

MMPI-2-RF 척도로 본 대학생 자살 위험군의 심리적 특성

문 경 주
마음사랑
연구소

이 주 영[†]
동덕여자대학교
아동학과

허 자 영
서강대학교
학생생활상담연구소

본 연구에서는 대학생 자살 위험군의 심리적 특성을 MMPI-2-RF 척도로 알아보고자 하였다. 서울 지역의 4개 대학에 재학 중인 대학생들 중 상담센터에 내방하여 상담을 신청한 204명 중에서 BSS 척도로 자살 생각이 있는 위험군 85명을 선정하였다. 성별의 효과를 통제한 이후 MMPI-2-RF 상위차원 척도와 재구성 임상 척도, 내재화 척도, 대인관계 척도가 자살 위험성에 대한 설명력을 지니는지 확인하기 위해 각각 위계적 회귀분석을 수행하였다. MMPI-2-RF 척도들은 자살 위험성을 예측하는데 유의한 설명력을 지녔으며, 특히 정신적 고통의 정도(EID)와 정신적 고통을 감당하지 못하고 행동화하거나 충동적으로 행동하는 경향성(BXD)이 중요한 심리적 특성인 것으로 확인되었다. 본 연구 결과의 임상적 시사점 및 제한점을 논의하였다.

주요어 : 자살 위험군, MMPI-2-RF 척도, 자살 생각, 정서적/내재화 문제, 행동적/외현화 문제

† 교신저자(Corresponding Author) : 이주영 / 동덕여자대학교 아동학과 / (136-714) 서울시 성북구 화랑로 13길 60 / Tel : 02-940-4498 / Fax : 02-940-4490 / E-mail : jylee7694@dongduk.ac.kr

한국 사회에서 자살은 매우 심각한 사회 문제로 대두되고 있다. 한국의 자살률은 해마다 증가하여 2003년에는 10만 명당 20명을 넘어섰으며, 2009년에는 10만 명당 30명을 넘어섰다. 통계청(2014)의 최신 자료에 근거하면, 2010년에는 자살로 인한 사망률이 10만 명당 31.2명이었으며, 2011년 31.7명, 2012년 28.1명, 2013년 28.5명으로 나타났다. 특히, 20대의 경우 사망원인 1위가 자살로 보고되어 그 심각성을 더하고 있다(통계청, 2014). 20~24세의 연령대에서 자살로 인한 사망자의 비율은 10만 명당 18.3명(2010년), 17.7명(2011년), 14.9명(2012년), 14.5명(2013년)이었으며, 25~29세의 연령대에서는 29.3명(2010년), 30.1명(2011년), 23.9명(2012년), 21.7명(2013년)으로 나타났다. 실제 자살을 이끄는 주요 원인 중 하나인 자살 생각의 경우, 만 19세 이상의 자살생각률, 즉 최근 1년동안 진지하게 자살을 생각한 적이 있는 사람의 비율은 전체 4.6%(남자 3.5%, 여자 5.7%)로 나타나 100명중 4-5명이 1년 안에 자살생각을 심각하게 했었던 것으로 보고되었다(보건복지부, 2014). 대학생을 대상으로 한 노명선 등(2007)의 연구에 따르면 한 달 이내에 자살 생각을 한 비율이 6.7%, 자살 계획은 0.5%, 자살 시도는 0.1%로 나타났다. 과거에 자살 생각을 했던 적이 있다고 응답한 대학생은 39.2%였고, 자살 계획을 세운 적이 있다고 보고한 학생은 4.7%, 자살 시도를 했다는 학생은 3.0%였다. 교육과학기술부(2011)가 경찰청의 협조를 받아 제공한 최근 9년간 대학생 자살 통계에 따르면 2001년부터 2009년까지 총 2,074명의 대학생이 자살을 하였으며, 연간 평균 230명이 자살을 한 것으로 집계되었다.

이와 같은 높은 자살률 및 자살 위험성으로

인해 대학들에서는 자살 예방 및 개입을 위해서 많은 노력을 기울이고 있으며, 자살 위험성을 정확하게 평가하고자 하는 많은 시도들을 해오고 있다. 하지만 자살 위험성의 평가는 쉽지 않은 문제이며, 특히 자살 시도 또는 자살로 인한 죽음의 가능성을 정확하게 예측하는 것은 매우 어려운 문제가 될 수밖에 없다(Nock et al., 2008). 따라서 자살 위험성을 평가할 때 자살 시도와 같은 매우 극심하고 임박한 위험에 처한 사람에 초점을 두기보다 장기적인 위험 요소까지를 포괄하여 위험군을 확인하고자 하는 것이 보다 현실적일 수 있다. 이를 위해서는 자살 위험성의 평가 및 개입 전략에 관한 경험적인 이론들과 현재까지 밝혀진 자살에 대한 위험 요인들을 최대한 활용하는 것이 필요하다(Ribeiro, Bodell, Hames, Hagan, & Joiner, 2013).

Ribeiro 등(2013)은 자살 행동과 관련된 최근의 이론들 중 도피 이론(escape theory), 절망감 이론(hopelessness theory), 정신적 통증 이론(Psychache theory), 대인관계 이론(interpersonal theory)의 공통점으로 자살하고 싶은 마음이 일차적으로 정신적 고통(mental pain)에서 기인된다고 지적하였다. 정신적 고통은 우울이나 불안과는 구별되는 주관적인 경험으로 자기(self)가 부정적으로 변화되는 것에 대한 인식과 이에 수반된 부정적인 감정으로 특징화될 수 있다(Orbach, Mikulincer, Sirota, & Gilboa-Schechtman, 2003). 정신적 통증 이론(Shneidman, 1993)과 대인관계 이론(Joiner, 2005)에서는 정신적 고통이 좌절된 욕구에서 기인된다고 개념화하는 한편, 도피 이론(Baumeister, 1990)에서는 정신적 고통이 자기 비난에서 생기는 부정적인 감정에 의해 유발되고 절망감 이론(Beck, Brown, & Steer, 1989)에서는 부정적 감

정, 즉 정신적 고통을 유발하는 절망적인 인지양식이 자살하고 싶은 마음으로 연결된다고 주장하고 있다. 각 이론들마다 정신적 고통이 생기는 이유에 대해서는 서로 다른 요인들을 강조하고 있지만 궁극적으로 자살하고 싶은 마음이 정신적 고통에서 생긴다는 점에서는 일치한다(Ribeiro et al., 2013).

Packman, Marlitt, Bongar와 Pennuto(2004)는 정신적 고통의 정도가 자살 위험성과 직접적인 관련이 있지만, 자살 위험성은 개인 내적인 특성과 대인관계적 특성을 포괄적으로 평가할 때에 이해될 수 있음을 지적하고 있다. 개인 내적인 특성으로 중요하게 거론되는 것은 우울, 불안, 성격장애, 약물남용 등의 임상적 진단이다(Packman et al., 2004). 주요 우울 장애나 양극성 장애와 같은 정동 장애 뿐 아니라 약물남용이나 섭식 장애도 자살 위험성과 관련이 높은 것으로 밝혀져 왔으며, 조현병, 경계선적 성격장애, 반사회적 성격장애 등에서도 자살 위험성은 높게 나타난다(Anderson, Howard, Walker, & Suchinsky, 1995; Bongar, 2002, Henriksson et al., 1993; Paris & Zweig-Frank, 2001; Tanney, 1992). 특히 경계선적 성격장애 혹은 약물남용 장애에서 자살율이 높게 나타나는 것은 이들 장애가 충동성 및 정서조절의 문제와 관련되기 때문일 수 있다(Packman et al., 2004). Joiner, Walker, Rudd와 Jobes(1999)는 충동적인 행동 스타일이 자살 시도의 위험성을 증가시킬 수 있음을 지적하였으며, 경험적 연구들에서도 충동성과 자살 시도간의 관련성이 보고되었다(하정희, 안성희, 2008; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Pfeffer, Hurt, Peskin, & Siefker, 1995). 최근 대인관계-심리학적 이론에서도 정서조절의 역할은 주목받고 있는데, 부정적인 정서를 감소시키

기 위해 성급하고 충동적으로 행동하는 경향이 자살 위험성과 관련됨이 확인되었다(김보미, 유성은, 2012; Anestis & Joiner, 2011).

한편, 자살 위험성과 관련되는 대인관계적 특성으로는 사회적 지지망, 소속감 등이 중요하게 거론된다(Packman et al., 2004). 사회적 지지망은 정서적 지지 및 대처 자원을 제공하고 실질적인 도움을 통해 문제 해결에 도움을 주며 상황에 대한 객관적인 평가를 제공하는 역할을 하는데, 이러한 사회적 지지망의 부재는 자살에 대한 중요한 위험 요인이 된다(Bonner, 1992). 최근 자살의 대인관계 이론(Interpersonal theory of suicide; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010)에서는 자살시도가 일어나는 요인으로 자살을 하고 싶은 욕구와 자살을 할 수 있는 여건을 들고 있다. 이 중 자살을 하고 싶은 욕구는 짐처럼 인식되는 것(perceived burdensomeness)과 좌절된 소속감(thwarted belongingness)으로 개념화된 두 가지 심리적 요인에 의해 촉발된다. 짐처럼 인식되는 것은 스스로 무기력하고 무능하다고 지각하고 더 나아가서는 ‘나의 죽음이 내가 사랑하는 사람과 내가 속한 조직에 더 나은 선택일 것’이라는 생각을 포함하는 개념이며, 좌절된 소속감은 자신이 소중하게 여기는 관계나 집단에 소속되고자 하는 기본적인 욕구가 충족되지 못한 상태를 의미한다(Joiner, 2005). 심리적 부검(psychological autopsy)을 통한 경험적 연구들에서도 친구, 가족, 사회로부터의 관계를 급격하게 철수하는 사회적 위축은 자살의 중요한 위험 요인으로 확인되고 있다(Appleby, Cooper, Amos, & Faragher., 1999; Herbert, Maltzberger, Lipschitz, Haas, & Kyle, 2001).

이처럼 자살 위험성 평가를 위해서는 정신적 고통의 정도 뿐 아니라 개인 내적인 특성

과 대인관계적 특성을 포괄적으로 평가하는 것이 필요하다. 자살 위험성 평가를 위해 개발된 검사들 중에는 정신적 고통을 평가하는 척도들(Psychache Scale, Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001; Psychological Pain Assessment Scale, Shneidman, 1999; Orbach-Mikulincer Mental Pain Scale; Orbach et al., 2003), 절망감을 평가하는 척도(Beck Hopelessness Scale, Beck & Steer, 1988), 자살의 대인관계 이론과 관련된 짐처럼 인식되는 것과 좌절된 소속감을 평가하는 척도(Interpersonal Needs Questionnaire, Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012) 등 다양한 척도들이 있다. 하지만 이들 척도들은 자살 위험성과 관련된 특정 개념들을 평가하고 있어 위험 요인에 대한 포괄적인 평가에는 한계가 있다.

이에 비해 다면적 인성검사 II(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: 이하 MMPI-2)는 자살 위험성과 관련된 임상적 상태를 포괄적으로 평가하기 위한 용도로 종종 활용되어 왔다. 하지만 MMPI-2 척도를 활용한 연구들은 임상 척도 중 2번(D), 6번(Pa), 8번(Sc) 척도뿐 아니라 3번(Hy), 4번(Pd), 9번(Ma), 0번(Si) 척도의 상승도 자살 생각 및 행동과 관련됨을 보고하여 왔다(이주영, 문경주, 허자영, 2012; Kopper, Osman, & Barrios, 2001; Kopper, Osman, Osman, & Hoffman, 1998; Sepaheer, Bongar, & Greene, 1999). 이처럼 자살 위험성 평가에 MMPI-2 척도의 변별력이 떨어지는 것은 MMPI-2 임상 척도들 간의 상관성이 지나치게 높은 점에서 기인되며(Tellegen et al., 2003), 이는 상승된 척도가 어떠한 임상적 특성과 관련되는지를 해석하는 것에도 어려움을 초래한다. 이에 비해 최근에 개발된 다면적 인성검사 II 재구성판(Minnesota Multiphasic Personality

Inventory-2 Restructured Form: 이하 MMPI-2-RF)은 MMPI-2의 338문항 버전으로, 문항 단축에도 불구하고 주요 정신병리 영역을 포괄하고 척도 간 변별력도 우수한 것으로 확인되었다(Ben-Porath & Tellegen, 2008; Tellegen & Ben-Porath, 2008). 따라서 MMPI-2-RF는 MMPI-2에 비해 자살 위험성과 관련된 심리적 특성을 보다 명확하게 포착할 수 있을 것으로 기대되는데, 아직까지 MMPI-2-RF 척도를 활용하여 자살 위험성을 평가하려는 시도는 거의 이루어지지 않았다.

본 연구에서는 MMPI-2-RF 척도 중 상위차원 척도와 재구성 임상 척도, 내재화 척도, 대인관계 척도가 자살 위험성 평가에 유용하게 활용될 수 있는지 확인하고자 하였다. 상위차원 척도는 개인의 정서, 사고, 행동에서의 중요한 개인차를 반영하는 정서적/내재화 문제(Emotional/Internalizing Dysfunction: EID) 척도, 사고 문제(Thought Dysfunction: THD) 척도, 행동적/외현화 문제(Behavioral/Externalizing Dysfunction: BXD) 척도로 구성되어 있다. 이 중 정서적/내재화 문제(EID) 척도는 광범위한 정서적 문제를 평가하기 위해 개발된 척도로 높은 점수는 정신적 고통을 시사하며, 의기소침, 우울, 불안, 압도된 느낌, 무력감 등의 증상들과 관련된다. 따라서 정서적/내재화 문제(EID) 척도에서 측정되는 정신적 고통은 자살 위험성 평가에 유용한 지표가 될 수 있을 것으로 보인다. 행동적/외현화 문제(BXD) 척도에서의 높은 점수는 외현화, 행동화 문제들뿐 아니라 충동성 및 정서조절의 어려움과도 관련되어 정신적 고통을 감당할 수 있는 개인 내적인 특성에 대한 정보를 제공해 줄 것으로 기대된다.

한편, 재구성 임상척도는 상위 차원 척도에

서 평가하는 문제 영역들을 보다 세분화하여 평가하는 척도들로 다양한 정신병리 영역들과 자살 위험성간의 관련성에 대한 유용한 정보를 제공해 줄 것으로 예상된다. 의기소침(Demoralization: RCd) 척도는 전반적인 불행감과 삶에 대한 불만족감을 평가하는 척도로, 이 척도에서의 높은 점수는 무기력하며 희망이 없으며 정신적 고통을 경험하는 것과 관련된다. 낮은 긍정 정서(Low Positive Emotions: RC2) 척도는 주요 우울 장애의 특징적인 요소로 확인되는 긍정적 정서 경험의 결여를 평가하는 문항들로 구성되어 있으며, 이 척도에서의 높은 점수는 우울하고 비관적이며 사회적으로 철수되어 있는 것과 관련된다. 한편, 경조증적 상태(Hypomanic Activation: RC9) 척도는 경조증적 상태의 다양한 정서, 인지, 태도, 행동 특성을 묘사하는 문항으로 구성되어 있어 높은 점수는 지나치게 빠른 사고, 높은 에너지 수준, 고양된 기분, 자기 만족, 흥분 추구, 공격성 등과 관련된다. 따라서 이들 척도는 자살 위험성과 관련된 정동 장애의 특성에 대한 정보를 제공해 줄 것으로 예상해 볼 수 있다.

MMPI-2-RF 내재화 척도는 자살/죽음 사고(Suicidal/Death Ideation: SUI), 무력감/무망감(Helplessness/Hopelessness: HLP), 자기 회의(Self-Doubt: SFD), 효능감 결여(Inefficacy: NFC), 스트레스/걱정(Stress/Worry: STW), 불안(Anxiety: AXY), 분노 경향성(Anger Proneness: ANP), 행동 제약 공포(Behavior-Restricting Fears: BRF), 다중 특정 공포(Multiple Specific Fears: MSF) 척도로 구성되어 있는데, 이들 척도를 통해 자살 위험성과 관련된 개인 내적인 심리적 특성을 확인할 수 있을 것으로 기대된다. 특히 자살/죽음 사고(SUI) 척도는 자살 생각(suicidal ideation)

을 직접적으로 평가하는 척도로 자살 위험성과 관련이 높은 척도이다. 자살 생각은 만성적인 요인으로 현재의 자살 시도 가능성을 직접적으로 평가하는 데는 효과적이지 못할 수 있지만(Busch & Fawcett, 2004), 자살 생각의 빈도, 기간, 심각도가 증가할수록 미래에 자살 시도를 할 위험성이 높아지는 만큼(안소정 등, 2013; Kuo, Gallo, & Tien, 2001; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996), 자살 위험성 평가 시 자살 생각을 평가하는 것은 매우 중요하다. 한편, 행동 제약 공포(BRF) 척도는 광장 공포증과 경험적으로 관련되어 있으며 다중 특정 공포(MSF) 척도는 흔히 특정 공포증과 관련되는데(한경희, 문경주, 이주영, 김지혜, 2011), 연구들에 의하면 여러 불안장애 중 공포증과 공황장애는 범불안장애에 비해 자살 생각에 대한 위험이 낮은 반면(Boden, Fergusson, & Horwood, 2007), 불안장애 중 외상 후 스트레스 장애는 자살 시도와 특히 관련성이 높다(Wunderlich, Bronisch, & Wittchen, 1998). 또한, 국내에서 수행된 Jeon 등(2010)의 연구에서도 불안장애 중 강박장애와 외상 후 스트레스 장애는 자살 생각과 유의하게 관련되어 있었지만, 공황장애와 사회공포증 및 특정 공포증은 자살 생각과 유의한 관련성이 없는 것으로 나타났다. 이에 본 연구에서는 자살 위험성과 관련성이 낮은 행동 제약 공포(BRF) 척도와 다중 특정 공포(MSF) 척도를 제외한 7개의 내재화 척도와 자살 위험성간의 관계를 확인해보았다.

마지막으로 대인관계 척도에는 가족문제(Family Problems: FML), 대인관계 수동성(Interpersonal Passivity: IPP), 사회적 회피(Social Avoidance: SAV), 수줍음(Shyness: SHY), 관계 단절(Disaffiliativeness: DSF) 척도 등 총 5개의 척

도가 포함되어 있다. 이 중 가족문제(FAM) 척도는 가족들 간의 갈등 및 가족들로부터 인정이나 지지를 받지 못하는 느낌과 관련되며, 사회적 회피(SAV) 척도는 사회적 관계 및 상황에 대한 회피와 관련되고, 관계 단절(DSF) 척도는 사람들과 어울리는 것을 싫어하고 친밀한 관계를 맺지 못하는 것과 관련된다. MMPI-2-RF 대인관계 척도에서 측정되는 영역들은 대인관계에서의 만족감 및 소속감과 관련된 영역들로 자살 위험성과 관련되는 대인관계적 특성을 평가하는 중요한 지표가 될 수 있다.

본 연구의 목적은 MMPI-2-RF가 자살 위험군의 심리적 특성을 평가하는데 유용한 도구로 활용될 수 있는지 알아보는 것이다. 지금까지 MMPI-2를 통해 자살 관련 행동을 설명하거나 예측하려는 시도는 종종 있어 왔으나(이주영 등, 2012; Kopper et al., 2001; Sepaher et al., 1999), MMPI-2-RF를 통해 자살 관련 행동을 설명하려는 시도는 거의 없었다. 특히, 국내의 많은 대학들에서는 학생상담센터에 내방하는 학생들에게 MMPI-2를 실시하는 경우가 많으며, 최근에는 신입생 대상 정신건강 실태조사를 위해 MMPI-2와 MMPI-2-RF를 실시하는 대학이 늘고 있다. 따라서 본 연구를 통해 자살 위험성 평가에 MMPI-2-RF가 유용하게 활용될 수 있음이 확인된다면 자살 생각이 있는 위험군을 보다 효율적으로 선별하고 이들을 상담 및 치료 장면으로 연결하여 적절한 치료적 도움을 제공할 수 있을 것이다. 이에 본 연구에서는 상담센터에 내방하여 상담을 신청한 대학생들 중에서 Beck 자살 생각 척도(Beck Scale for Suicide Ideation: 이하 BSS)를 통해 자살 생각이 있는 자살 위험군을 선별한 후, 위계적 회귀분석을 통해 자살 위험성과

관련이 높은 MMPI-2-RF 척도들을 확인해 보고자 하였다.

방 법

연구 대상

서울에 소재한 4개 대학의 상담센터에 내방하여 상담을 신청한 대학생을 대상으로 자료를 수집하였다. 연구 참여 동의서를 작성하고 MMPI-2 검사와 자살 생각 척도(BSS)를 포함하는 일련의 설문지에 응답한 대학생은 총 205명이었으며, 이 중 검사에 불성실하게 응답한 1명을 제외한 204명의 자료를 분석하였다. 이 중 남자는 48명(23.5%), 여자는 156명(76.5%)이었다.

자살 생각 척도(BSS)에서 처음 다섯 문항은 자살 생각을 선별하는 문항으로 특히 4번(적극적인 자살 생각) 문항과 5번(수동적인 자살 생각) 문항 중 하나 이상의 문항에 1점 이상 응답한 사람은 자살 생각이 있는 집단으로 분류된다(Beck & Steer, 1991). 본 연구에서도 4번 혹은 5번 문항에 1점 이상 응답한 사람을 자살 생각이 있는 위험군으로 보고 이들 집단을 대상으로 분석을 수행하였다. 자살 생각이 있는 위험군은 총 85명으로 전체 204명 중 41.7%였으며, 남자 20명(23.5%), 여자 65명(76.5%)이었다. 이들 집단의 평균 연령은 21.94세($SD=2.36$)였고, 거주형태에서는 가족과 함께 사는 비율이 65.9%로 가장 많았고, 혼자 거주하는 경우는 12.9%였다. 심리적인 문제로 정신과 혹은 상담센터에서 치료를 받은 경험에 대해서는 현재 치료중이거나 과거에 치료 경험이 있다고 응답한 사례가 전체 85명 중 28

명(32.9%)이었고, 정신과에서 처방받은 약물을 복용한 경험에 대해서는 현재 복용중이거나 과거 복용 경험이 있다고 응답한 사례가 11명(12.9%)이었다.

최종적으로 승인된 한국어 번역판을 본 연구에 사용하였으며, 연구에 활용하는 댓가로 일정 금액의 로열티를 지불하고 자료 수집을 위한 모든 질문지에 저작권¹⁾을 표시하였다.

측정 도구

Beck 자살 생각 척도(Beck Scale for Suicide Ideation: BSS)

대학생 자살 위험군을 선별하기 위해 BSS (Beck & Steer, 1991)를 사용하였다. BSS는 성인과 청소년의 자살 생각의 심각도를 측정하기 위해 개발된 21문항의 자기보고식 질문지로 자살 생각뿐 아니라 죽고 싶은 마음, 자살 시도, 자살 계획 및 방법, 자살 준비 등을 포괄적으로 평가한다. 각 문항은 3개의 서로 다른 진술문으로 이루어져 있는데, 각 진술문의 심각성에 따라 0, 1, 2점 중 하나로 채점되며, 점수가 높을수록 자살 위험성이 더 심각한 것을 의미한다. 총 21문항 중 마지막 2문항은 이전의 자살 시도 횟수와 가장 최근에 자살 시도를 했을 때의 죽고 싶은 의도의 정도를 평가하는데 이 2문항은 총점에서 계산되지 않는다. 본 연구에서는 20번과 21번을 제외한 19 문항의 총점을 분석에 사용하였다. Beck과 Steer(1991)가 입원환자 및 외래환자를 대상으로 조사한 내적 합치도 계수는 .90과 .87이었으며, 본 연구에서 산출된 내적 합치도 계수는 .89였다.

본 연구에서 사용한 한국판 BSS는 본 연구의 연구진이 원저자로부터 번역 허락을 받은 이후 원문항을 한국어로 번안하였으며, 한국어와 영어에 능통한 임상심리학 박사 1인이 역번역을 한 이후에 원저자로부터 검토를 받았다. 이와 같은 검토 과정을 여러 차례 거쳐

다면적 인성검사 II 재구성판(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form; MMPI-2-RF)

대학생의 자살 위험성과 관련된 심리적 특성을 확인하기 위해 한국판 MMPI-2-RF(한경희 등, 2011)를 사용하였다. MMPI-2-RF는 338문항으로 구성된 질문지로 각 문항에 대해 ‘그렇다’ 또는 ‘아니다’로 응답하도록 되어 있으며, 총 50개의 척도가 산출된다. 총 50개의 척도는 위계적인 구조를 지니고 있으며, 척도들 간의 개념적 중복이 최소화되도록 개발되었다. MMPI-2-RF는 8개의 타당도 척도와 3개의 상위차원 척도, 9개의 재구성 임상 척도, 23개의 특정 문제 척도(5개의 신체/인지 증상 척도, 9개의 내재화 척도, 4개의 외현화 척도, 5개의 대인관계 척도)와 2개의 흥미 척도, 5개의 성격병리 5요인 척도로 구성되어 있다. MMPI-2-RF는 MMPI-2-RF 검사지로도 실시 가능하지만, 567문항의 MMPI-2 검사지로 실시한 후 MMPI-2-RF 결과를 산출할 수도 있다. 본 연구에서는 MMPI-2 검사지로 실시한 후 MMPI-2-RF 결과를 산출하였다.

1) “Beck Scale for Suicide Ideation” and “BSS” are registered trademarks, in the US and/or other countries, of Pearson Education, Inc. or its affiliates. Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). Copyright © 1991 Aaron T. Beck. Korean translation copyright © 2010 Aaron T. Beck. Translated and reproduced with permission of the publisher NCS Pearson, Inc. All rights reserved.

분석 방법

본 연구의 자료 분석을 위해 SPSS 18.0 통계 프로그램을 사용하였으며, 주요 변인의 기술 통계 및 상관 분석, 위계적 회귀분석을 수행하였다. 자살 위험성과 관련된 MMPI-2-RF 척도를 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 수행하였는데, 연구에 포함된 여학생 집단이 남학생 집단에 비해 3배 정도 많아 단계 1에서 성별에 의한 영향력을 통제한 이후 다음 단계에서 MMPI-2-RF 상위차원 척도, 재구성 임상 척도, 내재화 척도, 대인관계 척도를 각각 투입하여 그 설명력을 확인하였다.

결 과

주요 변인의 기술 통계

BSS 총점 및 MMPI-2-RF 상위차원 척도, 재구성 임상 척도, 내재화 척도, 대인관계 척도의 원점수 및 T점수 평균과 표준편차를 표 1에 제시하였다. 자살 위험군의 MMPI-2-RF 점수를 자살 위험군으로 선별되지 않은 저위험군의 점수와 비교하였을 때, 효능감 결여(NFC) 척도와 대인관계 수동성(IPP) 척도를 제외한 거의 모든 척도들에서 자살 위험군의 점수가 유의하게 높았다.

자살 위험성과 MMPI-2-RF 척도간의 상관 분석

자살 위험성과 MMPI-2-RF 척도간의 관련성을 알아보기 위해 BSS 총점과 MMPI-2-RF 척도간의 상관을 분석하여 표 2에 제시하였다.

BSS 총점과 가장 상관이 높은 MMPI-2-RF 척도는 자살/죽음 사고(SUI) 척도로 .49였다. BSS 총점과 MMPI-2-RF 상위차원 척도간의 상관은 .27~.33으로 모두 유의미하게 나타났으며, 이 중 행동적/외현화 문제(BXD) 척도와의 상관이 가장 높았다. BSS 총점과 재구성 임상 척도간의 상관은 .12~.33으로 기대적 경험(RC8), 신체증상 호소(RC1) 척도와의 상관이 높았다. 내재화 척도와 BSS 총점과의 상관에서는 자살/죽음 사고(SUI) 척도와의 상관이 .49로 가장 높았으며, 대인관계 척도와 BSS 총점과의 상관에서는 관계 단절(DSF) 척도와의 상관이 .30으로 가장 높았다.

자살 위험성에 대한 MMPI-2-RF 척도의 위계적 회귀분석

자살 위험성에 대한 MMPI-2-RF 척도의 설명력을 확인하기 위해 4번의 위계적 회귀분석을 실시하였다. MMPI-2-RF 척도의 경우 위계적 구조를 지니고 있어 상위차원 척도, 재구성 임상 척도, 특정 문제 척도 내에서는 문항의 중복이 없으나 이들 척도들 간에는 문항의 중복이 있기 때문에 다중공선성의 문제를 피하기 위해 상위차원 척도, 재구성 임상 척도, 내재화 척도, 대인관계 척도에 대한 위계적 회귀분석을 따로 실시하였다. 각각의 위계적 회귀분석에서 자살 위험성에 대한 지표로 BSS 총점을 종속변인으로 투입하고, 단계 1에서 성별의 효과를 통제하기 위해 성별을 예측변인으로 투입하였다. 다음 단계에서 MMPI-2-RF 상위차원 척도, 재구성 임상 척도, 내재화 척도, 대인관계 척도들을 각각 예측변인으로 투입함으로써 이들 척도가 자살 위험성에 대해 유의한 설명력을 지니는지 확인하였다. 다만

표 1. BSS 척도 및 MMPI-2-RF 척도의 평균과 표준편차

	위험군(n=85)				저위험군(n=119)				t
	원점수		T점수		원점수		T점수		
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	
BSS	10.93	(6.06)			2.25	(2.65)			-12.39***
EID	26.24	(6.91)	67.45	(13.54)	17.55	(7.58)	51.82	(13.02)	-8.36***
THD	3.93	(3.23)	48.61	(8.67)	2.82	(3.08)	45.22	(8.83)	-2.50*
BXD	8.04	(3.00)	52.46	(8.82)	6.75	(3.17)	49.04	(9.29)	-2.92**
RCd	17.27	(4.41)	67.84	(11.26)	10.89	(5.85)	53.33	(12.66)	-8.88***
RC1	11.65	(5.08)	56.20	(11.42)	7.71	(4.88)	48.03	(10.37)	-5.59***
RC2	8.66	(3.52)	54.96	(11.82)	6.02	(3.25)	46.79	(8.86)	-5.53***
RC3	7.64	(2.80)	51.52	(9.96)	6.25	(2.98)	47.13	(9.76)	-3.35***
RC4	6.46	(2.66)	51.87	(8.54)	4.78	(2.60)	46.82	(7.95)	-4.50***
RC6	2.46	(2.39)	49.00	(9.72)	1.79	(1.96)	46.11	(8.49)	-2.19*
RC7	13.13	(4.66)	61.48	(11.71)	9.45	(4.73)	52.67	(10.95)	-5.50***
RC8	5.12	(3.13)	53.00	(10.05)	3.53	(3.09)	47.96	(10.05)	-3.60***
RC9	14.32	(4.66)	53.98	(10.03)	12.66	(4.61)	50.50	(9.33)	-2.53*
SUI	2.22	(1.49)	61.21	(11.92)	0.41	(.76)	46.08	(7.02)	-10.28***
HLP	2.24	(1.39)	54.09	(11.46)	1.16	(1.16)	45.61	(8.58)	-5.82***
SFD	2.85	(1.31)	62.31	(12.42)	1.82	(1.36)	52.76	(11.60)	-5.37***
NFC	5.67	(2.13)	55.71	(10.84)	5.09	(2.41)	53.31	(11.39)	-1.77
STW	4.87	(1.55)	64.05	(11.63)	3.61	(1.79)	54.86	(12.13)	-5.36***
AXY	1.24	(1.25)	53.80	(11.24)	0.70	(.96)	48.86	(8.92)	-3.33***
ANP	3.67	(2.01)	55.25	(13.30)	2.94	(1.87)	50.52	(11.30)	-2.66**
FML	4.38	(1.92)	56.47	(10.89)	3.04	(2.25)	49.93	(11.68)	-4.44***
IPP	4.59	(2.44)	52.13	(11.51)	4.32	(2.27)	50.29	(10.15)	-0.81
SAV	5.46	(2.88)	53.58	(13.45)	4.44	(2.88)	49.38	(12.83)	-2.50*
SHY	3.98	(2.13)	55.34	(13.22)	3.08	(2.07)	50.20	(11.93)	-3.00**
DSF	1.42	(1.55)	50.52	(11.84)	0.81	(1.05)	45.86	(8.36)	-3.18**

BSS: Beck 자살 생각 척도 총점, EID: 정서적/내재화 문제, THD: 사고 문제, BXD: 행동적/외현화 문제, RCd: 의기소침, RC1: 신체증상 호소, RC2: 낮은 긍정 정서, RC3: 냉소적 태도, RC4: 반사회적 행동, RC6: 피해의식, RC7: 역기능적 부정정서, RC8: 기대적 경험, RC9: 경조증적 상태, SUI: 자살/죽음 사고, HLP: 무력감/무망감, SFD: 자기 회의, NFC: 효능감 결여, STW: 스트레스/걱정, AXY: 불안, ANP: 분노 경향성, FML: 가족 문제, IPP: 대인관계 수동성, SAV: 사회적 회피, SHY: 수줍음, DSF: 관계 단절.

()안은 표준편차, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

표 2. BSS 척도와 MMPI-2-RF 척도의 상관 ($n=85$)

상위차원 척도			재구성 임상 척도								
EID	THD	BXD	RCd	RC1	RC2	RC3	RC4	RC6	RC7	RC8	RC9
.29**	.27*	.33**	.21	.31**	.22*	.12	.15	.26*	.19	.33**	.21
내재화 척도						대인관계 척도					
SUI	HLP	SFD	NFC	STW	AXY	ANP	FML	IPP	SAV	SHY	DSF
.49***	.25*	.12	.02	.05	.29**	.15	.06	-.19	.10	-.06	.30**

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

표 3. 자살 위험성에 대한 MMPI-2-RF 척도의 위계적 회귀분석 결과 ($n=85$)

			β	t	R^2	ΔR^2	F
상위차원 척도							
단계1	성별		.20	1.82	.04	.04	3.32
단계2	성별		.14	1.42	.21	.17	5.31***
	EID		.26	2.47*			
	THD		.02	.15			
	BXD		.31	2.60*			
재구성 임상 척도							
단계1	성별		.20	1.82	.04	.04	3.32
단계2	성별		.22	2.09*	.30	.26	3.10**
	RCd		-.02	-.09			
	RC1		.13	.97			
	RC2		.47	3.33***			
	RC3		-.07	-.55			
	RC4		-.01	-.10			
	RC6		.06	.45			
	RC7		-.33	-1.91			
	RC8		.26	1.88			
	RC9		.39	2.79**			

표 3. 자살 위험성에 대한 MMPI-2-RF 척도의 위계적 회귀분석 결과 (n=85) (계속)

		β	t	R^2	ΔR^2	F
내재화 척도						
단계1	성별	.20	1.82	.04	.04	3.32
단계2	성별	.11	1.08	.25	.21	13.40***
	SUI	.47	4.76***			
단계3	성별	.17	1.64	.33	.08	4.70***
	SUI	.41	4.04***			
	HLP	.24	2.01*			
	SFD	-.11	-.90			
	NFC	-.06	-.54			
	STW	-.16	-1.37			
	AXY	.23	2.05*			
	ANP	-.01	-.12			
대인관계 척도						
단계1	성별	.20	1.82	.04	.04	3.32
단계2	성별	.24	2.30*	.19	.15	3.13**
	FML	-.09	-.85			
	IPP	-.19	-1.70			
	SAV	.09	.62			
	SHY	-.10	-.77			
	DSF	.34	2.71**			

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

내재화 척도 중 자살/죽음 사고(SUI) 척도는 최근의 자살 생각 또는 자살 행동을 직접적으로 평가하는 척도로 자살 위험성과 직접적인 관련이 있는 척도인 만큼 단계 2에서 먼저 투입하고 다른 6개의 내재화 척도를 단계 3에 투입하였다.

상위차원 척도의 설명력을 확인해 본 결과, 성별에 의한 영향력을 통제한 이후의 설명력

은 17%였으며, EID(정서적/내재화 문제) 척도와 BXD(행동적/외현화 문제) 척도가 유의한 것으로 나타났다. 이는 자살 위험성이 정신적 고통뿐 아니라 이를 감당할 수 있는 정서 조절 능력과도 관련됨을 의미한다. 재구성 임상 척도는 성별에 의한 영향력을 통제한 이후 추가적인 설명력이 26%로 나타나 다양한 정신 병리 특성이 자살 위험성 평가에 유의한 설명

력을 지니는 것으로 나타났다. 특히 낮은 긍정 정서(RC2) 척도와 경조증적 상태(RC9) 척도가 유의하였는데, 이는 자살 위험성이 우울 장애 및 양극성 장애를 포함하는 정동 장애와 관련됨을 의미한다.

내재화 척도는 성별에 의한 영향력을 통제 한 이후 죽음/자살 사고(SUI) 척도의 설명력이 21%로 자살과 죽음에 대한 생각을 평가하는 것이 자살 위험성 평가에 매우 중요한 요소임이 확인되었다. 또한 죽음/자살 사고(SUI) 척도를 제외한 6개의 내재화 척도의 추가적인 설명력도 8%로 나타나 자살 생각의 설명력을 통제 한 이후에도 우울, 불안과 관련된 다양한 내재화 문제들이 자살 위험성 평가에 유의한 설명력을 지니는 것으로 나타났다. 특히 무력감/무망감(HLP) 척도와 불안(AXY) 척도가 유의하였는데, 이는 자살 위험성 평가시 희망의 상실, 절망적이고 비관적인 느낌, 내적 불안 등의 평가가 중요함을 의미한다. 마지막으로, 성별의 효과를 통제 한 이후 대인관계 척도의 설명력은 15%였으며, DSF(관계 단절) 척도가 유의한 것으로 나타났다. 이는 대인관계 특성이 자살 위험성과 관련됨을 보여주는 결과로 특히 친밀한 관계 형성의 어려움, 정서적 지지의 결여 등이 자살 위험성과 관련되어 있음을 의미한다.

논 의

본 연구에서는 자살 위험성 평가시 MMPI-2-RF 척도의 유용성을 확인하고 MMPI-2-RF 척도를 통해 자살 위험군의 심리적 특성을 확인해 보고자 하였다. 자살 위험성을 평가하기 위해 BSS 척도를 사용하였는데,

상담센터에 내방한 대학생들 중 적극적인 자살 생각과 수동적인 자살 생각을 평가하는 4번과 5번 문항 중 한 문항 이상에서 1점 이상 응답한 사람을 자살 생각이 있는 위험군으로 선별하였다. 총 85명(45.7%)이 위험군으로 선별되었는데, 이는 Beck과 Steer(1991)가 외래 환자를 대상으로 동일한 기준을 적용했을 때 24%의 위험군이 선별된 것과 비교했을 때 매우 높은 비율이다. 본 연구에서 선별된 위험군은 선별되지 않은 저위험군에 비해 MMPI-2-RF의 상위차원 척도, 재구성 임상 척도, 내재화 척도, 대인관계 척도 대부분에서 유의하게 높은 점수를 보였으며, 특히 상위차원 척도 중 정서적/내재화 문제(EID) 척도와 재구성 임상 척도 중 의기소침(RCd) 척도의 평균 점수는 임상적인 해석이 가능한 T점수 65점 이상에 해당되어 이들 척도의 상승은 자살 위험군을 확인하는 중요한 지표로 활용될 수 있어 보인다.

본 연구의 주요 결과들을 논의하면 다음과 같다. 첫째, MMPI-2-RF 척도들 중 BSS 총점과 가장 높은 상관을 보인 척도는 자살/죽음 사고(SUI) 척도로 .49의 상관을 보였다. 또한 위계적 회귀분석에서도 성별에 의한 영향력을 통제 한 이후 죽음/자살 사고(SUI) 척도의 설명력이 21%로 매우 높은 설명력을 보였다. 자살/죽음 사고(SUI) 척도는 자살 생각(suicidal ideation)을 직접적으로 평가하는 척도로 이 척도에서 높은 점수를 받은 경우 즉각적인 자살 위험 평가가 필요하다고 알려져 있다(한경희 등, 2011). 자살 생각을 하는 사람이 이후에 자살 시도를 할 위험성이 더 높다는 연구 결과(안소정 등, 2013; Kuo et al., 2001; Lewinsohn et al., 1996)를 고려할 때, MMPI-2-RF의 자살/죽음 사고(SUI) 척도는 자살 위험성의 1차적인

선별 과정에서 유용하게 활용될 수 있을 것으로 보인다.

둘째, MMPI-2-RF 상위차원 척도 중 정서적/내재화 문제(EID) 척도는 BSS 총점과의 상관인 .29로 나타났으며, 위계적 회귀분석에서도 자살 위험성에 대해 유의한 설명력을 지닌 척도로 확인되었다. 이는 자살하고 싶은 마음이 일차적으로 정신적 고통(mental pain)에서 기인된다는 기존 연구들과 일치하는 결과이다 (Packman et al., 2004; Ribeiro et al., 2013). 정서적/내재화 문제(EID) 척도에서의 높은 점수는 정신적 고통을 시사하며, 의기소침, 우울, 불안, 압도된 느낌, 무력감 등의 증상과도 관련된다. 따라서 자살 위험성 평가시 정서적/내재화 문제(EID) 척도에서의 점수 상승을 확인하는 것은 매우 중요하겠다.

셋째, MMPI-2-RF 상위차원 척도 중 행동적/외현화 문제(BXD) 척도는 BSS 총점과의 상관인 .33으로 나타났으며, 위계적 회귀분석에서도 정서적/내재화 문제(EID) 척도와 함께 자살 위험성에 대해 유의한 설명력을 지닌 척도로 확인되었다. 이는 자살 위험성이 정신적 통증을 감당할 수 있는 개인 내적인 정서 조절 능력과 관련된다는 기존 연구들과 일치한다(김보미, 유성은, 2012; 하정희, 안성희, 2008; Anestis & Joiner, 2011; Joiner et al., 1999; Mann et al., 1999; Pfeffer et al., 1995). 행동적/외현화 문제(BXD) 척도에서의 높은 점수는 충동성과 정서 조절의 어려움을 시사하며 다양한 행동화 문제와 관련된다. 따라서 정신적 고통을 나타내 주는 정서적/내재화 문제(EID) 척도와 함께 정신적 고통을 감당하지 못하고 행동화할 가능성을 알려주는 행동적/외현화 문제(BXD) 척도가 함께 상승한 경우 자살 위험성을 보다 면밀히 확인할 필요가 있겠다.

넷째, MMPI-2-RF 재구성 임상 척도 중 낮은 긍정 정서(RC2) 척도와 경조증적 상태(RC9) 척도가 위계적 회귀분석에서 자살 위험성에 대해 유의한 설명력을 지닌 척도로 확인되었다. 낮은 긍정 정서(RC2) 척도는 주요 우울 장애의 특징적인 요소들인 흥미의 결여, 에너지의 부족 등을 평가하는 척도이고, 경조증적 상태(RC9) 척도는 경조증적 상태의 다양한 정서, 인지, 태도, 행동 특성들을 평가하는 척도라는 점을 감안할 때, 이와 같은 결과는 주요 우울증과 양극성 장애를 포함하는 정동 장애가 환자의 자살 위험성을 증가시킨다는 선행 연구(Tanney, 1992)와 일치하는 결과이다.

다섯째, MMPI-2-RF 내재화 척도 중 우울 및 불안과 관련이 높은 무력감/무망감(HLP) 척도와 불안(AXY) 척도가 위계적 회귀분석에서 자살 위험성에 대해 유의한 설명력을 지닌 척도로 확인되었다. 이러한 결과는 절망적 인지양식이 자살 위험성과 관련된다는 절망감 이론(Beck et al., 1989)을 지지하는 결과이며, 2000년 미국에서 시행한 대학생 건강평가 조사에서 우울이 자살 행동에 대한 취약성을 증가시킨다는 연구 결과와도 일치한다(Kisch, Leino, & Silverman, 2005). 또한 대학생의 자살 위험성이 우울, 불안과 높은 관련이 있다고 보고된 국내 연구들과도 같은 맥락에서 해석될 수 있다(강석화, 나동석, 2013; 김민경, 2011; 노명선 등, 2007; 노상선, 조용래, 최미경, 2014; 여환홍, 백용매, 2010; 이현지, 김명희, 2007).

여섯째, MMPI-2-RF 대인관계 척도 중에서는 관계 단절(DSF) 척도가 위계적 회귀분석에서 자살 위험성에 대해 유의한 설명력을 지닌 척도였다. 이러한 결과는 사회적 지지망의 부재가 자살의 중요한 위험 요인이라는 Bonner(1992)의 주장과 맥을 같이 한다. 관계 단절

(DSF) 척도는 사람들과 어울리는 것을 싫어하고 친밀한 관계를 맺어본 적이 없는 등 비사회적인 특성과 관련된다. 한국 임상 집단 중 이 척도에서 높은 점수를 받은 환자는 치료자로부터 비판적이고 절망적이며 자살을 생각한다는 평가를 받았다는 결과(한경희 등, 2011)와 마찬가지로 본 연구에서도 관계 단절(DSF) 척도는 자살 위험성과 관련되는 것으로 확인되었다.

본 연구의 결과를 종합해 보면, 대학생 자살 위험군의 심리적 특성을 파악하는데 MMPI-2-RF가 유용하게 활용될 수 있어 보인다. 우선 자살 생각을 직접적으로 측정하는 자살/죽음 사고(SUI) 척도는 자살 위험성 평가에 1차적인 지표로 활용될 수 있을 것으로 보인다. 상위차원 척도 중 정서적/내재화 문제(EID) 척도는 자살 의도 및 자살 시도와 직접적인 관련이 있는 정신적 고통을 평가하는 좋은 지표이며, 행동적/외현화 문제(BXD) 척도는 정신적 고통을 감당하지 못하고 행동화하거나 충동적인 행동을 보일 가능성을 평가하는 지표로 활용될 수 있다. 따라서 이 두 척도를 함께 고려하였을 때 자살 위험성을 보다 잘 예측하고 예방할 수 있을 것으로 기대된다. 재구성 임상 척도 중에서는 낮은 긍정 정서(RC2) 척도와 경조증적 상태(RC9) 척도가 상승되었을 경우 정동장애로 인한 자살 위험성을 평가할 수 있을 것이다. 자살/죽음 사고(SUI) 척도가 상승되고, 상위차원 척도 및 재구성 임상 척도에서도 자살 위험성이 예측된다면, 내재화 척도 중 무력감/무망감(HLP) 척도, 불안(AXY) 척도, 대인관계 척도 중 관계 단절(DSF) 척도 등의 상승을 확인함으로써 어떠한 영역에서 주된 어려움을 보이는지 보다 포괄적으로 이해할 수 있으리라 기대된다.

BSS와 같이 자살 위험성을 직접적으로 평가하는 척도가 있지만, 이 척도만으로는 자살 위험군의 개인 내적인 특성과 대인관계적 특성까지를 포괄적으로 평가하기는 어렵다. 심리적 특성에 대한 포괄적인 이해를 위해 MMPI-2를 활용하려는 시도가 종종 있어 왔으나(이주영 등, 2012; Kopper et al., 2001; Kopper et al., 1998; Sepaher et al., 1999), 척도들 간의 지나치게 높은 상관으로 인해 변별력이 떨어졌던 것이 사실이다(Tellegen et al., 2003). 이에 비해 MMPI-2-RF 척도는 변별력이 향상된 척도들로 구성되어 있고, 위계적인 구조를 지니고 있어 자살 위험성을 보다 구체적이고 다각적으로 확인할 수 있음에도 불구하고 아직까지는 관련된 연구가 매우 드물었다. 따라서 본 연구에서 자살 위험성 평가에 유용한 MMPI-2-RF 척도를 확인해 봄으로써 추후 대학생들의 자살 예방 및 개입에 도움이 될 수 있으리라 기대된다.

본 연구의 제한점 및 추후 연구 방향은 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 대상이 대학생으로 한정되어 있어 청소년이나 일반 성인에게 일반화하기 어려울 수 있다. 추후 다양한 연령대를 대상으로 한 연구가 필요하다. 둘째, 본 연구에서는 자살 위험성 지표로 BSS 총점을 사용하였는데, BSS 척도가 자살 생각 뿐 아니라 다양한 자살 관련 행동을 평가하고는 있지만 실제 자살 시도자를 대상으로 한 것은 아닌 만큼 본 연구의 결과를 자살 시도와 같은 매우 극심하고 임박한 위험에 처한 사람에게 일반화하기는 어려울 수 있다. 셋째, 자살 위험성과 관련된 요인들이 성별에 따라 다르게 나타날 수 있으나 본 연구에서는 사례수가 부족하여 남녀 집단을 구분하여 분석하지 못하였다. 추후 연구에서는 성별에 따라 자살과

관련된 위험 요인이 다르게 나타나는지 확인해 보는 것이 필요하겠다.

참고문헌

- 강석화, 나동석 (2013). 대학생의 대학생활 스트레스와 자살생각의 관계에서 우울의 매개효과. *청소년학연구*, 20, 49-71.
- 교육과학기술부 (2011). 연도별 대학생 자살자 수.
- 김민경 (2011). 대학생의 우울과 자살생각의 관계: 부정적 정서와 사회적 적응의 매개효과를 중심으로. *청소년학연구*, 18, 101-129.
- 김보미, 유성은 (2012). 대인관계 외상 경험자들의 사회적 유대감, 정서 조절과 자살생각의 관계. *한국심리학회지: 임상*, 31(3), 731-748.
- 노명선, 전홍진, 이해우, 이효정, 한성구, 함봉진 (2007). 대학생들의 자살관련행동에 관한 연구. *신경정신의학*, 46(1), 35-40.
- 노상선, 조용래, 최미경 (2014). 대학생의 자기자비와 생활 스트레스가 자살생각에 미치는 영향: 반추와 우울증상의 매개 역할. *한국심리학회지: 임상*, 33(4), 735-754.
- 보건복지부(2014). 2013 국민건강통계 - 국민건강영양조사 제 6기 1차년도(2013).
- 안소정, 박은희, 홍현주, 송정은, 육기환, 김소은 (2013). 청소년 우울증 환자에서 자살시도의 보호요인으로서 회복탄력성의 역할. *한국심리학회지: 임상*, 32(2), 351-366.
- 여환홍, 백용매 (2010). 경계선적 성격특성, 부적응적 완벽주의 및 우울이 자살관련행동에 미치는 영향. *한국심리학회지: 임상*, 29(4), 1047-1066.
- 이주영, 문경주, 허자영 (2012). 대학생의 자살사고와 관련된 MMPI-2 프로파일. *인간이해*, 33(2), 53-69.
- 이현지, 김명희 (2007). 대학생의 자아정체감과 무망감, 우울, 자살사고의 관계에 관한 연구. *청소년학연구*, 14, 243-264.
- 통계청 (2014). 사망원인별(103항목), 고의적 자해(자살) 통계.
- 하정희, 안성희 (2008). 대학생들의 자살생각에 영향을 미치는 요인들: 스트레스, 대처방식, 완벽주의, 우울, 충동성의 구조적 관계모형 검증. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 20(4), 1149-1171.
- 한경희, 문경주, 이주영, 김지혜 (2011). 다면적 인성검사 II 재구성판 매뉴얼. ㈜마음사랑.
- Anderson, B. A., Howard, M. O., Walker, R. D., & Suchinsky, R. T. (1995). Characteristics of substance-abusing veterans attempting suicide: A national study. *Psychological Reports*, 77(3), 1231-1242.
- Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2011). Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 129, 261-269.
- Appleby, L., Cooper, J., Ammos, T., & Faragher, B. (1999). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 175, 168-174.
- Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1991). *Manual for*

- Beck Scale for Suicide Ideation*. The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A., (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 309-310.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form) manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37, 431-440.
- Bongar, B. (2002). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bonner, R. L. (1992). Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars. In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 625-639). New York: Guilford.
- Busch, K. A., & Fawcett, J. (2004). A fine grained study of inpatients who commit suicide. *Psychiatric Annals*, 34(5), 357-265.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. L., & Lonnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 150(6), 935-940.
- Herbert, H., Maltzberger, J. T., Lipschitz, A., Haas, A. P., & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 115-128.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, 224-232.
- Jeon, H. J., Lee, J., Lee, Y. M., Hong, J. P., Won, S., Cho, S., Kim, J., Chang, S. M., Lee, D., Lee, H. W., & Cho, M. J. (2010). Lifetime prevalence and correlates of suicidal ideation, plan, and single and multiple attempts in a Korean nationwide study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 643-646.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Walker, R. L., Rudd, M. D., & Jobes, D. A. (1999). Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(5), 447-453.
- Kisch, J., Leino, E. V., & Silverman, M. M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: Results from the spring 2000 National College Health Assessment Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 3-13.
- Kopper, B. A., Osman, A., & Barrios, F. X. (2001). Assessment of suicidal ideation in

- young men and women: The incremental validity of the MMPI-2 content scales. *Death Studies*, 25, 593-607.
- Kopper, B. A., Osman, A., Osman, J. R., & Hoffman, J. (1998). Clinical utility of the MMPI-A content scales and harris-lingoes subscales in the assessment of suicidal risk factors in psychiatric adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 191-200.
- Kuo, W., Gallo, J. J., & Tien, A. Y. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: The 13-year follow-up of a community samples in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine*, 31, 1181-1191.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 25-46.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 219-230.
- Packman, W. L., Marlitt, R. E., Bongar, B., & Pennuto, T. O. (2004). A comprehensive and concise assessment of suicide risk. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 667-680.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27 year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Pfeffer, C. R., Hurt, S. W., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1995). Suicidal children grow up: Ego functions associated with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1318-1325.
- Ribeiro, J. D., Bodell, L. P., Hames, J. L., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2013). An empirically based approach to the assessment and management of suicidal behavior. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 207-221.
- Sepaher, I., Bongar, B., & Greene, R. L. (1999). Codetype base rates for the "I mean business" suicide items on the MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1167-1173.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.
- Shneidman, E. S. (1999). The Psychological Pain Assessment Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 287-294.
- Tanney, B. L. (1992). Mental disorders, psychiatric patients, and suicide. In R.W. Maris, A.L., Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 277-320). New York: Guilford.
- Tellegen, A., & Ben-Porath, Y. S. (2008). *MMPI-2-RF(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form) technical manual*.

- Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., & Kaemmer, B. (2003). *The MMPI-2 restructured clinical (RC) scales: Development, validation and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment, 24*, 197-215.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575-600.
- Wunderlich, U., Bronisch, T., & Wittchen, H. U. (1998). Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 248*, 87-95.
- 원고접수일 : 2014. 10. 22.
수정원고접수일 : 2015. 08. 18.
게재결정일 : 2015. 08. 26.

Psychological Characteristics of College Students with Suicide Risk in MMPI-2-RF

Kyoungjoo Moon

Maumsarang
Institute

Joo-Young Lee

Dongduk Women's University
Department of Child Development
and Education

Jayoung Heo

Sogang University
Student Counseling Center

This study examined psychological characteristics of college students with suicide risk in MMPI-2-RF. Among 204 students who visited counseling centers at 4 universities in Seoul, 85 students with suicide risk were selected according to BSS screening criteria. A series of hierarchical regression analyses was performed to examine whether MMPI-2-RF higher-order scales, restructured clinical scales, internalizing scales, and interpersonal scales can significantly predict suicide risk after controlling for gender. The results showed significant prediction of MMPI-2-RF scales for suicide risk. Severity of mental pain (EID) and impulsive acting-out tendency of that mental pain (BXD) were identified as important psychological characteristics of college students with suicide risk. Clinical implication and limitations of this study were further discussed.

Key words : suicide risk, MMPI-2-RF, suicide ideation, emotional/internalizing dysfunction, behavioral/externalizing dysfunction