한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2014, Vol. 33, No. 2, 299-314

외상경험자의 탄력성과 자살행동의 관계: 탄력성이 자살행동의 보호요인이 되는가?*

장 은 량 유 성 은†

충북대학교 심리학과

본 연구에서는 탄력성이 외상경험자의 자살행동을 감소시킬 수 있는 심리적 보호요인이 되는지를 알아보았다. 웹 기반 설문 조사를 완성한 1550명 중 18세 이상 60세 이하에 해당하고 일 회 이상 외상사건을 경험했다고 보고한 629명의 성인 남녀를 본 연구의 대상으로 하였다. 본 연구에서는 한국형 코너-데이비드슨 탄력성 척도(K-CD-RISC), 한국판 외상 후 스트레스 진단 척도(PDS-K), 환자건강질문지(PHQ-9), 자살생각과 자살시도 경험을 측정하였다. 다항로지스틱 중다회귀 분석 결과, 탄력성 전체점수는 교육 수준, 우울 증상, 외상 빈도, PTSD 증상과 독립적으로 자살시도와 부적인 관계를 보였으나 자살생각과는 유의한 관계가 없었다. 탄력성의 하위요인 중에는 요인 3(변화에 대한 긍정적 수용과 안정된 인간관계)만이 교육 수준, 우울 증상, 외상 빈도, PTSD 증상과 독립적으로 자살생각과 자살시도 모두와 유의하게 부적인 관계를 보였다. PTSD 증상과 자살행동의 관계에서 탄력성의 중재효과를 검증한 결과, 탄력성 전체점수는 PTSD 증상과 자살생각의 관계를 유의하게 중재하였다. 하지만, 외상경험자들의 자살생각에 대한 탄력성의 완충효과는 PTSD 증상 수준이 낮은 경우에만 작용하는 것으로 나타났다. 본 연구 결과, 탄력성 수준이 낮으면 PTSD 증상 수준과 무관하게 자살생각을 많이 보고한 반면, 탄력성이 높은 경우에는 PTSD 수준이 낮을 때에만 자살 생각을 억제하는 효과가 있었다.

주요어 : 탄력성, 외상사건, 자살생각, 자살시도, 보호요인

---

* 본 논문은 제 1저자의 석사학위 논문을 수정 보완한 것임.
본 논문은 2012년 교육부의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임.
(NRF-2012S1A6A3A01033504)

† 교신저자(Corresponding Author) : 유성은 / 충북대학교 사회과학대학 심리학과 / (361-763) 충청북도 청주시 흥덕구 내수동로 52(개신동) / Tel : 043-261-3612 / Fax : 043-269-2188 / E-mail : syou@chungbuk.ac.kr

www.kci.go.kr

자살행동은 의도적으로 자신의 삶을 끝내려는 행동으로 자살생각, 자살계획, 자살시도라는 세 가지 범주로 분류할 수 있다(Nock, Borges, Bromet, & Cha et al., 2008). 자살생각은 자신의 삶을 스스로 끝내고자 하는 생각이고 자살계획은 자살하기 위한 방법에 대한 구체적인 생각을 의미하며, 자살시도는 자살하고자 하는 의도를 갖고 자기 자신에게 신체적 해를 끼치는 행동으로 정의한다(Nock, Borges, Bromet, & Alonso et al., 2008).

외상사건의 경험은 자살행동의 강력한 위험요인이다(Nock, Borges, Bromet, & Cha et al., 2008). Stein 등(2010)의 연구에 의하면 외상사건의 경험빈도와 자살행동은 용량-반응 관계(dose-response relationship)에 있다. 즉, 외상사건의 경험빈도가 증가할수록 자살행동의 위험도가 증가한다. 하지만 외상사건의 경험과 자살행동의 관계는 외상 후 스트레스 장애(PTSD)의 맥락 내에서 이해할 필요가 있다(Stein et al., 2010; Wilcox, Storr, & Breslau, 2009). Stein 등(2010)의 연구결과, 외상사건 유형별 경험여부와 자살행동의 관계는 PTSD가 있는 경우 더 이상 유의한 관계를 보이지 않았다. 또한 PTSD는 주요 우울장애를 포함한 다른 정신과적 장애를 통제한 후에도 자살행동과 유의한 관계를 보였다(Krysinska & Lester, 2010; Wilcox, Storr, & Breslau, 2009). 이는 외상경험자들에게 있어 PTSD는 외상의 유형이나 다른 정신과적 장애의 공병과 독립적으로 이들의 자살행동을 예측하는 중요한 변인임을 시사한다.

국내 연구결과에서 한국인의 자살시도 경험과 가장 큰 관련이 있었던 DSM-IV 장애진단은 양극성 장애, 주요우울장애, 외상 후 스트레스 장애 순이었다(Jeon et al., 2010). Jeon 등(2010)의 연구에서 두 번 이상 자살시도를 한 경험이 있다고 보고한 사람은 그렇지 않은 일반인에 비해 외상 후 스트레스 장애 진단을 충족시킨 경우가 17배 이상 높게 나타났다. 하지만 인구통계학적, 정신과적 위험요인이 존재하더라도 이를 완충시켜 줄 수 있는 심리적 탄력성이 있다면 자살위험이 감소할 것인지에 대한 이해는 아직 매우 부족하다.

자살행동에 대한 완충가설(buffering hypothesis)에 의하면 보호요인은 두 가지 경우로 나누어 살펴볼 수 있다(Johnson, Wood, Gooding, Taylor, & Tarrier, 2011). 첫째, 자살행동의 위험요인과 보호요인은 독립적인 차원이라는 가정 하에, 보호요인이 위험요인과 자살행동의 관계를 중재하는 역할을 한다는 가설이다. 즉, 자살행동의 보호요인 수준이 높다면 위험요인 수준이 높아지더라도 자살 위험이 낮아진다는 것이다. 두 번째 가정은 자살행동의 위험요인과 보호요인은 단일 차원 내에서의 고저로 이해할 수 있다는 것이다. 즉, 이 경우에는 동일한 변인이 충분히 있다면 보호요인이, 부족하다면 위험요인으로 가정한다. Johnson 등(2011)은 넓은 의미에서 탄력성(Resilience)을 자살행동의 보호요인이라고 보고, 탄력성의 보호적 기능을 위의 두 가지 경우로 설명하였다.

심리학에서 '탄력성'에 대한 관심은 인간이 삶에서 역경이나 극도의 스트레스에 노출되더라도 적응적으로 살아갈 수 있다는 연구 결과들로부터 시작되었다(Stein, 2009). 하지만 역경 하에서의 적응과 관련 있는 심리적 요소들은 다양하기 때문에 이를 정의하는 것은 쉽지 않다. 탄력성은 다차원적인 심리적 개념으로(Bonanno & Mancini, 2008), 일반적으로 변화에 성공적으로 적응하는 스트레스 대처 능력(Connor, 2006), 부정적인 사건을 경험한 후 스

www.kci.go.kr

스로 회복하고 역경을 적응적으로 극복하는 능력으로 정의된다(Stein, 2009).

탄력성은 삶의 경험에 의해 생기는 인지적, 행동적, 성격적 요소들을 포함한다(Connor, 2006; Connor & Davidson, 2003). Connor와 Davidson(2003)은 요인분석 결과 탄력성이 다섯 개의 하위요인으로 구성되어 있다고 보고하였다. 이는 (1) 개인적 성취, 엄격한 기준 및 강인함(장애물이 있더라도 목표를 성취할 수 있다고 믿는 것, 실패로 인해 쉽게 낙담하지 않는 것, 자신을 강한 사람이라고 생각하는 것); (2) 자신의 능력에 대한 신뢰, 부정적인 정서에 대한 인내 및 스트레스에 대한 강인성(스트레스 상황에서도 집중력과 사고력을 유지하는 능력, 주도적인 문제해결 능력, 부정정서를 다루는 능력); (3) 변화에 대한 긍정적 수용과 안정된 인간관계; (4) 통제력; (5) 영성을 포함한다.

최근에는 탄력성이 외상을 경험한 사람들의 정신장애 발병이나 자살위험을 감소시킬 수 있는 심리적 보호요인이 될 수 있는지를 검증하는 연구들이 증가하고 있다. Roy와 그의 동료들의 연구 결과, 아동기 외상경험이 있는 물질남용환자 집단과 재소자 집단에서 자살시도 경험자들 자살시도 경험이 없는 사람들에 비해 낮은 탄력성을 보였다(Roy, Carli., & Sarchiapone, 2011; Roy, Sarchia-pone, & Carli., 2007). Nrugham, Holen과 Sund(2010)의 연구에서는 탄력성이 우울한 청소년들의 폭력외상경험과 자살시도의 관계를 중재함을 보여주었다. 구체적으로, 폭력외상경험이 있는 우울한 청소년들의 경우 탄력성이 높을 때 자살시도 빈도가 낮았다. 또한 탄력성은 전쟁경험이 있는 군인들의 자살행동, 알코올 문제, 우울증상을 감소시킨다고 보고되었다(Green, Calhoun, Dennis, & Beckham, 2010).

외상 경험자들을 대상으로 자살행동의 보호요인을 살펴본 국내 연구들은 주로 사회적 관계 및 지지체계(김재엽, 송향주, 남석인, 2008), 개인의 문제해결 능력(박경, 2005), 긍정성(안소정 등, 2013), 가족 내 탄력성(박재연, 2010) 등의 보호적 역할을 보고하였다. 또한, 자살하지 않는 이유 척도의 타당화 연구(이기원, 현명호, 이수진, 2010) 결과, 생존 및 대처신념, 가족에 대한 책임과 자녀에 대한 걱정, 낙관주의가 자살의 보호요인이 될 수 있음이 밝혀졌다. 이 중 생존 및 대처신념은 역경 하에서 적응적으로 대처할 수 있는 능력에 대한 주관적인 믿음을 의미하는데, 본 연구에서 살펴본 탄력성과 관련성이 높은 개념일 수 있다.

자살행동은 상당히 다양한 맥락 내에서 발생하기 때문에 여러 요인들을 통합적으로 살펴볼 필요가 있다. 대표적인 인구통계학적, 정신과적 위험요인으로는 성별, 연령, 교육수준, 우울증 등이 있다(Nock, Borges, Bromet, & Alonso et al., 2008). 문화에 따라 다소 다르게 나타나기도 하지만 일반적으로 여성일수록, 연령이 낮을수록, 교육수준이 낮을수록 자살행동의 빈도가 증가한다. 하지만, 이러한 위험요인들의 발생빈도가 자살행동의 발생빈도보다 훨씬 높기 때문에 예측력이 떨어진다는 문제점이 있다. 따라서 자살행동에 대한 이해를 높이기 위해서는 위험요인이 존재하는 경우 이를 완충시켜주는 보호요인의 역할을 규명하는 연구가 필요하다.

본 연구에서는 자살행동을 자살생각과 자살시도로 구분하고, 탄력성이 외상경험자의 자살생각과 자살시도에 대한 심리적 보호요인이 되는 지를 알아보았다. 앞에서 기술한 Johnson 등(2011)의 보호요인에 대한 두 가지 가정에

www.kci.go.kr

근거하여 탄력성의 기능을 살펴보았다. 본 연구의 가설은 다음과 같다. 첫째, 인구통계학적 위험요인, 외상사건의 경험빈도, 우울증상, PTSD 증상과 독립적으로 탄력성은 외상경험자들의 자살생각, 자살시도와 유의하게 부적인 관계가 있을 것이다(주효과 가설). 둘째, 탄력성은 인구통계학적 위험요인, 외상사건의 경험빈도, 우울증상을 통제한 후에도 PTSD 증상과 자살생각 및 자살시도의 관계를 중재할 것이다(상호작용효과 가설). 즉, 개인의 탄력성 수준이 높다면 외상경험자의 자살행동에 대한 강력한 위험요인인 PTSD 증상 수준이 증가하여도 자살행동의 증가를 완충시켜 줄 것이라는 가설을 검증하였다.

방 법

연구대상 및 연구절차

본 연구를 위해 국내 18세부터 60세까지의 성인 남녀를 대상으로 웹 기반 설문연구를 실시하였다. 주요한 생활사건 및 외상사건(이혼, 사별, 가족의 자살 등)을 경험하였거나 정신과적인 문제(우울, 강박, 공황, 불안, 자살 등)로 고민하는 회원들로 구성된 인터넷 카페, daum.net의 토론방에 공식허가를 얻어 웹 기반 설문을 게재하였다. 설문을 완료한 참가자에게는 설문 결과에 대한 간단한 피드백을 제공하였고 금전적인 보상은 제공하지 않았다. 자발적으로 설문을 완성한 1550명 중 응답자의 나이가 18세 미만이거나 60세 이상인 경우와 불성실한 응답은 제외하였다. 나머지 1526명 중 평생 한 번이라도 외상경험이 있다고 보고한 629명(41%)을 최종 연구대상으로 선정하여 자료를 분석하였다. 연구 대상자는 남자 83명(13.2%), 여자 545명(86.6%), 성별 무응답자 1명(0.2%)으로 평균연령은 32.12세(SD =7.9)이었다.

측정도구

한국판 코너-데이비드슨 탄력성 척도

코너-데이비드슨 탄력성 척도(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC; Connor & Davidson, 2003)는 25개의 문항으로 이루어진 자기보고식 척도로 역경에 탄력적으로 대처하는 능력을 측정한다. 각 문항이 얼마나 자신을 표현하는지에 따라 5점 척도(0-4점)로 평가하게 되어있다. 이 척도는 일반인과 정신장애 환자들을 대상으로 개발되어 신뢰도와 타당도가 검증되었고(Ahern, Kiehl, Sole, & Byers, 2006) 다섯 개의 요인으로 구성되어 있다: 개인적 성취, 엄격한 기준 및 강인함(요인 1), 자신의 능력에 대한 신뢰, 부정적인 정서에 대한 인내 및 스트레스에 대한 강인성(요인 2), 변화에 대한 긍정적 수용과 안정된 인간관계(요인 3), 통제력(요인 4), 영성의 영향(요인 5)(Connor, Davidson, & Lee, 2003). 본 연구에서는 국내에서 번안, 타당화한 한국판 코너-데이비드슨 탄력성 척도(Korean Version of the Connor-Davidson Resilience Scale, K-CD-RISC; Baek, Lee, Joo, Lee, & Choi, 2010)를 사용하였다. 한국형 코너-데이비드슨 탄력성 척도의 전체척도 신뢰도 지수(Cronbach's α)는 .93이었고(Baek, Lee, Joo, Lee, & Choi, 2010), 본 연구에서는 전체 척도가 .95, 요인 1, 요인 2, 요인 3, 요인 4, 요인 5가 각각 .90, .83, .81, .74, .44로 나타났다. 요인 5는 신뢰도 지수가 낮아 분석에서 제외하였다.

www.kci.go.kr

한국판 외상 후 스트레스 진단 척도

본 연구에서는 외상사건의 경험빈도와 외상 후 스트레스 장애 증상을 측정하기 위해 외상 후 스트레스 진단 척도(Posttraumatic stress Diagnosis Scale, PDS; Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997)를 국내에서 번안, 타당화한 한국판 외상 후 스트레스 진단 척도(Korea version of Posttraumatic stress Diagnosis Scale, PDS-K; 남보라, 권호인, 권정혜, 2010)의 일부를 사용하였다. 본 척도는 총 4개의 장으로 구성되어 있는데 본 연구에서는 1장과 3장을 사용하였다. 1장에서는 12가지의 외상사건에 대한 경험여부를 측정하고, 3장에서는 지난 1개월 동안 경험한 외상 후 스트레스 장애 증상의 빈도를 4점 척도(0-3점)로 측정한다. 남보라 등(2010)의 연구에 의하면 PDS-K 절단점이 20일 때 가장 최적의 민감도와 특이도를 보였다. 한국판 외상 후 스트레스 진단척도(PDS-K)의 신뢰도 지수(Cronbach's α)는 .95였고(남보라, 권호인, 권정혜, 2010), 본 연구에서는 .94로 나타났다.

환자건강질문지

환자건강질문지(Patient Health Questionnaire, PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001)는 DSM-IV 진단기준에 근거하여 아홉 개의 주요 우울증상을 평가하는 문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 대해 최근 2주 동안 얼마나 자주 이러한 증상을 경험했었는지를 4점 척도(0-3점)로 평정하게 되어 있다. 본 연구에서는 최홍석 등(2007)이 한국판으로 표준화한 척도를 사용하였다. 한국판 PHQ-9의 신뢰도 지수는 .85이었고, 본 연구에서는 .89로 나타났다.

자살생각과 자살시도의 측정

본 연구에서는 자살생각과 자살시도 경험을 측정하기 위해 Kessler와 Üstün(2004)이 세계보건기구(WHO) 역학조사를 위해 개발한 World Health Organization Composite International Diagnostic Interview(WHO-CIDI)의 자살행동 평가 모듈의 일부를 사용하였다. 자살생각은 “자살을 하려고 심각하게 생각해 본 적이 있습니까?”, 자살시도는 “자살을 시도했었던 적이 있습니까?”라는 문항에 ‘예’ 또는 ‘아니오’로 답하도록 하였다. Conner, Britton, Sworts와 Joiner (2007)의 연구에서 자살시도 문항은 높은 검사-재검사 신뢰도를 보였다(91.8% 일치률, Kappa =.82).

자료 분석

본 연구에서는 SPSS 18.0을 사용하여 자료를 분석하였다. 첫째, 본 연구의 가설검증에 앞서 본 연구의 주요 변인들과 자살생각, 자살시도의 관계를 알아보기 위해 다항로지스틱 단순회귀분석(Multinominal logistic regression analysis)을 실시하였다. 둘째, 탄력성의 자살행동에 대한 주효과 가설과 PTSD 증상과 자살행동의 관계에서 탄력성의 중재효과 가설 검증을 위해 위계적 다항로지스틱 중다회귀분석(Hierarchical Multinominal Logistic Regression)을 실시하였다.

결 과

인구통계학적 특성

본 연구대상자의 인구통계학적 특성에 대한

www.kci.go.kr

표 1. 인구통계학적 특성(N=629)

변인	n	%
성별		
남	83	13.2
여	545	86.6
연령대		
10대(18～19세)	27	4.3
20대(20～29세)	221	35.1
30대(30～39세)	262	41.7
40대(40～49세)	105	16.7
50대(50～59세)	14	2.2
주거상태		
혼자 살고 있음	93	14.8
가족과 살고 있음	505	80.3
친척 또는 친구와 함께 살고 있음	15	2.4
기숙사 혹은 하숙집 등 합숙시설에서 거주	14	2.2
결혼상태		
결혼한 적 없음	298	47.4
배우자가 있으며, 함께 살고 있음	236	37.5
배우자가 있으나, 함께 살고 있지 않음	23	3.7
결혼하지 않고 동거하고 있음	16	2.5
배우자와 별거 중임	13	2.1
이혼으로 배우자가 없음	33	5.2
배우자 사망으로 배우자가 없음	9	1.4
교육수준		
12년 이하	163	26.3
13년 이상	464	73.7
직업상태		
정규직 종사자	174	27.7
비정규직 종사자	110	17.5
고용주 및 자영업자	52	8.3
무직 또는 실직 상태	75	11.9
주부	118	18.8
학생	85	13.5
기타	13	2.1

www.kci.go.kr

기술통계를 표 1에 제시하였다. 외상 전체 집단에서 성별은 여자(n=545, 86.6%)가 남자(n=83, 13.2%)보다 약 7배 많았다. 평균연령은 32.12세(SD=7.99)로 18세부터 59세까지 다양한 연령층이 참여하였지만 20~30대 응답자가 가장 많았다. 응답자의 거주 지역은 서울특별시(n=191, 30.4%)와 경기도(n=114, 18.1%)순이었고 해외거주자(n=50, 7.9%)도 일부 포함되어 있었으며, 나머지는 지역별로 고른 분포를 보였다. 대부분의 응답자는 가족과 함께 산다고 보고하였고(n=505, 80.3%), 주로 결혼하지 않은 미혼이거나(n=298, 47.4%) 배우자와 함께 산다고 보고하였다(n=236, 37.5%). 교육수준은 4년제 대학 재학 및 졸업자(n=299, 47.5%)가 많았고 대부분이 고등학교 졸업 이상에 해당하였다(n=464, 73.7%). 직업 상태는 정규직 종사자(n=174, 27.7%), 주부(n=118, 18.8%), 비정규직 종사자(n=110, 17.5%)순이었다.

외상사건의 유형별 발생빈도

외상 경험자 629명 중 단일 외상사건 경험자는 337명(53.6%)이었고 두 가지 이상의 외상사건을 경험했다고 보고한 응답자는 292명(49.4%)이었다. 그 중 가장 많이 보고한 외상사건의 유형은 18세 이전에 5살 연상인 사람에 의한 성적인 접촉(n=271, 43.1%)이었다. 다음으로 가족 혹은 아는 사람으로 부터 당한 성과 관련되지 않은 폭행(n=175, 27.8%), 가족이나 아는 사람으로 부터 당한 성폭행(n=122, 19.4%), 심한 사고 · 화재 혹은 폭발(n=109, 17.3%), 생명을 위협하는 질병(n=90, 14.3%), 낯선 사람에게 당한 성폭행(n=85, 13.5%), 낯선 사람으로 부터 당한 성과 관련되지 않은 폭행(n=71, 11.3%), 자연재해(n=46, 7.3%), 감금(n=21, 3.3%), 고문(n=12, 1.9%), 전투 혹은 전쟁(n=8, 1.3%)순으로 나타났다. 기타 외상사건으로는 가까운 사람의 죽음, 이혼, 배우자의 외도, 부모의 정서적 학대(방치 등), 이성과의 이별, 언어적 폭력, 왕따 등이 있었다.

자살생각과 자살시도에 대한 다항로지스틱 단순회귀분석 결과

본 연구에서는 자살생각과 자살시도를 평생 한 번도 해 본 적이 없는 사람들을 준거집단으로, 자살생각은 해 보았으나 자살시도는 해 본 적이 없는 사람들을 자살생각 집단으로, 자살생각과 자살시도를 모두 해 본 적이 있는 사람들을 자살시도 집단으로 구분하였다. 즉, 세 개의 상호 배제적인 집단으로 구성된 다항변인을 연구의 종속변인으로 사용하였다. 자살 문항에 응답하지 않은 12명을 제외하고, 외상을 경험한 617명 중 228명(37.0%)은 자살생각과 자살시도 모두를 경험해 본 적이 없는 준거집단으로, 223명(36.1%)은 자살생각 집단으로, 166명(26.9%)은 자살시도 집단으로 분류되었다.

다항로지스틱 단순회귀분석 결과 인구통계학적 변인 중에는 교육수준만이 자살생각과 자살시도에 유의한 관계를 보였다. 교육수준이 13년 이상인 경우, 12년 이하인 경우보다 자살생각과 자살시도를 더 적게 한 것으로 나타났다. 연령과 성별은 외상경험자의 자살생각, 자살시도와 유의한 관계를 보이지 않았다. 이는 본 연구대상의 대다수가 여성(86.6%)이었다는 점과 20대에서 40대의 성인이 전체의 90%이상이었기 때문에 나타난 현상일 수 있다. 예상한 바와 같이 우울 수준이 높을수록,

www.kci.go.kr

표 2. 자살생각(n=223)과 자살시도(n=166)에 대한 다항로지스틱 단순회귀분석 결과

	자살생각		자살시도	
	OR	95% CI	OR	95% CI
인구통계학적 변인				
연령	1.00	.97, 1.02	.98	.96, 1.01
성별				
남	1.03	.59, 1.78	1.15	.64, 2.06
여	1.00		1.00	
교육상태				
13년 이상	.50**	.32, .79	.40***	.25, .63
12년 이하	1.00		1.00	
우울증상[a]	1.08***	1.05, 1.12	1.15***	1.11, 1.19
외상빈도	1.43***	1.18, 1.73	1.61***	1.32, 1.97
PTSD[b]	1.06***	1.04, 1.07	1.08***	1.06, 1.10
탄력성[c]	.98***	.97, .99	.96***	.95, .97
요인 1[d]	.96**	.94, .99	.93***	.90, .95
요인 2[e]	.95**	.92, .98	.89***	.86, .93
요인 3[f]	.89***	.85, .94	.82***	.78, .87
요인 4[g]	.86***	.81, .92	.78***	.72, .84

주. [a]환자건강질문지(PHQ-9)로 측정한 우울증상 심각도; [b]한국판 외상 후 스트레스 척도(PDS-K)로 측정한 외상 후 스트레스(PTSD) 증상 심각도; [c]한국판 코너-데이비드슨 탄력성 척도로 측정한 탄력성 전체점수; [d]탄력성 요인 1=개인적 성취, 엄격한 기준 및 강인함; [e]탄력성 요인 2=자신의 능력에 대한 신뢰, 부정적인 정서에 대한 인내 및 스트레스에 대한 강인성; [f]탄력성 요인 3=변화에 대한 긍정적 수용과 안정된 인간관계; [g]탄력성 요인 4=통제력.

OR=Odds Ratio; CI=Confidence Interval; **p<.01. ***p<.001.

외상경험 빈도가 높을수록, PTSD 증상 수준이 심각할수록 자살생각과 자살시도를 더 많이 한 것으로 나타났다. 또한, 탄력성 전체 점수와 하위 네 요인 모두 자살생각, 자살시도와 유의하게 부적인 관계를 보였다. 다항로지스틱 단순회귀분석 결과를 표 2에 제시하였다.

자살생각과 자살시도에 대한 위계적 다항로지스틱 중다회귀분석 결과

탄력성의 주효과 가설과 상호작용 효과 가설을 검증하기 위해 위계적 다항로지스틱 중다회귀분석을 실시하였다. 위에서 실시한 다항로지스틱 단순회귀분석과 동일하게 준거집

www.kci.go.kr

표 3. 자살생각(n=223)과 자살시도(n=166)에 대한 위계적 다항로지스틱 중다회귀분석 결과

	자살생각		자살시도				
	OR	95% CI	OR	95% CI	χ^2	*df*	$\Delta\chi^2$
			탄력성 전체점수를 중심으로				
1단계					124.31***	10	
교육수준							
13년 이상	.62*	.38, .99	.56*	.33, .94			
12년 이하	1.00		1.00				
우울증상[a]	1.02	.98, 1.06	1.04	.99, 1.09			
외상빈도	1.32**	1.08, 1.61	1.44**	1.16, 1.79			
PTSD[b]	1.04**	1.02, 1.06	1.05***	1.03, 1.08			
탄력성[c]	.99	.98, 1.00	.98*	.97, 1.00			
2단계					130.41***	12	6.1*
PTSD × 탄력성	1.00*	1.00, 1.00	1.00	1.00, 1.00			
			탄력성 요인점수를 중심으로				
1단계					135.30***	16	
교육수준							
13년 이상	.59*	.37, .96	.52*	.31, .90			
12년 이하	1.00		1.00				
우울증상[a]	1.02	.97, 1.06	1.03	.99, 1.08			
외상빈도	1.35**	1.11, 1.65	1.49***	1.20, 1.85			
PTSD[b]	1.03**	1.01, 1.06	1.05***	1.02, 1.07			
탄력성							
요인1[d]	1.04	.99, 1.10	1.07*	1.01, 1.13			
요인2[e]	1.01	.95, 1.08	.97	.91, 1.04			
요인3[f]	.92*	.85, 1.00	.90*	.82, .98			
요인4[g]	.92	.82, 1.03	.90	.79, 1.02			
2단계					150.64***	24	15.34†
PTSD × 요인1	1.00	.99, 1.00	1.00	.99, 1.00			
PTSD × 요인2	1.01	1.00, 1.01	1.01*	1.00, 1.01			
PTSD × 요인3	1.01	1.00, 1.01	1.00	1.00, 1.01			
PTSD × 요인4	1.00	.99, 1.01	1.00	.99, 1.01			

주. [a]환자건강질문지(PHQ-9)로 측정한 우울증상 심각도; [b]한국판 외상 후 스트레스 척도(PDS-K)로 측정한 외상 후 스트레스(PTSD) 증상 심각도; [c]한국판 코너-데이비드슨 탄력성 척도로 측정한 탄력성 전체점수; [d]탄력성 요인 1 = 개인적 성취, 엄격한 기준 및 강인함; [e]탄력성 요인 2 = 자신의 능력에 대한 신뢰, 부정적인 정서에 대한 인내 및 스트레스에 대한 강인성; [f]탄력성 요인 3 = 변화에 대한 긍정적 수용과 안정된 인간관계; [g]탄력성 요인 4 = 통제력.

OR=Odds Ratio; CI=Confidence Interval; †p=.053. *p<.05. **p<.01. ***p<.001.

www.kci.go.kr

단, 자살생각 집단, 자살시도 집단의 상호배제적인 세 개의 집단으로 구성된 다항변인을 분석의 종속변인으로 사용하였다. 다항로지스틱 단순회귀분석 결과 자살생각, 자살시도와 통계적으로 유의한 관계가 없었던 연령, 성별은 위계적 다항로지스틱 중다회귀분석에서 제외하였다. 다중공선성 문제를 해결하기 위해 회귀분석에 사용된 상호작용 항은 각 독립측정치를 표준화(centering) 한 후 산출하였다.

먼저, 탄력성과 교육수준, 우울 증상, 외상 빈도, PTSD 증상을 모두 함께 투입하여 탄력성이 인구통계학적, 정신과적 위험요인과 독립적으로 자살행동과 관련이 있는지를 알아보는 주효과 가설을 검증하였다. 다음으로, 변인들의 주효과를 통제한 이후 탄력성과 PTSD 증상의 상호작용 효과 가설을 검증하였다.

표 3에 제시된 주효과 가설 검증 결과는 다음과 같다. 교육수준, 우울 증상, 외상 빈도, PTSD 증상과 동시에 탄력성 전체점수를 회귀분석에 투입한 결과 탄력성은 자살시도와 부적으로 유의한 관계를 보였으나, OR=.98, 95% CI=.97-1.00, $p<.05$, 자살생각과는 통계적으로 유의한 관계를 보이지 않았다, OR=.99, 95% CI=.98-1.00, *n.s.*. 탄력성의 하위요인 중에는 변화에 대한 긍정적 수용과 안정된 인간관계(요인 3)만이 위험요인들과 독립적으로 자살생각, OR=.92, 95% CI=85-1.00, $p<.05$, 자살시도, OR=.90, 95% CI=.82-.98, $p<.05$, 모두와 부적으로 유의한 관계를 보였다. 예상과 다르게 교육수준, 우울 증상, 외상 빈도, PTSD 증상, 탄력성의 네 가지 요인들을 동시에 회귀분석에 투입했을 때에는 개인적 성취, 엄격한 기준 및 강인함(요인 1)이 자살시도와 오히려 정적인 관계를 보였다, OR=1.07, 95% CI=1.01-1.13, $p<.05$. 따라서 본 연구의 주효과 가설은 부분적으로 지지되었다.

다음으로 주효과를 통제 한 후 탄력성과 PTSD 증상의 상호작용 효과를 검증한 결과는 다음과 같다. PTSD 증상과 탄력성 전체점수는 자살생각에 대해 유의한 상호작용 효과를 보였다, OR=1.00, 95% CI=1.00-1.00, $p<.05$. 단계별 우도비(Likelihood ratio) 검증 결과 탄력성 전체점수와 PTSD 증상과의 상호작용은 설명력을 유의하게 증가시키는 것으로 나타났다, $\Delta\chi^2(2, N=617)=6.10$, $p<.05$. 반면, 우도비 검증 결과 탄력성의 하위요인들과 PTSD 증상의 상호작용 단계에서는 Chi-square 변화량의 유의도가 $p=.053$으로 통계적으로 유의하지 않았다. 즉, 2단계 요인별 상호작용이 유의하게 설명력을 증가시키지는 못하는 것으로 나타났다.

탄력성 수준에 따른 PTSD 증상과 자살생각의 관계

자살생각에 대한 탄력성 전체점수와 PTSD 증상의 상호작용 효과를 구체적으로 살펴보았다. 이를 위해 탄력성 수준에 따라 집단을 나누고 집단 별로 PTSD 증상 심각도가 높은 경우(PDS-K 절단점 20점 이상)와 낮은 경우(PDS-K 절단점 20점 미만)의 자살생각률을 비교하였다. 탄력성 평균에서 1 표준편차 이상 점수를 얻은 경우 탄력성이 높은 집단으로, 탄력성 평균에서 1 표준편차 이하 점수를 얻은 경우를 탄력성이 낮은 집단으로 구분하였다.

그림 1에 제시된 바와 같이 탄력성 수준이 높은 집단의 경우 PTSD 증상 심각도 수준이 높은 집단(PDS-K 20점 이상)이 PTSD 증상 심각도 수준이 낮은 집단(PDS-K 20점 미만)에 비해 자살생각률이 유의하게 높았다, $\chi^2(1,$

www.kci.go.kr

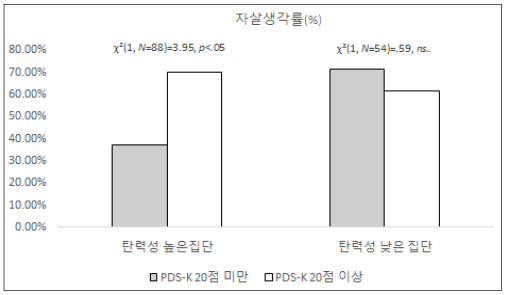

그림 1. 탄력성 전체점수 집단별 PTSD 증상 심각도와 자살생각

N=88)=3.95, p<.05. 반면, 탄력성 수준이 낮은 집단의 경우 PTSD 증상 심각도 수준에 따라 자살생각률이 다르게 나타나지 않았다, χ^2 (1, N=54)=.59, *n.s.*. 이와 같은 결과는 탄력성 수준이 높은 경우 PTSD 증상 수준이 높을 때 자살생각에 대한 완충효과를 보일 것이라는 본 연구의 가설보다는, 탄력성 수준이 낮은 경우 PTSD 증상 수준이 낮아도 자살생각 위험이 높아질 가능성을 지지한다.

논 의

외상경험은 개인의 정신질환과 자살행동의 위험을 증가시키는 중요한 환경적 요인이다. 본 연구에서는 탄력성이 외상경험자들의 자살행동에 대한 보호요인이 되는지를 알아보았다. 탄력성의 주효과 분석 결과, 탄력성은 인구통계학적 위험요인, 우울증상, 외상사건 경험빈도, PTSD 증상과 같은 위험요인들을 통제한 후에도 외상경험자의 자살시도와 유의한 관계를 보였지만, 자살생각과는 유의한 관계를 보이지 않았다. 탄력성의 네 가지 하위요인과 자살생각 및 시도와의 관계를 살펴본 결과, 변화에 대한 긍정적 수용과 안정된 인간관계(요인 3)만이 위험요인을 통제한 후에도 외상경험자들의 자살생각, 자살시도 모두와 유의하게 부적인 관계를 보였다. 따라서 본 연구의 주효과 가설은 부분적으로 지지되었다.

본 연구의 상호작용효과 가설, 즉 탄력성의 완충가설도 부분적으로만 지지되었다. 연구결과, 탄력성 전체점수와 PTSD 증상의 상호작용은 외상경험자들의 자살생각을 유의하게 설명해 주었지만, 이들의 자살시도와는 유의한 관계가 없었다. 탄력성의 자살생각에 대한 완충효과를 구체적으로 살펴본 결과, 탄력성 수준이 낮으면 PTSD 증상 수준과 무관하게 자살생각을 많이 보고하였다. 반면, 탄력성이 높은 경우에는 PTSD 수준이 낮을 때만 자살 생각을 억제하는 효과가 있었다. 즉, 외상경험자들의 자살생각에 대한 탄력성의 완충효과는 PTSD 증상 수준이 낮은 경우에만 작용하는 것으로 나타났다.

탄력성의 세부 요인과 자살행동의 관계에서는 변화에 대한 긍정적인 수용능력과 안정적인 인간관계의 유지능력(요인 3)이 외상경험자의 자살행동을 보호해 주는 가장 안정적인 탄력성 변인으로 밝혀졌다. 자살행동의 보호요인을 살펴본 국내 연구들에서는 사회적 관계(김재엽, 송향주, 남석인, 2008; 박경, 2005), 가족관계(박재연, 2010), 긍정성(안소정 등, 2013) 등이 자살행동의 보호요인이 됨을 보여주었는데, 이는 본 연구에서 밝혀진 인간관계 능력과 긍정적 수용이 자살행동의 중요한 보호요인이 된다는 결과와 일치하는 결과라고 볼 수 있다.

개인적 성취에 대한 노력수준이 높고 목표에 대한 높은 기준을 가지고 있으며 스스로 강인한 사람이라고 지각하는 경우(요인 1) 예상 밖의 결과가 나타났다. 단순회귀 분석결과

www.kci.go.kr

에서는 자살생각, 자살시도 모두와 부적으로 유의한 관계를 보였지만 우울, PTSD 증상 등과 같은 자살의 위험요인 및 탄력성의 다른 측면들과 함께 고려해 보았을 때에는 이와 같은 강인한 특성이 오히려 외상경험자들의 자살시도 가능성을 증가시켰다. 이와 같은 결과는 목표의식을 가지고 최선을 다하는 강인한 특성은 경우에 따라서 자살시도의 위험요인이 될 수도 있을 가능성이 시사되는데, 이에 대한 기제는 불명확하다. 한 가지 잠재적 가설은 요인 1에서 측정하는 특성들과 자살행동의 관계를 중재하는 제 3의 변인이 존재할 가능성이다. 예를 들어, 역기능적인 완벽주의나 통제력 등을 생각해 볼 수 있다. 다른 가능성은 목표지향적인 강인함이 특정 유형의 자살시도, 즉 계획적인 자살시도와 관련되어 있을 가능성이다. 요인 1에서 측정하는 성격적 특성의 양면성에 대한 추후 연구가 필요한 것으로 보인다.

종합해 보면, 본 연구에서 살펴본 자살행동에 대한 탄력성의 보호 효과는 부분적으로만 지지되었다. 즉, 외상경험자들의 자살생각은 탄력성과 PTSD의 상호작용만이 자살시도는 탄력성의 주효과만이 유의하였다. 이와 같은 결과를 탄력성이 외상경험자들의 자살생각을 완충하는 효과는 있지만 자살시도를 완충하지는 못한다고 결론 내리기는 아직 이르다. 본 연구에서 측정한 탄력성이라는 개념을 살펴보면, 그 안에 상당히 다양한 요소들을 포함하고 있을 뿐 아니라 하나의 요인 내에서도 여러 가지 요인들이 복합적으로 포함되어 있음을 알 수 있다. 본 연구에서는 예상과 달리 탄력성의 일부 요인이 자살시도에 역기능적으로 작용할 수도 있음을 보여주었다.

코너-데이비드슨 탄력성 척도는 여러 나라에서 번안되어 사용되고 있고 척도의 신뢰도는 상당히 양호하지만, 문화나 연구대상에 따라 하위 요인구조는 안정적이지 못하다는 제한점이 있다(CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE website, 2013). 국내에서 실시된 두 개의 요인분석 결과도 연구대상자에 따라 상이하게 나타났다(Baek, Lee, Joo, Lee, & Choi, 2010; Jung et al., 2012). 이는 탄력성이라는 심리적 개념이 연령, 성별, 집단에 따라 서로 다른 요인들을 포함할 가능성을 내포하며, 이에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 보인다.

본 연구는 외상경험자들의 자살행동을 이해하는 데 있어 인구통계학적, 정신과적 위험요인들과 함께 탄력성이라는 심리적 보호요인을 동시에 살펴보았다는 장점이 있다. 하지만, 본 연구의 결과는 다소 조심스럽게 해석될 필요가 있다. 첫째, 본 연구의 참여자의 대부분이 20대에서 30대 여성이었다는 점을 고려해 볼 때 본 연구의 결과를 남성이나 다른 연령층의 남녀에게까지 일반화 할 수 있는지 불명확하다. 특히, 본 연구대상자들이 가장 많이 보고한 외상사건이 대인관계 외상사건이었다는 점을 고려해 볼 때, 변화에 대한 긍정적 수용과 안정된 인간관계가 상대적으로 중요한 보호요인이라는 본 연구의 결과가 대인관계 외상 경험이 있는 20-30대 여성에게 국한된 것일 가능성도 배제할 수는 없다. 둘째, 탄력성을 측정한 시점이 이미 외상을 경험한 이후이기 때문에 기저의 탄력성을 측정하였다고 보기 어렵다. 즉, 외상과 같은 역경을 극복함으로써 더욱 증진된 탄력성을 측정하였을 가능성을 배제할 수 없다. 셋째, 본 연구에서는 웹 기반 설문조사를 통해 자살생각과 시도 경험의 유무만을 측정하였기 때문에, 탄력성과 자살생각의 심각도의 관계를 규명하지는 못했다는

www.kci.go.kr

제한점이 있다.

마지막으로, 본 연구에 참여한 외상사건 경험자 중 28.3%가 자살시도를 해 본 적이 있고, 62.2%는 시도는 해보지 않았으나 심각하게 자살에 대해 생각해 보았다고 보고하였는데, 이는 일반인의 9.2%가 자살생각을, 3.1%가 자살시도를 보고했다는 WHO의 역학조사 결과(Nock, Borges, Bromet, & Alonso et al., 2008)와 비교해 볼 때 훨씬 높은 수치이다. 이와 같은 결과는 본 연구대상자의 대부분이 외상을 경험한 여성이라는 점을 감안해 보더라도 매우 높은 수치이다. 특히, 임상군이 아닌 인터넷에서 표집한 일반 성인집단에서 이처럼 높은 자살행동이 보고되었다는 점은 주목할 만하다. 이는 국내 외상경험자들의 자살행동의 방지를 위한 예방적 개입이 매우 중요함을 보여주는 결과이다. 본 연구의 결과는 외상경험이 있는 성인여성들의 경우 PTSD에 대한 스크리닝과 치료가 필수적임을 시사한다. 또한, 탄력성 증진을 위한 수용기반 치료나 대인관계에 초점을 둔 심리사회적 개입도 자살위험을 감소시킬 수 있는 치료적 선택이 될 수 있음을 보여준다.

참고문헌

김재엽, 송향주, 남석인 (2008). 가정폭력 치료 프로그램 이수자의 재폭력이 피해자의 자살생각에 미치는 영향 분석: 스트레스와 사회활동의 매개효과를 중심으로. 한국사회복지조사연구, 19, 321-347.

남보라, 권호인, 권정혜 (2010). 한국판 외상 후 스트레스 진단 척도의 신뢰도 및 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 29(1), 147-167.

박 경 (2005). 청소년의 아동기 학대경험과 자살생각간의 관계에서 문제해결과 사회적 지지의 중재효과. 한국심리학회지: 학교, 2(2), 131-147.

박재연 (2010). 학교폭력이 청소년 우울 및 자살에 미치는 영향에서 탄력성의 매개효과: 성별차이를 중심으로. 사회복지연구, 41(1), 245-375.

안소정, 박은희, 홍현주, 송정은, 육기환, 김소은 (2013). 청소년 우울증환자에서 자살시도의 보호요인으로서 회복 탄력성의 역할. 한국심리학회지: 임상, 32(2), 351-366.

이기원, 현명호, 이수진 (2010). 자살하지 않는 이유 척도(The Reasons Living Inventory)의 타당도 연구. 한국심리학회지: 건강, 15(2), 227-242.

최홍석, 최지호, 박기호, 주규진, 가혁, 고희정, 김성열 (2007). 주요우울장애의 선별 도구로서 한국판 Patient Health Questionnaire-9의 표준화. 가정의학회지, 28(2), 114-119.

Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 29,* 103-125.

Baek, H. S., Lee, K. U., Joo, E. J., Lee, M. Y., & Choi, K. S. (2010). Reliability and validity of the Korean version of the Connor-Davidson resilience scale. *Psychiatry Investigation, 7,* 109-115.

Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of extreme adversity. *Pediatrics, 121,* 369-375.

CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE website. (2013). http://www.connordavidson-

www.kci.go.kr

resiliencescale.com/에서 2013, 11, 9 인출.

Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 67,* 46-49.

Conner, K. R., Britton, P. C., Sworts, L. M., & Joiner, T. E. (2007). Suicide attempts among individuals with opiate dependence: The critical role of belonging. *Addictive Behaviors, 32*, 1395-1404.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale(CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18,* 76-82.

Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9,* 445-451.

Green, K. T., Calhoun, P. S., Dennis, M. F., & Beckham, J. C. (2010). Exploration of the Resilience Construct in Posttraumatic Stress Disorder Severity and Functional Correlates in Military Combat Veterans Who Have Served Since September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry, 71,* 823-830.

Jeon, H. J., Lee, J. Y., Lee, Y. M., Hong, J. P., Won, S. H., Cho, S. J., ... & Cho, M. J. (2010). Lifetime prevalence and correlates of suicidal ideation, plan, and single and multiple attempts in a Korean nationwide study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198,* 643-646.

Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review, 31,* 563-591.

Jung, Y. E., Min, J. A., Shin, A. Y., Han, S. Y., Lee, K. U., Kim, T. S., ... & Chae, J. H. (2012). The Korean Version of the Connor-Davidson Resilience Scale: An extended validation. *Stress and Health, 28,* 319-326.

Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health(WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview(CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13,* 93-121.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16,* 606-613.

Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Archives of Suicide Research, 14,* 1-23.

Nock, M. K., Borges, G.., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kesslerand, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews, 30,* 133-154.

Nock, M. K., Borges, G. Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M. Beautrais, A., ... & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts. *The British Journal of Psychiatry, 192,* 98-105.

Nrugham, L., Holen, A., & Sund, A. M. (2010). Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198,* 131-136.

Roy, A., Carli, V., & Sarchiapone, M. (2011).

www.kci.go.kr

Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of Affective Disorders, 133,* 591-594.

Roy, A., Sarchiapone, M., & Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempters, *Archives of Suicide Research, 11,* 265-269.

Stein, D. J., (2009). The psychobiology of resilience. *CNS Spectrums, 14,* 41-47.

Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., ... & Nock, M. K. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: Findings from the WHO world mental health surveys. *PLoS ONE, 5*, e10574.

Wilcox, H. C., Storr, C. L., & Breslau, N. (2009). Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban American young adults. *Archives of General Psychiatry,* 66, 305-311.

원고접수일 : 2013. 11. 10.
수정원고접수일 : 2014. 12. 17.
게재결정일 : 2014. 05. 07.

www.kci.go.kr

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2014, Vol. 33, No. 2, 299-314

Resilience and Suicidal Behavior in Adults with Traumatic Life Events: Is Resilience a Protective Factor for Suicidal Behavior?

Eun Ryang Chang **Sungeun You**

Department of Psychology, Chungbuk National University

The primary goal of the study was to examine the question of whether the resilience would reduce the risk for suicidal behavior among adults with history of traumatic life events. Out of 1550 participants who completed a web-based survey, the study included 629 adults ages 18 to 60 who reported having experienced at least one traumatic life event. All participants completed the Korean version of the Connor-Davidson Resilience Scale (K-CD-RISC), Posttraumatic stress Diagnosis Scale (PDS-K), and Patient Health Questionnaire (PHQ-9), with responses to questions about lifetime history of suicidal ideation and attempt. Results of multinominal logistic regression analysis showed that after controlling for sociodemographic factors, frequency of traumatic life events, PTSD and depressive symptoms, the total score on the Connor-Davidson Resilience Scale (K-CD-RISC) was negatively associated with lifetime history of suicide attempt but not with lifetime history of suicide ideation. Among four subfactors of the K-CD-RISC, positive acceptance of change and secure relationships (factor 3) was the only subfactor predicting both suicidal ideation and attempt after adjusting for risk factors. Resilience measured by the total score on the K-CD-RISC showed the moderating effect in the relationship between PTSD symptoms and suicidal ideation. However, the buffering effect of resilience did not exist when PTSD symptom level was high. Specifically, individuals with low resilience were more likely to report suicidal ideation regardless of the level of PTSD symptoms while those with high resilience were less likely to report suicidal ideation only when PTSD symptom level was low.

Key words : resilience, traumatic life events, suicidal ideation, suicide attempt, protective factor

www.kci.go.kr