

Evidence-Based Psychological Treatments of Suicidal Behavior

Sungeun You[†] Hyojoong Kim

Department of Psychology, Chungbuk National University, Cheongju, Korea

The aim of this study was to review evidence-based psychological treatments of suicidal behavior. Specifically, the effectiveness of brief psychological crisis interventions and suicide-specific psychological treatments were examined based on meta-analytic studies and randomized controlled studies. The results of the current review indicate that brief intervention and contact developed by World Health Organization (WHO-BIC), safety planning intervention (SPI), and crisis response planning (CRP) are evidence-based brief psychological interventions. Among psychological treatments, cognitive behavioral therapy, dialectical behavioral therapy, and collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) are evidence-based. In Korea, treatment outcome studies of suicidal behavior have targeted for reducing suicidal ideation only, but not for suicide attempt or suicide. Thus, it is premature to determine the evidence level of psychological treatments of suicidal behavior in Korea. Based on studies in other countries, evidence-based psychological treatments for suicidal behavior are recommended, and directions for domestic research and practical applications are suggested.

Keywords: suicide, suicidal behavior, evidence-based treatment

자살이란 ‘고의적으로 스스로 자신의 목숨을 끝내는 것’을 의미하며 자살행동은 자살생각에서 자살계획, 자살시도에 이르는 일련의 행동을 포괄적으로 지칭하는 말이다(Nock et al., 2008). 정신질환 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 분류 체계에서 자살행동은 독립적인 정신장애가 아닌 특정 정신장애, 즉 주요 우울장애와 경계선 성격장애의 일부 증상으로만 간주되었다. 하지만 최신 개정판인 DSM-5에서는 ‘추가 연구가 필요한 진단적 상태(Condition for Further Study)’에 ‘자살행동장애(Suicidal Behavior Disorder)’를 포함하고, 지난 24개월 이내에 자살을 시도한 적이 있는지 여부를 진단기준으로 제안하였다(American Psychological Association, 2013). 이처럼 DSM 체계에 자살행동장애가 제안된 배경으로 자살행동이 주요 우울장애

나 경계선 성격장애와 같은 특정 정신장애에만 국한되어 나타나는 것이 아니라는 점과 자살사망자 중 일부는 현존하는 정신질환 분류 체계에 해당되는 장애를 보이지 않는다는 점을 들 수 있다(Oquendo & Baca-Garcia, 2014). Oquendo와 Baca-Garcia (2014)는 자살행동장애에 대한 신뢰롭고 타당한 진단기준이 필요하며 이러한 진단분류 체계가 자살행동 문제를 갖고 있는 사람들에게 대한 치료 접근성을 높이고 임상가 및 연구자들 간 소통을 증진시킬 것이라고 주장하였다.

세계보건기구에서 발표한 자료에 의하면 전 세계적으로 약 800,000명이 매년 자살로 사망하며, 세계 평균 자살률은 2016년 기준 인구 십만 명당 평균 10.6명으로 남성(13.5명)의 자살률이 여성(7.7명)의 자살률보다 높다(World Health Organization, 2018). 한국은 2018년 기준 인구 십만 명당 26.6명(남성 38.5명, 여성 14.8명)이 자살로 사망하였고 이는 전 세계 평균 자살률의 2배 이상에 해당한다(Statistics Korea, 2019). 보건복지부가 발간한 2019년 자살예방백서에 의하면 만 19세 이상 국내 성인 6,128명 중 자살생각 유경험자는 5.9%, 자살계획 유경험자는 1.5%, 자살시도 유경험자는 0.6%였다(Ministry of Health & Welfare, 2019). 특히 주목할 만한

[†]Correspondence to Sungeun You, Department of Psychology, Chungbuk National University, 1 Chungdae-ro, Seowon-gu, Cheongju, Korea; E-mail: syou@chungbuk.ac.kr

Received Oct 4, 2019; Accepted Nov 6, 2019

This work was conducted during the research year of Chungbuk National University in 2018.

통계는 자살시도 비율이 자살생각 유경험자 중 6.6%, 자살계획 유경험자 중 28.0%로 자살생각을 해 보았거나 자살계획을 세워본 성인 중 자살시도 비율은 일반 성인 집단에 비해 급격하게 높아지는 양상을 보였다는 점이다. 더불어 자살생각(17.0%), 자살계획(24.2%), 자살시도(39.5%) 유경험자가 심리적인 문제 때문에 방문 상담 또는 전화 및 인터넷을 통한 상담을 받아본 비율이 일반 성인 집단(3.2%)에 비해 약 5-12배가량 높게 나타났다. 이러한 통계는 한국의 심각한 자살문제를 보여주는 한편 도움을 요청하는 자살 위기에 있는 사람들에게 자살예방을 위한 효과적인, 근거기반 개입을 제공하여 자살로 인한 조기사망을 예방할 수 있는 기회가 충분히 있음을 시사한다.

효과적인 자살예방을 위해서는 개인수준에서 공중보건적 수준에 이르는 다수준적 개입이 필수적이다(Brodsky, Spruch-Feiner, & Stanley, 2018; Van der Feltz-Cornelis et al., 2011). 다수준적 개입이란 미국 의학원(Institute of Medicine, IOM)에서 제안한 보편적('universal'), 선택적('selective'), 개별적('indicated') 수준에서의 예방적 개입에 근거한 것이다(Mrazek & Haggerty, 1994; WHO, 2010). 이는 이미 질병이 발생한 사람들을 대상으로 질병의 감소를 목적으로 제공하는 개별적 개입에서부터 질병이 아직 발생하지 않았지만 특정 질병에 대한 고위험군을 대상으로 실시하는 선택적 개입, 전체 인구를 대상으로 실시하는 예방적 개입인 보편적 개입을 병행하는 것을 말한다. 자살예방 개입의 측면에서 보편적 개입은 공중보건적, 정책적 개입으로 자살보도에 대한 미디어 지침 제작, 자살 수단의 차단(예, 농약 관리, 번개탄 관리, 지하철 스크린 도어 설치 등), 일반 대중을 위한 심리교육 등이 포함된다. 선택적 개입은 자살 고위험군이나 취약계층의 자살예방을 목적으로 하는 개입으로, 예를 들어 이들을 조기선별하고 전문가와 연계하는 서비스 등이 해당된다. 마지막으로 자살예방을 위한 개별적 개입은 포괄적 의미에서 자살행동을 보이는 사람들의 자살행동 감소 및 자살예방을 목적으로 하는 개인 수준에서의 임상적 개입을 의미한다. 최근 자살 없는 사회 구현을 위해 제시되고 있는 Zero Suicide (ZS) 모델에서는 자살예방을 위한 근거기반 개입을 중요시하고 이를 적용하는 데 있어 개별적, 임상적 개입과 정책적, 시스템적 자원을 다수준적으로 연계하는 것을 강조한다(Brodsky et al., 2018).

위에서 제시한 다수준적 차원에서 자살예방전략을 체계적으로 개관한 대표적인 논문으로 Mann과 동료들이 2005년에 발표한 논문(Mann et al., 2005)과 Zalsman 등이 2016년에 발표한 논문(Zalsman et al., 2016)이 있다. Mann 등(2005)은 1966년부터 2005년 6월까지 출판된 연구들을 총망라하여 자살예방전략의 효과성을 개관한 논문을 발표하였다. 이 연구를 위해 15개 국가의 자살 전문가들

이 오스트리아 잘츠부르크에 모여 5일간의 워크숍을 개최하고 자살예방 개입의 효과성 연구들의 과학적 근거 수준에 대한 합의를 도출하였다. 이들은 옥스포드 기준(Oxford Criteria)을 근거로 각 연구들의 과학적 수준에 대한 합의를 도출하였고, 그 결과 자살예방에 대한 주요한 개입방법으로 다섯 개의 전략을 보고하였다. 합의된 다섯 개 전략에는 (1) 일반 대중과 전문가를 위한 교육 및 인식 개선 프로그램, (2) 고위험군 선별, (3) 정신과적 장애의 치료, (4) 치명적인 수단에서의 접근성 제한, 그리고 (5) 자살에 대한 미디어 보고 전략이 포함되었다(Mann et al., 2005). 이로부터 10년 뒤, Zalsman과 동료들은 2005년 1월 1일부터 2014년 12월 31일까지 10년 동안 발표된 논문들 중 자살예방 및 자살행동의 감소를 목적으로 한 개입에 대한 효과검증 연구들에 대한 과학적 근거 수준을 체계적으로 개관하였다(Zalsman et al., 2016). Zalsman의 연구에서도 Mann 등이 사용한 방법과 유사하게 13개의 유럽 국가에서 18명의 자살 전문가들이 함께 옥스포드 기준에 근거하여 개입효과 연구들의 과학적 근거 수준을 분류하였다. Zalsman 등의 연구에서 자살 전문가들은 2015년 2월 네덜란드 라이덴에서의 3일간의 면대면 미팅을 포함하여 총 네 번의 면대면 미팅을 통해 합의를 도출하였다. 그 결과 (1) 일반인을 대상으로 한 공공 교육, (2) 의료진 교육, (3) 미디어 전략, (4) 선별, (5) 자살 수단에서의 접근성 제한, (6) 심리치료 및 약물치료, (7) 인터넷 또는 핫라인 전략의 일곱 개의 개입전략에 대한 연구들의 과학적 근거 수준에 대한 합의를 도출하였다. 하지만 두 연구 모두 연구들마다 사용한 연구 방법과 대상의 이질성이 높아 메타분석을 하지 못했다고 보고하였다(Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016).

본 연구의 목적

본 연구는 자살예방을 위한 다수준적 개입 방법 중 개별적 개입에 해당하는 개인 수준에서의 임상적 개입을 중심으로 근거기반치료를 개관하였다. 구체적으로 본 연구에서는 자살예방 또는 자살행동의 감소를 목적으로 하는 심리적 위기개입과 심리치료적 접근에 대한 과학적 근거수준을 개관하는 것을 주요 목적으로 하였다. 자살예방 및 자살행동의 감소를 위한 임상적 개입효과 검증 연구들은 대부분 연구의 주요 결과변인(primary outcome)으로 자살로 인한 사망(death by suicide), 자살시도(suicide attempt), 자살생각(suicidal ideation)의 감소 및 예방을, 이차적인 결과변인(secondary or intermediate outcome)으로 자살과 관련된 임상적 지표인 우울, 절망감, 응급실 내원 빈도, 정신건강 서비스 또는 전문적인 치료 추구, 자해행동 등을 고려하였다. 본 연구에서는 자살로 인한 사망, 자살시도, 자살생각의 감소를 목적으로 한 비약물적, 심리적 개입 방

법에 대한 과학적 근거수준을 살펴보았다.

자살행동에 대한 심리적 개입

자살행동에 대한 심리적 개입은 자살 위기에 대한 단기 심리적 개입과 심리치료적 접근으로 분류할 수 있다. 자살 위기에 대한 단기

심리적 개입은 주로 자살 시도 후 응급실에 내원하는 환자 또는 자살 위기환자를 관리하는 다양한 지역사회 정신보건 기관, 자살위기 핫라인 등에서 단일 회기의 위기 개입 후 추후 관리를 제공하는 형태로 제공된다. 자살행동에 대한 심리치료적 개입은 응급실 퇴원 후 외래치료 형태로 제공되거나 병원, 지역사회 정신보건 센터에서 다양한 임상 증상과 함께 자살생각을 보고하거나 자살위기를

Table 1. Effectiveness of Psychological Interventions on Suicide and Suicidal Behavior: Meta-Analytic Studies in Other Countries (2008–2019)

Study	Intervention	Population/setting	Number of trials	Primary outcomes				Secondary outcomes	
				Ideation	Attempt	Various suicidal behaviors combined	Death by suicide	Self-harm/ parasuicidal behavior	Health service use
Hofstra et al. (in press)	diverse brief and CBT-based interventions	diverse suicidal, clinical population	15	-	$d = -.45$	-	$d = -.54$	-	-
DeCou et al. (2019)	DBT	diverse suicidal, clinical population	18	n.s.	$d = -.32$	-	-	$d = -.32$	$d = -.38$
Leavey et al. (2017)	CBT	diverse suicidal, clinical population	22	-	-	$d = -.24$ RR = .62	-	-	-
	e-health CBT		5	-	-	-	-	-	-
Cristea et al. (2017)	DBT	BPD patients	9	-	-	$g = .34$	-	-	-
	CBT		5	-	-	n.s.	-	-	-
	psychodynamic therapy		7	-	-	$g = .41$	-	-	-
Riblet et al. (2017)	CBT	people with suicide attempt or self-harm history	6	-	-	-	n.s.	-	-
	WHO-BIC		3	-	-	-	OR = .20	-	-
Calati & Courtet (2016)	psychotherapy - various types	diverse suicidal, clinical population	32	-	M-H = -.08	-	-	n.s.	-
Inagaki et al. (2015)	active contact and follow-up at 12 months	patients admitted to ED for suicidal attempt	9	-	RR = .83	-	-	-	-
	active contact and follow-up at 24 months		2	-	n.s.	-	-	-	-
	Psychotherapy		2	-	n.s.	-	-	-	-
Ougrin et al. (2015)	therapeutic interventions (DBT, CBT, MBT)	adolescents with self-harm	19	-	n.s.	-	-	M-H = -.07	-
Labelle et al. (2015)	CBT	adolescents with suicidal ideation, attempt, or self-harm	14	$g = -.40$	n.s.	-	-	$g = -.27$	-
Milner et al. (2015)	brief contact interventions (letters, telephone calls, postcards etc.)	patients admitted to ED for self-harm or mental health outpatients	12	-	n.s.	-	n.s.	n.s.	-
Cuijpers et al. (2013)	psychotherapy for depression	adults with depressive disorder	13	n.s.	-	-	-	-	-
Winter et al. (2013)	DBT	diverse suicidal, clinical population	10	-	-	$d = -.41$	-	-	-
	CBT		6	-	-	$d = -1.02$	-	-	-
	problem-solving therapy		8	-	-	$d = -.33$	-	-	-
Tarrier et al. (2008)	CBT	diverse suicidal, clinical population	18	-	-	$g = -.56$	-	-	-
	DBT		7	-	-	$g = -.70$	-	-	-

Note. CBT = Cognitive Behavioral Therapy; DBT = Dialectical Behavioral Therapy; WHO-BIC = WHO-Brief Intervention and Contact; MBT = Mentalization-based Therapy; d = Cohen's d ; g = Hedges' g ; RR = Risk Ratio or Relative Risk; OR = Odds Ratio; M-H = Mantel-Haenszel; n.s. = non-significant effect size.

경험하는 환자 또는 내담자에게 제공된다. 본 연구에서는 메타분석 연구(Table 1)와 대표적인 무선택당통제연구(Randomized Controlled Trials, RCT)를 중심으로 심리적 개입에 대한 근거수준을 개관하였다. 더불어 근거기반 치료의 주요한 치료 구성요소를 소개하였다(Table 2).

자살위기에 대한 단기 심리적 개입

자살시도 직후 응급실에 내원한 사람들의 상당수가 퇴원 이후 외래치료 및 필요한 치료에 대한 권고를 따르지 않는다는 문제가 있

다(Appleby et al., 2015). 이러한 사람들의 자살위험을 낮추기 위해 응급실 또는 자살위기에 있는 사람을 위한 서비스 제공 현장에서 단기적으로 적용할 수 있는 개입에 대한 필요성이 대두되었다. 자살위기 이후 실시할 수 있는 단기 심리적 개입에는 다양한 형태가 존재하지만 개입에 포함되는 치료적 구성요인에는 크게 세 가지 정도의 공통적인 치료요소가 포함된다(McCabe, Garside, Backhouse, & Xanthopoulou, 2018). 첫째는 심리교육(psychoeducation)으로 자살행동에 대한 적절한 정보를 제공하고 자살위기에 대한 이해를 촉진하기 위한 목적에서 실시된다. 둘째, 자살위기 상황에서 활용할 수 있는 대처방안으로 나 자신을 안전하게 보호할

Table 2. Treatment Components of Evidence-Based Psychological Interventions for Suicidal Behavior

Intervention	Treatment format	Treatment components
Brief psychological interventions		
WHO-BIC	1 individual session and follow-up	Psychoeducation/information provision Relevant referral to help if needed Follow-up contact
SPI	1 individual session and follow-up	Identifying personal warning signs Identifying coping strategies Identifying social resources to provide support Providing mental health service information Restricting access to lethal means Follow-up contact
CRP	1 individual session and follow-up	Identifying personal warning signs Identifying coping strategies Identifying social resources to provide support (discussion of one's reasons for living) Follow-up contact
Suicide-specific psychological treatments		
CBT	10–12 individual sessions	Risk assessment Safety planning/Crisis response planning Chain analysis of index episode Cognitive-behavioral conceptualization for suicidal crisis Cognitive restructuring Developing coping/emotion regulation/social skills Relapse prevention
DBT	At least 1 year of the following 1) weekly individual psychotherapy sessions (1 hour) 2) weekly DBT skills training group therapy (2 1/2 hours) 3) telephone coaching (as needed) 4) therapist team meeting and consultation	Validation Problem solving Behavioral chain analysis and conceptualization Increasing behavioral skills Other CBT interventions to decrease suicidal behaviors, therapy-interfering behaviors, and quality-of-life-interfering behaviors
CAMS	Individual sessions as needed A minimum of 4 sessions to 12 sessions in general	Risk assessment Suicide status tracking using SSF Crisis management

Note. WHO-BIC = WHO-Brief Intervention and Contact; SPI = Safety Planning Intervention; CRP = Crisis Response Planning; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; DBT = Dialectical Behavioral Therapy; CAMS = Collaborative Assessment and Management of Suicidality; SSF = Suicide Status Form.

수 있는 전략을 구체적으로 세우는 위기대응적 개입이 시행된다. 세 번째 치료적 구성요소는 추후 관리(follow-up)로 면대면 회기, 전화, 문자, 엽서 보내기 등의 다양한 형태가 존재한다. 이 세 가지 치료적 요소는 함께 제공되거나 임상 현장에 따라 각각 독립적인 형태로 제공되는 등 다양한 형태로 제공되고 있다.

단기 심리적 개입에 대한 효과는 연구에 따라 상충되는 결과를 보고하였다(Zalsman et al., 2016). 자살시도 이후 제공되는 단기 심리적 개입효과가 추후 자살로 인한 사망률 및 재시도율을 감소시킨다는 연구결과도 있지만(Fleischmann et al., 2008; Macabe et al., 2018; Riblet, Shiner, Young-Xu, & Watts, 2017) 이러한 단기 심리적 개입이 자살위험의 감소에 통계적으로 유의미한 효과를 보이지 않았다는 보고도 있다(Milner, Carter, Pirkis, Robinson, & Spittal, 2015). 이처럼 단기 심리적 개입효과에 대한 연구결과가 혼재된 것은 이를 실시하는 방법이 다양하고 표준화된 개입 프로토콜을 사용한 연구가 드물었기 때문일 수 있다. 특히 응급실 퇴원 이후 추후 연락을 하는 방법이 전화, 문자, 편지, 방문 등 다양한 방법들이 사용되었고 연락을 하는 간격, 추후 연락을 하는 전체 기간 등이 연구마다 차이가 있었다. 다음에 치료 프로토콜이 개발된 대표적인 단기 심리적 개입 방법에 대한 과학적 근거 수준을 개관하였다.

단기 개입 및 추후 접촉(World Health Organization—Brief Intervention and Contact, WHO—BIC)

세계보건기구(WHO)에서 2000년대 초반에 시작한 대규모 다국가 연구인 SUicide PREvention-Multisite Intervention Study on Suicidal behaviours (SUPRE-MISS)에서는 단기 개입 및 추후 접촉(WHO-BIC)이 자살시도 이후 또 다른 자살시도 또는 자살위험을 낮추는지를 알아보기 위한 RCT연구를 시행하였다(Bertolote et al., 2010; Fleischmann et al., 2008). WHO-BIC는 자살시도 후 응급실에 내원한 사람들이 퇴원하기 전 제공되었다. 치료는 정보 제공을 목적으로 하는 1시간의 개별 회기와 퇴원 후 18개월 동안 전화, 방문을 포함한 여러 방법으로 총 9번의 추후 연락을 하는 개입의 두 가지 요소로 구성되었다(Fleischmann et al., 2008). WHO-BIC의 개별 회기에서는 심리교육적 차원에서 자살행동에 대한 정보(e.g., 심리적, 사회적 고통 증후, 위험요인 및 보호요인, 자살행동 외의 다른 대처방법)와 서비스 이용에 대한 정보를 알려주었다. 연구 결과 통상적인 서비스를 받은 통제집단에 비해 WHO-BIC 처치를 받은 집단에서 응급실 퇴원 후 18개월 이내의 사망률 및 자살로 인한 사망률이 모두 유의한 수준에서 낮게 나타났다(Fleischmann et al., 2008). 유사하게 자살로 인한 사망을 주요 결과 변인으로 한 유일한 메타연구인 Riblet 등(2017)의 연구에서는 자살시도 또는

자해 경험이 있는 사람들을 대상으로 한 세 개의 RCT 연구에 대한 메타분석 결과 WHO-BIC가 자살에 대한 위험을 유의미하게 낮추었다고 보고하였다. 하지만 SUPRE-MISS 연구 결과, WHO-BIC의 효과는 나라별로 차이가 있었는데, 소득수준이 낮은 국가에서는 유의미한 효과가 있었지만 고소득 국가에서는 유의미한 효과가 나타나지 않았다(Bertolote et al., 2010). 종합해 보면, WHO-BIC의 효과는 문화에 따라 다르게 나타날 수 있지만 적어도 두 개 이상의 독립적인 연구팀에서 실시한 RCT 연구결과와 메타연구에서 자살 예방 효과가 검증되었다는 점에서 경험적으로 지지된 근거 기반 단기 심리적 개입이라고 할 수 있다.

안전 계획 개입(Safety Planning Intervention, SPI)

Stanley와 Brown (2012)이 개발한 안전계획 개입(SPI)은 자살시도 또는 자살위기를 경험한 사람들의 자살 및 자살행동의 예방을 목적으로 제공되는 단기개입이다. SPI는 자살위기 시 ‘어떻게(how)’ 행동해야 하는지에 대한 구체적인 대처 계획 또는 전략을 다루며 20-45분 정도의 단일 회기로 진행된다. SPI의 주요 치료적 구성요소는 자살위기 경고 신호 알아차리기, 위기 시 대처 전략 계획, 사회적 자원의 활용, 자살위기 시 도움을 줄 가족이나 친구를 활용하기, 정신건강 전문 기관 서비스 이용, 치명적인 방법의 접근성 제한이 포함된다(Stanley & Brown, 2012). SPI는 1시간 이내의 짧은 시간 내에 시행될 수 있다는 점에서 응급실 또는 자살위기 상담을 제공하는 서비스 기관이나 핫라인 등에서 유용하게 사용될 수 있다. Stanley와 동료들은 자살 관련 문제로 군인병원 응급실에 내원한 사람들을 대상으로 SPI와 추후 전화 접촉(이하 SPI+) 효과를 검증하는 대규모 코호트 대조군 연구(cohort comparison design)를 실시하였다(Stanley et al., 2018). Stanley 등(2018)의 연구 결과, SPI+ 개입을 받은 집단은 통상적인 처치를 받은 대조군에 비해 6개월 이후 자살행동 발생률이 통계적으로 유의미한 수준에서 감소하였고 정신 건강 치료 참여율이 증가하였다. 또한 SPI를 자살위기 핫라인 상담에 적용해 본 결과, 핫라인 상담자들은 SPI를 용이하게 현장에서 적용할 수 있는 유용하고 도움이 되는 개입이라고 지각하였다(Labouliere, Stanley, Lake, & Gould, 2019). SPI는 현재까지 코호트 대조군 연구를 진행한 SPI 개발 연구진 외에 다른 독립적인 연구팀에서 교차 검증은 이루어지지 않았다는 점에서 추후 연구가 필요하다. 이 단일 회기 형태의 SPI는 자살예방을 목적으로 하는 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention, CBT-SP)의 일부로 활용되기도 한다(Stanley et al., 2009).

위기반응계획(Crisis Response Planning, CRP)

SPI 개발진들과 독립적으로 Bryan과 동료들은 위기반응계획(CRP) 개입에 대한 RCT 연구를 진행하였다(Bryan et al., 2017). 위기반응 계획은 SPI와 유사하게 자살위기 상황에서 무엇을 해야 하는지('what to do')에 대한 대처 계획을 세우는 단기 개입방법이다(Bryan & Rudd, 2010). CRP에서는 자살위기 경고 신호 알아차리기, 자살 위기 시 대처 전략 계획, 사회적 자원의 활용과 더불어 자살하지 않을 이유 등을 단일 회기 내에서 다룬다(Bryan et al., 2017) Bryan 등(2017)의 연구에서는 응급실에 내원한 군인들을 대상으로 위기 반응계획 개입 효과를 비자살계약서 개입 효과를 비교하였는데, 그 결과 위기반응계획 개입을 받은 군인들의 자살시도율이 비자살 계약서 개입 집단에 비해 유의미한 수준에서 감소하였음을 보고하였다. 하지만 SPI와 마찬가지로 이 개입에 대한 효과 검증 연구도 개발 연구진 팀에서만 보고되었다는 점에서 추후 연구가 요구된다. SPI와 마찬가지로 CRP는 단일 회기 형태의 위기개입으로 활용되기도 하고, 단기 인지행동치료의 주요한 치료 구성요소 중 하나로 적용되기도 한다(Rudd, 2012; Rudd et al., 2015).

비자살계약서(No-suicide contract)

비자살계약서란 자살위기 개입에서 치료자가 자살위기에 있는 내담자로부터 자살 또는 자살행동을 하지 않겠다는 구두 또는 서면 약속을 받는 것을 말한다. 이는 과거에 자살위기 개입의 일환으로 널리 사용되었지만 비자살계약서의 자살예방 효과에 대한 과학적 근거는 매우 미흡하다(Bryan et al., 2017; Stanley et al., 2018). 일부 연구들은 비자살계약서가 효과적이지 않다고 보고하였고(Kelly & Knudson, 2000; Stanford, Goetz, & Bloom, 1994), 오히려 이는 잠재적인 해가 될 수도 있음을 경고하였다(Drew, 2001; Rudd, Mandrusiak, & Joiner, 2006). 전문가들은 위기상황에서 무엇을 하지 않을 것인지에 대한 약속을 받는 것보다는 무엇을, 어떻게 해야 하는지에 대한 개입을 제공해야 한다고 주장하였고, 이러한 관점에서 비자살계약서 대신 자살위기에 있는 내담자로부터 추후 치료에 참여하겠다는 동의서를 받을 것을 제안하였다(Bryan & Rudd, 2010; Rudd, Mandrusiak et al., 2006). 비자살계약서는 임상 장면에서 널리 사용되어 왔으나 그 효과가 아직 검증되지 않았고 해가 될 수도 있는 가능성이 제기되었기에 '논쟁의 여지가 있는(controversial) 치료'에 해당한다.

자살행동에 대한 심리치료적 접근

Beck과 동료들은 자살위험군에 우울증 또는 다른 정신장애의 치

료를 주요 목적으로 하는 치료를 실시해왔다는 점을 비판하면서, 우울증에 초점을 둔 치료가 자살행동의 감소에도 효과적인 것이라는 가정은 잘못된 것임을 지적하였다(Wenzel, Brown, & Beck, 2009; Wenzel & Jager-Hyman, 2012). 이들은 또한 우울증의 치료 효과 검증 연구들은 대부분 자살위험이 높은 대상자를 제외하고 연구를 진행하였기 때문에 우울증에 효과적인 치료가 자살행동의 감소에도 효과적인지에 대한 경험적 근거는 부족하다고 주장하였다. 즉, 자살위기를 경험한 사람들이 또 다른 자살위기 삽화를 경험하지 않기 위해서는 자살행동에 초점을 둔 치료를 제공해야 함을 강조한 것이다. 다음에 자살행동의 감소를 목적으로 개발되고 연구된 대표적인 근거기반 치료로 자살행동의 감소를 목적으로 개발된 인지행동치료, 변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy, DBT; Linehan, 1993), 자살위기에 대한 협력적 평가 및 관리(Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS; Jobes, 2006; Jobes, 2012)의 치료 내용과 경험적 연구 결과를 개관하였다.

인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)

자살행동에 대한 인지치료(cognitive therapy, CT) 또는 인지행동 치료(CBT)는 Wenzel과 Beck (2008)의 자살행동에 대한 인지모델에 기반한 치료로 치료의 주요 목적이 치료 이후 자살행동의 감소, 즉 자살 생각을 감소시키거나 자살시도 삽화를 감소시키는 것이다(Wenzel et al., 2009). 자살행동의 인지모델에 기반한 인지치료는 자살시도 또는 심각한 자살사고로 인한 자살위기를 경험한 사람들을 대상으로 실시되며 치료의 대상이 되는 주요 문제가 정신과적 장애가 아닌 자살행동이 된다는 점에서 일반적인 인지행동치료와 차별된다(Wenzel et al., 2009). 자살행동에 대한 인지치료의 핵심적인 요소는 자살위기 상황에서 활성화되는 생각 또는 심상, 핵심 신념을 인지행동적 기법을 사용하여 다루어 주는 것이다(Brown et al., 2005; Wenzel et al., 2009). Brown과 동료들은(2005) 자살시도로 응급실에 내원한 환자들을 대상으로 퇴원 이후 10회기의 인지 치료를 받는 집단과 통상적인 치료를 받는 통제집단을 비교하는 RCT 연구를 수행하였고, 연구 결과 인지치료를 받은 집단의 자살 재시도율이 통상적인 치료군보다 통계적으로 유의미한 수준에서 낮게 나타났음을 보고하였다.

Beck과 동료들이 개발한 치료 프로토콜은 Wenzel 등(2009)에 상세히 소개되어 있다. 간략히 요약하면 치료는 초기, 중기, 후기의 3단계로 구분된다. 초기단계에서는 자살위험평가, 안전계획(safety planning) 세우기, 자살위기 상황에서의 행동분석에 근거한 자살 행동에 대한 사례개념화 및 치료계획 세우기 등이 실시된다. 이때

내담자의 동의를 구하고 내담자가 치료에 동기화되도록 하는 작업이 중요하며, 자살위기 상황에서의 인지적, 정서적, 행동적 위험요인을 파악하기 위한 평가가 이 초기개입단계에서 중요하다. 중기 단계에서는 자살위기 가능성을 감소시키기 위한 기술의 습득이 치료의 주요 목표가 된다. 이를 위해 인지적 재구성화, 위기상황에서의 대처 및 문제해결, 정서조절, 사회적 기술훈련 등을 다룬다. 마지막 단계는 재발방지를 위한 단계로 치료에서 습득한 능력을 유지하고 일상의 삶에서 이를 일반적으로 적용시키기 위한 작업이 실시된다.

Wenzel 등(2009)의 치료 프로토콜과 유사한 치료 매뉴얼들이 청소년(Stanley et al., 2009), 군인(Rudd, 2012; Rudd et al., 2015) 등을 대상으로 개발되었다. Stanley 등(2009)은 자살시도를 한 청소년들을 대상으로 자살행동의 감소 및 예방을 목적으로 자살예방을 위한 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention, CBT-SP)를 제안하면서 가족개입에 대한 모듈을 추가하였다. Rudd (2012)는 군인들을 대상으로 하는 단기인지행동치료(Brief Cognitive Behavioral Therapy, B-CBT)를 제안하였다. Rudd 등(2015)은 자살위험이 높은 군인을 대상으로 12회기의 단기 CBT에 대한 RCT 연구를 시행하여 2년 동안 추적 조사한 결과 통상적인 치료를 받은 통제집단에 비해 자살시도율이 유의미하게 낮게 나타났음을 보고하였다.

자살행동의 감소를 목적으로 한 인지행동치료 효과에 대한 메타연구에 의하면 CBT는 대체적으로 통계적으로 유의한 수준에서 자살행동을 감소시키는 것으로 나타났지만 연구들 간의 이질성으로 인해 집단별, 세부 조건별로는 다소 차이가 있었다(Labelle, Pouliot, & Janelle, 2015; Leavey & Hawkins, 2017; Tarrrier, Taylor, & Gooding, 2008). Tarrrier 등(2008)이 자살생각과 자살시도에 대한 인지행동적 개입효과에 대한 25개의 RCT 연구들에 대한 메타분석을 실시한 결과 인지행동적 개입은 자살행동의 감소에 효과적인 것으로 나타났다. 하지만 Tarrrier 등(2008)의 메타분석 결과 성인을 대상으로 한 연구에서는 인지행동치료가 유의미한 효과크기를 보였지만 청소년을 대상으로 한 경우에는 효과크기가 유의미하지 않았다. 한편 청소년의 자살행동 감소를 목적으로 실시한 CBT 효과에 대한 메타분석을 실시한 두 개의 연구에서는 다소 상충되는 결과가 도출되었다. Ougrin, Tranah, Stahl, Moran과 Asarnow (2015)의 메타연구 결과 CBT는 청소년의 자살시도와 자해의 감소에 유의미한 효과를 보였다. 한편 Labelle 등(2015)의 메타분석 결과 CBT는 청소년의 자살생각의 감소와 자해행동의 감소에는 효과적이었지만 자살시도에는 유의미한 효과가 나타나지 않았다. Labelle 등(2015)은 자살생각이나 자해에 비해 자살시도의 기저율이 낮았기 때문에 효과가 나타나지 않았을 가능성을 논의하였다.

Leavey와 Hawkins (2017)는 이전의 메타연구들이 다양한 형태의 인지행동치료(e.g., DBT, CBT) 등을 구분하지 않았다는 점을 비판하면서 자살행동의 감소를 목적으로 시행된 순수한 CBT의 효과검증을 위한 RCT 연구들에 대한 메타분석을 실시하였다. Leavey와 Hawkins (2017)는 총 15개의 CBT 치료효과 연구에 대한 메타분석 결과 CBT가 자살행동의 감소에 효과적이라고 보고하였다. 하지만 인터넷 매체를 통한 방식(e-health)으로 시행된 소수의 CBT 연구를 기반으로 e-health CBT 효과에 대한 근거는 아직 불충분하다고 보고하였다(Leavy & Hawkins, 2017). 또한 경계선 성격장애 환자들을 대상으로 한 CBT에 대한 메타분석 결과, CBT는 BPD 환자들의 자살행동 감소에 효과가 없는 것으로 나타났고(Cristiea et al., 2017), 자살로 인한 사망을 주요 결과 변인으로 본 메타연구 결과에서 유의미한 효과를 보이지 않았다(Riblet et al., 2017).

종합해 보면, 자살행동의 감소를 주요한 목적으로 시행되는 인지행동치료는 성인들의 자살생각을 감소시키고 자살시도율을 낮추는 데에 비교적 일관적으로 효과가 있는 것으로 나타났다. 하지만 인지행동치료는 경계선 성격장애 환자들의 자살행동 감소에는 효과적이지 않았고 청소년들의 자살행동 감소에 미치는 효과도 혼재되어 있다. 인터넷 기반 인지행동치료의 효과에 대해서는 연구가 드물지만 치료효과가 아직 지지되지 못한 실정이다. 또한 여러 형태의 유사한 인지행동적 치료 매뉴얼이 개발되었고 이들이 다양한 집단을 대상으로 연구되었지만 이러한 치료매뉴얼이 어떠한 차별적인 효과 및 기능을 갖고 있는지는 아직 밝혀지지 않았다.

변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy, DBT)

변증법적 행동치료(DBT)는 Linehan이 경계선 성격장애(Borderline Personality Disorder, BPD)와 이 장애군에서 빈번하게 나타나는 자살행동을 치료하고자 하는 목적에서 개발한 인지행동치료이다(Linehan, 1993; Linehan et al., 2006). Linehan은 생물사회적 관점에서 BPD 장애를 개념화하고 이를 기반으로 BPD 증상의 완화, 특히 BPD 환자군이 보이는 자살 및 자해행동의 감소를 목적으로 치료 프로그램을 개발하였다. DBT의 일차적인 치료의 목표는 생존을 위협하는 행위, 즉 자살행동의 감소이며 치료를 방해하는 행동, 환자의 현재 기능을 방해하는 행동들이 이차적인 치료의 목표가 된다. DBT는 다른 인지행동치료에 비해 장기간의 시간과 비용이 요구되는 치료로 매주 1회의 개인치료(1시간), 기술훈련을 위한 집단치료(2시간 30분), 전화 개입(필요시)과 치료자들 간의 팀 미팅 및 자문이 동시에 진행되도록 구성되었다. Linehan 등(2006)은 BPD 환자들을 대상으로 1년간의 DBT 치료를 받는 집단과 지역사회

회에서 통상적인 치료를 받은 집단을 치료 종료 후 1년간 추적하는 2년간의 RCT 연구를 수행하였다. 연구결과, DBT 치료를 받은 BPD 환자들의 자살시도율은 통제집단에 비해 2분의 1 수준으로 감소하였고, 응급실 입원, 정신건강의학과 입원, 자살시도로 인한 의학적 위험수준, 자해행동이 모두 유의미한 수준에서 감소하였다.

DBT가 자살행동의 감소에 미치는 효과에 대한 메타연구들은 일반적으로 DBT의 효과를 지지하였다(Cristea et al., 2017; Decou, Comtois, & Landes, 2019; Ougrin et al., 2015; Tarrier et al., 2008). 메타연구들은 DBT가 BPD로 진단받은 성인의 자살 및 자해행동의 감소(Cristea et al., 2017), 청소년의 자살시도와 자해행동의 감소(Ougrin et al., 2015), 입원환자 및 외래환자를 포함한 다양한 임상군의 자살시도 및 자해행동의 감소와 정신과적 위기 서비스 사용 빈도의 감소(Decou et al., 2019)에 효과적인 치료임을 보여주었다. 이처럼 DBT가 자살시도 또는 BPD 환자들의 자살관련 행동의 감소에 효과적임은 다수의 메타연구에서 일반적으로 지지된 반면, DBT가 자살생각의 감소에 미치는 영향에 대한 연구결과는 혼재되어 있다. 일부 연구들은 DBT가 자살생각의 감소에 효과적이라고 보고하였지만(Goodman et al., 2016; Linehan et al., 2006) DBT에 대한 메타연구들은 DBT가 자살생각의 감소에 유의미한 효과를 보이지 않았다고 보고하였다(Decou et al., 2019; Hawton et al., 2016). 이에 대해 Decou 등(2019)은 DBT가 생각의 변화보다는 행동 수정에 더 효과적인 치료일 수 있다고 논의하였다. 이는 DBT를 통해 습득하는 심리사회적 기술 및 대처능력이 자살생각이 들더라도 이를 행동에 옮기지 않게 할 수 있음을 시사한다. 결론적으로, DBT는 메타분석 및 다수의 RCT 연구를 통해 BPD 환자군의 자살관련 행동의 감소뿐 아니라 자살위기를 경험한 성인, 청소년 및 다양한 임상군에서의 자살행동의 감소와 치료 서비스 이용률 증가에 효과적이라고 지지된 근거기반 치료라 할 수 있다.

자살위기에 대한 협력적 평가 및 관리(Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS)

Jobes는 자살행동의 감소를 치료의 주목적으로 한 ‘자살위기에 대한 협력적 평가 및 관리(CAMS)’를 개발하였다(Jobes, 2006; Jobes, 2012). CAMS에서는 자살위기에 있는 내담자와 치료자가 하나의 팀처럼 협력적으로 내담자의 자살위기를 평가하고 이를 비활성화시키기 위한 계획을 수립한다. CAMS 프로그램은 내담자가 정의하는 자살위기의 촉발동기(‘suicidal drivers’)와 이유를 평가하고, 치료 계획을 수집하며 이를 지속적으로 모니터링하고 관리하도록 구성되었다. CAMS는 짧게는 4회기에서 통상 12회기 정도까지 필요에 따라 치료 회기를 조정할 수 있다는 장점이 있다. 또한 자살위기

에 대한 협력적 평가와 관리를 위해 CAMS에서는 ‘자살 상태 양식(Suicide Status Form, SSF)’이라는 평가 양식을 사용하여 자살위기의 변동성을 민감하게 측정한다는 장점이 있다. SSF는 심리적 고통, 스트레스, 정신적 동요, 절망감, 자기혐오, 자살위기 수준을 포함한 여섯 개의 심리적 구성개념에 대해 리커트 반응양식을 사용하여 양적 평가를 하도록 개발되었다. CAMS는 특정 이론에 국한되지 않고 여러 이론들을 통합적으로 선택하는 입장을 채택하고 있으며, 이러한 치료 철학에 근거하여 Schneidman (1993), Baumeister (1990), Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), Linehan (Linehan, Goodstein, Neilsen, & Chiles, 1983) 등의 심리학적 이론을 통합적으로 활용하여 SSF를 개발하였다(Jobes, 2006; Jobes, 2012).

CAMS는 다수의 RCT 연구에 의해 그 효과가 검증되었다(Andreasson et al., 2016; Comtois et al., 2011; Huh et al., 2018; Jobes et al., 2017; Ryberg, Zahl, Diep, Landrø, & Fosse, 2019). CAMS 개발자인 Jobes와 동료들은 자살위험군에 속하는 정신과 외래환자를 대상으로 CAMS 치료 효과를 보고하였고(Comtois et al., 2011), 이후 미국 국방부의 지원을 받아 미국 군인병원에 내원한 자살 위험 외래환자들을 대상으로 실시한 RCT 연구인 OWL (‘Operation Worth Living’) 연구를 통해 CAMS 치료가 자살생각과 자살행동의 감소에 효과적임을 보고하였다(Huh et al., 2018; Jobes et al., 2017). CAMS는 덴마크(Andreasson et al., 2016), 노르웨이(Ryberg et al., 2019)의 다양한 임상집단을 대상으로 실시된 RCT 연구를 통해서도 치료적 근거가 지지되었다. Andreasson 등(2016)은 BPD 성향이 있는 자살 환자들을 대상으로 CAMS와 DBT 효과를 비교하는 RCT 연구를 시행한 결과 자해, 자살시도, 다른 임상적 지표 등에서 CAMS는 근거기반 치료인 DBT와 유사한 수준의 효과를 보였다. 특히 Andreasson 등(2016)의 연구에서 DBT 집단은 주 2회, 평균 16주의 치료를 받은 것에 비해 CAMS 처치 집단은 주 1회, 평균 10주의 치료를 받아 더 적은 횟수의 치료로 동등한 수준의 효과를 보였다는 점이 주목할 만하다. 요약하면, CAMS는 두 개 이상의 독립된 연구팀에서 잘 설계된 RCT 연구를 통해 치료효과가 검증된 근거기반 치료로, 시간과 비용 대비 효율적이라는 점과 유연한 회기 적용이 가능하다는 점에서 임상적 유용성이 기대되는 치료라 할 수 있다.

기타 근거기반치료

근거기반 치료 외에 몇몇 근거기반 치료들도 그 효과가 보고되었다. 첫째, 문제해결치료(problem-solving therapy)는 성인들의 자살생각, 자해, 반복 입원 감소(Brown & Jager-Hyman, 2014), 성인들의 자살생각 감소(Hetrick, Robinson, Spittal, & Carter, 2016), 노인들

의 자살생각 감소(Okolie, Dennis, Thomas, & John, 2017), 자살 시도 감소(Krysinska, Batterham, & Christensen, 2017)에 효과가 있다고 보고되었다. 하지만 문제해결치료는 독립적으로 시행되기보다 사례관리나 단기위기개입과 함께 시행되는 경우가 대부분이었다는 제한점이 있고, 메타분석에서 효과가 있다고 나타났지만 개별 연구 간 다소 상충되는 효과가 보고되었다(Winter, Bradshaw, Bunn, & Wellsted, 2013). 둘째, 일부 집단에서 정신 역동적 기반 치료가 자살행동의 감소에 효과가 있다고 보고되었다. 특히, BPD 환자 집단에서는 DBT와 함께 정신역동치료가 이들의 자살 및 자해행동 감소에 유의미한 효과가 있었고(Cristea et al., 2017), 정신화 치료(mentalization-based treatment)는 자해 경험이 있는 청소년들의 자살시도 감소에 유의미한 효과를 보였다(Ougrin et al., 2015). 셋째, 청소년들의 자살생각 및 자살시도 감소에는 다양한 형태의 가족치료 또는 가족기반 위기 개입이 효과가 있다고 보고되었다(Frey & Hunt, 2017).

자살행동의 근거기반치료에 대한 국내연구 현황

국내에서도 자살예방 프로그램에 대한 효과성을 검증한 네 개의 메타분석 연구가 출판되었다(Jeon, Chun, & Chung, 2017; Kim, 2012; Kim, Koo, & Sohn, 2018; Park, & Bae, 2013). 이 네 개의 메타 연구에 포함된 자살예방 프로그램에는 인지행동치료가 가장 많았고(5-20개), 그 다음으로 생명존중 교육 프로그램(1-7개), 자살예방 집단 프로그램(5-6개), 통합적 자살예방 프로그램(1-6개), 현실요법치료(1-3개) 등이 있었고, 이 외에 단일연구 또는 소수의 연구들이 진행된 개입들이 분석에 포함되었다(Table 3). 해외 연구에서 자살행동에 대한 근거기반치료로 보고된 인지행동치료는 이 중 세 개의 메타분석 연구에서 그 효과크기를 보고하였다(Jeon et al., 2017; Kim, 2012; Park & Bae, 2013). Park과 Bae (2013)의 메타분석 연구에 포함된 36개의 연구 중 20개가 인지행동치료를 적용한 연구로 자살생각 감소에 유의미한 효과를 보였다. Kim (2012)의 연구에서는 총 31개의 연구 중 17개의 인지행동치료가, Jeon 등(2017)의 연구에서는 총 29개 중 5개의 인지행동치료 연구가 포함되었고 모두 자살생각 감소에 유의미한 효과를 보였다. Table 3에 제시된 바와 같이 국내에서 실시된 메타분석 결과 인지행동치료는 자살생각의 감소에 중간 정도의 효과크기를 보였다. 하지만 네 편의 메타분석 연구 중 두 편은 청소년을 대상으로 한 프로그램만을 분석하였고(Jeon et al., 2017; Kim et al., 2018) 다른 두 편 또한 모든 연령층을 포함하였으나 청소년을 대상으로 진행된 연구가 분석대상 연구의 60% 이상을 차지하였다(Kim, 2012; Park & Bae, 2013). 이처럼 대

부분의 국내 메타분석 연구가 청소년을 대상으로 한 연구에 편중되어 있어 이들 연구를 성인 또는 다른 자살 고위험군에 적용하기 어렵다는 문제가 있다.

자살예방 또는 자살행동의 치료를 목적으로 하는 인지행동치료의 최근 10년간 국내 RCT 연구를 살펴보면 인지행동치료만을 실시하기보다 인지행동치료에 다른 치료기법을 추가하여 함께 진행하거나(Kang & Lee, 2017; Kim & Park, 2011) 프로그램 개발 시 기반이 되는 이론적 근거 중 하나로 인지행동치료를 사용하는 경우가 대부분이었다(Kim, 2009; Seo, 2010). 국내 연구에서 인지행동치료는 주 1회 또는 2회, 총 10회기 내외로 진행되었으며 프로그램 효과 검증을 위해 자살과 직접 관련되는 결과 변인으로 자살 생각만이 포함되었다는 한계점이 있다. 이차적인 결과 변인으로 우울, 절망감, 자기효능감, 자아존중감 등이 사용되었다. Kang과 Lee (2017)는 인지행동치료가 중도탈락률이 높다는 점을 고려하여 사전 회기로 동기증진면담을 추가하여 동기증진 인지행동 프로그램을 시행하였다. 지난 1개월 이내 자살 시도 경험이 있는 성인을 대상으로 총 6회기의 동기증진 인지행동치료를 진행한 결과 치료집단은 대면상담방법의 사후관리만 실시한 비교집단에 비해 우울, 절망감, 자살생각이 유의미하게 감소하였다. Kim과 Park (2011)은 자살시도 경험이 있는 여대생을 대상으로 인지행동치료를 기반으로 하고 변증법적 행동치료의 기술 중 하나인 핵심 마음챙김 기술을 함께 진행하였다. 그 결과 치료집단은 통제집단에 비해 자살생각과 우울, 절망감이 유의미하게 감소하였고 2개월 후에도 그 효과가 유지되었다. 국내에서 자살예방을 목적으로 진행된 인지행동치료에 대한 RCT 연구들은 모두 자살생각 감소에 유의미한 효과를 보고하였지만, 치료집단이 10명 내외의 소규모로 진행되었다는 점과 적은 참가자로 인해 무선택당을 하지 못한 경우가 있었다는 점에서 해석에 유의할 필요가 있다(Kang & Lee, 2017; Kim, 2009; Kim & Park, 2011; Seo, 2010).

국내 메타연구 결과 현실요법 프로그램의 효과크기가 공통적으로 가장 크게 나타났다(Jeon et al., 2017; Kim, 2012; Kim et al., 2018; Park & Bae, 2013). 현실요법은 자신에 대한 객관적인 인식을 갖게 하고 행동에 대한 개인의 통제력을 강조함으로써 문제해결능력을 향상시키는 데 유용한 개입이다(Lee, Choi, & Kim, 2005). Park과 Bae (2013)는 메타분석 결과 현실요법의 효과크기가 크게 나타난 이유에 대해 현실요법이 개인의 자아존중감, 내적 통제능력, 문제해결능력의 향상을 이끌어 자살에 대한 보호요인으로 작용하기 때문이라고 하였다. 그러나 메타분석 연구에 포함된 현실요법 프로그램 효과 검증은 모두 청소년을 대상으로 실시되었다는 점과 메타분석에 포함된 연구가 3편 이하로 적었다는 점이 해석의

Table 3. Effectiveness of Psychological Interventions on Suicidal Behavior: Meta-Analytic Studies in Korea

Study	Intervention	Number of trials	Population/setting	Outcomes		
				Ideation	Depression	Ideation and depression combined
Kim, Koo, & Sohn (2018)	All combined	18	suicide risk youth	$d = .65$	$d = .55$	-
	Life-respect education program	7		-	-	$d = .54$
	Suicide prevention group	6		-	-	$d = .32$
	Bibliotherapy	1		-	-	n.s.
	Acceptance and commitment therapy	1		-	-	n.s.
	Mental health group counseling	1		-	-	n.s.
	Integrated suicide prevention program	1		-	-	$d = .39$
	Reality therapy	1		-	-	$d = 5.49$
Jeon, Chun, & Chung (2017)	All combined	29	adolescents (middle to high school students)	$g = .81$	-	-
	Life-respect education program	7		$g = .83$	-	-
	Integrated suicide prevention program	6		$g = .82$	-	-
	CBT	5		$g = .58$	-	-
	Group counseling	5		$g = .69$	-	-
	Mindfulness program	2		$g = 1.53$	-	-
	Art therapy	1		n.s.	-	-
	Anger control program	1		$g = 1.00$	-	-
Park & Bae (2013)	All combined	36	diverse population (teenagers, young adults, the elderly)	$d = .72$	-	-
	CBT	20		$d = -.49$	-	-
	Life-respect education program	5		n.s.	-	-
	Reality therapy	3		$d = -2.53$	-	-
	Activity therapy	4		$d = -.65$	-	-
Kim (2012)	All combined	31	diverse population (teenagers, young adults, soldiers, the elderly)	$d = .77$	$d = .87$	-
	CBT	17		$d = .49$	$d = .59$	-
	Reality therapy	3		$d = 2.28$	$d = 2.45$	-
	Art therapy	2		$d = .95$	$d = 1.14$	-
	Gate-keeper training	2		n.s.	n.s.	-
	Eclectic approach	2		n.s.	n.s.	-
	Life-respect education program	1		-	-	-
	Gestalt therapy	1		-	-	-
	Case management	1		-	-	-
	Network program	1		-	-	-
Being together	1		-	-	-	

Note. CBT = Cognitive Behavioral Therapy; d = Cohen's d ; g = Hedges' g ; n.s. = non-significant effect size.

제한점으로 보인다(Jeon et al., 2017; Kim, 2012; Park & Bae, 2013).

국내의 경우 과학적 근거가 입증된 개입 프로그램의 효과성에 관한 연구가 많이 부족한 실정이다. 국내 메타연구 결과 인지행동 치료가 다양한 집단의 자살생각을 감소시키는 효과가 있음이 보고되었다. 하지만 자살 시도 또는 자살로 인한 사망을 결과 변인으로 치료 효과를 검증한 국내 연구는 전무하다. 또한 대부분의 연구가 청소년 대상으로 진행되어 결과를 일반화하기에는 제한적이다. 더불어 자살행동에 초점을 둔 치료보다 우울증에 대한 치료 결과

우울과 함께 자살생각이 감소되었는지를 살펴본 연구가 대부분이어서, 자살행동의 감소를 목적으로 한 단기 심리적 개입 또는 심리 치료 효과 검증 연구가 절실히 필요하다.

자살행동의 근거기반 치료 권고안 및 제언

본 연구에서는 자살행동에 대한 비약물적, 개별적으로 시행되는 주요한 심리적 개입에 대한 개관적인 소개와 함께 각 개입에 대한

과학적 근거수준을 살펴보았다. 해외에서 실시된 메타분석 연구 및 무선험당통제연구를 기반으로 다수의 근거기반 치료가 있음을 확인하였다. 본 연구에서는 APA 권고안을 기반으로 한국임상심리학회 학술위원회에서 제안한 근거기반치료 기준(Cho, 2017)에 의하여 근거기반 수준을 분류하였다. Cho (2017)가 제시한 기준에 준하여 최소 두 개 이상의 독립적인 연구팀에서 잘 설계된 치료효과 검증 연구가 존재하는 경우 근거기반이 ‘강한(strong)’ 치료로 분류하였고, 최소 두 개 이상의 치료 효과 연구가 존재하거나 잘 설계된 하나의 치료 연구가 존재하나 동일한 연구팀에서만 효과가 검증된 경우 근거기반이 ‘어느 정도인(modest)’ 치료로 분류하였다. 해외에서 실시된 메타분석 연구 및 RCT 기반 실험연구에 대한 개관 결과, 자살예방 또는 자살행동의 감소를 주요 목적으로 개발된 다수의 심리적 단기 개입과 심리치료적 개입이 근거가 ‘강한’ 또는 ‘어느 정도인’ 치료에 속하였다(Table 4).

단기 심리적 개입 중에서는 WHO-BIC가 최소 두 개 독립적인 연구팀에서 잘 설계된 치료효과 검증 연구를 통해 자살예방 효과가 있음이 밝혀져 치료 효과가 ‘강한’ 치료로 분류되었다. SPI와 CRP의 경우 자살행동의 감소에 효과가 있다고 밝혀진 하나 이상의 잘 설계된 치료 연구가 존재하지만 연구 개발됨 독립적인 연구팀에서의 연구가 아직 없어 치료효과가 ‘어느 정도인’ 치료로 분류하였다. Table 2에 제시한 바와 같이 SPI와 CRP는 그 치료적 구성요소가 매우 유사하다. 또한 이 두 가지 단기 개입을 개발한 개발자들은 각각 이를 확장한 인지행동적 치료를 개발하면서 SPI와 CRP를 자살행동에 대한 인지행동치료의 하나의 치료요소로 포함시켰다는 공통점이 있다. 본 연구에서 개관한 단기 심리적 개입은 단일 회기의 위기개입으로 여러 치료적 장면에서 활용될 수 있고, 치료적 장면에서 자살 위험이 있는 환자/내담자를 대상으로 정규적인 케어 형태로 활용될 수도 있다. 하지만 그간 여러 임상장면에

서 사용되어왔던 비자살계약서는 ‘논쟁의 여지가 있는(controversial)’ 치료에 해당하므로 이보다는 자살위기를 경험한 사람들의 치료에 대한 동기와 참여도를 높이는 방법을 대안으로 채택할 것이 제안되었다.

자살행동에 대한 심리치료적 접근으로는 인지행동치료(CBT), 변증법적 행동치료(DBT), 그리고 자살위기에 대한 협력적 평가 및 관리(CAMS)가 두 개 이상의 독립적인 연구팀에서 잘 설계된 효과 검증 연구에 의해 자살행동의 감소에 효과가 있다고 밝혀져 근거기반이 ‘강한’ 치료로 분류하였다. 자살행동의 감소를 목적으로 하는 인지행동치료는 Wenzel과 동료들(Wenzel & Beck, 2008; Wenzel et al., 2009), Stanley와 동료들(Stanley et al., 2009), Rudd와 동료들(Rudd, 2012; Rudd et al., 2015)을 중심으로 유사하지만 다소 다른 치료 프로토콜이 개발되었고 현재 미국 내 군인병원 등을 중심으로 널리 보급되고 있다. 본 연구에서 살펴본 메타연구 결과에 의하면 인지행동치료는 다양한 임상군에 보급될 수 있는 잠재성이 확인되었으나 청소년과 경계선 성격장애군의 자살행동을 예방하는 지는 아직 불명확하다. 메타분석 결과 DBT는 자살 시도 및 자살 예방에는 효과적인 것으로 나타났지만 자살생각의 감소에 효과적이라는 가설은 기각되었다. 이는 자살생각이 있더라도 DBT에서 강조하는 기술훈련으로 습득한 행동 기술들이 자살 위기 상황에서 자살행동을 예방하는 효과가 있기 때문일 수 있다. 하지만 DBT는 경계선적 성격장애의 치료를 위한 목적에서 개발된 것으로 치료에 드는 시간과 비용이 크므로 이를 국내 현실에 맞게 용이하게 적용할 수 있는 방안과 이에 대한 연구가 필요하다. 한편 CAMS는 자살에 대한 심리학적 이론을 통합적으로 반영한 범이론적 개입 방법으로 순수하게 자살행동의 치료를 목적으로 자살위기에 초점을 둔 치료법이라는 점과 필요에 따라 치료 회기가 탄력적으로 운영될 수 있다는 점에서 장점이 있다.

국내에서도 네 편의 메타연구가 실시되었으나 다음의 이유로 국내 자살행동의 치료에 대한 근거기반 수준에 대한 평가는 보류하였다(Table 4). 첫째, 치료효과를 검증하기 위한 결과 변인으로 자살생각의 감소 여부만이 포함되었고 자살 시도 또는 자살을 결과 변인으로 하여 실시된 연구가 없었다. 둘째, 국내 연구의 경우 우울, 절망감, 자살생각 수준이 높은 집단을 대상으로 진행된 연구가 대부분이었고 자살 시도 경험이 있는 사람을 대상으로 진행된 연구는 극히 드물었다. 셋째, 대부분의 연구가 청소년, 대학생 집단에 국한되어 있어 일반화의 어려움이 있었다. 넷째, 많은 연구에서 무선험당이 이루어지지 않았고 조건별 대상자의 수가 적었다는 제한점이 있었다. 하지만 본 연구에서 초점을 둔 개별적 수준에서의 개입 중 인지행동치료가 자살생각의 감소에 효과적이라는 결과가 일관적

Table 4. Level of Evidence of Psychological Treatments for Suicidal Behavior

Level of Evidence	Other countries	Korea
Strong/well-established	WHO-BIC	-
	CBT	
	DBT	
	CAMS	
Modest/probably efficacious	SPI	-
	CRP	
Controversial/experimental	No-suicide contract	-

Note. WHO-BIC = WHO-Brief Intervention and Contact; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; DBT = Dialectical Behavioral Therapy; CAMS = Collaborative Assessment and Management of Suicidality; SPI = Safety Planning Intervention; CRP = Crisis Response Planning.

으로 보고되었고, 소수의 연구이지만 현실치료가 높은 효과크기를 보였다. 향후 자살시도자 또는 심각한 자살위기를 경험한 사람들을 대상으로 한 잘 설계된 대규모 무선헌당치료가 국내에서도 시행될 필요가 있다.

본 연구에서는 국내외에서 실시된 메타연구와 잘 설계된 무선헌당연구 결과를 기반으로 자살행동에 대한 주요한 근거기반치료의 주요한 치료 구성요소와 경험적 근거 수준을 살펴보았다. 하지만 자살행동에 대한 치료효과 검증 연구들이 연구의 대상, 개입 방법, 결과 변인의 선택, 효과 검증 방법 등에서 다른 장애의 치료효과 검증 연구들에 비해 상당히 이질적이어서 연구 간 비교가 어렵다는 한계가 있다. 또한 아직까지 치료의 구성요소에 대한 효과 검증 연구가 이루어져 있지 않아서 어떠한 치료적 요소가 자살예방 또는 자살행동의 감소에 기여하는지는 불명확하다. 이러한 문제들은 아직까지 임상적 치료가 필요한 자살행동에 대한 기준이 모호하다는 점과 자살행동을 보이는 사람들이 보이는 임상적 문제의 범위가 매우 넓다는 점에서 일부 기인한다. 역동적으로 변화하는 개인의 자살위기에 대한 기민한 평가와 이를 기반으로 치료가 필요한 자살관련 임상군에 대한 합의된 기준이 마련될 필요가 있다. 본 연구는 자살예방을 위한 다수준적 개입방법 중 임상가가 제공하는 개별적 수준에서의 근거기반치료만을 살펴보았다는 한계가 있다. 효과적인 자살예방을 위해서는 개별적, 선택적, 보편적 수준에서 근거기반 개입이 이루어져야 한다. 이를 위해 국내 현실에 맞는 근거기반치료를 위한 연구, 임상적 훈련을 통한 전문성 확보와 더불어 공중보건적 근거기반 정책 마련과 다수준적 협력체계의 구축이 필요하다.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. L. K., Krakauer, K., Gloud, C., . . . Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—A randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety*, 33, 520-530.
- Appleby, L., Kapur, N., Shaw, J., Windfuhr, K., Hunt, I. M., Flynn, D., . . . Tham, S. G. (2015). *The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness annual report 2015: England, Northern Ireland, Scotland and Wales*. University of Manchester.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Phillips, M. R., Boteaga, N. J., Vijayakumar, L., . . . Wasserman, D. (2010). Repetition of suicide attempts: Data from five culturally different low-and middle-income country emergency care settings participating in the WHO SUPRE-MISS study. *Crisis*, 31, 194-201.
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9:33.
- Brown, G. K., & Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47, 186-194.
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 294, 563-570.
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., . . . Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. Contracts for safety on suicide risk in US army soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64-72.
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2010). *Managing suicide risk in primary care*. New York, NY: Springer.
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 79, 8-20.
- Cho, Y. R. (2017). Evidence-based treatments of anxiety and anxiety-related disorders: Criteria, research issues, comments, and suggestions. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 36, 449-457.
- Comtois, K. A., Jobes, D. A., S. O'Connor, S., Atkins, D. C., Janis, K., Chessen, C. E., . . . Yuodelis-Flores, C. (2011). Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): Feasibility trial for next-day appointment services. *Depression and Anxiety*, 28, 963-972.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 74, 319-328.
- Cuijpers, P., de Beurs, D. P., van Spijker, B. A., Berking, M., Andersson, G., & Kerkhof, A. J. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144, 183-190.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behav-

- ior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50, 60-72.
- Drew, B. L. (2001). Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 99-106.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., . . . Thanh, H. T. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 703-709.
- Frey, L. M., & Hunt, Q. A. (2018). Treatment for suicidal thoughts and behavior: A review of family-based interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44, 107-124.
- Goodman, M., Banthin, D., Blair, N. J., Mascitelli, K. A., Wilsnack, J., Chen, J., . . . New, A. S. (2016). A randomized trial of dialectical behavior therapy in high-risk suicidal veterans. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77, 1591-1600.
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., . . . van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 740-750.
- Hetrick, S. E., Robinson, J., Spittal, M. J., & Carter, G. (2016). Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMJ Open*, 6, e011024.
- Hofstra, E., Van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfedali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (in press). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. doi:10.1016/j.genhosppsy.2019.04.011
- Huh, D., Jobs, D. A., Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., Chalker, S. A., Gutierrez, P. M., & Jennings, K. W. (2018). The collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) versus enhanced care as usual (E-CAU) with suicidal soldiers: Moderator analyses from a randomized controlled trial. *Military Psychology*, 30, 495-506.
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., . . . Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 66-78.
- Jeon, H. S., Chun, J. S., & Chung, H. E. (2017). A meta-analysis of the effectiveness of suicide prevention programs for adolescents: Focusing on middle-high school students. *Mental Health & Social Work*, 45, 92-121.
- Jobs, D. A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. New York, NY: Guilford.
- Jobs, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 640-653.
- Jobs, D. A., Comtois, K. A., Gutierrez, P. M., Brenner, L. A., Huh, D., Chalker, S. A., . . . Crow, B. (2017). A randomized controlled trial of the collaborative assessment and management of suicidality versus enhanced care as usual with suicidal soldiers. *Psychiatry*, 80, 339-356.
- Kang, H. Y., & Lee, H. J. (2017). The impact of motivation enhancing-CBT program on suicide prevention among suicide attempters: A pilot study. *Mental Health & Social Work*, 45, 139-165.
- Kelly, K. T., & Knudson, M. P. (2000). Are no-suicide contracts effective in preventing suicide in suicidal patients seen by primary care physicians? *Archives of Family Medicine*, 9, 1119-1121.
- Kim, J. M., & Park, J. H. (2011). Core mindfulness-based cognitive behaviour therapy for female college students with high suicide risk. *Korean Journal of Counseling*, 12, 1451-1471.
- Kim, M. S. (2012). The effect of suicide prevention programs: A meta-analytic review. *Korean Journal of Social Welfare Research*, 30, 27-56.
- Kim, M. S., Koo, C. H., & Sohn, B. D. (2018). Meta-analysis on the effectiveness of suicide prevention program for suicide risk youth. *Journal of Korean Criminological Association*, 12, 107-121.
- Kim, Y. S. (2009). The effect of a group counseling program on depression and suicidal prevention in high school students. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 20, 343-350.
- Krysinska, K., Batterham, P. J., & Christensen, H. (2017). Differences in the effectiveness of psychosocial interventions for suicidal ideation and behaviour in women and men: A systematic review of randomised controlled trials. *Archives of Suicide Research*, 21, 12-32.
- Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56, 368-378.
- Labouliere, C. D., Stanley, B., Lake, A. M., & Gould, M. S. (2019). Safety planning on crisis lines: Feasibility, acceptability, and perceived helpfulness of a brief intervention to mitigate future suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi:10.1111/sltb.12554
- Leavey, K., & Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46, 353-374.
- Lee, S. Y., Choi, W. Y., & Kim, C. K. (2005). Effectiveness of a reality therapy-based group counseling program on the reduction of adolescent depression and suicidal ideation. *Korean Journal of Youth Studies*, 12, 141-186.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gal-

- lop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 757-766.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 276-286.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., . . . Hedin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, *294*, 2064-2074.
- McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: A systematic review. *BMC Psychiatry*, *18*, 120-133.
- Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M. J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *The British Journal of Psychiatry*, *206*, 184-190.
- Ministry of Health & Welfare. (2019). *The 2019 white paper of suicide prevention*. Sejong, Korea: Author.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D. C.: National Academy Press, Institute of Medicine.
- 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.
- Okolie, C., Dennis, M., Thomas, E. S., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, *29*, 1801-1824.
- Oquendo, M. A., & Baca-Garcia, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: Advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*, *13*, 128-130.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*, 97-107.
- Park, H. J., & Bae, J. Y. (2013). Efficient suicide prevention intervention: Meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *22*, 273-284.
- Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, *210*, 396-402.
- Rudd, M. D. (2012). Brief cognitive behavioral therapy (BCBT) for suicidality in military populations. *Military Psychology*, *24*, 592-603.
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., . . . Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*, 255-262.
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., . . . Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *172*, 441-449.
- Rudd, M. D., Mandrusiak, M., & Joiner, T. E. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 243-251.
- Ryberg, W., Zahl, P. H., Diep, L. M., Landrø, N. I., & Fosse, R. (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *249*, 112-120.
- Seo, H. S. (2010). Effects of a cognitive-behavioral group counseling program on new generation soldiers with suicide thoughts. *Korean Journal of Youth Studies*, *17*, 49-76.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham, Maryland: Jason Aronson.
- Stanford, E. J., Goetz, R. R., & Bloom, J. D. (1994). The no harm contract in the emergency assessment of suicidal risk. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 344-348.
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*, 256-264.
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., . . . Hugues, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*, 1005-1013.
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., . . . Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, *75*, 894-900.
- Statistics Korea. (2019). *The statistics for causes of death in 2018*. Retrieved from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=377606&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, *32*, 77-108.
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volkmer, D., Roskar, S., Grum, A. T., . . . Hegerl, U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. *Crisis*, *32*, 319-333.

- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology, 12*, 189-201.
- Wenzel, A., & Jager-Hyman, S. (2012). Cognitive therapy for suicidal patients: Current status. *The Behavior Therapist, 35*, 121-130.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC: APA Books.
- Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F., & Wellsted, D. (2013). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 1. Quantitative outcome and process studies. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*, 164-183.
- World Health Organization. (2010). *Towards evidence-based suicide prevention programmes*. Manila, Philippines: WHO Regional Office for the Western Pacific.
- World Health Organization. (2018). *World health statistics data visualizations dashboard*. Retrieved from <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry, 3*, 646-659.

국문초록

자살행동의 근거기반치료

유성은·김효중

충북대학교 심리학과

본 연구는 자살행동의 근거기반치료에 대한 개관을 목적으로 시행되었다. 구체적으로 본 연구에서는 메타연구와 무선허당통계연구를 중심으로 자살위기에 대한 단기 심리적 개입과 심리치료적 접근에 대한 치료 효과 연구를 개관하였다. 연구 결과, 단기 심리적 개입 중에는 WHO에서 개발한 단기 개입 및 추후 접촉(WHO-BIC), 안전계획 개입(SPI)과 위기 반응 계획(CRP)이 근거기반이 강한 또는 어느 정도인 치료인 것으로 나타났다. 심리치료적 접근 방법 중에는 자살행동의 감소를 목적으로 시행되는 인지행동치료(CBT)와 변증법적치료(DBT), 자살위기에 대한 협력적 평가 및 관리(CAMS)가 다양한 임상 집단에서 비교적 일관적으로 치료효과가 반복 검증되어 강한 근거 수준을 보였다. 하지만 자살행동에 대한 심리치료 효과에 대한 국내 연구는 자살생각의 감소만을 평가하였고 자살시도의 감소 또는 자살 예방을 목적으로 한 치료효과 연구는 없는 것으로 나타나 현 시점에서 근거기반 수준을 평가하기에는 시기상조인 것으로 나타났다. 이에 본 연구에서는 해외 연구를 기반으로 자살행동에 대한 근거기반치료에 대한 권고안을 제시하였고 국내 연구 및 임상 현장에서의 적용에 대해 논의하였다.

주요어: 자살, 자살행동, 근거기반치료