) 유의확률을 통해 볼 수 있듯이 가정한 모형이 타당한 것으로 판단되었다($\chi^2 = 11.13, p = .194$). 이는 8개의 예측변수들이 자살의도 유무에 따른 자해행동을 유의하게 구별해 줄 수 있음을 의미한다. 더불어 5개의 예측변수들은 자해행동의 자살의도 유무 변량 중 약 75% 정도를 설명하는 것으로 나타났다(Nagelkerke $R^2 = .75$). 또한 전체적으로 제대로 분류할 확률은 89.3%이었고, 더 세부적으로 살펴볼 때 자살의도가 없는 자해행동 청소년 70명 중 자살의도가 없는 자해행동을 제대로 예측할 확률은 94.3%이고, 자살의도가 있는 자해행동 청소년 33명 중 자살의도가 있는 자해행동을 제대로 예측할 확률은 78.8%로 자살의도가 있는 자해행동 청소년과 자살의도가 없는 자해행동 청소년을 비교적 정확히 구분해 내는 것을 알

표 5. 자살의도 유무에 따른 자해 집단 판별에 미치는 영향 로지스틱 회귀분석 결과

준거변수	예측변수	B	S.E.	Wald	Exp(B)
자해행동의 자살의도 포함 유무	가정 내 분위기	-1.23	0.45	7.53**	0.29
	학교생활 만족도	-0.12	0.51	0.05	0.89
	스트레스	-0.04	0.06	0.58	0.96
	자해 전 생각 기간	1.48	0.38	15.53***	4.39
	경험한 자해행동들 수	0.59	0.27	4.79*	1.80
	사회적 동기	0.30	0.12	6.53*	1.35
	개인 내적 동기	-0.40	0.18	4.80*	0.67
	우울	0.14	0.09	2.12	1.14
-2log likelihood				50.67	
χ^2				11.13	
Goodness of fit 유의확률				.194	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

주. 자살의도가 있는 자해 청소년 = 1, 자살의도가 없는 자해 청소년 = 0으로 코딩됨.

수 있다.

예측변수별 유의성을 살펴보면, 가정 내 분위기와 자해 전 생각 기간, 경험한 자해행동들 수, 사회적 동기, 개인 내적 동기가 자해행동의 자살의도 유무를 예측하는 유의한 요인이었는데, 구체적으로 살펴보면 우선 가정 내 분위기가 좋지 않을수록($B = -1.23, p < .01$), 자해 전 생각 기간이 길수록($B = 1.48, p < .001$), 경험한 자해행동들이 다양할수록($B = 0.59, p < .05$), 사회적 동기($B = 0.30, p < .05$)가 높을수록, 개인 내적 동기가 낮을수록($B = -0.40, p < .05$) 자살의도가 있는 자해 청소년으로 분류될 확률이 높아졌다. 반면, 학교생활 만족도, 스트레스, 우울은 자살의도 유무에 미치는 영향이 통계적으로 유의하지 않았다.

논 의

본 연구는 여중생들의 자해행동에 대한 전반적인 실태 및 심리적 특성을 파악하고 자살의도 유무에 따른 자해행동의 차이를 비교하기 위해 자해행동에 대해 자살의도가 있는지와 자살의도가 없는지를 잘 판별해주는 예측변수를 탐색하였다. 본 연구의 결과에 따른 시사점을 논의하면 다음과 같다.

먼저 본 연구에 참여한 여중생 약 500명 중 자해의 경험이 있는 사람은 약 20% 정도로 나타났는데, 이는 여자 청소년들을 대상으로 한 서양 국가인 미국(10%, Taliaferro, Muehlenkamp, Borowsky, McMorris, & Kuglel., 2013)이나 영국(11.2%, Hawton et al., 2002), 아시아권 국가인 중국(17.1%, Wan et al., 2011)이나 대만(19.2%, Tsai et al., 2011)의 연구에서 나타난 자해행동의 비율과 유사하거나 다소

높은 정도이다. 물론 이 자료는 각 연구마다 조사 대상 청소년의 연령 급간이 상이하기 때문에 직접 비교하기는 어렵지만 이러한 결과는 한국 여중생의 약 1/5이 자해 경험을 보고했다는 사실만으로 자해행동의 가능성 및 적절한 개입에 대한 상담전문가들의 관심을 요한다.

자해행동 경험에 따른 가정 내 분위기 및 학교생활 만족도에 대해 살펴본 결과, 자해 경험 청소년이 비자해 청소년에 비해 가정 내 분위기를 부정적으로 인식하고 학교생활 만족도도 낮은 것으로 나타났다. 또한 자해행동 경험 청소년이 비자해 청소년에 비해 우울과 스트레스 수준이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 자해 경험 여중생들이 그렇지 않은 경우 보다 주 생활 공간인 가정 및 학교생활에서의 만족도가 낮고 더 많은 심리적 부적응을 경험하고 있음을 의미한다. 이는 가정에서 아동기에 학대나 방임을 경험한 것과 자해가 관련되고(Bernstein et al., 2003), 학교와 같은 집단생활에서 구성원들과 동화되지 못하거나 왕따 경험을 할 때 자살 위험성이 높아진다(Hinduja & Patchin, 2010; Klomek, Sourander, & Madelyn, 2010)는 선행연구 결과, 그리고 자해 청소년들이 가정이나 학교에서 정서자극에 예민하고 강렬한 반응을 보이는, 즉 정서적인 취약성을 보이며 주변 환경에 대해 무력감을 경험한다는 선행연구(Jacobson et al., 2008; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006)와도 일관적인 결과이다. 따라서 본 연구 결과는 자해행동을 예방하고 감소시키는 데는 가족의 보호와 또래의 지지행동이 무엇보다 중요하다는 점을 강조한 Yip(2005)의 주장과 자해 청소년이 자신들의 심리적 고통을 부모 및 또래와 나눌 수 있는 안전망을 구축하는

것이 중요하다는 김수진과 김봉환(2015)의 견해를 간접적으로 지지한다고 볼 수 있다.

둘째, 청소년들의 자해행동 특성을 확인하기 위하여 자해행동의 형태 및 자해행동 직후 심리상태를 살펴본 결과, 최초 자해 시점의 평균 연령이 12.43세로 초등학교 6학년과 중학교 1학년 시기부터 자해행동이 주로 시작되었고, 자신을 때리거나 몸에 난 상처를 치료하지 않고 날카로운 물건으로 상처를 내는 등 일상적으로 주변에서 많이 할 수 있는 형태의 자해행동을 많이 하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 주로 13-14세에 자해를 시작하는 비율이 가장 높고(Muehlenkamp & Gutierrez, 2007), 청소년 자해행동의 80%가 날카로운 것으로 피부를 베거나 찌르는 행동(Ross & Heath, 2002; Yip, 2005)을 보였다는 선행연구 결과와 대동소이하다. 아울러 자해시도 후 심리적으로 아무 느낌이 없다고 보고하는 경우와 동시에 누군가가 자신의 마음을 알아주기를 바라는 마음과 들리고 싶지 않은 마음이 공존하는 것으로 나타났는데, 이를 통해 자해를 한 이후에 심리적 상태가 혼란스러우며 양가적이라는 것을 알 수 있다. 관련해서, 자해 행동자들은 특히 자신의 불편하고 강렬한 정서를 말로 표현하는데 어려움을 경험한다는 점(Offer & Barglow, 1960; Pipher, 1994)을 이해할 필요가 있다. 자해 청소년들이 자해 후 수치심을 경험할 수 있고, 자해 경험을 말로 표현할 때 '접근·회피 갈등'을 겪는다는 점을 감안할 때 이들에 대한 상담 시 상담자들은 우선 본인 자신이 은연중에 자해행동에 대해 부정적인 태도를 보이지 않도록 유의할 필요가 있고, 무엇보다 자해 경험을 감추고 싶어 하는 마음에 대한 이해 및 공감 반응을 할 필요가 있다. 즉, 자해행동을 보이는 사람들 대부분이 은밀

하게 자해를 시도하고 자해로 인해 생긴 상처를 타인에게 감추려는 경향성이 있다는 점(Nock, 2010)과 한국 청소년들에게는 또래집단 이외에는 자신의 비밀을 공유하는 것을 꺼리는 독특한 문화가 있다는 점(소현하, 한유진, 2010)을 신중하게 고려하여 특히 상담의 초기에 이들이 자해 경험을 안전하게 개방할 수 있는 분위기를 제공하는 것이 중요하다. 자해행동을 많이 보이는 경계선 성격장애자에 대한 변증법적 행동치료(Linehan, 1993)에서도 정서적으로 혼란된 사람들의 경우 친밀한 관계에 대한 강한 욕구와 거절에 대한 강한 공포가 공존한다는 점을 이해하고 이들의 양가감정에 대한 무비판적인 타당화(validation)를 제공할 수 있느냐가 치료의 성패를 좌우한다는 점을 강조한 바 있고 자해 청소년을 상담하는 상담자들 역시 이 점을 유의할 필요가 있다.

셋째, 자해행동에 있어서의 자살의도 여부를 기준으로 구분해볼 때, 본 연구에 참여한 자해 경험 여중생의 약 1/3이 자살의도가 있었고, 자살의도를 동반한 자해행동 청소년들이 자살의도가 없는 이들에 비해 자살생각, 자살시도, 자살실행 준비 수준이 모두 높게 나타났다. 이는 미국의 선행연구에서 청소년 및 대학생 자해 경험자 중 많게는 30-40% (Briere & Gil, 1998; Darche, 1990; Jacobson & Gould, 2007), 적게는 15-28%(Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007)가 자살의도를 함께 보고하였다는 것과 비슷한 결과로, 중요한 점은 모든 자해 경험 청소년이 자동적으로 자살의도를 동반하는 것은 아니라는 것, 따라서 비자살적 자해와 자살적 자해가 구분될 수 있다는 점이며, 또한 자살의도를 동반하는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 특히 자살행동의 실

행 측면에서 고(高) 위험군에 속한다는 점이다. 이러한 결과는 자살의도가 있는 자해행동의 위험성을 재확인할 수 있는 결과로 자해행동 청소년을 상담할 때 무엇보다 '자살의도의 존재 여부'를 우선적으로 평가하는 것이 중요함을 시사한다.

넷째, 자해행동에 대해 자살의도가 있는지와 자살의도가 없는지를 잘 판별해주는 예측변수를 탐색한 결과, 가정 내 분위기를 좋지 않게 인식할수록, 자해 전 생각 기간이 길수록, 경험한 자해행동들이 다양할수록, 자해 동기 중 사회적 동기는 높을수록 개인 내적 동기는 낮을수록 자살의도가 있는 자해 청소년으로 분류될 가능성이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 기본적으로 자살의도가 있는 청소년의 심리적 상태를 보여주는 것으로 그들이 자해를 할 때 오래 고민하고 가능한 여러 가지 방법으로 자해행동을 해왔음을 시사한다. 비록 일반적으로 자살적 자해의 경우 치사율이 높지 않은 만성적인 행동(Favazza, 1996) 특성을 보이고 순간 충동적으로 자해행동을 했을지라도, 이들은 자해행동 속에 '자살'이라는 요소를 포함함으로써 심사숙고하게 되고 가능한 다양한 방법들을 동원해서 자해행동을 하게 될 수 있다. 이로 인해 자해행동이 만성화되고 습관화했을 가능성을 배제할 수 없을 뿐만 아니라, 역기능적인 가정 역동적 환경(김현실, 2002), 가정문제에 의한 스트레스(김진주, 조규관, 2011; 정혜경, 안옥희, 경경희, 2003)로 인한 자살 경향성이 증가할 수 있다. 따라서 자살 경향성을 줄이고 정서적 안정을 도모하기 위해서는 가족의 지지, 부모와의 원활한 의사소통을 포함한 가족유대감을 증진하는 것이 중요하다(김보영, 이정숙, 2009). 특히 이들은, 사회적 동기 즉 타인에 의존하면서 이해

받고 싶은 마음이 커서 자해행동을 함으로써 주변사람들의 돌봄을 유도하거나(Favazza, 1996), 그러한 이해가 뒤따르지 않으면 우울한 감정 상태가 지속되어 스스로 극복하기 어렵고 통제가 되지 않는 경향을 보인다(Claes et al., 2010; Dougherty et al., 2009). 이에 반해 심리적 고통을 해소하기 위한 개인 내적 대처방식의 형태로 자해행동을 하는 경우는, 치명적인 자살시도와 타인에 대한 공격성을 피할 수 있으므로 스스로 통제감과 살아있음을 느끼고(Polk & Miriam, 2009), 더 나아가 자신의 존재를 확인하는 수단으로 자해행동을 보이기 때문에(Sutton, 2007) 실제 자살 위험성은 낮을 수 있다. 즉, 비자살적 자해자들은 자해라는 행위를 통해 정서적 고통을 조절하려는 특성이 강하고 이는 삶을 포기하려는 모습이라기 보다는 오히려 살기 위한 행동일 가능성이 높으며 자신의 고통을 완화, 표현, 혹은 조절하는 하나의 방법일 수 있다(Briere & Gil, 1998; Gratz, 2003; Linehan, 1993).

본 연구만으로 자해와 자살이 연속선상에 있는 개념인지 아니면 자살적 자해와 비자살적 자해가 질적으로 다른 범주에 속하는 개념인지를 명확하게 결론내리기는 어렵지만, 본 연구 결과, 자해 경험 청소년 중 자살의도가 동반되는 경우와 그렇지 않은 경우를 판별해주는 유의한 예측변수(예: 가정 내 분위기, 자해 전 생각 기간, 경험한 자해행동들 수, 자해행동의 '사회적 동기', '개인 내적 동기' 등)가 존재함을 볼 때, 자살의도가 동반된 자해행동(자살적 자해)과 자살의도가 동반되지 않는 자해행동(비자살적 자해)을 구분할 필요가 있다는 주장에 좀 더 무게가 실린다. 구체적으로 본 연구 결과는 자해 경험 청소년과 상담을 할 때 가정 내 분위기를 좋지 않게 인식할수록, 자해행동의 중

류가 다양하고 자해 직전 부정적인 생각을 하는 기간이 길수록, 그리고 자해행동의 동기적인 측면에서 개인 내적인 분노감이나 정서조절을 목적으로 하기 보다는 타인에게 의존적이고 이해받고 싶은 욕구가 강한 특성을 보이는 청소년 일수록 자살의도를 동반한 자해집단에 속할 가능성이 높다는 점을 제안하고 있고, 따라서 상담자들은 자해행동 청소년을 상담할 때 가정 분위기를 어떻게 생각하는지, 자해의 동기에 강한 승인욕구가 포함되는지를 면밀히 평가하는 것이 바람직하다.

끝으로 본 연구의 제한점을 살펴보면, 우선 본 결과는 부산 B지역 여자 중학교 한 곳의 약 500명의 학생에 국한된 것으로 결과의 일반화에 제약이 따른다. 따라서 추후 다른 지역사회 표본과 다양한 학교·급별 청소년 연령층을 대상으로 본 연구 결과가 반복 검증되는지 확인할 필요가 있다. 또한 본 연구에서는 자해행동을 좀 더 많이 보고하는 것으로 알려진(예: Conterio & Lader, 1998) 여자 청소년만을 대상으로 하였으나 자해의 양상 역시 성(性)에 따라 차이가 있을 수 있기 때문에 자해행동의 성차 비교 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구에서는 자해행동의 심각도와 상관없이 자해행동평가 설문지 응답을 기초로 자해와 비자해로 구분하고, 자해 중에 비자살적 자해와 자살적 자해를 예측하는 변수를 살펴보았는데 후속연구에서는 DSM-5의 주요 진단기준인 지난 12개월 동안에 적어도 5일 이상 자해행동을 보이며 사소한 것이나 사회적으로 용인된 행동이 아닌 자해행동을 보이는 경우를 대상으로 비자살적 자해와 자살적 자해를 예측하는 변수를 고려해볼 필요가 있다.

셋째, 자살적 자해와 비자살적 자해를 자살의도 여부로 구분하였으나 실제로 죽을 의도

가 애매하거나 중간 정도의 수준인 경우가 많고, 더욱이 은폐나 과장될 가능성이 있기 때문에 자해행위에서 자살의도를 구분하는 것은 어렵다(이동훈 등, 2010). 자살적 자해와 비자살적 자해에 따라 다른 개입이 필요하므로 이들을 정확히 구별할 수 있는 명확한 근거를 확보하는 것이 필요하다.

넷째, 측정도구에 대한 제한점을 살펴보면, 본 연구에서 우울을 측정하는 도구로 사용된 NEO-PI-R는 5요인 성격 특성 중 정서적 불안정성의 하위 요인인 우울 성향을 측정하는 것이므로 후속 연구에서 우울 증상의 심도를 직접적으로 측정하기 위해서는 다른 우울 척도(예: Beck 우울 척도)를 사용하는 것이 바람직할 것이다. 또한 학생들의 스트레스를 측정하기 위해서 연구자가 임의적으로 6가지 생활영역으로 나누어 측정하였으나 후속연구에서는 이론이나 선행 연구를 통해 영역 구분의 근거가 확보된 도구를 사용할 필요가 있다. 끝으로, 가정 및 학교생활 만족도, 그리고 자살 관련 변인들은 비록 분포의 정상성 측면에서는 문제가 없었으나 연속변수 가정을 충족하지 못했고 각각 단일 문항으로 개념을 충분히 대표하기 어렵다는 문제가 있을 수 있다. 후속 연구에서는 타당성이 확보된 다(多)문항 척도를 사용하여 측정할 필요가 있다.

여러 한계점에도 불구하고 본 연구는 한국의 여자 중학생을 대상으로 자해행동의 실태와 양상을 실증적으로 확인한 드문 시도이며 비자해자와 자해 경험자의 심리적 특성 비교, 그리고 자살의도가 동반된 자해행동과 그렇지 않은 집단간의 비교를 통해 청소년 자해행동에 대한 이해를 확장하고 이에 따른 상담 개입 측면에서의 시사점을 제공하였다는 점에서 의의가 있다.

참고문헌

공성숙, 이정현, 신미연 (2009). 섭식장애 환자의 아동기 외상경험이 자해행동에 미치는 영향과 부모 간 갈등의 매개효과 분석. *정신간호학회지*, 18(1), 31-40.

구훈정, 조현주, 이종선 (2014). 아동기 정서적 학대경험, 정서강도와 자해의 관계에서 부정적 인지정서조절과 부정정서의 매개효과. *인지행동치료*, 14(2), 191-216.

권혁진 (2014). 비자살적 자해에 영향을 미치는 정서적·인지적 요인의 탐색. *서울대학교 석사학위논문*.

김란 (2014). 우울장애 청소년의 위험행동 유형과 자살시도의 관계. *가톨릭대학교 석사학위논문*.

김보영, 이정숙 (2009). 청소년 자살생각 관련 변인에 관한 메타분석. *한국간호학회지*, 39(5), 651-661.

김수진, 김봉환 (2015). 청소년 내담자의 반복적 자해행동의 의미탐색. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 27(2), 231-250.

김영숙 (2003). 정신지체아의 자해행동에 대한 치료적 중재. *발달장애연구*, 7(1), 153-170.

김진주, 조규관 (2011). 스트레스 및 스트레스 대처방식이 청소년의 자살생각과 자살계획에 미치는 영향. *상담학연구*, 12(10), 301-314.

김현실 (2002). 청소년의 성격 특성, 가정 역동적 환경 및 자살시도간의 관계. *대한간호학회지*, 32(2), 231-242.

부산광역시 (2014). *부산통계연보*. 2013: 제52회. 부산: 부산광역시.

소현하, 한유진 (2010). 초기 청소년의 인터넷 중독, 대인불안 및 자기통제가 메신저 몰입에 미치는 영향. *한국가정관리학회지*, 28(2), 181-192.

예덕해 (2012). 청소년 우울증에서 비자살적 자해에 영향을 주는 심리사회적 요인. *관동대학교 교육대학원 석사학위논문*.

옹세우허우 (2003). *자해하는 아이들*[*Living with self-harm behaviours*. Asia: Marshall Cavendish International]. (문희경 역). 서울: 즐거운 상상.

원종례 (2002). 기능적 의사소통 훈련이 자폐 학생의 자해 및 공격적 행동에 미치는 효과. *언어청각장애연구*, 7(3), 252-272.

이동훈, 양미진, 김수리 (2010). 청소년 자해의 이해 및 특성에 대한 고찰. *청소년상담연구*, 18(1), 1-24.

이승은 (1993). NEO-PI-R 성격검사의 신뢰도 및 타당도 예비연구. *연세대학교 석사학위논문*.

이혜림 (2013). 청소년의 처벌민감성과 강화민감성이 불안, 우울, 자해행동에 미치는 영향: 스트레스와 통제가능성 귀인의 역할. *가톨릭대학교 석사학위논문*.

장비 (1998). 행동문제 아동의 조건별 자해행동 출현과 그 치료 효과 연구. *정서·행동장애연구*, 14(2), 271-294.

정혜경, 안옥희, 김경희 (2003). 청소년 자살충동에 영향을 미치는 예측요인. *청소년학연구*, 102(2), 107-126.

주용진, 유장순 (2013). 강점중심 중재가 자폐성 장애 학생의 자해 및 공격 행동에 미치는 영향. *특수교육연구*, 20(2), 179-201.

한홍석, 박주연 (2011). 긍정적 행동지원이 중증 자폐성 장애학생의 자해행동과 공격행동에 미치는 영향. *정서·행동장애연구*, 27(1), 141-168.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic*

- and statistical manual of mental disorders-5th edition: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Nonsuicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research, 178*(1), 101-105.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M., & Brent, D. A., (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50*(8), 772-781.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*(2), 169-190.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, Correlates, and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*(4), 609-620.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [Online interactive database]. <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>에서 2016, 7, 4 자료 얻음.
- Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Martens, H., & Claes, S. (2010). Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences, 48*(1), 83-87.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.
- Conterio, K., & Lader, W. (1998). *Bodily harm*. New York: Hyperion.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatric Hospital, 21*(1), 31-35.
- Dougherty, D. D., Mthias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Pevette, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., Palmes, G., & Nouvion, S. O. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research, 169*(1), 22-27.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(5), 259-268.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*(3), 283-289.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services, 44*(2), 134-140.

- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences, 46*(1), 25-29.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192-205.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal, 325*(7374), 1207-1211.
- Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counselling, 30*(2), 137-156.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of Suicide Research, 14*(3), 206-221.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research, 11*(2), 129-147.
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Child and Adolescent Psychology, 37*(2), 363-375.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide?* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kahan, J., & Pattison, E. M. (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self harm syndrome (DSH). *Suicide and Life-Threatening Behavior, 14*(1), 17-35.
- Klomek, A. B., Sourander, A., & Madelyn, G. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(5), 282-288.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1045-1056.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 231.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(5), 447-457.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lloyd, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997). *Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates*. Poster session presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine. New Orleans, LA.

- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristic and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192.
- Menninger, K. A. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Mental Health Foundation and Camelot Foundation (2006). *Truth hurts: report of the National Inquiry into self harm among young people*. London: Mental Health Foundation.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69-83.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890.
- 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.
- Nock, M. K., Joiner, T. E. Jr., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-Injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72.
- Nrugham, L., Larsson, B., & Sund, A. M. (2008). Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal acts across adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 111(1), 83-93.
- Offer, D., & Barglow, P. (1960). Adolescent and young adult self-mutilation incidents in a general psychiatric hospital. *Archives of General Psychiatry*, 3(2), 194-204.
- Orbach, I., Milstein, I., Har-Even, D., Apter, A., Tiano, S., & Elizur, A. (1991). A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for adolescents. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 398-404.
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872.
- Pipher, M. (1994). *Reviving opheelia: Saving the lives of adolescent girls*. New York: Ballantine.
- Polk, E., & Miriam, L. (2009). Exploring the motivations behind self-injury. *Counseling Psychology Quarterly*, 22(2), 233-241.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 973-983.
- Shaffer, D., & Jacobson, C. (2010). *Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as*

- a *DSM-IV* disorder. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors. In D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors, assessment, and treatment* (pp. 1-28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432.
- Sutton, J. (2007). *Healing the hurt within: Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds* (3rd ed.). Oxford: How To Books. Ltd.
- Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I. W., McMorris, B. J., & Kugler, K. C. (2013). Risk factors, protective factors, and co-occurring health-risk behaviors distinguishing self-harm groups: A population-based sample of adolescents. *Academic Pediatrics*, 12(3), 205-213.
- Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., Zhang, P., & Liu, Z. (2011). Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: A cross-sectional study. *PLoS One*, 6(4), e17977.
- Tsai, M. H., Chen, Y. H., Chen, C. D., Hsiao, C. Y., & Chien, C. H. (2011). Deliberate self-harm by Taiwanese adolescents. *Acta Paediatrica*, 100(11), 223-226.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Wan, Y. H., Hu, C. L., Hao, J. H., Sun, Y., & Tao, F. B. (2011). Deliberate self-harm behaviors in Chinese adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 517-525.
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 634-640.
- Wikipedia (2010). Self-harm. <http://en.wikipedia.org/wiki/Self-harm>에서 2016. 7. 4 자료인용.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyear, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495-501.
- Yip, K. S. (2005). A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 80-86.
- Zila, L. M., & Kiselica, M. S. (2001). Understanding and counseling self mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development*, 79(1), 46-52.

원 고 접 수 일 : 2016. 07. 06

수정원고접수일 : 2016. 10. 04

게 재 결 정 일 : 2016. 10. 24

Adolescents' Self-Injurious Behaviors: Suicidal Self-Injury and Non-Suicidal Self-Injury in Female Middle School Students

Dong-gwi Lee

Kyong-ae Ham

Byeong-Hun Bae

Yonsei University

This study analyzed data from 491 female middle school students; 103 of which presented with or reported experiences of self-injurious behavior. Self-injurious behaviors included beating themselves, leaving wounds untreated, and self-inflicted physical harm using a sharp tool. When compared to adolescents without self-injury experiences, analysis showed that adolescents with self-injury experiences were scored lower on both family and school satisfaction, and reported higher in depression and distress. Additionally, one third of the self-injurious adolescents reported having suicidal ideations. Finally, the predictors differentiating the suicidal self-injury group from the non-suicidal self-injury group were: (a) less favorable family atmosphere, (b) later onset of self-injurious behaviors, (c) more diverse self-injurious behaviors, (d) higher social motivation for the behaviors, (e) higher depression, and (f) lower intrapersonal motivation. Implications and limitations of the study are discussed.

Key words : Adolescents, Self-injurious behaviors, Suicidal self-injury, Non-suicidal self-injury, Middle school students