

성인의 비자살적 자해 잠재계층유형의 위험요인과 정서·행동문제의 관계*

김 지 윤

이 동 훈[†]

성균관대학교

본 연구에서는 성인의 비자살적 자해 잠재계층유형을 확인하고, 잠재계층유형에 영향을 미치는 위험요인과 잠재계층유형에 따른 정서 및 행동문제의 차이를 파악하고자 하였다. 이를 위해 전국의 성인을 대상으로 온라인 설문조사를 통해 수집된 자료와 오프라인 설문조사를 통해 수집된 총 188명의 자료를 분석에 사용하였다. 연구결과, 성인의 비자살적 자해의 잠재계층은 '경미형', '중도형', '심각형'의 집단으로 확인되었다. 다음으로 성인의 비자살적 자해의 잠재계층유형의 분류에 영향을 미치는 위험요인을 살펴본 결과, 연령이 낮을수록 경미형보다 중도형 집단에, 중도형보다 심각형 집단에 속할 가능성이 높고, 아동기 학대를 경험하고, 고통감내력이 저하될수록 경미형 및 중도형보다 심각형 집단에 속할 가능성이 높았으며, 대인 관계를 통해 자해에 대해 노출되었을수록 경미형보다 심각형 집단에 속할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 마지막으로 성인의 비자살적 자해의 잠재계층유형에 따른 정서 및 행동문제의 차이를 살펴본 결과, 심각형 집단의 우울수준이 가장 높았고, 다음은 중도형, 경미형 집단 순으로 나타났다. 심각형 집단은 경미형 집단에 비해 불안수준이 더 높은 것으로 나타났고, 심각형 집단은 경미형과 중도형 집단 각각에 비해 폭식의 수준이 더 높은 것으로 나타났다. 연구결과를 토대로 논의 및 시사점을 제시하였다.

주요어 : 성인, 비자살적 자해, 잠재계층유형, 위험요인, 정서 및 행동문제

* 본 연구는 김지윤(2019)의 성균관대학교 박사학위논문 중 일부를 발췌, 수정한 내용임.

† 교신저자 : 이동훈, 성균관대학교 교육학과, 외상심리건강연구소 소장, 서울특별시 종로구 성균관로 25-2 호암관 51103호, Tel : 02-760-0558, E-mail : dhlawrence05@gmail.com

자신을 보호하려는 동기는 인간의 강렬한 본능이다. 그러나 인간은 때로 이러한 본능을 역행하는 행동을 하는데, 가장 대표적인 것이 자해이다. 자해는 죽고자 하는 의도의 유무에 따라 자살적 자해(suicidal self-injury)와 비자살적 자해(nonsuicidal self-injury)로 나뉘는데(이동귀, 함경애, 배병훈, 2016; Nock, 2010), 자살이 치명적인 방법으로 단번에 삶을 포기하려는 시도라면, 비자살적 자해는 부정적인 정서를 해결하려는 목적으로 치명적이지 않은 다양한 방법을 반복적으로 하는 부적응적인 행동으로 자살과 비자살적 자해는 질적으로 다른 기능과 특성을 가진다(김수진, 김봉환, 2015; Muehlenkamp & Kerr, 2010). 자살은 그 심각성으로 인해 많은 연구가 이루어진데 반해, 비자살적 자해는 외부에서 지속적으로 증상이 관찰되는 대부분의 정신장애와 달리 사적인 공간에서 삽화적(episodic)으로 이루어지는 행동적 특성으로 인해 연구가 제한적으로 이루어져왔다(Nock, 2010).

비자살적 자해는 ‘죽고자 하는 의도 없이, 사회적으로 용인되지 않은 방식으로 자신의 신체를 고의적으로 훼손하는 행위’로 정의되어 왔다(Nock & Favazza, 2009). 비자살적 자해에는 일반적으로 칼로 긁기, 불로 지지기, 긁기, 때리기, 물기, 상처 치료하지 않기 등의 행동이 포함되며(Nock, Joiner Jr, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008), 피어싱, 타투와 같이 신체를 꾸미려는 목적이나 종교적 의례를 비롯해 사회문화적으로 허가되는 행동은 해당되지 않는다(Messer & Fremouw, 2008). 그동안 비자살적 자해는 발달장애나 정신장애의 일환으로 발생하거나(Nock, 2010), 경계선 성격장애 증상(American Psychiatric Association, 2000)

의 하나로 고려되어져 오다가, 비임상집단인 일반인(Klonsky, May, Glen, 2013; Nock, 2010)에서도 보고됨에 따라 다른 정신장애의 진단과 상관없이 그 자체로 명백한 행동 증후군(Muehlenkamp, 2005)이나 장애(Klonsky & Olino, 2008; Nock et al., 2006)로 봐야한다는 주장이 제기되었다. 이러한 인식을 반영하여 정신장애 진단 및 통계편람인 DSM-5에서는 비자살적 자해를 추가 연구가 필요한 독립된 진단범주로 분류하였다(American Psychiatric Association, 2013).

비자살적 자해는 신체적 상해(Bentley, Nock, & Barlow, 2014)를 비롯해 합병증(Klonsky & Olino, 2008)에 걸릴 위험을 증가시킬 뿐만 아니라 죄책감, 수치심과 같은 심리적 고통을 유발하고(Andrews, Martin, Hasking, & Page, 2014; Hasking, Momeni, Swannell, & Chia, 2008), 자살의 강력한 예측요인으로 나타났다(Guan, Fox, & Prinstein, 2012; Klonsky et al., 2013). 실제로 비자살적 자해를 하는 청소년의 70%가 자살시도 경험이 있고(Nock & Kessler, 2006), 비자살적 자해로 인한 자살률이 매년 증가하고 있는 것으로 나타나(Wilkinson, Kevin, Roberts, Dubicka, & Goodyer, 2011) 비자살적 자해와 자살의 밀접한 관련성이 있음을 알 수 있다. 비자살적 자해는 앞서 언급한 바와 같이 자살과 질적으로 명확히 구분되나, 반복적인 자해는 고통에 대한 익숙함과 함께 죽음에 대한 공포를 저하시켜 자살에 이르게 할 수 있어(Joiner, 2005) 그 위험성이 매우 크다. 이와 같은 부정적 결과들로 볼 때, 자해행동에 대한 사후 대처 뿐 만 아니라 예방이 중요하며 이를 위해 다양한 연구가 필요하다(강이영, 성나경, 2016). 그럼에도 불구하고 비자살적 자해는 효과적인 예방(Muehlenkamp, Walsh, &

McDade, 2010) 및 개입(Hazell et al. 2009)에 대한 준비의 부족으로 오늘날 상담자가 직면하고 있는 가장 복잡한 문제 중의 하나로 남아 있어(Levesque, Lafontaine, Bureau, Cloutier, & Dandurand, 2010) 연구의 필요성이 매우 크다.

비자살적 자해는 아동기부터 성인기에 걸쳐 발생하는데(Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2008; Taliaferro & Muehlenkamp, 2015), 최근 비자살적 자해의 유병율의 메타분석 결과 청소년은 17.2%, 초기 성인기는 13.4%, 25세 이상의 성인인 5.5%로 나타났다(Swannell, Martin, Page, Hasking, & St John, 2014). 이와 같이 성인의 비자살적 자해의 유병율이 다른 연령층에 비해 상대적으로 낮다는 이유로 성인을 대상으로 한 비자살적 자해와 관련된 연구는 거의 이루어지지 않고 있는 실정이다(Plener et al., 2016). 국내에서도 성인을 대상으로 한 비자살적 자해의 연구는 전무한 상황이라 국내 성인의 비자살적 자해에 대한 양상에 대해서 알려진 바가 거의 없다. 이에 본 연구는 만 20세부터 만 59세 이하의 성인을 대상으로 비자살적 자해에 대한 연구를 진행하고자 한다.

비자살적 자해와 관련된 기존의 연구들은 주로 변수 간의 관계를 통해 현상을 파악하는 변수중심접근(variable centered approach)으로 이루어져 왔다. 이러한 접근 방식은 변인에 대한 집단의 평균이나 총합과 같은 하나의 수렴된 수치를 통해 자해 전체 수준과 개별적 수준을 분석하거나 변수 간 관계를 살펴보는데 그치고 있기 때문에 비자살적 자해의 유형과 집단 간의 복잡한 양상을 파악하기 어렵다는 한계가 있다. 반면 사람중심접근(person centered approach)은 변인 간에 상이한 하위집단들이 존재한다고 가정하고, 각 개인의 문항 반응

패턴에 따라 동질적인 잠재집단으로 분류되기 때문에 집단마다 어떤 특성을 갖고 있는지에 대한 실제적인 파악을 할 수 있고(노연경, 홍세희, 2010), 다양한 하위유형을 비교 및 분석 할 수 있다는 장점이 있다. 잠재계층분석(Latent Class Analysis)은 사람중심접근의 대표적인 분석방법으로 집단의 이질적인 개인들을 상대적으로 유사한 행동이나 특성의 패턴을 가진 집단으로 분류할 수 있다고 가정한다. 최근 비자살적 자해를 하는 개인의 이질성에 관심이 집중되는 가운데(Dhingra, Boduszek, D., & Klonsky, 2016), 비자살적 자해의 하위유형의 분류는 문제의 원인에 대한 연구를 진전시키고, 진단 및 예방접근, 맞춤형 및 차별화된 치료 전략을 개선하는데 유용하다. 따라서 비자살적 자해의 경제적 비용에 대한 부담과 공중보건(public health)의 중요성을 고려할 때, 비자살적 자해의 잠재계층유형 확인의 필요성은 매우 크다(Knapp, McDavid, & Parsonage, 2011).

비자살적 자해의 다양한 특성을 기반으로 잠재계층분석을 통해 비자살적 자해의 하위유형을 확인한 연구를 살펴보면 다음과 같다. Klonsky와 Olin(2008)는 대학생을 대상으로 자해 방법, 자해를 혼자 했는지 또는 다른 사람과 같이 했는지와 같은 비자살적 자해의 제반 특성과 기능에 따른 잠재계층유형을 확인한 결과, 실험적 자해집단(experimental NSSI), 경미형 자해집단(mild NSSI), 다기능 자해집단(multiple functions NSSI), 자동적 기능 자해집단(automatic functions NSSI)의 네 개의 하위집단으로 분류된다는 것을 확인하였다. 이후 Bracken-Minor, McDevitt-Murphy, Parra(2012)가 Klonsky와 Olin(2008)의 연구를 대학생을 포함한 일반인으로 확대하여 진행한 결과, Klonsky와 Olin(2008)의 연구결과에서 확인된 실험적

자해집단, 경미형 자해집단, 다기능 자해집단, 자동적 기능 자해집단에 다양한 자해행동집단 (multi method)이 추가되어 총 다섯 개의 하위 집단으로 분류됨을 확인하였다. Whitlock 등 (2008)은 대학 및 대학원생을 대상으로 비자살적 자해행동의 빈도, 방법 수, 심각도에 따른 잠재계층유형을 확인한 결과, 낮은 심각도 자해집단(low severity superficial NSSI), 중도형 자해집단(moderate severity NSSI), 심각형 자해집단(high severity NSSI)의 세 개의 하위집단으로 분류되는 것으로 나타났다. 또 다른 연구에서는 정신장애 진단을 받은 성인을 대상으로 비자살적 자해사고 및 시도, 자해를 혼자 했는지의 여부, 자해 전후의 도움요청, 자해행동에 대한 기록, 자살의도 여부에 따른 하위유형을 확인한 결과, 저위험 자해집단(low self-injury risk classes)과 고위험 자해집단(high self-injury risk classes)의 두 개의 하위집단으로 분류된다는 것을 확인하였으며(Dhingra, Boduszek, Palmer, & Shevlin, 2015), 청소년을 대상으로 비자살적 자해의 방법과 기능에 따라 하위유형을 확인한 결과에서는 저빈도 자해집단(low rates of NSSI behaviors), 고빈도 자해집단(high rates of self-battery), 고빈도-칼로긋기 집단(high rates of self-cutting), 다양한 자해-고빈도 집단(high rates of multiple NSSI behaviors)의 네 개의 하위집단으로 분류되는 것으로 나타났다(Somer et al., 2015). 이러한 연구결과를 통해 비자살적 자해가 개별적인 단일 행동이 아니라 세부적인 특성이 상호 연관되어 다양하게 나타나는 특성을 갖는다는 것이 확인되었지만, 비자살적 자해의 잠재계층유형 분류에 대한 연구는 주로 북미나 유럽의 표본을 기반으로 하고 있고(Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012), 관련 연구가 대부분 청소년과 초기 성

인기인 대학생, 임상집단의 성인을 대상으로 이루어졌다는 한계가 있다. 국내에서는 비자살적 자해의 유형화 연구가 이루어지지 않고 있어 연구결과를 국내에 일반화할 가능성에 대해서는 확인이 필요하다. 이에 본 연구에서는 국내 비 임상집단의 성인을 대상으로 비자살적 자해의 잠재계층유형에 대한 확인을 통해 기존 선행연구 결과의 적용 가능성에 대해 탐색해보고자 한다.

Joiner(2005)는 자살에 대한 이론적 모델을 통해 비자살적 자해행동의 빈도, 방법 및 심각도의 중요한 차이가 있다고 하였으며, Walsh (2006) 또한 빈도, 방법의 형태, 자해행동의 심각도를 포함한 비자살적 자해의 특성의 이질성을 기반으로 특정한 집단으로 분류될 수 있으며, 집단에 따라 치료적으로 중요한 구분이 될 수 있음을 이론화했다. 이러한 맥락에서 Whitlock 등(2008)은 앞서 살펴본 바와 같이 자해행동의 빈도, 방법 수, 심각도에 따라 비자살적 자해의 잠재계층유형을 분류하였다. 본 연구에서는 기존의 연구에 사용된 자해행동의 빈도, 방법 수, 심각도에 최근 비자살적 자해의 잠재계층유형을 확인한 선행연구에서 활용된 마지막 자해 시점(Hamza & Willoughby, 2013), 자해의 기능(Bracken-Minor et al., 2012; Klonsky & Olino, 2008; Somer et al., 2015)과 초발연령(Kiekens et al., 2017; Ammerman, Jacobucci, Kleiman, Uyeji, & McCloskey, 2018) 등을 보완하여, 비자살적 자해의 핵심적인 특성을 기반으로 잠재계층유형을 확인하고자 한다.

복합적인 성격의 자해를 이해하고, 효과적인 치료적 개입을 위해서는 자해를 유발하는 다양한 위험요인들을 확인할 필요가 있다 (Prinstein, 2008; Shenk, Noll, & Cassarly, 2010). Nock(2009)은 기존의 자해에 대한 연구결과를

통합한 자해에 대한 통합적 이론모델(integrated theoretical model of self-injury; 이하 통합적 이론모델)에서 취약성 스트레스 이론에 기반하여, 비자살적 자해의 위험요인에 대한 체계(framework)를 제시한다. 통합적 이론모델에서는 비자살적 자해를 유발하는 위험요인을 비자살적 자해와 음주, 섭식, 위험한 성행동과 같은 부적응적 행동이 공유하는 일반적인 위험요인(general risk factor)과 비자살적 자해에만 해당되는 특정위험요인(specific risk factor)으로 나뉜다. 일반적인 위험요인은 다시 자해를 한 시점으로부터 오래된 원거리 위험요인(distal risk factor)과 자해를 시작한 시점으로부터 상대적으로 가까운 근거리 위험요인(proximal risk factor)으로 구분된다. 근거리 위험요인은 일반적인 취약성 요인(general predisposing factors)으로 명명되기도 하는데, 통합적 이론모델에서는 원거리 위험요인이 근거리 위험요인인 일반적인 취약성 요인을 유발하고, 이러한 취약성을 가진 개인이 스트레스 사건으로 인한 불쾌하고 고통스러운 정서 및 인지, 사회적 상황을 조절하기 위한 부적응적인 대처 행동으로 비자살적 자해를 하게 된다고 본다(Nock, 2009).

대표적인 원거리 위험요인은 아동기 학대로 아동기 학대를 경험한 사람은 경험하지 않은 사람에 비해 자해를 할 가능성이 높고(Zoroglu et al., 2003), 많은 연구에서 일관되게 자해에 핵심적인 역할을 하는 것으로 밝혀졌다(Swannell et al., 2012; Lang & Sharma-Patel, 2011). 아동기 학대를 경험한 이후 수년이 지난 후에 자해를 한다는 것을 고려하면(Arens, 2012), 아동기 학대는 자해의 근거리 위험요인을 가중시키는 개인특성의 발달에 영향을 미칠 수 있음을 알 수 있다(Kang et al., 2018). 특히 아동기 학대와 자해의 밀접한 관계는 아

동기 학대와 같이 정서 표현을 억압하는 가정 환경이 효과적인 정서조절의 습득을 어렵게 해 이후에 자해를 유발시키기 때문으로 볼 수 있다(Linehan, 1993). 자해가 고통스러운 상황이거나 정서를 조절하기 위해 부적응적인 방식으로 대처를 하는 정서조절전략임을 고려할 때, 정서조절곤란은 자해를 유발하는 요인임을 알 수 있다(Brickman, Ammerman, Look, Berman, & McCloskey, 2014; Zerkowicz, Cole, Han, & Tomarken, 2016). 애착이론에 따르면, 안정애착을 한 유아는 스트레스와 긴장을 적절하게 경감시키는 양육자를 통해 대처능력이 발달되어 적응적인 정서조절전략을 사용할 가능성이 높은(Fitzpatrick et al., 2013) 반면, 불안정 애착을 한 유아는 심리적 기능의 저하와 함께 부정적인 정서에 자해와 같은 부적응적인 대처를 하게 될(Sochos & Tsaltas, 2008; Yates, Carlson, & Egeland, 2008) 가능성이 높다. 이러한 맥락에서 성인애착은 또 다른 취약성 요인으로 자해와 밀접한 관련이 있다고 볼 수 있다(Fitzpatrick et al., 2013; Fung, 2008; Levesque et al., 2010). 자해를 하는 청소년은 자해를 하지 않은 청소년보다 자존감이 현저히 낮은 것으로 나타났으며(Andrews, Martin, Hasking, & Page, 2013), 심각하고, 반복적인 자해를 할수록 자해를 하지 않는 사람에 비해 자존감이 낮은 것으로 나타나는(Lin et al., 2017) 등, 자존감 또한 비자살적 자해와 매우 밀접한 관계가 있고(Brausch & Gutierrez 2010), 자해의 시작을 예측하는 것으로 나타났다(Tatnell, Kelada, Hasking, & Martin, 2014). 자해의 통합적 이론 모델(Nock 2010)에 따르면, 고통감내력이 낮은 개인은 빠르고 효과적으로 고통을 경감시키거나 조절하기 위해 자해를 할 가능성이 더 높다고 본다. 실제로 자해를 하는 사람들이 자

해를 하지 않는 사람들보다 고통감내력의 수준이 낮은 것으로 나타났고(Nock & Mendes, 2008), 고통감내력 저하는 자해의 빈도와 긍정적인 관련성이 있으며(Anestis, Kleiman, Lavender, Tull, & Gratz, 2014), 자해를 유의미하게 예측하는 것으로 나타났다(Lin, You, Wu, & Jiang, 2018).

통합적 이론모델에서는 개인이 스트레스 상황에서 문제성 음주, 이상화된 섭식행동, 흡연, 위험한 성행동 과 같은 부적응 행동이 아닌 비자살적 자해를 선택하도록 하는데 영향을 미치는 특정위험요인을 여러 가지 가설로 제시하고 있다(Nock, 2010). 특정위험요인에서 제시하는 여러 가지 가설 중 가장 대표적인 것은 비자살적 자해의 시작과 유지의 기제를 설명하는 사회학습가설과 실용성 가설이다. 사회학습가설(social learning hypothesis)은 비자살적 자해의 시작 및 원인에 대한 메커니즘을 설명하는 유일한 가설로 자해를 시작하는 근본적인 메커니즘을 사회인지이론과 사회학습관점에서 찾고 있다(Hasking, Andrews, & Martin, 2013; Heilbron & Prinstein, 2008). 사회인지이론과 사회학습관점에 의하면, 병리적이지 않은 행동 뿐 아니라 문제성 음주, 마약 흡입과 같은 병리적인 행동 또한 관찰을 통해 학습되는데(Bandura, 2009), 이러한 관점에서 핵심변인은 사회적 노출로 대인관계나 미디어를 통해 비자살적 자해에 노출되거나, 모델링의 결과로 비자살적 자해를 하게 된다고 본다. 실제로 자해를 하는 청소년과 대학생이 처음 자해를 접한 것은 친구, 형제나 자매, 미디어를 통해서라는 것이 밝혀졌고(Deliberto & Nock, 2008), 자해를 하는 사람들과(Prinstein & Dodge, 2008; Prinstein, Guerry, Browne, & Rancourt, 2009) 가요, 영화, 신문, 인터넷을 포함한 다양

한 매체를 통한 자해의 노출이 자해의 급격한 증가를 초래하는 것으로 나타나 사회학습가설은 최근 자해의 발생률이 증가한 현상을 설명할 수 있는(Zelkowitz, Porter, Heiman, & Cole, 2017) 유용한 가설임을 확인할 수 있다. 실용성 가설(pragmatic hypothesis)은 개인이 다른 방법이 아닌 비자살적 자해를 선택하고, 유지하는 이유를 비자살적 자해를 통해 부정적인 정서를 빠르고, 효과적이며, 손쉽게 조절할 수 있기 때문이라고 본다. 실용성 가설의 핵심변인인 충동성은 비자살적 자해의 위험요인(Taylor, Peterson, & Fischer, 2012)으로 자해와 밀접한 관련이 있는 것으로 확인되었으며(Lin et al., 2017; Lynam, Miller, Miller, Bornovalova, & Lejuez, 2011), 종단연구에서도 다른 위험요인보다 미래의 비자살적 자해를 보다 잘 예측하는 것으로 나타났다(You, Lin, & Leung, 2015). 충동성은 여러 가지 하위유형으로 구성된 다차원 개념으로 최근에 충동적인 행동에 이르는 고유한 특성 기반의 경로를 확인한 결과, 부정적인 감정 상태에서 성급하게 행동하려는 경향성인 부정 긴급성(negative urgency), 긍정적인 감정 상태에서 성급하게 행동하려는 경향성인 긍정 긴급성(positive urgency), 행동하기 전에 자신의 행동의 결과를 숙고하는 경향성의 부족인 계획성 부족(lack of premeditation), 지루하고 어려운 과제에 주의를 유지할 수 있는 능력의 부족인 지속성 부족(lack of perseverance), 흥분되는 활동을 추구하여 즐기는 경향성인 감각추구(sensation seeking)(Smith et al., 2007; Whiteside & Lynam, 2001)인 것으로 나타났다. 최근 연구에서 충동성의 하위유형 중 계획성 부족만이 자해를 유의미하게 예측하는 것으로 나타났다(임선영, 이영호, 2014).

마지막으로 인구통계학적 변인을 살펴보

면, 일반적으로 여성은 남성보다 자해를 더 많이 하고(Laye-Gindhu & Schonert-Richl, 2005; Whitlock et al., 2011), 보다 심각한 자해 방법을 사용하며, 심리증상 및 부적응적인 문제 행동을 보이는 것으로 나타났다(Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013). 그러나 또 다른 연구에서는 남성과 여성이 동일한 수준으로 자해를 하고(Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004), 자해행동의 성차가 확인되지 않는 연구 결과(Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Swannell et al., 2014)가 있어 성별이 자해잠재계층의 분류에 영향을 미치는지에 대한 확인이 필요하다. 또한 자해를 하는 개인의 약 40%가 17-24세에 자해를 시작하고(Heath, Toste, Nedecheva, & Charlebois, 2008; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006), 초기 성인의 12-38%가 자해를 경험하며(Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Klonsky & Glenn, 2009; Whitlock, & Knox, 2007), 초기 성인의 35-72%가 현재 자해를 유지하고 있다고 보고하는 것으로 나타나(Glenn & Klonsky, 2011; Wilcox et al., 2012) 연령이 자해에 위험요인으로 작용할 가능성이 있다. 이를 종합하여, 본 연구에서는 비자살적 자해를 유발하는 위험요인을 통합적 이론 모델의 일반적 위험요인에 속하는 아동기 학대, 성인애착, 정서조절곤란, 자존감, 고통감내력 저하, 특정위험요인인 사회학습가설의 사회노출, 실용성 가설의 계획성 부족, 인구통계학적 변인 중의 성별과 연령으로 보고자 한다. 비자살적 자해에 영향을 주는 이러한 위험요인들은 비자살적 자해의 잠재계층 유형에도 영향을 미칠 수 있음을 예상할 수 있으므로, 성인 비자살적 자해의 잠재계층유형의 분류에 이들 요인이 어떠한 영향을 미치는지 확인해보고자

한다.

비자살적 자해를 하는 사람들은 높은 수준의 심리적 고통(Klonsky, 2007; Wilkinson et al., 2011)이나 정신건강문제(Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, & Gibb, 2005)를 경험할 가능성이 높는데, 특히 우울, 불안(Andover, Morris, Wren, & Bruzese, 2012; Nock & Kessler, 2006)과 같은 정서적 문제를 비롯해 폭식, 문제성 음주 등과 같은 행동적 문제(Klonsky et al., 2003; Nock, Prinstein, & Sterba, 2009)와 높은 연관성을 갖는 것으로 나타났다. 비자살적 자해의 다양한 특징에 따라 정서 및 행동문제가 다르게 나타난 결과는(Klonsky & Olino, 2008; Hamza & Willoughby, 2013), 비자살적 자해의 잠재계층유형에 따라 정서 및 행동문제가 다르게 나타날 수 있음을 시사한다. 한편, 정서 및 행동문제는 비자살적 자해를 유발하고, 시간이 지남에 따라 비자살적 자해 또한 이후의 정서 및 행동문제에 영향을 미치는데, 자해와 정서 및 행동문제의 양방향적인 관계는 자해와 우울증 및 심리적 문제(Lundh, Wångby-Lundh, & Bjärehed, 2011)의 관계를 살펴본 연구와 최근에 청소년을 대상으로 3년간 이루어진 종단연구의 결과(Buelens, Luyckx, Gandhi, Kiekens, & Claes, 2019)를 통해서도 확인된 바 있다. 이와 같이 비자살적 자해의 다양성과 정서 및 행동문제의 양방향적인 관계를 고려하여, 정서 및 행동문제가 비자살적 자해의 잠재계층유형에 미치는 영향을 확인하거나, 비자살적 자해의 잠재계층유형의 분류에 따라 정서 및 행동문제의 차이를 확인한 선행연구를 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 정서 및 행동문제가 비자살적 자해의 잠재계층유형의 분류에 미치는 영향을 확인한 결과, 정서적인 문제가 높고, 대인관계와 관련

된 문제는 낮을수록 고위험 비자살적 자해 집단에 속할 가능성이 높고(Dhingra et al., 2015), 이상화된 섭식행동이 높을수록 비자살적 자해의 심각도가 높은 집단에 속할 가능성이 높은 것으로 나타났다(Whitlock et al., 2008). 이와 반대로 비자살적 자해의 잠재계층유형에 따른 심리적 증상의 차이를 확인한 Klonsky와 Olin(2008)의 연구를 살펴보면, 비자살적 자해의 특성을 기반으로 분류된 4가지 하위유형 중 경미한 수준에 속하는 실험적 자해집단과 경미형 자해집단에서는 유의할만한 심리적 문제가 확인되지 않았으나, 다기능 자해집단은 불안 수준이 높은 것으로 나타났고, 자동적 기능 자해집단은 자살의 위험수준이 높은 것으로 나타났다. Klonsky와 Olin(2008)의 연구를 대학생에 포함한 일반인으로 확대하여 진행한 연구를 살펴보면, 이전 연구와 같이 실험 및 경미형 집단의 심리적 증상 수준은 가장 낮은 것으로 나타났고, 다양한 자해행동집단은 실험 및 경미형 집단, 자동적 기능 자해집단 중 심리적 증상 수준이 가장 높은 것으로 나타났으나, 다기능 자해집단과는 유의미한 차이가 나지 않은 것으로 밝혀졌다(Bracken-Minor et al., 2012). 또한 같은 연구에서 다기능 자해집단에서 다른 네 집단에 비해 문제성 음주 수준이 가장 높은 것으로 나타났다. 마지막으로 다양한 자해-고빈도 집단은 저빈도 자해집단, 고빈도 자해집단, 고빈도-칼로긱기 집단, 다양한 자해-고빈도 집단에 비해 흡연, 음주와 같은 행동문제를 포함한 심리적 증상 수준이 가장 높은 것으로 나타났으며(Somer et al., 2015), 최근에 비자살적 자해의 잠재계층유형에 따른 우울 및 불안의 차이를 확인한 연구 결과, 심각한 집단이 경미 및 중도형 집단보다 우울 및 불안 수준이 가장 높은 것(Case et al., 2019)

으로 나타났다. 이와 같은 비자살적 자해의 유형과 정서 및 행동문제의 관련성에 대한 확인은 상담자가 치료적 개입을 시작하고 진행하는 전 과정에서 내담자의 자해의 유형에 따른 해당 문제와의 높은 관련성을 고려하여, 내담자에게 보다 적합하고, 차별화된 접근을 할 수 있다는 면에서 유용하다. 그러나 국내 성인의 비자살적 자해의 잠재계층유형에 따른 정서 및 행동문제의 차이는 확인된 바 없다. 이에 본 연구에서는 비자살적 자해와 긴밀한 연관성을 갖는 우울, 불안을 정서적 문제로 보고, 폭식과 문제성 음주를 행동문제로 보고, 성인의 비자살적 자해의 잠재계층유형에 따른 정서 및 행동문제의 차이를 확인하고자 한다.

비자살적 자해는 개인에게 신체 및 심리적으로 심각한 고통을 야기할 수 있으므로, 효과적인 개입을 위해서는 비자살적 자해에 대한 통합적인 이해가 요구된다. 이를 위해 국외에서는 앞에서 살펴본 바와 같이 여러 연구 결과를 통해 비자살적 자해가 세부적인 특성에 따라 다양한 유형으로 분류되는 것과 유형의 분류에 영향을 미치는 위험요인은 무엇이며, 유형에 따른 심리적 문제의 차이를 확인하였다. 그러나 국내 선행연구들이 전무한 상황에서 국외에서 이루어진 연구결과를 국내에 일반화할 가능성에 대해서는 확인이 필요하다. 이에 본 연구에서는 성인을 대상으로 기존 선행연구 결과의 적용 가능성에 대해 탐색해보고자 한다.

이를 위해 본 연구에서는 다양한 특성과 양상을 가진 자해를 유사한 행동이나 패턴에 따라 동질적인 집단으로 분류하는 유형화 연구를 진행하고자 한다. 다음으로 통합적 이론모델을 근거로 아동기 학대, 성인애착, 정서조절 곤란, 자존감, 고통감 감내력 저하, 사회노출,

계획성 부족과 같은 위험요인과 인구통계학적 변인인 성별 및 연령 중 성인 비자살적 자해의 잠재계층유형에 영향을 주는 위험요인을 확인하고자 한다. 마지막으로, 비자살적 자해의 하위유형에 따라 우울, 불안, 폭식, 문제성 음주의 차이가 있는지 확인하고자 한다. 이러한 결과는 비자살적 자해의 하위유형별에 따른 원거리 및 근거리 위험요인 뿐 아니라 특정위험요인에 대한 이해를 높이고, 임상적으로 차별화된 개입을 위한 기초자료를 제공할 것으로 기대된다. 이를 위한 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 성인의 비자살적 자해에 관한 잠재계층은 어떻게 분류되는가?

둘째, 성인의 비자살적 자해의 잠재계층유형의 분류에 영향을 미치는 위험요인은 무엇인가?

셋째, 성인의 비자살적 자해의 잠재계층유형에 따른 정서 및 행동문제 간의 차이는 어떠한가?

방 법

연구대상 및 자료수집 방법

본 연구를 위한 설문조사는 인구센서스에 따라 성별과 연령비율을 고려하여 전국(서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주)의 성인을 대상으로 2018년 10월 경에 약 한 달 간 온라인 설문 기관을 통해 진행되었다. 설문은 약 30분의 시간이 소요되었으며, 참여자들은 소정의 적립금을 지급받았다. 설문응답을 완료한 인원은 1,447명이었으나, 응답시

간이 지나치게 짧거나 같은 응답만을 반복하는 등 불성실하게 응답한 310부를 제외한 1,137명의 자료 중 살아오면서 한 번이라도 자해 경험이 있다고 응답한 164명의 설문자료를 본 연구에서 분석에 사용되었다.

더불어 본 연구에서는 온라인 설문 이외에 대학 상담센터에서 근무하는 상담자를 통해 상담을 받았거나, 받고 있는 내담자 중 비자살적 자해 경험이 한번이라도 있는 내담자를 소개받아 눈덩이 표집을 통해 24명을 대상으로 오프라인으로 추가 설문을 실시하였다. 설문 완료 후에 온라인 설문기관의 연구 참여자들에게 지급된 적립금과 유사한 수준의 상품을 지급했다. 추가설문의 목적은 잠재계층분석에 적절한 연구 참여자수에 대한 기준은 현재까지 제시된 바 없으나, 구조방정식 분석에서 요구하는 기본적인 연구 참여자 수인 180명을 충족하는 것이 바람직하다(홍세희, 2019)는 의견과 잠재계층분석이 구조방정식 모형에 따르고 있기 때문에 현재 구조방정식 분석에 요구 기준인 150명(Anderson & Gerbing, 1988)을 근거로 이루어졌다. 결과적으로 본 연구에서는 전국의 성인을 대상으로 온라인 설문 조사를 통해 수집된 164명의 자료에 오프라인 설문조사를 통해 수집된 24명의 자료가 추가되어 총 188명의 자료가 분석에 사용되었다. 본 설문은 성균관대학교 생명윤리위원회(Institutional Review Board: IRB)에서 연구 승인을 받았다(SKKU 2015-01-006-014).

측정 도구

비자살적 자해행동(Deliberate Self-Harm Inventory: DSHI)

본 연구에서는 자해의 다양한 특성을 측

정하기 위해 Gratz(2001)가 개발하고, 서윤아(2014)가 번안한 자해척도(Deliberate Self-Harm Inventory: DSHI)를 사용하였다. 본 척도는 총 17문항으로 각 문항은 칼로 긁기, 화상 입히기, 피부에 글자나 그림 새기기, 할퀴기, 깨물기, 때리기 등 비자살적 자해행동의 경험여부에 대해 ‘네’, ‘아니오’로 평정하는 이분형 척도 방식으로 되어있다. 이분형 척도에 대한 Cronbach's α 는 Gratz(2001)의 연구에서 .82이었으며, 본 연구에서는 .79인 것으로 나타났다. 각 비자살적 자해행동의 경험에 대해 ‘네’로 응답한 경우, 해당 자해행동을 처음 한 나이(초발연령), 빈도, 마지막 자해시점, 자해행동을 유지한 기간, 입원이나 치료가 필요할 정도로 다친 적이 있는지에 대해 묻는 다섯 개의 추가 질문에 주관식으로 답하도록 구성되어 있다.

본 연구에서는 분석을 위해 DSHI척도를 선행연구를 근거로 아래와 같이 리커트 척도 형식으로 수정보완하여 사용하였다. 이를 구체적으로 살펴보면, 비자살적 자해의 초발연령은 아동, 청소년의 경우는, 학령기를 기준으로 13세 이하, 14-16세 이하, 17-19세 이하로 분류하였고, 성인기의 경우, 대다수의 국외 선행연구에서 24세 까지를 초기 성인기(young adults)로 보고, 25세 이상을 성인(adults)로 보는 기준을 참고하여 20-24세 이하, 25세 이상으로 분류하였다. 비자살적 자해의 빈도는 한번부터 수백 번에 이르기까지 급격한 차이가 있는 것으로 나타났다(Laye-Gindhu & Sconert-Reichl, 2005). 경험적 연구(Brain, Haines, & Williams, 2002)를 토대로 DSM-5(American Psychiatric Association, 2013)에서 최소 5번 이상 한 경우를 반복성 자해(repetitive self injury), 5번 보다 적게 한 경우에는 삽화성 자해(episodic self

injury)라고 구분한 이외에 공식적으로 비자살적 자해의 빈도를 분류한 기준은 없다. 선행연구를 살펴보면, 연구자들은 임의로 자신의 연구에서 비자살적 자해의 빈도를 0, 1-2, 3-10, 10번 이상(Klnosky & Olin, 2008), 1, 2-4, 5-10, 11-50, 51-100번(Heath et al., 2008; Hamza & Willoughby, 2013), 1, 2-5번, 6-10번, 11-20번, 21-50번, 50번 이상(Whitlock et al., 2008)와 같이 분류하여 사용하였다. Whitlock et al.,(2008)의 경우, 잠재계층분석의 간명성을 위해 비자살적 자해의 빈도를 다시 1번, 2-10번, 11-50번, 51번 이상으로 분류하여 분석에 사용하였다. 이에 본 연구에서는 잠재계층분석의 간명성을 위한 Whitlock et al.,(2008)의 분류가 적합하다고 판단되어 해당 선행연구를 참고하여, 비자살적 자해 방법의 빈도를 합한 후에 1번, 2-10번, 11-50번, 51번 이상으로 분류하였다. 마지막 자해시점은 비자살적 자해 유지여부의 기준이 되는 1년을 기본으로, 1년 이내, 1-2년 이내, 2-3년 이내, 3-5년 이내, 5-10년 이내, 10년 이상으로 분류하였다. 비자살적 자해의 방법 수는 17문항의 비자살적 자해행동의 경험여부에 대해 ‘네’라고 응답한 사람을 기준으로, 1개의 비자살적 자해행동에 ‘네’라고 응답한 사람들을 기본으로, 2개, 3개, 4개 이상으로 분류하였다. 선행연구의 심각도에 따른 자해방법의 분류와 관련된 선행연구(Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007; Skegg, 2005; Whitlock et al., 2008)를 토대로 비자살적 자해방법의 심각도의 수준에 따라 긁기, 할퀴기, 깨물기, 상처 치료하지 않고 방치하기는 가장 심각도가 낮은 ‘하’수준으로 분류하였고, 날카로운 물건을 피부에 삽입하기, 부딪히기, 때리기는 ‘중’수준으로 분류하였으며, 칼로 긁기, 담뱃불, 라이터, 성냥 등으로 화상

입히기, 피부에 글자나 그림 새기기, 사포나 표백제, 유리조각으로 피부 문지르기, 피부에 산 떨어뜨리기는 가장 심각도가 높은 ‘상’수준으로 분류하였다.

비자살적 자해의 기능(Functional Assessment of Self-Mutilation: FASM)

본 연구에서는 자해를 하는 이유 및 목적을 측정하기 위해 Lloyd, Kelly 와 Hope(1997)이 개발하고, 권혁진(2014)이 번안 및 타당화한 자해기능척도(Functional Assessment of Self-Mutilation: FASM)를 사용하였다. 본 척도는 크게 세 부분으로 이루어져있으며, 총 41문항으로 구성되어 있다. 첫 번째 부분은 비자살적 자해행동의 경험여부 및 빈도, 치료 여부에 대해 물어보는 12문항으로 구성되어 있으며, 두 번째 부분은 비자살적 자해행동과 관련된 요인(마지막 자해시점, 자살의도 여부, 자해사고부터 행동까지 걸린 시간, 음주나 약물 복용 중의 자해행동 여부, 자해행동으로 인한 고통의 정도, 처음 자해를 한 나이)을 파악하는 6문항으로 구성되어 있다. 마지막으로 세 번째 부분에서는 비자살적 자해를 하는 이유 및 목적을 묻는 17개 문항으로 구성되어 있다. 자해의 이유 및 목적은 개인이 느끼는 부정적 감정을 완화시키거나 자극을 추구하기 위한 내용들과 관련된 개인 내적 기능(6문항, 예 : 편안함을 느끼기 위해)과 사회적 상황에서 관심 추구 또는 책임이나 처벌의 회피 등과 관련된 내용인 사회적 기능(11문항, 예: 주의를 끌기 위해)으로 2개의 하위요인으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 비자살적 자해를 하는 이유 및 목적인 자해기능만을 사용하였다. 각 문항은 자해기능을 ‘전혀 없다(1점)’에서 ‘자주(4점)’까지의 4점 Likert식 척도로 응답하도록

되어있다. 권혁진(2014)에서 나타난 Cronbach's α 는 개인 내적 기능은 .74, 사회적 기능은 .86이었으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 개인 내적 기능은 .86, 사회적 기능은 .94으로 나타났다.

아동기 학대(Childhood Trauma Questionnaire: CTQ)

본 연구에서는 아동기 학대 경험을 측정하기 위해 Bernstein과 Fink(1998)가 개발하고, 유재학, 박지선, 박두흠, 유승호, 하지현(2009)이 번안하여 타당화한 아동기 외상 질문지(Childhood Trauma Questionnaire: CTQ)를 사용하였다. 본 척도는 정서적 학대(예: 우리 부모님은 내가 태어나지 않았으면 좋았을 것이라 말했다), 신체적 학대(예: 회초리, 벨트, 나무 막대 등 단단한 물건으로 맞았었다), 성적 학대(예: 누군가 시키는대로 성적인 행동을 하지 않으면 나를 해치겠다고 협박했다), 정서적 방임(예: 우리 가족은 나에게 힘을 주었고, 나를 지지해주었다), 신체적 방임(예: 우리 부모님은 술에 취해있어서 나를 돌봐줄 수 없었다)의 5개의 하위요인, 각 5문항씩 총 25문항으로 이루어져있으며, 이 중 정서방임은 역문항이다. ‘전혀 아니다(1점)’에서 ‘항상 그랬다(5점)’까지의 5점 Likert식 척도로 응답하도록 되어있다. 최근 연구에 따르면 대부분의 학대받은 아동은 한 가지 유형의 학대만 받은 것이 아니라 같은 기간 내에 여러 가지 유형의 학대에 노출되어(Finkelhor, Ormrod, Turner, & Hamby, 2005) 다중 희생화(multiple victimizations)되는 경향성이 있는 것으로 나타났다(Babchishin & Romano, 2014). 이에 본 연구에서는 아동기 학대를 하위유형별이 아닌 전체로 보고자 한다. 유재학 등(2009)이 보고한 한국판 CTQ의 Cronbach's α 는 아동기 학대 전

체 .79로 나타났으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 .87으로 나타났다.

성인애착(Experiences in Close Relationships-Revised: ECR-R)

본 연구에서는 성인애착을 측정하기 위해 Fraley, Waller, Brennan(2000)이 개발하고, 윤희림 등(2017)이 단축형으로 개발한 성인애착유형검사(Experiences in Close Relationships-Revised: ECR-R)를 사용하였다. 성인애착은 관계에서 거절당하는 것에 대한 두려움이나 유기에 대한 걱정을 의미하는 애착불안(7문항, 예: 나는 자주 그/그녀가 나와 함께 있기를 원하지 않을 까봐 걱정한다)과 타인과 가까워지는 것에 대한 불편함과 의존함에 대한 두려움인 애착회피(7문항, 예: 내 개인적인 생각과 감정을 그/그녀와 나누는 것이 편안하다) 2개의 하위요인, 14문항으로 이루어져 있으며, 그 중 애착회피는 역문항이다. '전혀 그렇지 않다(1점)'부터 '매우 그렇다(5점)'까지의 5점 Likert식 척도로 응답하도록 되어있다. 각 척도의 점수가 높을수록 애착불안 및 회피 정도가 심한 것을 의미하고, 각 척도의 점수가 낮을수록 안정된 애착이 형성되었음을 말한다. 윤희림 등(2017)의 연구에서 Cronbach's α 는 애착불안은 .93, 애착회피는 .92로 나타났으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 애착불안과 애착회피 모두 .94인 것으로 나타났다.

자존감(Rosenberg Self-Esteem Scale: RSES)

본 연구에서는 전반적인 자존감을 측정하기 위해 Rosenberg(1965)가 개발하고 이훈진과 원훈택(1995)이 번안한 자존감 척도(Rosenberg Self-Esteem Scale: RSES)를 사용하였다. 본 척도는 긍정적 자존감(5문항, 예: 나는 내가 다른

사람들처럼 가치 있는 사람이라고 생각한다), 부정적 자존감(5문항, 예: 나는 대체적으로 실패한 사람이라는 느낌이 든다) 2개의 하위요인 총 10문항으로 이루어져 있으며, 그 중 부정적 자존감은 역문항이다. '대체로 그렇지 않다(1점)'부터 '항상 그렇다(4점)'까지의 4점 Likert식 척도로 응답하도록 되어있으며, 점수가 높을수록 자존감이 높다는 것을 의미한다. 이훈진, 원훈택(1995)의 연구에서 Cronbach's α 는 .89인 것으로 나타났으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 .83인 것으로 나타났다.

정서조절곤란척도-16(Difficulties in Emotion Regulation Scale-16: DERS-16)

본 연구에서는 정서조절곤란을 측정하기 위해 Gratz와 Roemer(2004)가 개발한 정서조절곤란척도(Difficulties in Emotion Regulation Scale; 이하 DERS)의 36문항 중 Bjureberg 등(2016)이 16문항을 선정해 개발한 정서조절곤란척도-16(Difficulties in Emotion Regulation Scale-16: DERS-16)을 사용하였다. 이를 위해 본 연구에서는 Gratz와 Roemer(2004)가 개발한 DERS를 조용래(2007)가 한국판으로 표준화한 한국판 정서조절곤란척도(Difficulties in Emotion Regulation Scale Korean version: DERS-K) 중 Bjureberg 등(2016)이 단축형으로 선정한 16문항을 선별하여 사용하였다. 본 척도는 충동통제곤란(3문항, 예: 나는 화가 나거나 기분이 나쁘더라도, 내 행동을 통제할 수 있는 것처럼 느껴진다), 정서에 대한 비수용성(3문항, 예: 나는 화가 나거나 기분이 나쁘면, 그렇게 느끼는 것에 대해 부끄럽게 느껴진다), 정서적 명료성의 부족(2문항, 예: 내 감정을 이해하기 어렵다), 정서조절전략에 대한 접근 제한(5문항, 예: 나는 화가 나거나 기분이 나쁘면, 오

랫동안 그런 상태로 있을 것이라고 믿는다), 목표지향행동 수행의 어려움(3문항, 예: 나는 화가 나거나 기분이 나쁘면, 일을 끝마치기가 어렵다) 총 5개의 하위척도로 이루어져 있으며, ‘전혀 아니다(1점)’부터 ‘매우 그렇다(5점)’까지의 5점 Likert식 척도로 응답하도록 되어 있다. Bjureberg 등(2016)의 연구에서 Cronbach's α 는 .92였으며 본 연구의 Cronbach's α 는 .92인 것으로 나타났다.

단축형 한국판 다차원적 경험회피 척도 (Brief Korean Version of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire: K-MEAQ)

본 연구에서는 고통감내력 저하를 측정하기 위해 Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero, Watson (2011)이 개발한 다차원적 경험회피 척도 (MEAQ)를 박모란과 유성은(2014)이 한국어로 번안한 것을 이주연과 유성은(2017)이 번안을 재검토하고 타당화한 후 다차원적 요인구조를 유지하면서 사용이 용이한 단축형으로 개발한 단축형 한국판 다차원적 경험회피 척도 (Brief Korean Version of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire: K-MEAQ 24)를 사용하였다. 본 척도는 고통혐오, 고통감내력 저하, 억압 및 부인, 지연행동, 회피행동, 주의분산 및 억제 6개 하위요인으로 구성되어 경험회피의 다차원적인 측면을 포함하고 있으며, 그 중 고통감내력 저하는 역문항으로 이루어져 있다. 본 척도는 총 24문항으로 ‘전혀 동의하지 않음(1점)’에서 ‘전적으로 동의함(6점)’까지의 6점 Likert식 척도로 응답하도록 구성되어 있으며, 본 척도의 점수가 높을수록 경험회피 수준이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 고통감내력 저하 (4문항, 예 : 고통과 불편함이 있더라도 내가 원하는 일은 해나간다)

만을 사용하였다. 이주연과 유성은(2017)의 연구에서 Cronbach's α 는 .82로 나타났으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 .78로 나타났다.

사회적 노출(Exposure Nonsuicidal Self-Injury Scale)

본 연구에서는 자해에 대한 사회적 노출을 측정하기 위해 Zelkowitz와 Cole(2014)이 개발한 자해의 사회적노출척도(Exposure Nonsuicidal Self-Injury Scale)를 번안하여 사용하였다. 본 척도는 자해에 대해서 누군가와 이야기를 하거나 가까운 사람 중에 자해를 하는 행동을 보거나 들었던 경험을 통한 대인관계 노출(5문항)과 영화, 가요, TV, 인터넷 등의 매체 등을 통해 자해를 접했던 미디어 노출(5문항) 2개의 하위요인 총 10문항으로 이루어져있으며, ‘전혀(1점)’에서 ‘자주(4점)’까지의 4점 Likert식 척도로 응답하도록 되어있다. Zelkowitz 등(2017)의 연구에서 Cronbach's α 는 대인관계노출 .85, 미디어 노출 .79로 나타났으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 대인관계노출 .87, 미디어 노출 .81인 것으로 나타났다.

한국판 다차원적 충동성 척도(Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation seeking, Positive urgency: UPPS-P)

본 연구에서는 계획성 부족을 측정하기 위해 Whiteside와 Lynam(2001) 및 Cyders 등(2007)이 개발하고, 임선영과 이영호(2014)가 국내 대학생을 대상으로 타당화한 한국판 다차원적 충동성 척도(Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation seeking, Positive urgency: UPPS-P)를 사용하였다. 본 척도는 부정 긴급성, 긍정 긴급성, 계획성 부족, 지속성 부족 및 감각추구 등의 5개의 하위요인 총 59문항으로, 그 중 계

획성 부족은 역문항으로 이루어져있다. ‘매우 동의하지 않는다(1점)’에서 ‘매우 동의한다(4점)’까지의 4점 Likert식 척도로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 충동적인 성향이 높아짐을 의미한다. 본 연구에서는 계획성 부족(11 문항, 예: 나는 보통 어떤 일을 하기 전에 신중하게 생각한다)만을 사용하였다. 임선영과 이영호(2014)의 연구에서 계획성 부족의 Cronbach's α 는 .81이었고, 본 연구의 Cronbach's α 는 .88로 나타났다.

간이정신진단 검사-18(Brief Symptoms Inventory-18: BSI-18)

본 연구에서는 우울과 불안을 측정하기 위해 Derogatis(2000)이 개발하고 박기쁨, 이상우, 장문선(2012)이 타당화한 단축형 간이정신진단 검사-18(Brief Symptoms Inventory-18: BSI-18)척도를 사용하였다. 본 척도는 우울, 불안, 신체화 3개의 하위요인, 총 18문항으로 이루어져있으며, ‘전혀없다(0점)’에서 ‘매우 그렇다(4점)’까지의 5점 Likert식 척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 우울(6문항, 예: 기분이 울적하다), 불안(6문항, 예: 신경이 예민하고 마음이 안정이 안 된다) 문항만을 사용하였다. 박기쁨 등(2012)의 연구에서 나타난 Cronbach's α 는 우울 .80, 불안 .81이었으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 우울과 불안 모두 .91인 것으로 나타났다.

섭식장애 척도(Eating Disorder Inventory-2: EDI-2)

본 연구에서는 폭식 성향을 측정하기 위해 Garner와 Olmstead, Polivy(1983)가 개발하고, Garner(1991)가 개정한 섭식장애 척도(Eating Disorder Inventory-2: EDI-2)를 이임순(1997)이 번안한 것을 재검토하여 사용하였다. 본 척도

는 11개의 하위요인, 91문항으로 이루어져 있으나, 본 연구에서는 폭식(예 : 멈출 수 없다고 느낄 때까지 폭식을 한 적이 있다) 7문항만을 사용하였다. 각 문항은 전혀 ‘그렇지 않다’(1점)에서 ‘항상 그렇다’(6점)까지의 6점 Likert식 척도로 이루어져 있으며, 점수가 높을수록 증상의 정도가 심각함을 의미한다. Garner(1991)의 연구에서 폭식증의 Cronbach's α 는 .88로 나타났으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 .92로 나타났다.

알코올 사용장애 진단검사(Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)

본 연구에서는 문제성 음주를 측정하기 위해 세계보건기구(WHO)에서 Babor, de la Fuente, Saunders와 Grant(1989)가 개발하고, 이병욱, 이충현, 이필구, 최문종과 남궁기(2000)가 타당화한 알코올 사용장애 진단검사(Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)를 사용하였다. AUDIT은 음주량과 빈도(3문항, 예: 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?), 의존성 음주(3문항, 예 : 지난 1년간 일단 술을 마시기 시작하여 자제가 안 된 적이 있습니까?), 음주로 인한 사고와 피해(4문항, 예: 당신의 음주로 인해 본인이 다치거나 가족이나 타인이 다친 적이 있습니까?)의 3가지 하위요인, 총 10문항으로 이루어져 있다. 1-8번 문항은 5점 Likert식 척도로 이루어져 있으며, 9-10번 문항은 3점 Likert식 척도로 구성되어 있다. 이병욱 등(2000)에서 나타난 Cronbach's α 는 .92이었고, 본 연구의 Cronbach's α 는 .91인 것으로 나타났다.

분석방법

본 연구에서는 연구문제를 검증하기 위해

다음과 같은 절차로 자료를 분석하였다. 첫째, SPSS 21.0을 통해 연구변인(자해기능, 아동기 학대, 성인애착, 자존감, 정서조절곤란, 고통감 내력 저하, 사회적 노출, 계획성 부족, 우울, 불안, 폭식, 문제성 음주)의 정규성과 경향성을 확인하고 변인 간 상관관계를 확인하기 위하여 기술통계와 상관분석을 실시하였다. 둘째, Mplus 8.0을 사용하여 성인의 비자살적 자해 유형별 분류를 위해 잠재계층분석을 실시하였다. 잠재계층분석은 유사한 특성을 지닌 개인들의 잠재집단을 찾아내고, 통계적으로 다양한 적합지표를 제시함으로써 잠재집단 도출의 객관적 집단 분류가 가능하다(김사현, 홍경준, 2010). 잠재계층분석은 잠재계층의 수를 결정하기 위해 잠재계층의 수를 하나씩 추가하면서 k개 잠재계층모형과 k-1개의 잠재계층 모형의 적합도 지수와 분류의 질을 나타내는 Entropy지수, 통계적 유의성 검증을 비교하여 최적의 모형을 선택한다. 적합도 지수는 AIC(Akaike Information Criteria), BIC(Baysian Information Criteria), saBIC(sample size adjusted BIC)가 활용되는데, 수치가 상대적으로 낮을수록 좋은 적합도를 의미하며, 집단 분류의 정확성을 나타내는 Entropy 지수는 0~1의 값을 가지는데, 1에 가까울수록 집단이 정확하게 분류되었음을 의미한다(Nylund, Asparouhov, & Muthén, 2007). 잠재계층분석의 k개 집단과 k-1개 집단 간 차이의 통계적 유의성 검증은 LRT(Lo-Mendell-Rubin adjusted Likelihood Ratio Test)와 BLRT(Parametric Bootstrapped Likelihood Ratio Test)를 통해 이루어지는데, LRT와 BLRT가 통계적으로 유의미하지 않은 경우, k개가 아닌 k-1개의 잠재계층모형을 선택한다. 최적 모델 선정은 통계적 기준과 함께 모형의 간결성, 잠재집단의 해석 가능성, 이론적 연관성

등을 종합적으로 고려하여 결정하는 것이 바람직하다고 할 수 있다. 셋째, 비자살적 자해의 잠재계층유형의 분류에 영향을 미치는 위험요인을 확인하기 위해 R3STEP분석을 실시하였다. R3STEP은 예측 및 결과변수가 잠재계층과 함께 모형에 포함되면 잠재계층 분류에 영향을 주기 때문에 이를 통제하기 위한 방법으로(Asparouhov & Muthén, 2014; Vermunt, 2010), 1단계에서 예측 및 결과변수 없이 잠재계층 수를 결정하는 과정에서 확인된 사후계층소속 확률을 추정하고, 2단계에서는 사후분포확률을 활용한 분류오류확률을 감안하여 가장 가능성이 높은 잠재계층을 추정한다. 3단계에서는 1, 2단계에서 파악된 분류오류를 다항로지 계수로 변환하여 제약함으로써 분류오류를 고려한 상태에서 예측변수가 잠재계층유형의 분류에 영향을 미치는지 살펴보았다. 마지막으로 비자살적 자해의 잠재계층유형에 따라 정서 및 행동문제의 차이가 있는지 확인하기 위해 BCH분석을 통해 분류된 잠재계층유형에 따른 결과변수의 차이를 파악하였다. BCH는 분류오류에 따라 각 개인에 대해 가중치를 부여한 후에 ANOVA를 실시하는 방법으로(Bakk & Vermunt, 2016) 분류오류를 고려하여 잠재계층유형에 따른 결과변수의 차이를 확인할 수 있다는 점 때문에 많은 연구자에 의해 권장되는 방법(Asparouhov & Muthen, 2014; Bakk & Vermunt, 2016)이다. 이에 본 연구에서는 종속 변수의 분포에 큰 영향을 받지 않으며, 종속 변수를 포함하기 전과 비교하여 잠재계층의 변화 문제가 발생하지 않는 장점을 가진 BCH를 채택하였다. 먼저, 잠재계층유형에 따른 결과변수가 유의한 차이가 있는 것으로 확인되면, 사후검증을 통해 어느 유형의 점수가 유의한지를 확인한다.

결 과

연구 참여자들의 인구사회학적 정보

본 연구 참여자의 인구사회학적 특성은 남성은 83명(44.1%), 여성은 105명(55.9%)으로 여성이 다소 높은 비율을 보였으며, 연령은 20-29세 73명(38.8%), 40-49세 53명(28.2%), 30-39세 41명(21.8%), 50-59세 21명(11.2%) 순으로 나타났다. 최종학력은 대졸 108명(57.4%), 대학교 재학 중 31명(16.5%), 고졸 25명(13.4%), 대학원 졸업자 20명(10.6%), 대학원 재학 4명(2.1%) 순으로 연구 참여자 중 대졸이 가장 많은 것으로 나타났다. 혼인여부는 미혼 93명(49.5%), 기혼 86명(45.7%), 이혼 또는 사별 9명(4.8%) 순으로 나타났으며, 자녀가 없는 연구 참여자는 106명(56.4%), 자녀가 있는 연구 참여자는 82명(43.6%)이었다. 거주형태는 가족과 함께 거주 144명(76.6%), 혼자 거주 29명(15.4%), 가족과 아닌 동거인과 거주 12명(6.4%), 기타 3명(1.6%) 순으로 나타났다. 직업은 직장인 108명(57.4%), 전문직 19명(10.1%), 무직 10명(5.3%), 자영업 9명(4.8%), 전업주부 6명(3.2%), 학생 32명(17%), 기타 4명(2.1%) 순으로 직장인의 비율이 가장 높았다. 근무형태는 정규직 109명(58%), 계약직 15명(8%), 파트타임직 6명(3.2%), 일용직 2명(1.1%), 기타 1명(0.5%) 순으로 정규직 비율이 가장 높았다. 100-200만원 미만 41명(21.8%), 200-300만원 미만 39명(20.7%), 300-400만원 미만 29명(15.4%) 순으로 나타났다.

주요 변인들의 기술통계 및 상관분석

본 연구의 연구변인(자해기능, 아동기 학대,

성인애착, 자존감, 정서조절곤란, 고통감내력 저하, 사회적 노출, 계획성 부족, 우울, 불안, 폭식, 문제성 음주)의 정규성과 경향성을 검증하기 위해 연구변인들의 평균, 표준편차, 왜도 및 첨도, 상관관계를 확인하였다. 변인 간 기술통계는 표 1과 같으며, 상관분석의 결과는 표 2와 같다.

비자살적 자해의 특성

비자살적 자해의 특성을 살펴보면 다음과 같다. 비자살적 자해 방법의 심각도 수준은 상수준 51.1%, 하수준 25%, 중수준 23.9% 순으로 나타나 연구 참여자의 반 이상이 심각한 수준의 방법으로 자해를 한 것으로 나타났다. 빈도는 2-10번이 45.7%로 가장 많은 것으로 나타났고, 다음은 1번 34.6%, 11-50번 12.8%, 51번 이상이 6.9% 순으로 나타났다. 방법 수는 1개가 60.6%로 가장 많았으며, 그 다음은 2개 18.1%이었으며, 방법 3개와 4개 이상은 10.6%로 같은 것으로 확인되었다. 초발연령은 14-16세 이하인 중학생 시기가 25%로 가장 많았으며, 그 다음은 25세 이상의 성인 23.4%, 17-19세 이하인 고등학생 시기 19.7%, 13세 이하인 아동기 16.5%, 20-24세인 성인초기인 15.4% 순으로 나타났다. 여기서 특이할 만한 점은 비자살적 자해를 처음 시작한 시기가 중학생 다음으로 25세 이상의 성인인 것으로 확인된 것으로 보통 아동기나 청소년기에 시작한다고 알려진 것과 달리 25세 이상에서도 비자살적 자해를 시작하는 비율이 높다는 점은 주목해볼 필요가 있을 것으로 보인다. 마지막 자해시점은 10년 이상이 39.9%로 가장 많은 것으로 나타났으며, 다음은 1년 이내가 27.7%, 5-10년 17%, 1-2년 7.4%, 3-5년 5.9%, 2-3년은

표 1. 변인 간 기술통계

	<i>M</i>	<i>SD</i>	왜도	첨도
개인내적 기능	1.50	.63	1.47	1.51
사회적 기능	1.27	.47	2.34	6.06
아동기 확대	2.07	.64	.78	-.16
성인애착	3.58	1.09	-.42	-.44
자존감	2.60	.53	-.02	.19
정서조절곤란	2.68	.80	.10	-.67
고통감내력 저하	2.96	.87	.47	.99
대인관계 노출	1.38	.55	1.85	3.09
미디어 노출	1.76	.56	.99	1.17
계획성 부족	2.09	.45	.08	.45
우울	1.76	1.07	.36	-.80
불안	1.55	1.06	.40	-.73
폭식	2.63	1.17	.74	-.09
문제성 음주	1.92	.83	.80	-.15

2.1% 순으로 나타났다. 마지막 자해시점에서 10년 이상 된 비율 다음으로 1년 이내인 현재 자해를 유지하고 있는 비율이 높은 것으로 나타나 자해를 중단한지 오래된 사람 못지않게, 현재 자해를 유지하고 있는 사람 또한 많은 것을 알 수 있다. 자해기능 중 개인내적 기능의 평균은 1.5으로 사회적 기능인 1.27보다 높은 것으로 나타났다.

비자살적 자해의 잠재계층유형의 확인

성인의 비자살적 자해 잠재계층유형을 확인하기 위해 잠재계층분석을 실시하여 적합도 지수를 확인한 결과는 표 3과 같다. 잠재계층 분석에서 잠재계층 유형의 수는 적합도 지수와 분류의 질을 나타내는 Entropy를 기준으

로 판단하였다. 앞서 언급하였듯 AIC, BIC, saBIC는 값이 낮을수록 모형 적합도가 좋고, Entropy는 1에 가까울수록 집단의 분류가 잘 된 것으로 볼 수 있다(Vermunt & Magidson, 2003; Hix-Small, Duncan, Duncan, & Okut, 2004). 일차적으로 AIC, BIC, saBIC 값이 상대적으로 작으면서, 동시에 Entropy값이 가장 높은 모형은 3개 계층모형이었다. 따라서 잠재계층의 수가 3개인 모형이 가장 적절한 것으로 볼 수 있다. 다음으로, LRT와 BLRT검증의 경우, 집단수가 k-1와 k개일 때의 우도비를 비교하였고, 값의 차이가 유의한지 검증하였다. 잠재계층 수에 따른 BLRT는 모두 유의하게 나타난 반면, LRT는 잠재계층의 수가 3개일 때까지는 유의하게 나타났으나, 잠재계층의 수가 3개인 모형과 4개인 모형을 비교했을 때

표 2. 상관분석결과

	개인내적 기능	사회적 기능	아동기 학대	성인 애착	자존감	정서조절 곤란	고통 감내력	대인관계 노출	미디어 노출	계획성 부족	우울	불안	폭식	문제성 음주
개인내적 기능	-.580**	.349**	.349**	.249**	-.278**	.410**	-.041	.593**	.339**	.043	.293**	.290**	.365**	.246**
사회적 기능	.580**	-.349**	-.349**	-.249**	.278**	-.410**	.041	-.593**	-.339**	-.043	-.293**	-.290**	-.365**	-.246**
아동기 학대	.349**	.455**	-.341**	.341**	-.275**	.330**	-.147*	.448**	.293**	.082	.311**	.367**	.242**	.132
성인애착	.249**	.161*	.341**	-.341**	-.484**	.457**	.157*	.144*	.089	.215**	.448**	.371**	.228**	.093
자존감	-.278**	-.091	-.275**	-.484**	-.432**	-.432**	-.186*	-.089	-.065	-.156*	-.466**	-.390**	-.152*	.043
정서조절곤란	.410**	.303**	.330**	.457**	-.432**	-.432**	.076	.300**	.191**	.176*	.489**	.542**	.382**	.155*
고통감내력 저하	-.041	-.093	-.147*	.157*	-.186*	.076	-.162*	-.162*	-.052	.318**	-.053	-.097	-.080	-.078
대인관계 노출	.593**	.615**	.448**	.144*	-.089	.300**	-.162*	-.	.548**	.041	.187*	.215**	.376**	.370**
미디어 노출	.339**	.343**	.293**	.089	-.065	.191**	-.052	.548**	-.	.085	.125	.132	.285**	.309**
계획성 부족	.043	.058	.082	.215**	-.156*	.176*	.318**	.041	.085	-.	.048	-.027	.067	.091
우울	.293**	.187*	.311**	.448**	-.466**	.489**	-.053	.187*	.125	.048	-.	.852**	.475**	.250**
불안	.290**	.216**	.367**	.371**	-.390**	.542**	-.097	.215**	.132	-.027	.852**	-.	.494**	.166*
폭식	.365**	.318**	.242**	.228**	-.152*	.382**	-.080	.376**	.285**	.067	.475**	.494**	-.	.308**
문제성 음주	.246**	.304**	.132	.093	.043	.155*	-.078	.370**	.309**	.091	.250**	.166*	.308**	-.

표 3. 성인 비자살적 자해의 잠재계층유형의 적합도 분석결과

모형	AIC	BIC	saBIC	Entropy	LRT	BLRT
1계층모형	4338.519	4390.302	4339.622	-	-	-
2계층모형	3271.101	3342.303	3272.619	0.968	0.0001	0.0000
3계층모형	3124.308	3221.401	3126.377	0.993	0.0116	0.0000
4계층모형	3018.984	3141.968	3021.605	0.964	0.1779	0.0000
5계층모형	3680.571	3848.866	3684.157	0.970	0.1251	0.0000

주. saBIC: sample size adjusted Bayesian information criterion, LRT: Lo-Mendell-Rubin test.

는 유의하지 않은 것으로 나타났다. LRT가 유의하지 않은 경우에 k개가 아닌 k-1개의 유형의 모델을 선택해야하는 것으로 볼 수 있어 (Geiser, 2013), 최종적으로 3개의 잠재계층유형이 적합한 것으로 볼 수 있다.

잠재계층 분류의 질을 판단하는 또 다른 기준인 사후계층소속확률을 확인한 결과, 표 4와 같이 3개 잠재계층별 사후계층소속확률 값은 0.996~1.000인 것으로 나타났다. 사후계층소속확률은 평균값이 0.7 이상이고 1에 가까울수록 집단분류가 비교적 정확하다고 간주할 때(Nagin, 2005), 3계층의 분류가 적절하게 이루어졌다 볼 수 있다. 3개의 잠재계층유형에서 개별 집단의 사후확률 값에 기반한 잠재계층 유형별 소속원수 및 비율을 확인 한 결과, 계층 1의 경우 전체 사례 188명 중 114명(60.6%), 계층 2의 경우 53명(28.2%), 계층 3의

경우 21명(11.2%)의 비율을 보였다.

비자살적 자해의 잠재계층유형의 의미

최적의 모형으로 분류된 비자살적 자해 잠재계층유형의 유형별 반응패턴은 그림 1과 같다. 잠재계층유형의 유형별 반응패턴의 그림은 각 지표의 range의 차이를 표준화하기 위해 백분위 점수로 환산하여, 작성하였다. 세 개의 집단 유형에 대한 해석은 각 유형별 멤버십의 지표별 응답에 대한 조건부 응답확률의 결과에 근거하여 이루어진다. 조건부 응답확률이란, 특정 잠재계층 m에 속한 개인이 지표 변수 j에 r번째 응답을 보일 확률 값을 의미한다. 각 유형별 조건부 응답확률은 표 5와 같다. 표 5에는 각 유형별 특성에 대한 이해를 돕기 위해 잠재계층유형의 지표 이외에 인구

표 4. 성인의 비자살적 자해 잠재계층유형의 사후계층소속확률

구분	잠재계층의 소속확률			계층유형별 인원(%)
	계층1	계층2	계층3	
계층 1에 속할 확률	1.000	0.000	0.000	114(60.6%)
계층 2에 속할 확률	0.002	0.996	0.002	53(28.2%)
계층 3에 속할 확률	0.000	0.004	0.996	21(11.2%)

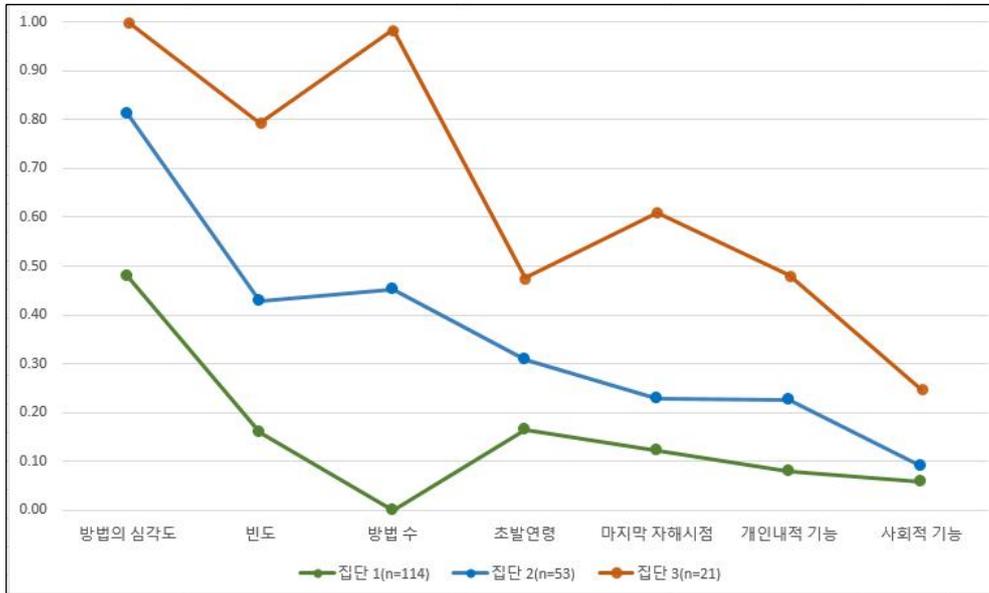


그림 1. 성인의 비자살적 자해 잠재계층유형별 반응패턴

통계학적 변인 중 성별과 연령을 포함하여 제시하였다.

첫 번째 잠재계층 집단은 성별 간의 큰 차이가 없고, 연령의 경우 40-49세가 가장 많은 것으로 나타났다. 방법의 심각도는 하 수준이 가장 많았고, 빈도는 1번이 가장 많은 것으로 나타났다. 방법 수는 해당 집단에 포함된 모든 연구 참여자들이 전원 1개인 것으로 나타났다. 초발연령은 25세 이상이 가장 많았으며, 마지막 자해 시점도 10년 이상이 가장 많은 것으로 나타났다. 자해기능의 경우, 개인내적 기능과 사회적 기능 간의 차이가 거의 없는 것으로 나타났다. 다른 두 잠재계층집단과 비교하였을 때에도 방법의 심각도, 빈도와 방법 수는 가장 낮은 것으로 나타났으며, 초발연령은 다른 두 집단에 비해 더 높고, 마지막으로 자해를 한 시점은 더 오래된 것으로 나타났다. 자해의 개인 내적 및 사회적 기능 또한 가장 낮은 것으로 나타났으며, 개인내적 기능과 사

회적 기능 간의 차이도 다른 두 집단에 비해 거의 없는 것으로 나타났다. 첫 번째 잠재계층 집단은 총 114명, 전체 연구 참여자의 약 61%에 해당하는 인원이 포함되어 있어 비자살적 자해 유형의 가장 일반적인 집단이면서, 다른 두 잠재계층 집단에 비자살적 자해의 전반적인 특성, 즉 심각도의 수준이 가장 낮은 것으로 볼 수 있다. 이러한 특성을 고려하여, 첫 번째 잠재계층 집단을 ‘경미형(mild)’ 집단으로 명명하였다.

두 번째 잠재계층 집단은 성별 간의 큰 차이가 없고, 연령의 경우 20-29세가 가장 많은 것으로 나타났다. 방법의 심각도는 상 수준, 빈도는 2-10번, 방법 수는 2개가 가장 많은 것으로 나타났다. 초발연령은 14-16세, 마지막 자해 시점은 10년 이상이 가장 많은 것으로 나타났다. 자해기능의 경우, 개인내적 기능이 사회적 기능 보다 약간 높은 것으로 나타났다. 첫 번째 잠재계층 집단에 비해서 방법의 심각

표 5. 각 유형별 조건부 응답확률

구분	집단			합계	
	경미형	중도형	심각형		
성별	남성	53(63.9%)	24(28.9%)	6(7.2%)	83(100%)
	여성	61(58.1%)	29(27.6%)	15(14.3%)	105(100%)
연령	20-29세	33(45.2%)	26(35.6%)	14(19.2%)	73(100%)
	30-39세	25(61%)	11(26.8%)	5(12.2%)	41(100%)
	40-49세	42(79.2%)	11(20.8%)	0(0%)	53(100%)
	50-59세	14(66.7%)	5(23.8%)	2(9.5%)	21(100%)
방법의 심각도	상	37(38.5%)	38(39.6%)	21(21.9%)	47(100%)
	중	35(77.8%)	10(22.2%)	0(0%)	45(100%)
	하	42(89.4%)	5(10.6%)	0(0%)	96(100%)
빈도	1번	65(100%)	0(0%)	0(0%)	65(100%)
	2-10번	46(53.5%)	38(44.2%)	2(2.3%)	86(100%)
	11-50번	0(0%)	15(62.5%)	9(37.5%)	24(100%)
	51번 이상	3(23.1%)	0(0%)	10(76.9%)	13(100%)
방법 수	1개	114(100%)	0(0%)	0(0%)	114(100%)
	2개	0(0%)	34(100%)	0(0%)	34(100%)
	3개	0(0%)	19(95%)	1(5%)	20(100%)
	4개 이상	0(0%)	0(0%)	20(100%)	20(100%)
초발연령	13세 이하	12(38.7%)	10(32.3%)	9(29%)	31(100%)
	14-16세	24(51.1%)	17(36.2%)	6(12.8%)	47(100%)
	17-19세	27(73%)	8(21.6%)	2(5.4%)	37(100%)
	20-24세	15(51.7%)	11(37.9%)	3(10.3%)	29(100%)
	25세 이상	36(81.8%)	7(15.9%)	1(2.3%)	44(100%)
마지막 자해시점	1개월-1년 이내	25(48.1%)	14(26.9%)	13(25%)	52(100%)
	1-2년이내	5(35.7%)	5(35.7%)	4(28.6%)	14(100%)
	2-3년이내	3(75%)	0(0%)	1(25%)	4(100%)
	3-5년이내	6(54.5%)	5(45.5%)	0(0%)	11(100%)
	5-10년이내	17(53.1%)	14(43.8%)	1(3.1%)	32(100%)
자해가능	10년-	58(77.3%)	15(20%)	2(2.7%)	75(100%)
	개인내적기능	1.24(.39/.04)	1.68(.59/.08)	2.44(.78/.17)	
	사회적 기능	1.17(.40/.04)	1.27(.37/.05)	1.74(.73/.16)	

도, 빈도와 방법 수는 더 높았고, 초발연령은 더 낮았으며, 마지막으로 자해를 한 시점은 보다 최근인 것으로 나타났다. 자해기능의 평균은 첫 번째 잠재계층 집단보다 높았으며, 자해의 개인 내적 기능과 사회적 기능 간의 차이 또한 더 큰 것으로 나타났다. 세 번째 잠재계층 집단에 비해서는 방법의 심각도, 자해의 빈도와 방법 수는 낮은 것으로 나타난 반면, 초발연령은 더 높고, 마지막으로 자해를 한 시점은 더 오래된 것으로 나타났다. 자해기능의 평균과 자해의 개인 내적 기능과 사회적 기능 간의 차이 또한 더 낮은 것으로 나타났다. 두 번째 계층에는 53명, 전체 연구 참여자의 약 28%에 해당하는 인원이 포함되어 있고, 비자살적 자해의 전반적인 특성, 즉 심각도의 수준이 첫 번째 잠재계층 집단보다 더 높으며, 세 번째 잠재계층 집단보다는 낮은 것으로 볼 수 있다. 이러한 특성을 고려하여, 두 번째 잠재계층 집단을 ‘중도형(moderate)’ 집단으로 명명하였다.

마지막으로 세 번째 잠재계층 집단은 남성보다 여성의 비율이 2배 이상 더 높고, 연령은 20-29세가 가장 많은 것으로 나타났다. 방법의 심각도는 해당 집단에 포함된 모든 연구 참여자 전원이 상 수준인 것으로 나타났다. 자해빈도는 51번 이상, 자해 방법 수는 4개 이상이 가장 많은 것으로 나타났다. 초발연령은 13세 이하, 마지막 자해 시점은 1개월-1년 이내가 가장 많은 것으로 나타났다. 자해기능의 경우, 개인내적 기능이 사회적 기능 보다 높은 것으로 나타났다. 다른 두 잠재계층집단과 비교하였을 때에도 방법의 심각도, 자해의 빈도와 방법 수는 가장 높았고, 초발연령은 낮았으며, 마지막으로 자해를 한 시점은 가장 최근인 것으로 나타났다. 자해기능의 평균과

자해의 개인 내적 기능과 사회적 기능 간의 차이 또한 가장 큰 것으로 나타났다. 세 번째 잠재계층 집단에는 21명, 전체 연구 참여자의 약 11%에 해당하는 인원이 포함되어 있고, 다른 두 잠재계층 집단에 비해 자해의 전반적인 특성, 즉 심각도의 수준이 가장 높은 것으로 볼 수 있다. 이러한 특성을 고려하여, 세 번째 잠재계층 집단을 ‘심각형(severe)’ 집단으로 명명하였다. 세 번째 잠재계층 집단에 포함된 연구 참여자의 비율은 가장 낮았지만, 자해 심각도는 가장 높은 것으로 나타나 가장 주의할 것을 기울여야 하는 집단으로 볼 수 있다. 이를 정리하면, 성인의 비자살적 자해 잠재계층 유형은 자해의 심각도 수준에 따라 ‘경미형’, ‘중도형’, ‘심각형’으로 분류되는 것을 확인하였다.

비자살적 자해 잠재계층유형의 위험요인

성인의 비자살적 자해의 잠재계층유형의 분류에 영향을 미치는 위험요인을 살펴본 결과는 표 6과 같다. 첫째, ‘경미형’을 준거집단으로 하여 ‘중도형’ 집단을 비교한 결과, 유의미하게 나타난 위험요인은 연령인 것으로 나타났다. 구체적으로 살펴보면, 인구통계학적 변인 중에서 연령이 높을수록 경미형 집단보다 중도형 집단에 속할 가능성이 0.7배 더 낮은 것으로 나타났다. 둘째, ‘경미형’을 준거집단으로 하여 ‘심각형’ 집단을 비교한 결과, 유의미하게 나타난 위험요인은 아동기 학대, 고통감 내력 저하, 대인관계노출, 연령인 것으로 나타났다. 보다 구체적으로 살펴보면, 일반적 위험요인 중에서는 아동기에 학대를 경험한 성인일수록 경미형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 3.9배 높았으며, 고통감내력이 저하

표 6. 비자살적 자해 잠재계층유형의 위험요인

	경미형 vs 중도형		경미형 vs 심각형		중도형 vs 심각형	
	Est(SE)	OR(95% CI)	Est(SE)	OR(95% CI)	Est(SE)	OR(95% CI)
아동기 학대	0.171(0.306)	1.19(0.65-2.16)	1.371(0.428)**	3.94(1.70-9.11)	1.200(0.396)**	3.32(1.53-7.21)
성인에착	0.347(0.216)	1.41(0.93-2.16)	0.132(0.345)	1.14(0.58-2.24)	-0.215(0.353)	0.81(0.40-1.61)
자존감	-0.155(0.421)	0.86(0.38-1.95)	-0.497(0.696)	0.61(0.16-2.38)	-0.342(0.669)	1.41(0.38-5.22)
정서조절곤란	0.104(0.255)	1.11(0.67-1.83)	0.935(0.572)	2.55(0.83-7.82)	0.831(0.580)	2.30(0.74-7.15)
고통감내력 저하	0.113(0.224)	1.12(0.72-1.74)	0.934(0.311)**	2.54(1.38-4.68)	0.820(0.334)*	2.27(1.18-4.37)
대인관계 노출	0.798(0.418)	2.22(0.98-5.04)	1.437(0.675)**	4.21(1.12-15.80)	0.638(0.644)	1.89(0.54-6.69)
미디어 노출	-0.613(0.418)	0.54(0.24-1.23)	-0.014(0.495)	0.99(0.37-2.60)	0.598(0.577)	1.82(0.59-5.63)
계획성 부족	-0.796(0.426)	0.45(0.20-1.04)	-0.258(0.876)	0.77(0.14-4.30)	0.539(0.870)	1.71(0.31-9.43)
성별	-0.175(0.375)	0.84(0.40-1.75)	0.013(0.846)	1.01(0.19-5.32)	0.189(0.838)	1.21(0.23-6.24)
연령	-0.360(0.133)*	0.70(0.54-0.91)	-1.030(0.310)**	0.36(0.19-0.66)	-0.670(0.303)*	0.51(0.28-0.93)

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

될수록 경미형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 2.5배 높은 것으로 확인되었다. 또한, 특정위험요인 중에서는 대인관계를 통해 자해에 노출되었을수록 경미형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 4.2배 높았다. 인구통계학적 변인 중에서 연령이 높을수록 경미형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 0.36배 낮은 것으로 나타났다. 셋째, ‘중도형’을 준거 집단으로 하여 ‘심각형’ 집단을 비교한 결과, 유의미하게 나타난 위험요인은 아동기 학대, 고통감내력 저하, 연령인 것으로 나타났다. 이러한 결과를 구체적으로 살펴보면, 일반적 위험요인 중에서는 아동기 학대를 경험한 성인일수록 중도형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 3.3배 높은 것으로 나타났고, 고통감내력이 저하될수록 중도형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 2.3배 높은 것으로 나타났다. 인구통계학적 변인 중 연령이 높을수록 중도형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 0.51배 낮은 것으로 나타났다.

비자살적 자해 잠재계층유형과 정서 및 행동문제 간의 관계

성인의 비자살적 자해 잠재계층유형에 따른 정서 및 행동문제의 차이를 살펴본 결과는 표 7과 같다. 첫째, 우울의 평균은 경미형 집단 1.56, 중도형 집단 1.92, 심각형 집단 2.45순으로 나타났으며, 각 집단 간의 평균차이는 모두 유의한 것으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 성인의 자해유형에 따라 우울수준의 차이가 있다고 볼 수 있다. 집단 간의 차이를 보다 구체적으로 살펴보면, 심각형 집단의 우울수준이 가장 높았고, 다음은 중도형 집단으로 나타났으며, 경미형 집단은 가장 낮은 것으로 나타났다. 둘째, 불안의 평균은 경미형 집단 1.37, 중도형 집단 1.70, 심각형 집단 2.17순으로 나타났으며, 일부 집단 간의 평균 차이는 유의한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 성인의 비자살적 자해 잠재계층 유형에 따라 불안수준의 차이가 있다고 볼 수 있다. 집단

표 7. 비자살적 자해의 잠재계층유형과 정서 및 행동문제의 관계

	경미형	중도형	심각형	결 과				
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	overall χ^2	1 vs 2	1 vs 3	2 vs 3	대응별 비교
우울	1.56(0.10)	1.92(0.14)	2.45(0.19)	18.91***	4.49*	17.91***	5.19*	1 < 2 < 3
불안	1.37(0.10)	1.70(0.14)	2.17(0.23)	11.81**	3.81	10.09**	2.97	1 < 3
폭식	2.47(0.11)	2.60(0.14)	3.54(0.28)	12.72**	0.61	12.72***	8.89**	1 < 3, 2 < 3
문제성 음주	1.85(0.07)	1.98(0.11)	2.14(0.25)	1.95	0.95	1.27	0.35	-

주. 1=경미형 집단, 2=중도형 집단, 3=심각형 집단. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

간의 차이를 보다 구체적으로 살펴보면, 심각형 집단은 경미형 집단에 비해 불안수준이 더 높은 것으로 나타났다. 셋째, 폭식의 평균은 경미형 집단 2.47, 중도형 집단 2.60, 심각형 집단 3.54순으로 나타났으며, 집단 간의 평균 차이는 유의한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 성인의 비자살적 자해 잠재계층 유형에 따라 폭식 수준의 차이가 있다고 볼 수 있다. 집단 간의 차이를 보다 구체적으로 살펴보면, 심각형 집단은 경미형 집단과 중도형 집단 각각에 비해 폭식의 수준이 더 높은 것으로 나타났다. 넷째, 문제성 음주의 평균은 경미형 집단 1.85, 중도형 집단 1.98, 심각형 집단 2.14순으로 나타났으나, 집단 간의 평균 차이는 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 비자살적 자해를 한 번이라도 한 경험이 있는 성인을 대상으로 비자살적 자해의 특성에 따라 잠재계층유형이 어떻게 나뉘는지 확인하고, 잠재계층분류에 영향을 주는 위험요인을 살펴본 후 마지막으로 잠재계층 유형 별로 정서·행동 문제 간의 차이가 있는지

살펴보았다. 본 연구의 주요결과를 요약하고, 이를 중심으로 논의하면 다음과 같다.

첫째, 성인의 비자살적 자해의 잠재계층이 자해 특성에 따라 어떻게 분류되는지 확인한 결과, ‘경미형’, ‘중도형’, ‘심각형’의 세 집단으로 분류되는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 미국 대학생을 대상으로 한 선행연구(Whitlock et al., 2008)와 유사하고, 자해의 하위유형을 분류하는 공식적인 분류체계는 아직 없지만, 연구자와 상담자들이 자해를 일반적으로 빈도와 방법의 심각도, 자해로 인한 손상정도 등 자해의 특성에 따라 경미형, 중도형, 심각형으로 분류하는 합의(Nock, 2010)와 맥락을 같이 한다.

비자살적 자해를 경험한 집단이 심각성의 연속선상에 따라 분류되는 것으로 확인된 본 연구결과를 통해 비자살적 자해를 경험한 성인이라 하더라도 심각도의 수준이 다를 수 있음을 주지하여, 심각도 수준이 높은 집단에 속하는 내담자의 경우, 보다 면밀한 관심과 주의를 가지고 접근할 필요가 있다. 또한 본 연구결과를 통해 비자살적 자해의 특성인 빈도, 방법 수, 심각도 수준, 마지막 자해시점, 초발연령과 자해의 기능에 따라 비자살적 자해의 양상이 다를 수 있음이 확인됨에 따라

상담자들은 자해특성과 기능을 감안하여, 비자살적 자해를 경험했거나 하고 있는 성인에게 개입할 필요가 있다. 예를 들면, 본 연구에서 비자살적 자해의 특성과 기능의 수준에 따라 분류된 경미형, 중도형, 심각형 집단의 초발연령을 살펴보면, 경미형 집단의 경우 13세 이하와 14-16세 이하의 초, 중학생의 비율이 31.6%인데 반해, 중도형 집단은 51%, 심각형 집단 71.5%인 것으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 보다 어린 나이에 비자살적 자해를 시작했을수록, 이후 성인기에 심각한 비자살적 자해 집단에 속할 가능성이 높음을 짐작할 수 있다(Ammerman et al., 2018; Kiekens et al., 2017). 최근 연구에서 교육적 개입을 통해 자해의 초발연령을 변화시킬 수 있다는 것이 확인(Hamza, & Willoughby, 2014)됨에 따라 사전 예방교육을 통해 아동 및 청소년 시기에 자해를 하지 않을 수 있도록 적극적으로 개입할 필요가 있다. ‘경미형’, ‘중도형’, ‘심각형’의 세 집단으로 분류된 본 연구결과는 비자살적 자해의 핵심적인 특성인 다양한 지표 간의 유사한 특성에 따라 통계적인 검증과 모형의 간결성, 잠재집단의 해석 가능성, 이론적 연관성 등을 종합적으로 고려한 결과이나 표 3의 조건부 응답확률패턴을 살펴보면, 경미 및 중도형 집단에 방법의 심각도의 상, 중에 해당하는 비율이 여전히 높고, 경미형 집단에 비자살적 자해의 빈도가 51번 이상인 연구 참여자가 포함되어 있는 것으로 나타나 집단 유형의 특성에 이질적인 특성이 있다. 이는 본 연구결과의 제한점으로 심각도에 따른 집단유형의 분류라는 결과를 수용하는데 있어 매우 신중할 필요가 있음을 말해준다. 따라서 성인의 비자살적 자해의 잠재계층이 ‘경미형’, ‘중도형’, ‘심각형’의 세 집단으로 분류되나, ‘경미

및 중도형’ 집단에 포함된 내담자라도 비자살적 자해 방법의 심각도가 높을 수 있는 가능성과 ‘경미형’ 집단에 포함된 내담자의 경우, 자해 빈도가 높을 가능성을 간과하지 않도록 할 필요가 있다.

위의 논의를 정리하면, 비자살적 자해의 잠재계층유형을 분류하는 기준인 비자살적 자해의 특성 및 기능이 개별적 또는 복합적으로 비자살적 자해에 영향을 미칠 수 있음을 고려하면, 비자살적 자해 집단의 효과적인 개입을 위해 복합적이고 포괄적인 접근방식의 필요성을 제기한다. 이를 위해서는 지속적으로 심도 깊은 논의가 필요할 것으로 사료된다.

둘째, 성인의 비자살적 자해의 잠재계층유형의 분류에 영향을 미치는 위험요인을 확인한 결과, 아동기 학대를 경험하고, 고통감내력이 저하될수록 경미형 및 중도형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 높았으며, 대인관계를 통해 자해에 대해 노출되었을수록 경미형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 높은 것으로 나타났고, 연령이 낮을수록 경미형 집단보다 중도형 집단에, 중도형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 비자살적 자해의 잠재계층유형의 분류에 영향을 미치는 것으로 확인된 각 위험요인을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

자해의 통합적 이론모델의 일반적인 위험요인 중 원거리 위험요인인 아동기 학대는 자해의 잠재계층유형의 분류 즉, 자해의 심각도에 따른 집단의 분류에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 자해를 유발하는 핵심적인 역할을 하는(Auerbach et al. 2014; Garisch & Wilson 2015; Liu, Scopelliti, Pittman, & Zamora, 2018) 주요한 위험요인(Caron, Lafontaine, & Bureau, 2018)인 아동기 학대가 자

해의 심각도에 따른 집단의 분류에도 영향을 미치는 위험요인임을 알 수 있다. 상담자들은 아동기 학대를 경험한 성인일수록 경미형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 3.9배 높았으며, 중도형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 3.3배 높은 것으로 나타난 결과를 염두에 두고, 내담자의 문제에 접근할 필요가 있다. 무엇보다 이러한 결과는 아동기 학대가 자해의 잠재계층 유형의 분류에 미치는 영향에 대한 연구가 이루어지지 않은 상황에서(Evren & Evren, 2005; Swannell et al., 2012; Tyler, Whitbeck Hoyt, & Johnson, 2003; Whitlock et al., 2006) 이를 확인했다는 데 의미가 있다. 또 다른 자해의 통합적 이론모델의 일반적인 위험요인 중 근거리 위험요인인 고통감내력이 저하될수록 경미형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 2.5배 높은 것으로 나타났고, 중도형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 2.3배 높은 것으로 나타났다. 이는 신체적 고통에 대한 감내력 저하가 자해의 잠재계층 유형의 분류에 영향을 미치지 않은 것으로 나타난 연구(Dhingra et al., 2016)와는 상반된 것이다. 이러한 차이를 통해 신체적 고통에 대한 감내력 저하보다 심리적인 고통에 대한 감내력 저하가 자해의 심각도 분류에 미치는 영향이 유의미함을 짐작할 수 있으나, 후속연구를 통해 다시 확인해볼 필요가 있다.

자해의 통합적 이론모델의 특정위험요인 중 사회학습가설의 핵심변인인 대인관계노출은 대인관계를 통해 자해에 노출되었을수록 경미형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 4.2배 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 대인관계를 통한 비자살적 자해에 대한 노출이 청소년과 대학생의 자해의 시작 및 유지, 심각도에 영향을 준다(Heath, Ross, Toste,

Charlebois, & Nedecheva, 2009; Zelkowitz et al., 2017)는 결과를 지지한다. 대인관계가 중요한 시기인 청소년기와 대학생 등 초기 성인기의 시기에 대인관계의 영향력은 클 수 있음을 고려하면, 대인관계 노출이 자해에 미치는 영향을 이해할 수 있다(Jarvi, Jackson, Swenson, & Crawford, 2013). 미디어 노출은 자해의 심각도에 따른 집단의 분류에 영향을 미치는 것으로 나타나지 않았으나, 최근 미디어 매체의 다양화로 자해에 노출되는 경향성이 증가함에 따라 후속연구에서 이에 대해 다시 확인할 필요가 있다(Hasking & Rose, 2016). 자해의 통합적 이론모델의 특정위험요인 중 실용성 가설의 핵심변인인 계획성 부족이 잠재계층유형의 분류에 영향을 미치지 않는 것으로 확인된 결과는 성인의 경우, 자해를 계획성 없이 충동적으로 하는 경향성이 낮은 것에 기인한 것일 수 있다. 후속연구에서는 다차원 충동성의 다른 요인이 자해 심각도의 분류에 영향을 미치는지에 대한 확인과 함께 성인의 경우, 청소년이나 대학생과 달리 실용성 가설의 핵심변인으로 충동성을 상정하는 것이 적합하지 않을 수 있으므로 이에 대해 살펴 볼 필요가 있다. 통합적 이론모델의 특정위험요인 중 사회노출가설의 대인관계노출은 자해의 심각도에 따른 하위유형의 분류에 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 실용성 가설의 계획성 부족은 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 특정위험요인의 다양한 가설은 자해를 유발하는 특정한 개인적 취약성에 대한 구체적인 탐색의 필요성을 의미하는 것(Plener & Fegret, 2012)으로 후속연구에서 사회노출가설과 실용성 가설을 비롯해 통합적 이론모델의 특정위험요인에서 제시하는 다양한 가설의 핵심요인이 자해의 잠재계층유형분류에 미치는 영향을 확인할

필요가 있다.

인구통계학적 변인 중 성별은 자해의 심각도에 따른 집단의 분류에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으나, 연령의 경우는 높을수록 경미형 집단보다 중도형 집단에 속할 가능성은 0.7배, 경미형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성은 0.36배, 중도형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성은 0.51배 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 연령이 낮을수록 경미형 집단보다 중도형 집단에, 중도형 집단보다 심각형 집단에 속할 가능성이 높은 것을 의미하는 것으로 대학생들 대상으로 한 연구에서 자해의 하위집단 간의 성별과 연령의 차이가 없는 것으로 나타난 결과(Hamza & Willoughby, 2013)를 일부 지지한다. 이와 같이 선행연구와 상반된 결과는 성인이 대학생에 비해 연령의 폭이 넓기 때문일 수 있다. 따라서 상담자들은 비자살적 자해를 하는 내담자가 초기 성인기에 해당할수록 자해의 심각도가 높을 가능성이 있음을 감안하여, 상담 초기에 내담자의 비자살적 자해의 핵심적인 특성이자 심각도의 기준이 되는 ‘방법의 심각도’, ‘빈도’, ‘방법 수’, ‘초발연령’, ‘마지막 자해시점’, ‘자해기능’ 등의 다양한 양상에 대한 면밀한 파악을 우선할 필요가 있다. 초기 성인기 내담자의 비자살적 자해의 심각도가 높다고 판단되는 경우에는 상담에서 자해의 심각도 경감에 집중하여 개입할 필요가 있는데, 비자살적 자해를 하는 이유인 ‘자해기능’에 대한 구체적인 파악과 이에 대한 대안행동을 습득할 수 있도록 조력하는 것이 한 가지 방안이 될 수 있다.

셋째, 성인의 비자살적 자해 잠재계층유형에 따른 우울, 불안, 폭식, 문제성 음주의 차이를 검증한 결과, 문제성 음주를 제외한 모

든 정서 및 행동문제에서 차이가 나타나는 것으로 확인되었다. 이를 자세히 살펴보면 다음과 같다. 성인의 비자살적 자해 잠재계층유형에 따른 우울의 차이를 살펴본 결과, 심각형 집단의 우울수준이 가장 높았고, 다음은 중도형 집단이 높은 것으로 나타났으며, 경미형 집단은 가장 낮은 것으로 나타났다. 성인의 비자살적 자해 잠재계층유형에 따른 불안의 차이를 살펴본 결과, 심각형 집단은 경미형 집단에 비해 불안수준이 더 높은 것으로 나타났다. 이와 같이 성인의 비자살적 자해 잠재계층유형에 따라 우울과 불안의 차이가 있는 것으로 나타난 결과는 자해의 심각도가 높은 집단이 심각도가 낮은 집단보다 우울과 불안 수준이 모두 높은 것으로 나타난 선행연구(Hamza & Willoughby, 2013; Klonsky & Olino, 2008; Somer et al., 2015; Dhingra et al., 2016; Dhingra et al., 2015)를 지지한다. 성인의 비자살적 자해 잠재계층유형에 따른 폭식의 차이를 살펴본 결과, 심각형 집단은 경미형 집단과 중도형 집단 각각에 비해 폭식의 수준이 더 높은 것으로 나타났으나, 경미형 집단과 중도형 집단 간의 차이는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이는 비자살적 자해의 심각도에 따른 집단의 분류에서 자해의 심각도가 높은 집단이 낮은 집단보다 이상화된 섭식문제가 유의미하게 높은 것으로 나타난 연구결과(Whitlock et al., 2008)와 유사하다. 또한 이러한 결과는 비자살적 자해와 섭식장애 간의 관련기제를 통해서도 이해할 수 있는데, 일차적으로 비자살적 자해와 폭식은 통제가 어려운 충동적인 행동으로 함께 분류되고(Tuna &

Bozo, 2014), 인지적 초점을 정서적 고통과 같은 추상적인 수준에서 음식이나 신체적 통증 혹은 피를 보는 등의 강렬한 시각자극과 같은 구체적인 수준으로 이동시키는 역할을 하는 (Nock et al., 2006) 등 ‘신체’를 사용하여, 정서적 고통의 완화, 통제감의 확보, 적대감의 간접적인 표현, 혹은 주요 스트레스 문제로부터의 회피와 같은 ‘자기-보호기능’을 한다는 특징을 공유(Claes & Muehlenkamp, 2014; Klonsky, 2007)하기 때문인 것으로 볼 수 있다. 이러한 관련성을 반영하듯 섭식장애의 54~61%가 비자살적 자해를 하고, 비자살적 자해 집단의 25~55%가 섭식장애를 나타내는 (Svirko & Hawton, 2007) 등 다수의 선행연구에서 두 행동 간의 높은 공병률이 보고된 바 있다 (Kerremans, Claes, & Bijttebier, 2010). 본 연구에서 자해의 심각도가 높은 집단일수록 우울, 불안, 폭식의 수준이 높은 것으로 나타난 결과는 자해의 빈도, 유지기간, 방법, 동기 등에 있어 심각도가 낮은 집단에서는 정서 및 행동 문제의 수준이 낮는데 반해, 심각도가 높은 집단일수록 더 높은 것으로 나타난 연구결과를 지지한다(Klonsky & Olino, 2008; Taylor et al., 2012; Whitlock et al., 2008). 따라서 상담자들은 비자살적 자해의 심각도가 높은 집단에 속하는 개인일수록 우울, 불안, 폭식의 수준이 높을 수 있는 가능성을 고려하여, 기본적으로 내담자가 우울, 불안, 폭식 등으로 인한 문제가 없는지에 대한 구체적인 탐색 후에 해당 문제의 어려움이 있다고 판단되는 경우에는 보다 정확한 선별 및 평가를 통해 해당 문제의 심각도에 따라 약물치료 여부 및 문제경감에 적합한 치료적 개입을 할 필요가 있다.

성인의 비자살적 자해의 잠재계층유형에 따른 문제성 음주의 차이를 살펴본 결과, 문

제성 음주의 평균은 심각형 집단, 중도형 집단, 경미형 집단 순으로 높은 것으로 나타났으나, 집단 간의 차이는 모두 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 자해의 심각도에 따른 분류와 문제성 음주 간의 차이가 없는 것으로 나타난 연구결과와 일치하지만(Bracken-Minor et al., 2012; Hamza & Willoughby, 2013), 자해의 심각도에 따른 집단 간의 분류에서 음주의 차이가 유의미하게 나타난 연구결과(Somer et al., 2015)와는 다르다. 따라서 후속연구를 통해 자해의 잠재계층유형에 따른 문제성 음주의 차이를 다시 확인해볼 필요가 있다.

본 연구결과는 의의 및 시사점을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구결과는 일차적으로 국내 성인을 대상으로 비자살적 자해를 경험한 집단이 동질집단이 아닌 하위유형으로 나뉘는 이질적인 집단으로 분류되는 것과 비자살적 자해의 잠재계층유형분류에 영향을 미치는 위험요인과 잠재계층유형에 따른 정서 및 행동문제의 차이가 확인됨에 따라 비자살적 자해의 특성과 기능에 따른 집단별로 차별적인 이해 및 개입을 가능하게 할 수 있는 기초 자료를 제공했다는 데 의의가 있다. 또한 이러한 결과는 국내에 관련연구가 전무한 상황에서 국외에서 이루어진 다양한 선행연구 결과의 적용 및 일반화할 가능성에 대해 확인했다는 점에서 시사하는 바가 있다. 둘째, 비자살적 자해의 잠재계층유형과 위험요인과의 관계를 살펴본 선행연구에서 위험요인 간의 연관성이나 개연성에 대한 고려 없이 개별적인 요인을 선정해온 것과 달리 본 연구에서는 지난 몇 십 년간의 자해에 대한 연구결과를 통합한 통합적 이론모델에서 제안하는 다양하고, 체계적인 위험요인 중 핵심변인을 선정하여 자

해의 잠재계층유형의 분류에 영향을 미치는지 확인했는데 차별성이 있다. 통합적 이론모델에서는 다양한 위험요인의 체계적인 틀(framework)을 제시하고 있는데, 각 위험요인 간의 관계는 밀접한 연관성이나 개연성을 갖고 있어 이후에 위험요인 간에 어떠한 관계나 경로를 통해 자해의 잠재계층유형의 분류에 영향을 미치는지에 대해 보다 구체적이고, 면밀하게 파악할 수 있다는 이점이 있다. 셋째, 잠재계층을 분류한 후, 관련변인 간의 관계를 살펴보는 과정에서 공변인인 예측변수와 결과변수가 잠재계층과 함께 모형에 포함되는 경우 잠재계층 분류에 영향을 미쳐 공변인을 포함하지 않고 추정된 원래의 잠재계층과 비교했을 때, 개인이 소속된 잠재계층이 달라질 수 있다는 문제점이 존재한다(김지원, 양준영, 이청아, 홍세희, 2019). 이에 본 연구에서는 이를 통제하기 위해 분류오류를 고려한 상태에서 예측변수가 잠재계층 분류에 미치는 영향을 확인하는 R3STEP(Asparouhov & Muthén, 2014; Vermunt, 2010)과 분류오류에 따라 각 개인에 대해 가중치를 부여한 후에 ANOVA를 실시하는 BCH(Bakk & Vermunt, 2016) 방법을 사용하였다. 이와 같이 본 연구에서는 분류오류를 고려하여 잠재계층유형에 영향을 미치는 위험요인과 정서 및 행동문제의 관계를 확인하였다는 점에서 의의가 있다.

본 연구의 제한점 및 후속연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 연구결과의 일반화와 기초자료로서의 가치를 확보하기 위해서 후속 연구에서는 보다 많은 연구 참여자를 대상으로 연구를 진행할 필요가 있다. 둘째, 비자살적 자해의 잠재계층유형을 분류하는데 포함된 다양한 지표 중의 하나는 비자살적 자해의 빈도이다. 측정도구에서 설명한 바와 같이 현재

반복성 자해와 삽화성 자해를 분류하는 기준 이외에 비자살적 자해의 다양한 빈도를 분류하는 기준이 없는 상황에서 연구자들이 임의로 빈도를 분류하여 분석에 사용해오고 있다. 본 연구에서도 선행연구 중의 분류를 참고하여, 비자살적 자해의 빈도를 1번, 2-10번, 11-50번, 51번 이상으로 분류하여 분석에 사용하였다. 그러나 각 해당빈도에 해당하는 사람들이 서로 동질적인지 또는 해당빈도와 다른 빈도에 해당하는 사람들은 실제로 이질적인지에 대해서는 확신할 수 없다는 제한점이 있다. 비자살적 자해의 빈도는 자해의 핵심적인 특성으로 분류에 따른 동질성과 이질성을 확보는 연구에 매우 주요한 부분이다. 이에 후속 연구에서는 비자살적 자해의 빈도 분류에 있어 동질성과 이질성을 확보할 수 있는 방안을 강구할 필요가 있다. 셋째, 본 연구에서 비자살적 자해는 자기보고를 통해 측정되었다. 자기보고(self report)는 자해를 평가하는 가장 일반적인 방법이지만(Swannell et al., 2014), 회상을 통한 보고는 기억의 편향(recall bias)으로 과소보고를 하기 쉽다(Hamza & Willoughby, 2016). 현재 자해를 유지하고 있을 가능성이 큰 청소년이나 대학생에 비해 과거의 자해를 보고할 가능성이 높은 성인은 기억의 편향이나 재편성(re-attribution)으로 과소보고를 할 가능성이 보다 높을 수 있음(Nock, 2010)을 감안하면, 본 연구에서 수집된 자료에 제한이 있을 수 있다. 자기보고의 이러한 제한점을 극복하기 위해 최근에 고안된 생태순간평가(ecological momentary assessment: 이하 EMA)은 자해사고와 행동에 대해 실시간으로 컴퓨터에 입력하는 방법으로 여전히 자기보고에 의존하지만, 기억편향의 감소, 반복평가로 인한 신뢰도 증가, 일상에서 수집된 자료를 통한 생태

학적 타당도 향상 등의 강점이 있다(Hufford, 2007). 따라서 성인을 대상으로 하는 후속연구에서는 EMA와 같은 방법을 활용해 자해의 잠재계층유형의 분류 및 관련요인과의 관계를 확인할 필요가 있다. 넷째, 본 연구는 20-59세의 성인을 대상으로 비자살적 자해의 잠재계층유형을 확인하였다. 자해의 대부분의 연구가 청소년, 20-24세의 초기 성인이나 대학생으로 한정되어 있는데 반해 본 연구 참여자의 연령대는 매우 폭넓다. 이는 비자살적 자해경험이 있는 성인의 잠재계층유형을 전체적으로 확인할 수 있다는 면에서 의미가 있지만, 연령대에 따른 잠재계층유형의 특징을 확인하기 어렵다는 한계가 있다. 따라서 연령대가 넓은 성인의 비자살적 자해에 대한 보다 효과적인 이해를 위해서는 후속연구를 통해 일차적으로 성인 초기, 중기, 후기 등으로 나누어 비자살적 자해의 잠재계층유형의 분류 및 관련 요인과의 관계에 대한 횡단연구를 진행할 필요가 있다. 한편, 본 연구는 횡단연구로 현 시점에서의 해당연령의 비자살적 자해의 특성을 파악할 수 있을 뿐, 시간의 변화에 따른 비자살적 자해의 특성을 반영하지 못했다는 한계가 있다. 후속연구에서 시간의 변화에 따른 비자살적 자해의 다양한 발달궤적을 반영한 잠재성장분석에 대한 확인은 성인의 비자살적 자해에 대한 보다 보편적인 결과와 함께 효과적인 이해와 개입에 도움이 될 것으로 사료된다. 다섯 째, 본 연구에서는 비자살적 자해의 특성만을 기반으로 자해의 잠재계층유형을 확인하였다. 그러나 자해사고 또한 넓은 의미에서 자해에 포함되므로, 자해사고를 포함하여 잠재계층유형을 확인할 필요가 있다. 또한 비자살적 자해는 개념적으로나 특성에 있어서 자살과 구별되지만, 많은 사람들이 비자살적 자

해와 자살과 관련된 행동을 같이 하는 것으로 나타나고(Andover et al., 2012; Bryan, Bryan, May, & Klonsky, 2015; Klonsky et al., 2013), 비자살적 자해의 빈도(Andover & Gibb, 2010)와 방법 수(Nock et al., 2006)등 심각도(Hamza & Willoughby, 2013)가 클수록 자살사고와 시도의 위험이 높은 것으로 나타났다. 선행연구에서는 비자살적 자해와 자살의 밀접한 연관성을 감안하여, 비자살적 자해와 자살의 특성을 기반으로 잠재계층유형을 확인한(Dhingra, et al., 2016; Hamza & Willoughby, 2013) 소수의 연구가 진행되었다. 이러한 결과는 상담자들에게 비자살적 자해를 하는 개인에 대한 이해뿐만 아니라 비자살적 자해를 하는 사람 중 자살의 위험이 높은 개인에 대한 새로운 통찰력과 자해를 하는 개인의 자살의 위험을 줄일 수 있는 개입 및 예방에 필요한 정보를 제공할 수 있다(Hamza & Willoughby, 2013). 따라서 후속 연구에서는 비자살적 자해사고 및 행동과 함께 자살사고 및 자살시도를 포함하여 잠재계층유형을 확인할 필요가 있다. 여섯 째, 본 연구에서는 기존의 선행연구와 같이 비자살적 자해의 특성과 기능을 토대로 비자살적 자해의 잠재계층을 확인하였다. 이러한 결과는 대부분 자해의 심각도 수준에 따라 하위유형이 분류되는 경우가 많은 것으로 확인된 바 있다. 비자살적 자해의 기능에 따라 치료나 예후가 달라지는 것으로 나타나는 것을 고려하면(구민정, 임수정, 김지윤, 이동훈, 2019; Klonsky & Glenn, 2009; Klonsky, & Olino, 2008; Nock & Prinstein, 2005), 실제적인 개입을 위해서 비자살적 자해의 특성보다는 기능에 중점을 두고, 잠재계층분석을 통해 하위유형을 확인할 필요성이 높다. 이러한 필요성을 반영하듯, 최근 연구에서는 기존에 비자살적 자해의 잠재계층

유형분석에 사용된 자해기능이 개인 내적 기능과 사회적 기능에 치중되어 왔던 부분에 대한 우려를 표하면서, 비자살적 자해를 하는 대부분의 개인이 개인 내적 기능과 사회적 기능 영역의 하위의 다양한 기능과 관련되어 있음(Nock & Prinstein, 2004)을 고려하여, 보다 개별적이고, 구체적인 자해기능을 살펴볼 필요성을 제기하고 있다(Case et al., 2019). 따라서 후속연구에서는 자해기능을 개인 내적 기능과 사회적 기능인 2요인에 국한하지 말고, 구체적이고, 개별적인 자해기능의 하위요인을 사용하여, 잠재계층유형을 확인할 필요가 있다. 더 나아가, 보다 효과적이고, 차별적인 개입을 위해서는 기존의 2요인 모델에 국한되지 않고 비자살적 자해의 다양한 기능이 반영된 척도를 개발하여, 자해기능을 단독으로 사용한 잠재계층유형의 확인이 요구된다.

참고문헌

- 김이영, 성나경 (2016). 청소년의 일상적 스트레스와 자해행동: 인지적 정서조절전략의 조절효과. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 28(3), 855-873.
- 권혁진 (2014). 비자살적 자해에 영향을 미치는 정서적·인지적 요인의 탐색, 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 구민정, 임수정, 김지윤, 이동훈 (2019). 한국 성인의 비자살적 자해: 자해 방법 및 기능에서의 성차를 중심으로. *상담학연구*, 20(5), 1-22.
- 김사현, 홍경준 (2010). 잠재집단분석방법을 통한 서울시민의 복지태도 연구. *사회복지정책*, 37(2), 95-121.
- 김수진, 김봉환 (2015). 청소년 내담자의 반복적 자해행동의 의미탐색: '고통으로 고통을 견디기'. *한국심리학회: 상담 및 심리치료*, 27(2), 231-250.
- 김지원, 양준영, 이청아, 홍세희 (2019). 성장혼합모형(Growth Mixture Model)을 적용한 은퇴자 우울의 잠재계층 분류 및 영향요인 검증. *조사연구*, 20(1), 45-72.
- 노연경, 홍세희 (2010). 초기 청소년의 정서적 우울변화에 따른 잠재계층분류와 성별, 관계 친밀도와의 관련성 검증. *교육방법연구*, 22(2), 91-110.
- 박기쁨, 이상우, 장문선 (2012). 대학생 집단을 통한 단축형 간이정신진단 검사-18 (BSI-18)의 타당화 연구. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 31(2), 507-521.
- 박모란, 유성은 (2014). 외상 경험이 있는 대학생들의 다차원적 경험회피와 외상 후 성장의 관계. *인지행동치료*, 14(3), 435-453.
- 서윤아 (2014). 비자살적 자해에 영향을 미치는 복합외상 및 복합외상증후군의 탐색. 충북대학교 대학원 석사학위논문.
- 유재학, 박지선, 박두흠, 유승호, 하지현 (2009). 한국판 아동기 외상 질문지의 타당화. *한국심리학회지: 건강*, 14(3), 563-578.
- 윤혜림, 이원기, 배금예, 이상원, 우정민, 원승희 (2017). 한국어 개정판 친밀관계경험척도의 단축형 개발. *대한불안학회지*, 13(2), 115-122.
- 이동귀, 함경애, 배병훈 (2016). 청소년 자해행동: 여중생의 자살적 자해와 비(非) 자살적 자해. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 28(4), 1171-1192.
- 이병욱, 이충헌, 이필구, 최문중, 남궁기 (2000). 한국어판 알코올 사용장애 진단 검사

- (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)의 개발: 신뢰도 및 타당도 검사. *중독정신의학*, 4(2), 83-92.
- 이임순 (1997). 정상인의 섭식유형 및 다이어트 양상. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 16(1), 87-100.
- 이주연, 유성은 (2017). 한국판 다차원적 경험 회피 척도(K-MEAQ)의 타당화 및 단축형(K-MEAQ-24) 개발. *인지행동치료*, 17(2), 181-208.
- 이훈진, 원호택 (1995). 자기개념과 편집증적 경향. *心理科學*, 4(2), 15-29.
- 임선영, 이영호 (2014). 한국판 다차원적 충동성 척도 (UPPS-P)의 타당화 연구. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 33(1), 51-71.
- 조용래 (2007). 정서조절곤란의 평가. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 26(4), 1015-1038.
- 홍세희 (2019). 잠재계층, 잠재전이, 성장혼합 모형. *연구방법론 집중 워크샵*. 1월 29일. 서울: 고려대학교. 미간행
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2018). The relationship between nonsuicidal self injury age of onset and severity of self harm. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 48(1), 31-37.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423.
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101-105.
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 11-18.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581-591.
- Andrews, T., Martin, G., Hasking, P., & Page, A. (2013). Predictors of continuation and cessation of nonsuicidal self-injury. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 40-46.
- Andrews, T., Martin, G., Hasking, P., & Page, A. (2014). Predictors of onset for non-suicidal self-injury within a school-based sample of adolescents. *Prevention Science*, 15(6), 850-859.
- Anestis, M. D., Kleiman, E. M., Lavender, J. M., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2014). The pursuit of death versus escape from negative affect: An examination of the nature of the relationship between emotion dysregulation and both suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1820-1830.
- Arens, A. M. (2012). *Psychological mechanisms linking*

- child maltreatment and non-suicidal self-injury*. University of South Dakota.
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2014). Auxiliary variables in mixture modeling: Three-step approaches using M plus. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 21(3), 329-341.
- Auerbach, R. P., Kim, J. C., Chango, J. M., Spiro, W. J., Cha, C., Gold, J., ... & Nock, M. K. (2014). Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 579-584.
- Babchishin, L. K., & Romano, E. (2014). Evaluating the frequency, co-occurrence, and psychosocial correlates of childhood multiple victimization. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 33(2), 47-65.
- Bakk, Z., & Vermunt, J. K. (2016). Robustness of stepwise latent class modeling with continuous distal outcomes. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 23(1), 20-31.
- Bandura, A. (2009). *Social cognitive theory of mass communication*. In *Media effects* (pp. 110-140). Routledge.
- Babor, T. F., De la Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1989). *The Alcohol Use Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638-656.
- Bernstein, D., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., ... & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296.
- Bracken-Minor, K. L., McDevitt-Murphy, M. E., & Parra, G. R. (2012). Profiles of non-suicidal self-injurers and associated patterns of alcohol use. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 552-563.
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233-242.
- Brain, K. L., Haines, J., & Williams, C. L. (2002). The psychophysiology of repetitive self-mutilation. *Archives of Suicide Research*, 6(3), 199-210.
- Brickman, L. J., Ammerman, B. A., Look, A. E., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 1-14.
- Bryan, C. J., Bryan, A. O., May, A. M., & Klonsky, E. D. (2015). Trajectories of suicide ideation, nonsuicidal self injury, and suicide attempts in a nonclinical sample of military personnel and veterans. *Suicide and Life*

- Threatening Behavior*, 45(3), 315-325.
- Buelens, T., Luyckx, K., Gandhi, A., Kiekens, G., & Claes, L. (2019). Non-suicidal self-injury in adolescence: longitudinal associations with psychological distress and rumination. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(9), 1569-1581.
- Caron, A., Lafontaine, M. F., & Bureau, J. F. (2018). Exploring the Relationship Between Child Maltreatment, Intimate Partner Violence Victimization, and Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(7), 759-776.
- Case, J. A., Burke, T. A., Siegel, D. M., Piccirillo, M. L., Alloy, L. B., & Olino, T. M. (2019). Functions of non-suicidal self-injury in late adolescence: a latent class analysis. *Archives of Suicide Research*, 1-22.
- Claes, L., & Muehlenkamp, J. J. (2014). Non-suicidal self-injury and eating disorders: Dimensions of self-harm. In *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders* (pp. 3-18). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107-118.
- Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 219-231.
- Derogatis, L. R. (2000). *BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN, USA: NCS Pearson, Inc.
- Dhingra, K., Boduszek, D., & Klonsky, E. D. (2016). Empirically derived subgroups of self-injurious thoughts and behavior: Application of latent class analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(4), 486-499.
- Dhingra, K., Boduszek, D., Palmer, D., & Shevlin, M. (2015). Psychopathy and self-injurious thoughts and behaviour: application of latent class analysis. *Journal of Mental Health*, 24(1), 4-8.
- Evren, C., & Evren, B. (2005). Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 15-22.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10(1), 5-25.
- Fitzpatrick, J., Lafontaine, M. F., Gosselin, J., Levesque, C., Bureau, J. F., & Cloutier, P. (2013). Behavioural self-soothing as a mediator of romantic attachment and non-suicidal self-injury. *The Journal of Interpersonal Relations, Intergroup Relations and Identity*, 6, 28-38.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measure of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365.
- Fung, S. C. (2008). *A case-control study of attachment style in deliberate self-harm patients: A systemic*

- perspective (Ph D diss.)*. University of Hong Kong.
- Gómez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment, 23*(3), 692-713.
- Garisch, J. A., & Wilson, M. S. (2015). Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: Cross-sectional and longitudinal survey data. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*(1), 28-39.
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory-2*. Odessa, FL: psychological assessment resources.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*(2), 15-34.
- Geiser, C. (2013). *Data analysis with Mplus (English ed.)*. New York, NY, USA: Guilford.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment, 18*(3), 375-378.
- Gratz, K. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(4), 253-263.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry, 72*(1), 128-140.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54.
- Guan, K., Fox, K. R., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 842-849.
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2014). A longitudinal person-centered examination of nonsuicidal self-injury among university students. *Journal of Youth and Adolescence, 43*(4), 671-685.
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2013). Nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A latent class analysis among young adults. *PLoS One, 8*(3), 1-7.
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2016). Nonsuicidal self-injury and suicidal risk among emerging adults. *Journal of Adolescent Health, 59*(4), 411-415.
- Hasking, P., Andrews, T., & Martin, G. (2013). The role of exposure to self-injury among peers in predicting later self-injury. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(10), 1543-1556.
- Hasking, P., Momeni, R., Swannell, S., & Chia, S. (2008). The nature and extent of non-suicidal self-injury in a non-clinical sample of young adults. *Archives of Suicide Research, 12*(3), 208-218.

- Hasking, P., & Rose, A. (2016). A preliminary application of social cognitive theory to nonsuicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(8), 1560-1574.
- Hazell, P. L., Martin, G., McGill, K., Kay, T., Wood, A., Trainor, G., & Harrington, R. (2009). Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(6), 662-670.
- Heath, N., Toste, J., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 137-156.
- Heath, N. L., Ross, S., Toste, J. R., Charlebois, A., & Nedecheva, T. (2009). Retrospective analysis of social factors and nonsuicidal self-injury among young adults. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 41(3), 180-186.
- Heilbron, N., & Prinstein, M. J. (2008). Peer influence and adolescent nonsuicidal self-injury: A theoretical review of mechanisms and moderators. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 169-177.
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455-469.
- Hix-Small, H., Duncan, T. E., Duncan, S. C., & Okut, H. (2004). A multivariate associative finite growth mixture modeling approach examining adolescent alcohol and marijuana use. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(4), 255-270.
- Hufford, M. (2007). Special methodological challenges and opportunities in Ecological Momentary Assessment. In A. Stone, S. Shiffman, A. Atienza & L. Nebling (Eds.), *The Science of Real-Time Data Capture: Self-Reports in Health Research* (pp. 54-75). New York, NY: Oxford University Press.
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 1-19.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kang, N., Jiang, Y., Ren, Y., Gong, T., Liu, X., Leung, F., & You, J. (2018). Distress intolerance mediates the relationship between child maltreatment and nonsuicidal self-injury among Chinese adolescents: a three-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(10), 2220-2230.
- Kerremans, A., Claes, L., & Bijttebier, P. (2010). Disordered eating in adolescent males and females: Associations with temperament, emotional and behavioral problems and perceived self-competence. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 955-960.
- Kiekens, G., Hasking, P., Bruffaerts, R., Claes, L., Baetens, I., Boyes, M., ... & Whitlock, J. (2017). What predicts ongoing nonsuicidal self-injury?: A comparison between persistent and ceased self-injury in emerging adults. *The*

- Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(10), 762-770.
- 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., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22-27.
- 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), 231-237.
- Knapp, M., McDavid, D., & Parsonage, M. (2011). Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. *Zorogluiew of the literature on conceptualization and intervention. Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 23-37.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 23-37.
- 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.
- Levesque, C., Lafontaine, M. F., Bureau, J. F., Cloutier, P., & Dandurand, C. (2010). The influence of romantic attachment and intimate partner violence on non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 474-483.
- Lin, M. P., You, J., Ren, Y., Wu, J. Y. W., Hu, W. H., Yen, C. F., & Zhang, X. (2017). Prevalence of nonsuicidal self-injury and its risk and protective factors among adolescents in Taiwan. *Psychiatry Research*, 255, 119-127.
- Lin, M. P., You, J., Wu, Y. W., & Jiang, Y. (2018). Depression Mediates the Relationship Between Distress Tolerance and Nonsuicidal Self Injury Among Adolescents: One Year Follow Up. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 48(5), 589-600.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, USA: Guilford.
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 51-64.
- Lloyd, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997, April). *Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional*

- prevalence rates. In annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192.
- Lundh, L., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2011). Deliberate self harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(5), 476-483.
- Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: a test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 151-160.
- Messer, J. M., & Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 162-178.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.
- Muehlenkamp, J. J., Walsh, B. W., & McDade, M. (2010). Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 306-314.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1-9.
- Muehlenkamp, J. J. & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between selfinjurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12-23.
- Muehlenkamp, J. J., & Kerr, P. L. (2010). Untangling a complex web: how non-suicidal self-injury and suicide attempts differ. *The Prevention Researcher*, 17(1), 8-11.
- Nagin, D. S. (2005) Group-Based Modeling of Development, Harvard University Press, London.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9-18). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28-38.
- Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., 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.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616-623.
- 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., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140-146.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816-827.
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., & Muthen, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling*, 14(4), 535-569.
- Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Brähler, E., Fegert, J. M., & Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of nonsuicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry*, 16(1), 353.
- Plener, P. L., & Fegert, J. M. (2012). Non-suicidal self-injury: state of the art perspective of a proposed new syndrome for DSM-5. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1-2.
- Prinstein, M. J. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 1-8.
- Prinstein, M. J., & Dodge, K. A. (Eds.). (2008). *Understanding peer influence in children and adolescents*. New York, NY, USA: Guilford Press.
- Prinstein, M. J., Guerry, J. D., Browne, C. B., & Rancourt, D. (2009). Interpersonal models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 79-98). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton University Press: Princeton, NJ. Cross Ref.
- Shenk, C. E., Noll, J. G., & Cassarly, J. A. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 335-342.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483.
- Smith, G. T., Fischer, S., Cyders, M. A., Annus, A. M., Spillane, N. S., & McCarthy, D. M. (2007). On the validity and utility of discriminating among impulsivity-like traits. *Assessment*, 14(2), 155-170.
- Sochos, A., & Tsalta, A. (2008). Depressiogenic

- cognition and insecure attachment: A motivational hypothesis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 157-170.
- Somer, O., Bildik, T., Kabukçu-Başay, B., Güngör, D., Başay, Ö., & Farmer, R. F. (2015). Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1163-1171.
- Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 409-421.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., & Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 36(7-8), 572-584.
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self injury in nonclinical samples: Systematic review, meta analysis and meta regression. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 44(3), 273-303.
- Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2015). Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. *Journal of American College Health*, 63(1), 40-48.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885-896.
- Taylor, J., Peterson, C. M., & Fischer, S. (2012). Motivations for self injury, affect, and impulsivity: A comparison of individuals with current self injury to individuals with a history of self injury. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 42(6), 602-613.
- Tuna, E., & Bozo, Ö. (2014). Exploring the link between emotional and behavioral dysregulation: A test of the emotional cascade model. *The Journal of general psychology*, 141(1), 1-17.
- Tyler, K. A., Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R., & Johnson, K. D. (2003). Self mutilation and homeless youth: The role of family abuse, street experiences, and mental disorders. *Journal of Research on Adolescence*, 13(4), 457-474.
- Vermunt, J. K. (2010). Latent class modeling with covariates: Two improved three-step approaches. *Political Analysis*, 18(4), 450-469.
- Vermunt, J. K., & Magidson, J. (2003). Latent class models for classification. *Computational Statistics & Data Analysis*, 41(3-4), 531-537.
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury:

- Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 725-735.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., ... & Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- 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.
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2012). Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychological Medicine*, 42(4), 717-726.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, 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.
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20(2), 651-671.
- You, J., Lin, M. P., & Leung, F. (2015). A longitudinal moderated mediation model of nonsuicidal self-injury among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 381-390.
- Zelkowitz, R. L., & Cole, D. A. (2014). *Assessing media and interpersonal exposure to non-suicidal self-injury: The Social Exposure to NSSI Scale*. In Abstract presented at Suicide and Self-Injury Group Data Blitz, Association for Behavioral and Cognitive Therapies Annual Meeting. Philadelphia, PA.
- Zelkowitz, R. L., Cole, D. A., Han, G. T., & Tomarken, A. J. (2016). The incremental utility of emotion regulation but not emotion reactivity in nonsuicidal self injury. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 46(5), 545-562.
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759-773.
- Zelkowitz, R. L., Porter, A. C., Heiman, E. R., & Cole, D. A. (2017). Social exposure and emotion dysregulation: Main effects in relation to nonsuicidal self-injury. *Journal of Adolescence*, 60, 94-103.
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaşcs, H. A., Ozturk, M., ... & Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation.

한국심리학회지: 상담 및 심리치료

Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57(1),
119-126.

원 고 접 수 일 : 2019. 08. 23

수정원고접수일 : 2019. 10. 22

게 재 결 정 일 : 2019. 10. 31

Latent Class Types of Adults' Nonsuicidal Self-injury: The Effect of Risk Factors on Classification and Differences in Psychological Problems

Ji Yun Kim

Dong Hun Lee

Sunkyunkwan University

The purpose of this study was to classify adults' self-injurious behavior using latent classification analysis, to identify risk factors affecting latent class, and to examine the relationship between latent class and psychological and behavioral problems. Data from 188 participants were analyzed. First, the latent class of adults' non-suicidal self-injurious behaviors was identified as mild, moderate, or severe. Further analysis revealed that risk factors affecting self-injury latent class type included the experience of child abuse, lower levels of pain tolerance, younger age, and exposure to self-injury within interpersonal relationships. Levels of depression were highest in the severe class followed by the moderate and then mild classes. The severe class also displayed higher levels of anxiety and binge eating than the moderate and mild classes. The implications and limitations of these results are discussed.

Key words : Adults, NonSuicidal Self-Injury, Latent Class Analysis, Risk Factors, Psychological and Behavioral Problems