

청소년 비자살적 자해 치료 프로그램 개관

장 선 희

아주대학교 / 박사수료


신 효 정[†]

아주대학교 / 교수

본 연구는 국외 및 국내에서 발표된 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램을 개관함으로써 연구의 시사점과 제언을 통해, 향후 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램 개발 연구의 방향을 제시하고자 한다. 이를 위해 2012년부터 2022년까지 국내외에서 발표된 19편의 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램 효과 검증 연구들을 프로그램 구성 및 효과성, 대상군별 분류, 요인별 개입 특징 등으로 분류하여 검토하였다. 그 결과 첫째, 국내외 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램의 연구 설계와 대상군 선발에서 차이점이 나타났으며, 연구에서는 현장 중심의 과학적인 연구들이 설계되어 이를 토대로 연구할 수 있는 환경이 마련되어야 함을 알 수 있었다. 둘째, DSM-V의 비자살적 자해의 정의를 바탕으로 한 대상군의 치료 프로그램 개발 연구가 활성화되어야 함을 알 수 있었다. 셋째, 청소년 비자살적 자해 치료에 있어서 부모의 프로그램 참여가 중요하게 다루어지고 있으나, 부모의 프로그램 개입과 관련한 연구가 부족하여, 추후 이러한 연구들의 활성화가 필요함을 알 수 있었다. 마지막으로 본 연구의 결과를 종합하여 논의하고 후속 연구에 대한 제언을 제시하였다.

주요어 : 비자살적 자해, 청소년 비자살적 자해, 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램

[†] 교신저자 : 신효정, 아주대학교 교육학과/교육대학원, 경기도 수원시 영통구 월드컵로 206 아주대학교 연암관 820호, Tel: 031-219-3593, E-mail: blkbabe@ajou.ac.kr

 Copyright ©2024, The Korean Counseling Psychological Association
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

비자살적 자해는 전 세계적으로 청소년들의 주요한 정신건강 문제 중 하나이다. 자살 의도가 없는 자해, 즉 비자살적 자해(Non Suicidal Self Injury; NSSI)라는 용어는 2000년대에 들어서면서 개념화되기 시작하였는데, 자살 의도가 없는 자해라고 할지라도, 자살에 이르게 할 수 있다는 증거들은 여전히 비자살적 자해가 주는 위험성을 인식해야 함을 강조한다. 2010년대 초반, 온라인에서 청소년을 대상으로 자살을 교사하는 ‘대왕고래 챌린지’가 유행하면서, 게임에 참가한 전 세계 청소년들 중 최소 17명이 게임의 영향으로 자살한 것이 밝혀졌다(김현경, 2019; 나무위키, 2023). 이 인터넷 게임은 전 세계로 퍼져가며 미국, 아르헨티나, 이탈리아, 사우디아라비아, 우루과이, 포르투갈, 세르비아, 중국, 인도, 케냐, 칠레, 파키스탄 등의 국가에서 자살 피해자가 보고되었으며, 희생자들은 주로 10대 청소년들로 알려졌다. 해당 게임의 개발자는 게임의 중간 미션부터 ‘몸에 상처 내기’, ‘팔에 대왕고래 새기기’ 등 반복적인 자해를 포함시켜 자살 실행력을 높이고, 죽음에 대한 두려움을 낮추는 등 단계적으로 청소년들에게 접근하여 최종적으로 자살을 교사했음이 밝혀졌다(나무위키, 2023). 이러한 사례는 청소년의 비자살적 자해와 관련된 위험을 과소평가해서는 안되며, 비자살적 자해 행동과 자살 행동을 이분법적으로 나누는 것은 심각한 위험을 초래할 수 있다는 것을 보여준다(Kapur et al., 2013; Klonsky et al., 2013).

선행연구에서도 비자살적 자해가 있는 청소년들의 자살 시도 동반 발생율이 높게 나타나거나 자살 시도와 밀접한 관련성이 관찰되었는데(Asarnow et al., 2011; Jacobson et al., 2008; Nock et al., 2006), 비자살적 자해 청소년의 최

대 70%가 자살을 시도한 경험이 있으며, 최대 55%는 간헐적으로 자살을 시도하거나(Nock et al., 2006), 비자살적 자해 경험이 있는 청소년의 14~18%가 비자살적 자해와 자살 시도를 동시에 경험했다는 결과가 있다(Asarnow et al., 2011; Jacobson et al., 2008). 이렇듯 청소년의 비자살적 자해는 자살 행동 위험성을 강력하게 예측하는 요인으로 나타날 뿐만 아니라(Bjureberg et al., 2018; Cassels & Wilkinson, 2016; Klonsky et al., 2013), 청소년기에 경험한 자해가 성인이 되어서도 지속되는 경우들이 있기 때문에 성인 자살 예방의 관점에서도 청소년 비자살적 자해 연구와 조기 개입의 중요성이 강조된다(윤경숙, 하정희, 2021; Andover et al., 2012; Jacobson & Gould, 2007; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Muehlenkamp et al., 2012; Swannell et al., 2014). 또한 초기 자해가 12~14세 초기 청소년기부터 발생하고, 평생 유병률이 청소년기에 17~18%로 나타나기 때문에(이동귀 외, 2017; Fischer et al., 2013; Swannell et al., 2014), 효과적인 청소년 비자살적 자해 치료 개입을 파악하고 정리하는 것은 중요하다.

이러한 청소년 비자살적 자해 연구들은 2009년 Shaffer가 비자살적 자해의 용어와 정의를 제안하기 전까지(Shaffer & Jacobson, 2009; Angelotta, 2015에서 재인용) 주로 고의적 자해(Deliberate Self-Harm; DSH)라는 용어로 사용되었다(허지원, 2019; Tarrier et al., 2008). 그러나 고의적 자해의 경우, 자살 의도의 여부가 파악되지 않은 자해 행동의 의미를 포함하고 있기 때문에, 비자살적 자해의 개념과는 차별화되어야 한다고 논의되어왔다(박세훈, 유금란, 2021; Andover et al., 2012). 그 후, 비자살적 자해라는 새로운 정의가 DSM-V의 장애에 포함

되어야 한다고 주장하는 학자들의 움직임에 따라, 2013년 DSM-V에 비자살적 자해를 추가 연구가 필요한 별도의 임상 범주로 포함시켰다. 이러한 과정을 거치면서 비자살적 자해 개입 연구에도 변화가 일어났다. 초기 비자살적 자해 치료는 연구 대상에 있어서도 16세에서 50세로 청소년과 성인을 구분하지 않는 등 치료 대상자의 폭이 넓고(Raj et al., 2001), 주로 성인을 대상으로 이루어졌고, 청소년에 특화되어 개발된 치료는 미비했다(Tarrier et al., 2008). 그러나 2013년 이후 최근 10년간 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램 연구가 활발해졌다(Kaess et al., 2020). 대표적으로 청소년 변증법적 행동치료(Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents; DBT-A), 청소년 정서조절치료 프로그램(Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents; ERITA), 정신화 기반 청소년 치료(Mentalization Based Treatment for Adolescents; MBT-A) 등 비자살적 자해 청소년을 대상으로 한 치료 프로그램들이 다수 개발되어왔다(Bjureberg et al., 2017; Mehlum et al., 2014; Rossouw et al., 2012). 이들 프로그램들은 모두 청소년을 주요 개입 대상으로 하고, 부모의 참여도 포함하고 있다. 대체로 프로그램은 4~12개월 정도의 기간에 걸쳐 진행되고, 치료 직후 대조군에 비해 우월한 효과성이 나타나는 등의 공통점이 있다. 한편 비자살적 자해 프로그램마다 내용과 대상에서 차별화 된 특징들도 있다(Kaess et al., 2020; Mehlum et al., 2014; Rossouw et al., 2012). 예를 들면, BPD, 우울, 식이장애 등과 같은 장애와 비자살적 자해 행동이 동반되어 나타나는 경우가 많으므로, 공병의 맥락에서 비자살적 자해에 개입이 이루어지는 특징들이 있다(Fischer et al., 2013). 그러나 최근 연구들에 따르면, 청소년

비자살적 자해의 경우 다수의 청소년들이 정신과적 질환의 진단 없이 정서조절, 대인관계와 스트레스 대처능력 부족 등을 이유로 자해를 경험하는 특징들도 보인다(이동귀 외, 2017; Fischer et al., 2013). 이에 Cutting Down Program(CDP)이나 청소년 정서조절치료 프로그램(ERITA)처럼 공병이 없고, BPD 기준을 충족하지 않는 청소년의 비자살적 자해 감소에 초점을 맞춘 프로그램들도 개발되고 있다(Bjureberg et al., 2017; Fischer et al., 2013; Taylor et al., 2011). 이러한 점들을 고려하여, 최근 10년간 국내외 청소년 비자살적 자해에 초점을 맞춘 치료 프로그램들의 특징, 효과성 및 한계점, 공병의 맥락에서 비자살적 자해에 개입하는지 또는 DSM-V의 비자살적 자해의 기준에 준거하여 비자살적 자해에 개입하는지 등을 검토하는 것은 추후 청소년 비자살적 자해 개입에 도움이 되는 기초 자료로서 중요한 의미가 있다고 볼 수 있다.

또한 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램의 검토 시 청소년 비자살적 자해와 연관되어 있는 위험 요인들이 프로그램 내에서 어떻게 반영되고 있고, 이를 어떠한 방식으로 개입하고 있는지 확인하는 것도 필요하다. 청소년의 비자살적 자해 행동을 감소시키기 위해서는 자해를 유지 및 발생시키는데 영향을 미치는 위험 요인들을 먼저 식별하여 이를 제거하거나 조율할 수 있도록 프로그램 내에서 돕는 것이 중요하기 때문이다(Iyengar et al., 2018; Plener et al., 2016). 최근 청소년 비자살적 자해 위험 요인들을 밝혀낸 연구들을 살펴보면(Andover et al., 2012; Brown & Plener, 2017; Canol et al., 2022; Hankin & Abela, 2011), 청소년의 경우 개인 내적 요인으로 높은 수준의 정서적 반응성으로 인한 분노, 우울 등 부정

적 정서에 대한 취약성, 정서조절 곤란, 대인 관계 어려움, 지지자원과 대처기술의 부족 등 다양한 요인들이 자해 발생 및 유지에 영향을 미치는 것으로 보고되었다(이동귀 외, 2017; 이수정, 김종남, 2020; 이현정 외, 2020; Nock, 2009; Witt et al., 2019). 더불어 청소년 대상의 연구가 활발해지면서, 청소년 비자살적 자해를 유지 및 발생시키는 환경적 위험 요인으로 부모 요인에 대해서 보고하고 있는 점에도 주목할 필요가 있다(이혜정 외, 2022; Fox et al., 2015). 많은 연구자들은 부모에 의한 아동기 학대, 비난, 무관심, 방임, 과잉보호와 같은 복합외상과 부정적인 양육 태도 등이 청소년에게 부정적인 영향을 미쳐 비자살적 자해를 시도 및 유지하는데 기여하는 바가 크다고 보고하였다(강민아, 장재홍, 2020; 구훈정 외, 2014; 김수진, 2017; Gratz et al., 2002; Lang & Sharma-Patel, 2011; Nock, 2009; Swannell et al., 2014). Glenn 등(2015)은 아동 및 청소년의 SITB(Self-Injurious Thoughts and Behavior) 치료 프로그램을 개관한 연구에서, 효과적인 청소년 자살 및 비자살적 자해 개입 프로그램 효과성의 핵심은 부모 및 가족 구성원의 프로그램 참여 및 교육 이수라고 밝혔다.

또한 비자살적 자해 청소년 자녀를 둔 부모는 사회적으로 고립되거나, 정서적으로 도전적인 상황에 직면하면서 낮은 삶의 질과 양육 만족도를 경험하고, 결국 심각한 심리적인 스트레스를 경험하는 경우도 있다(Berk et al., 2022; Flynn et al., 2020; Kandsperger et al., 2023; Wijana et al., 2018). 이런 경우 RAP-P(Resourceful Adolescent Parent Program: RAP-P) 프로그램과 DBT에서는 부모의 정서적 고통을 경감시켜 자녀의 자해 행동에 대처할 수 있도록 도움을 주고, 그 결과로 자녀의 자

해가 감소하는 것을 보여주었다(Berk et al., 2022; Pineda & Dadds, 2013). 이러한 연구들을 보면, 청소년 비자살적 자해 행동의 감소를 위해 부모에게 개입하는 것은 중요하다는 것을 알 수 있다(Glenn et al., 2015). 그럼에도 불구하고 부모의 참여를 포함한 청소년 비자살적 자해 프로그램들에 대한 종합적인 검토는 현재 충분하지 않다(Ougrin et al., 2015). 따라서 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램들이 부모 참여를 반영하였는지를 검토하고, 부모에게 어떻게 개입을 하고 있는지, 그리고 효과성은 어떠한지를 검토하는 것이 필요하다.

이에 본 연구에서는 첫째, DSM-V에 비자살적 자해가 별도의 장애군으로 포함되는 것이 활발히 논의되던 시점부터 최근 10년간 발표된 국내외 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램들의 특징과 효과성 및 한계점을 개관하고자 한다. 둘째, 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램들이 청소년의 개인 내적 요인(심리적 취약성 등), 환경적 요인(부모 양육 태도 등)에 기반하여 어떻게 개입하고 있는지를 개관하고자 한다. 이를 바탕으로 추후 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램과 관련한 후속 연구의 방향성을 제시하고자 한다.

방 법

본 연구에서는 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램의 효과성 및 특성을 알아보기 위해 국외 및 국내에서 출판된 문헌의 결과를 종합하여 살펴보고자 하였다.

문헌검색

문헌 검색은 비자살적인 자해 행동을 대상으로 한 연구 중 2012년 1월부터 2022년 12월 사이에 국내외에서 발표된 학술지 논문을 대상으로 하였다. 해외 영문 학술지 문헌의 자료 수집을 위해 Scopus, PsycARTICLES 2개의 검색 엔진을 활용하였으며, 검색어는 국외 및 국내 선행 연구를 참고로 하여 제목 및 초록에 ‘adolescents non suicidal self-injury intervention’, ‘adolescents non suicidal self-injury treatment program’, ‘adolescents non suicidal self-harm intervention’, ‘adolescents non suicidal self-harm treatment program’ 등이 제시된 논문을 선정하였다. 국내에 발표된 학술지 논문의 검색을 위해서는 학술연구정보서비스(RISS), DBpia 학술검색엔진을 활용하였다. 검색 과정에서 제목 및 초록에 ‘청소년 비자살적 자해 개입’, ‘청소년 비자살적 자해 치료 프로그램’, ‘청소년 자해 개입’, ‘청소년 자해 치료 프로그램’ 등이 포함된 문헌을 포함하였다.

포함 및 배제 기준

연구 참여자의 인구사회학적 특징이나 진단 명에는 제한을 두지 않았다. 청소년 비자살적 자해 치료 효과 검증과 관련된 경험 연구라면 사전사후 통제 집단 설계 연구뿐 아니라 비동등 집단설계 연구, 단일집단 사전사후설계 연구까지 포함하였다. 파일럿 연구는 분석에 포함하였으나 논문이 아닌 형태의 출판물, 개관 문헌이나 메타분석 연구는 포함하지 않았다. 연구 초록만 발표되었거나 영어로 쓰이지 않은 논문, 영어 원문이 확인되지 않는 논문도 배제하였다.

문헌 선택

주제어로 국외 및 국내 데이터베이스에서 총 792개의 문헌이 검색되었다. 청소년 비자살적 자해와 개입 또는 치료 프로그램과 관련된 논문 제목과 초록을 일일이 확인하는 방식으로 추려낸 결과 31개의 문헌을 전문(full text) 검토 대상으로 분류하였다. 이 중 영어 원문이 확인되지 않는 문헌 3개, 영어로 쓰이지 않은 문헌 2개, 대상군을 청소년에서 젊은 성인까지 포함한 문헌 3개, 자살에 초점을 둔 문헌 2개, 논문 형태가 아닌 출판물 1개, 치료 프로그램이 아닌 양적 및 질적 연구 문헌 1개, 효과성 검증을 하지 않은 문헌 1개를 제외하였다. 한편, 전문 검토 결과 DBT-A 후속 연구와 관련된 Mehlum 등(2016)의 문헌 1편이 분석 대상에 없는 것이 확인되어 별도 추가하였다. 결과적으로 총 19개의 문헌을 분석 대상으로 선정하였다(그림 1).

결 과

본 연구의 최종분석에 선정된 논문은 총 19편으로, 해외 논문이 16편, 국내 논문이 3편이다. 최근 10년 간 발표된 국외 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램들인 DBT-A(Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents; Berk et al., 2020, 2022; McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2014, 2016), MBT-A(Mentalization Based Treatment for Adolescents; Rossouw & Fonagy, 2012), TA(Therapeutic Assessment; Ougrin et al., 2013), ERITA(Emotional Regulation Individual Therapy for Adolescents; Bjureberg et al., 2017, 2018; Morthorst et al., 2022), CDP(Cutting Down

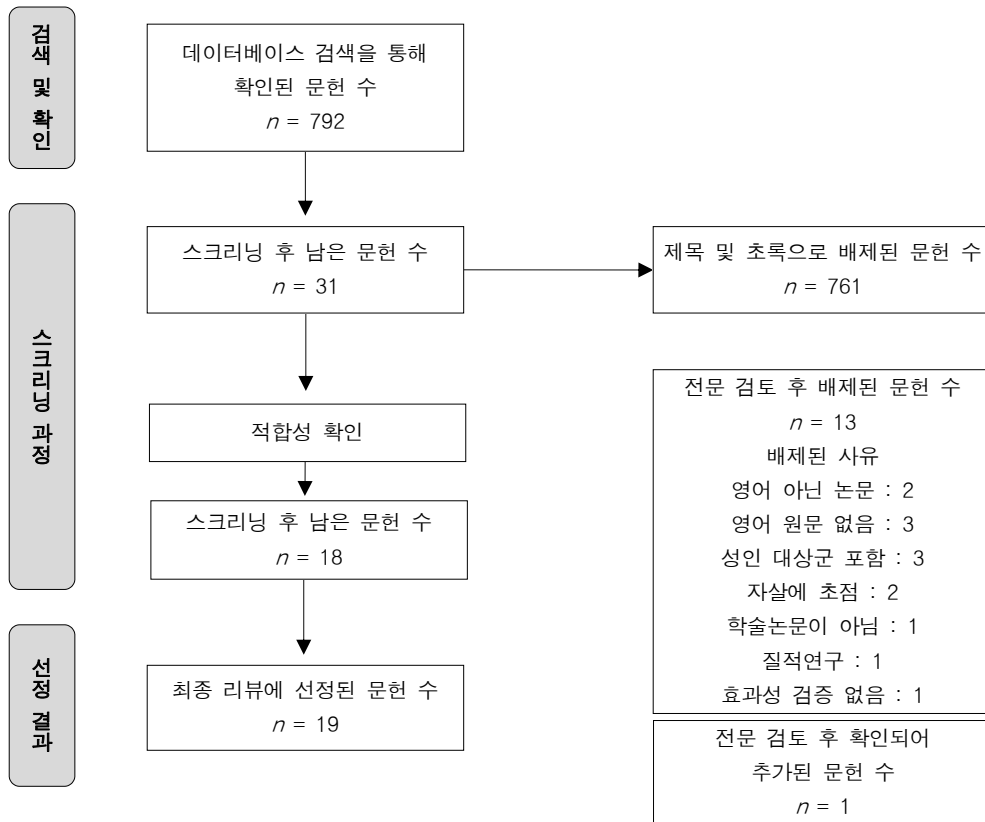


그림 1. 문헌선정 흐름도

Program; Edinger et al., 2020; Fischer et al., 2013; Kaess et al., 2020), ICT(Intensive Contextual Treatment; Wijana et al., 2018), CTC(Cut To Cut Program; Boege et al., 2022), RAP-P(Resourceful Adolescent Parent Program; Pineda & Dadds, 2013), 국내의 자해행동 청소년을 위한 단기개입 프로그램(이동귀 외, 2017), Mindfulness-based Emotion Management Training(이우경, 2017), 고위기(자살시도 및 자해)청소년을 위한 집중형 그웨잇 프로그램(신수정 외, 2020) 등의 논문들을 대상으로 하였다. 이들 논문들을 고찰하여 첫째, 프로그램들의 전체 명칭 및 프로그램 내용을 표로 제시하였다(표 1). 둘째, 국외

청소년 NSSI 개입 프로그램 연구 및 효과성, 국내 청소년 NSSI 개입 프로그램 구성 및 효과성, 국내외 청소년 NSSI 개입 프로그램 비교, 청소년 NSSI 개입 프로그램의 대상군별 분류 특징으로 분류하여 기술하였다. 셋째, 비자살적 자해 요인을 개인 내적, 환경적으로 분류하여 개관하고, 각 연구에서 개입한 비자살적 자해 요인들의 특징을 파악하여 기술하였다. 마지막으로, 프로그램의 저자, 연도, 연구 대상, 치료 유형, 연구 방법/Follow-up, 치료 회기 구성, 프로그램 결과를 표로 제시하였다(표 2).

표 1. 청소년 NSSI 치료 프로그램

구분	프로그램 약어	프로그램 전체 명칭	프로그램 내용
해외	CDP	Cutting Down Program	<p>청소년을 위한 인지 행동 및 문제 해결 중심 단기 치료 프로그램</p> <ul style="list-style-type: none"> - 비자살적 자해에 대한 정보 전달 및 치료 동기 촉진 - 비자살적 자해 이유 파악 및 자해 대체 행동 마련 - 학습한 내용 통합 및 대체 행동 안정화
	CTC	Cut To Cut Program	<p>입원 자해 청소년을 위한 집중적인 통합 치료 프로그램</p> <ul style="list-style-type: none"> - 청소년 의사소통 개선, 대인관계기술, 정서조절기술, 자해 행동 감소 기술 향상, 문제 해결능력 향상 - 부모 및 가족 심리교육
	DBT-A	Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents	<p>청소년을 위한 변증법적 행동치료</p> <ul style="list-style-type: none"> - 청소년 마음챙김기술, 정서조절기술, 고통감내기술, 대인관계기술, 타당화 기술 향상 - 부모 및 가족 정서타당화, 양육기술, 의사소통 향상
	ERITA	Emotional Regulation Individual Therapy for Adolescents	<p>청소년을 위한 정서조절치료</p> <ul style="list-style-type: none"> - 청소년 정서기능 교육 및 정서 인식 연습, 정서 조절 전략 향상 - 부모 정서인식, 정서타당화능력 향상
	ICT	Intensive Contextual Treatment	<p>청소년을 위한 집중적인 맥락적 치료</p> <ul style="list-style-type: none"> - CBT, DBT-A, Functional Family Therapy 기술 통합적 실시 - 청소년 정서조절능력 향상, 의사소통 개선, 일상활동 유지, 대인관계 개선, 문제 해결 능력 향상, 자해 재발 시 대처 능력 향상 - 부모 및 가족 의사소통 능력 향상, 부모 스트레스 감소
	MBT-A	Mentalization Based Treatment for Adolescents	<p>청소년을 위한 정신화 치료 프로그램</p> <ul style="list-style-type: none"> - 청소년 및 부모 정신화, 증동 및 정서조절, 애착관계, 대인관계 향상

표 1. 청소년 NSSI 치료 프로그램

(계속)

구분	프로그램 약어	프로그램 전체 명칭	프로그램 내용
해외	RAP-P	Resourceful Adolescent Parent Program	강점 기반 부모 교육 프로그램 - 청소년 일상적 관리, 위기 관리 - 부모 강점 찾기 및 강화, 심리교육 - 부모 스트레스 관리
	TA	Therapeutic Assessment	치료적 평가 개입 - 청소년 표준심리사회적 평가, 자해 행동 파악, 청소년의 변화 동기 강화, 술루션 제공 - 부모 심리교육
	이동귀 외	자해행동 청소년을 위한 단기개입 프로그램	자해 청소년을 위한 학교 개입 프로그램 - 청소년 자기 정서 이해, 정서 조절 능력, 대인관계기술 향상
국내	이우경	Mindfulness-based Emotion Management Training	청소년 마음챙김 기반 정서 관리 프로그램 - 정서 분류 및 표현 능력 향상 - 호흡 명상 통한 자해 충동 알아차리기 훈련 - 정서와 인지(사고)의 균형 맞추기 - 자비명상을 통한 위로와 돌봄 내면화하기
	신수정 외	고위험(자살 시도 및 자해)청소년을 위한 집중형 그룹 및 프로그램	청소년을 위한 정서, 행동, 자기계발 통합 프로그램 - 정서: 원예, 미술, 음악치료 등 - 행동: 스포츠클라이밍, 가상현실게임 등 - 자기계발: 도자기, 천연화장품 만들기 등 - 환경개입: 부모 및 주변인 관련 상담 실시 및 심리교육 제공

국외 청소년 NSSI 개입 프로그램 연구 및 효과성

국외 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램 실험 연구는 총 16편으로, DBT-A 프로그램 5편, ERITA와 CDP 프로그램 3편, MBT-A, TA, RAP-P, ICT, CTC 각각 1편 씩의 프로그램들이 이에 속한다. 이들 프로그램은 모두 실험 설계를 통해 증명되었다. 16편의 프로그램 중 10편의 프로그램이 사전사후 통제집단설계(Pretest-Posttest Control Group Design)로 가장 많았고, 1편이 비동등 집단 설계(Nonequivalent Groups Design), 5편이 단일집단 사전사후설계(One-Group Pretest-Posttest Design)로 설계되었다. 그러나 결론적으로 사전사후 통제집단설계로 진행된 10편의 연구 중 RAP-P 프로그램을 제외하고는 어떠한 프로그램도 대조를 목적으로 다른 심리치료 개입을 실시한 통상적 치료군(Treatment As Usual; TAU)에 비해 우월한 효과성을 나타내지 못했다. 이는 RAP-P 프로그램을 제외한 다른 프로그램들이 전혀 실시 효과가 없었다는 의미가 아니다. 대부분의 실험 연구에서 프로그램 실시 직후 통상적 치료군에 비해 치료적 효과가 유의미하게 나타났지만, 추적 관찰에서 효과성이 유지되지 못한 한계점이 있었다.

먼저 DBT-A, ERITA, MBT-A는 정서 인식, 정서 타당화 등 정서조절기술 훈련을 포함하고, 정서조절을 주요 목표로 설정하는 등 정서조절을 중요하게 다룬다는 공통점이 있다. DBT-A는 대체로 매주 1시간씩 4개월 3주 또는 6개월, ERITA는 매주 1시간씩 3개월, MBT-A는 매주 1시간씩 12개월 동안 프로그램을 진행한다. 이러한 세 프로그램들의 주요 연구 결과를 살펴보면, 먼저 DBT-A의 경우

Mehlum 등(2014)은 4개월 3주간 진행된 DBT-A 집단에서 기저선과 9주차, 15주차, 19주차에 자해, 자살 사고, 우울감 등이 큰 효과 크기로 감소되었다고 보고하였다. 그러나 이후 해당 참여자를 1년간 추적 관찰한 연구에서는 실험군과 통상적 치료군 두 집단 간 자해 감소에 유의미한 차이가 발견되지 않았다(Mehlum et al., 2016). 이후 McCauley 등(2018)은 6개월 간 진행된 연구에서 프로그램 직후 자살 시도 횟수, 비자살적 자해 삽화, 자해 삽화 등의 증상이 통상적 치료군에 비해 실험군이 유의하게 완화되었다고 보고하였다. 그러나 이 연구 또한 6개월 후 추적 관찰에서 실험군과 통상적 치료군 간의 차이가 나타나지 않았다. 이외에도 Berk 등(2020)의 연구는 6개월 간 진행되었는데, 치료 전후 비교에서 청소년 비자살적 자해가 크게 감소하였다. 그러나 통상적 치료군이 없어 결과를 일반화하기 어려웠다. 이러한 연구 결과들은 ERITA에서도 유사하게 나타났다. Bjureberg 등(2017, 2018)이 진행한 연구들에서, 청소년의 치료 전 후 비교에서 비자살적 자해 빈도가 크게 감소하였다. 그러나 둘 다 통상적 치료군이 없었다. 이후 Morthorst 등(2022)이 첫 사전 사후 통제집단으로 연구를 실시하였으나, 연구 결과 개입 효과성에서 실험군과 통상적 치료군의 차이가 없었다. 이외에 MBT-A도 연구 결과 통상적 치료군에 비해 실험군의 자해, 우울, 회피적 애착의 개선이 나타났다. 그러나 추적 관찰이 없어 이후의 치료 효과성 유지 여부를 알 수 없다. 이렇듯 DBT-A와 ERITA, MBT-A 프로그램들은 프로그램 실시 직후 대부분 개입의 효과가 나타났으나, 추적 관찰에서 효과성이 유지되지 않는 경우가 많았다. 따라서 앞으로 해당 프로그램들은 치료 효과성을 지속적으로 검증해야 하

는 상황이다.

다음으로 CDP와 TA 프로그램은 인지 행동 치료와 인지분석치료에 기반하여 청소년의 비자살적 자해의 대체 행동을 찾는데 초점을 두고 있다. CDP는 매주 1시간씩 대략 3개월 정도, TA는 단회기로 진행된다. 먼저 CDP의 주요 연구 결과를 살펴보면, Fischer 등(2013)은 매주 1시간 3개월 동안 CDP 프로그램을 실시하였는데, 연구 결과에서 비자살적 자해 빈도의 현저한 감소 뿐만 아니라 우울 증상 및 특성 불안의 감소가 확인되었다. 그러나 6개월 후 추적 관찰에서 자해와 관련된 효과성이 유지되었는지는 알 수 없었다. 이외에 Kaess 등(2020)과 Edinger 등(2020)은 동일 참여자를 대상으로 연구를 실시하였는데, 매주 1시간 대략 2개월 2주가량 진행하였다. Kaess 등(2020)은 연구에서 통상적 치료군에 비해 실험군이 비자살적 자해 증상의 최소 50%의 감소를 보였다고 보고하였으나, 추적 관찰 결과에서는 CDP가 우월한 효과성을 나타내지 않았다. 마지막으로 Edinger 등(2020)은 참가자들 중 적어도 한 개의 어린 시절의 부정적 경험(Adverse Childhood Experience; ACE)이 있는 그룹과 ACE 이력이 없는 2개의 그룹으로 분리하여 CDP 실험 연구를 실시하였다. 연구 결과, ACE가 있는 참가자는 ACE가 없는 참가자에 비해 비자살적 자해 빈도가 더 크게 감소하였다. 그러나 이 연구는 ACE의 여부와 비자살적 자해의 관계성을 초점으로 진행된 연구였고, CDP와 통상적 치료군 간의 비자살적 자해 감소에는 유의미한 차이가 없었다. 한편, TA 연구는 표준 심리 평가에 의뢰된 자해 청소년들을 대상으로 평가 직후 30분 가량 치료적인 평가 개입을 추가로 실시하는데, 이 때 청소년이 자신의 문제에 적극적으로 참여하여 토론할

수 있도록 유도한다. 이러한 과정에서 인지 분석을 통해 청소년의 자해 문제를 구체화하고, 이를 변화시키기 위한 동기를 강화시킨다. 이후 확인된 자해의 고리를 끊을 수 있는 대안을 탐색하고 이를 문서로 작성하여 내담자와 가족에게 전달한다. 해당 연구에서는 이러한 치료적 평가를 받은 실험군(Therapeutic Assessment; TA)이 통상적 평가를 받은 평가군(Assessment As Usual; AAU)에 비해 치료 참여율이 다소 높은 점은 관찰되었으나 자해 발생을 감소와 관련하여 유의미한 차이는 나타나지 않았다.

이외에 ICT와 CTC는 인지, 정서, 행동, 대인관계, 가족 치료 포함 등 통합적인 관점에서 청소년 비자살적 자해를 감소시키는 프로그램이다. ICT는 매주 1시간씩 개인치료 및 가족 치료를 대략 6개월 동안 진행하였고, CTC는 주 2회씩 매주 1시간 또는 2시간의 개인치료와 함께 격주로 실시되는 가족치료를 대략 3개월 2주 동안 진행하였다. ICT의 경우 프로그램 실시 직후 청소년 뿐만 아니라 부모의 보고에서도 청소년의 자해율과 자살 시도에서 유의미한 감소가 보고되었다. 반면 CTC는 프로그램 직후 실험군이 통상적 치료군에 비해 빠른 속도로 자해가 감소되었다는 장점은 있으나, 집단 간 자해율의 차이가 유의미하지 않았다. 특히 CTC의 경우 청소년들의 입원 기간에 집중 치료를 실시하고, 퇴원 후 휴식 기간 동안 집에서 스스로 자해를 관리하는 연습을 하고 또 다시 입원을 하여 집중 치료를 하는 형태로 연구가 진행되었다는 특징이 있었다.

마지막으로 RAP-P의 경우 부모의 개입에 초점을 둔 프로그램으로, 매주 1시간 또는 2시간씩 대략 한 달간 진행되었다. Pineda와 Dadds(2013)는 자해 및 자살 고위험 청소년들

만 일정한 관리를 받는 통상적 치료군과 이러한 청소년들과 더불어 그들의 부모가 추가로 RAP-P 프로그램에 참가한 실험군으로 나누어 연구를 실시하였다. 연구 결과, 실험군에 배정된 자살 및 자해 시도 청소년들의 증상이 통상적 치료군에 비해 감소하였다. 또한 6개월 후 추적 관찰에서도 청소년들의 자살, 자해의 감소율이 유지되었다. 이처럼 RAP-P는 청소년 대상 비자살적 자해 개입 프로그램 중 유일하게 추적 관찰에서 치료 효과성이 유지된 프로그램으로, 부모의 강점을 찾아내어 강화시키고, 이를 바탕으로 부모가 스트레스를 관리할 수 있도록 도왔다는 특징이 있다. 특히 대략 한 달 또는 한 달 보다 짧은 기간에 부모에게 개입했음에도 불구하고, 청소년 자해와 부모의 정신건강이 긍정적으로 개선되었다.

국내 청소년 NSSI 개입 프로그램 구성 및 효과성

국내 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램들은 총 3개로, 신수정 등(2020), 이동귀 등(2017), 이우경(2017)의 연구가 있다. 3개의 프로그램 중 사전사후 통제집단설계는 없었으며, 1개가 비동등 집단 설계, 2개가 단일집단 사전사후설계로 나타났다. 국외와 동일하게 국내 프로그램들 역시 프로그램 실시 직후 유의미한 자해 감소 효과성이 나타났다. 그러나 연구 설계의 한계점이 있어, 연구 결과 해석 시 주의할 필요가 있다.

먼저, M-EMT(Mindfulness-based Emotion Management Training; 이우경, 2017)와 자해 행동 청소년을 위한 단기개입 프로그램(이동귀 외, 2017)은 중학생을 대상으로 자해 프로그램을 실시했다는 공통점이 있다. 이우경(2017)은

매주 45분씩 2회에 걸쳐 한 달 반 가량 프로그램을 진행하였다. 프로그램 진행 결과, 실시 직후 자해 행동의 빈도가 줄어드는 효과성이 관찰되었다. 그러나 자해 행동을 감소시키는데 중요한 문제 상황 수용, 해결 중심 대처 능력, 조망 확대 등의 인지적인 변화는 유의미하지 않았다. 이에 대해 연구자는 짧은 프로그램 진행 기간이 인지 관점의 변화를 일으키기에는 부족한 면이 있다고 밝혔다. 이동귀 등(2017)의 연구는 매주 45분씩 2회에 걸쳐 한 달 가량 진행되었고, 실시 직후 참여자들의 자살 생각, 공격성이 줄어들었다. 반면, 정서 인식, 표현 및 정서조절 능력은 증진되는 긍정적인 효과가 나타났다. 그러나 자해 관련 효과성을 자살 생각척도(Scale for Suicidal; 신민섭 외, 1990)로 측정하였기 때문에 자해 행동의 개선 효과를 직접적으로 알기 어렵다는 단점이 있었다. 그럼에도 불구하고 이 연구는 국내 자해 청소년과 현장 전문가들의 인터뷰를 프로그램 개발에 반영하여, 학교 상담사들이 실질적으로 학교 현장에서 청소년 자해에 조기 개입하는데 활용할 수 있도록 구성되었다는 장점이 있다. 이렇듯 두 연구는 비자살적 자해의 유병률이 높은 중학생을 대상으로 프로그램을 실시하여 조기 개입을 하는 장점이 있으나, 짧은 진행 기간으로 인해 인지적인 변화나 대처기술들을 익히기에는 다소 부족함이 있었음이 보고되었고, 부모 개입은 프로그램에 포함되지 않았다. 또한 이우경(2017)의 경우 비동등 집단설계, 이동귀 등(2017)은 단일집단 사전사후설계로 연구가 진행되었고 추적 관찰이 이루어지지 않아, 연구 설계의 보완이 필요한 점이 한계점으로 제시되었다.

다음으로 고위기(자살시도 및 자해)청소년을 위한 집중형 그웨잇 프로그램(신수정 외,

2020)의 연구는 모듈(module)식 접근을 하고 있고, 부모 개입을 포함하고 있다. 신수정 등(2020)의 연구는 단일집단 사전사후설계로 프로그램 효과 검증을 실시하였고, 연구 결과 청소년들의 자살, 자해 충동에서 유의미한 감소가 나타났다. 또한 부모의 인터뷰에서도 자녀들의 자해 행동 감소와 정서적 안정 등의 효과성이 보고되었다. 그러나 이 역시 치료의 지속성은 파악되지 않았다. 이 프로그램은 초기 모듈에서는 위기 스크리닝과 스트레스 상황 파악 및 위험 보호 요인을 확인하는데 1~2시간이 소요된다. 중기 모듈에서는 정서, 행동, 자기계발, 환경개입 등 4가지 중 맞춤형 모듈을 청소년이 선택해서 8시간 진행한다. 후기 모듈에서는 모듈 진행 만족도 평가와 위험 요인 변화 등을 체크하는 1~2시간으로 진행된다. 이외에도 프로그램 종료 후 개인 상담 지원을 매주 1시간씩 3개월 가량 필요한 청소년에게 제공한다. 프로그램 구성은 정서 프로그램에 원예치료, 미술치료, 음악치료, 행동 프로그램에는 볼링, 배드민턴, 등산, 자기계발 프로그램에는 도자기, 소이캔들, 화장품 만들기, 환경 개입 프로그램은 부모에게 상담 및 교육 지원 등으로 이루어져있다. 이 프로그램은 스트레스 상황에서 벗어나는 경험이 청소년의 자살 및 자해를 감소시킨다고 보고 청소년이 선호하는 프로그램을 선택하여 이를 집중적으로 경험하도록 돕는 것이 특징으로 보인다.

마지막으로 효과 검증을 진행하지 않았기 때문에 본 연구의 분석 대상에서 제외되었지만, 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 자살·자해편(서미 외, 2018)도 국내 청소년 비자살적 자해 개입을 위해 개발된 프로그램이다. 서미 등(2018)의 연구는 부모 개입을 포

함하고 있으며, 프로그램의 과정을 초기, 중기, 후기로 나누어 개입 방법을 구분하였다는 특징이 있다. 이 프로그램은 초기에는 참가자의 위험 수준을 평가하고, 중기에는 자해의 원인 및 위험 요인을 파악하고 참가자의 비합리적 신념과 행동을 변화시킨다. 후기에는 구체적으로 자해의 대처 방안을 마련하고 종결 후 관리를 포함한다. 이러한 접근은 위기 상황이 임박한 자해 청소년에게 초기와 중기의 모듈을 활용하여 상태 파악 및 안정화를 도모하고, 자해 증상이 감소된 청소년의 경우에는 중기와 후기 단계의 모듈을 활용하여 비합리적 신념과 스트레스 대처 방법 등을 다루는 등 구분하여 활용할 수 있다는 장점이 있는 것으로 보여진다.

국내외 청소년 NSSI 개입 프로그램 비교

국내외 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램들은 2013년 DSM-V에 비자살적 자해가‘추가 연구가 필요한 진단적 상태’로 포함되면서부터 더욱 발전하기 시작했다는 공통점이 있다(서미 외, 2018; 신수정 외, 2020; 이동귀 외, 2017; 이우경, 2017; Calvo et al., 2022). 특히 기존에는 자살 행동에 비자살적 자해가 포함되어 연구되었다면, 이후로 비자살적 자해에 초점을 두어 개발된 프로그램들이 늘어났다(Bjureberg et al., 2017; Kaess et al., 2020; Mehlum et al., 2014; Tarrier et al., 2008). 이러한 공통점을 제외하고, 국내외 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램들은 여러 측면에서 차이점이 관찰된다. 먼저, 국외의 경우 이론별 접근, 대상군 개입, 진행 기간이 다양하다. 예를 들어 DBT-A 뿐만 아니라 CDP와 ERITA처럼 인지와 정서에 각각 초점을 맞추거나 ICT

와 CTC처럼 통합적인 접근을 하는 등 다양한 이론별 접근으로 프로그램이 개발되었다. 또한 대상군의 개입에 있어서도 부모를 포함한 프로그램이 다수이거나 부모를 단독으로 개입하는 프로그램들도 있었다. 진행 기간은 대체로 3~8개월 내에서 실시된 프로그램이 대부분이었지만 TA처럼 단회기부터 MBT-A 같이 12개월까지 장기적으로 진행되는 프로그램들도 있었다. 또한 국외 연구들은 효과성 지속성 여부 파악이 가능한 연구들이 다수 있었다. 예를 들어 사전사후 통제집단 설계로 실시된 연구가 10개가 있었고, 12개의 연구가 추적관찰을 실시하여 효과성 지속 여부를 파악하였다. 다만, 이러한 연구 노력들에도 불구하고, 대부분의 연구가 프로그램 직후 추후 검사에서는 효과성이 검증되었으나 추적 관찰에서 실험군이 통상적 치료군에 비해 자해 감소에 있어 우월한 지속 효과를 나타낸 연구는 RAP-P를 제외하고는 없었다. 따라서 각 프로그램들마다 추가 연구를 통한 지속적인 검증 노력이 필요하다는 과제를 남겨두고 있다. 특히 자해가 기질과 어린시절의 양육과 관련되어 발생하는 확률이 높기 때문에, 단기간 개입으로 온전히 치료되기에는 어렵고 지속적인 프로그램 참여와 반복적인 장기 치료가 필요하다는 점을 고려할 필요가 있겠다(이우경, 2017; Gratz et al., 2002; Nock, 2009).

반면 국내의 경우 이론별 개입이나 기간, 대상군이 다양하지 않았다. 국내는 DBT, 마음챙김 인지치료, 인지 행동치료 등의 이론에 근거한 프로그램들과 자해 청소년의 위기 수준과 선호 활동을 고려한 모듈식의 프로그램이 있었다(신수정 외, 2020; 이동귀 외, 2017; 이우경, 2017). 한편 국내에서 부모 개입을 포함한 프로그램은 신수정 등(2020)밖에 없는 것

으로 나타났다. 이러한 국내 프로그램들은 개입 기간이 최단 12시간부터 최대 대략 2개월 가량으로 매우 짧게 나타났고, 추적 관찰이 없이 비동등 집단설계와 단일집단 사전사후설계로만 진행되었다는 한계점이 있다. 따라서 국내의 경우 연구 설계와 개입 기간, 부모 개입 등을 보완한 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램 개발과 효과 검증이 필요한 것으로 보인다.

청소년 NSSI 개입 프로그램의 대상군별 분류 특징

최근 10년간 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램들이 다수 개발되고 검증되고 있지만, 이러한 개입들이 모두 비자살적 자해를 초점으로 개발되지는 않은 것으로 나타났다. 대표적으로 DBT의 경우 BPD의 맥락에서 비자살적 자해를 치료하고자 하였고, 이외에도 다수의 프로그램들이 우울 장애, 불안 장애, 심각한 수준의 자해 문제와 자살 생각, 계획, 충동 등을 가지고 있는 대상군을 선발하여 프로그램을 실시하였다.

예를 들어, DBT-A는 프로그램 대상군을 선발할 때, BPD 성격 특성을 적어도 2개 또는 3개 이상 충족시키는 청소년들로 한정하였다. 이는 BPD의 진단 기준에 자살 시도, 자살 행동, 자살 위협, 자해 충동이 포함되어 있기 때문에 비자살적 자해 행동이 BPD의 진단적 징후라고 보는 DBT의 이론을 반영한 것으로 볼 수 있다(김소정 외, 2019). 즉, DBT-A는 BPD의 증상 중 하나로 비자살적 자해를 다루고 있다(Kaess et al., 2020). 이처럼 DBT-A는 청소년 비자살적 자해 개입을 하고 있으나, 비자살적 자해에 특화된 프로그램이라고 보기는 어렵다.

다음으로 MBT-A, ICT, RAP-P, CTC, TA, 신수정 등(2020)과 이동귀 등(2017)은 비자살적 자해 청소년들을 대상으로 개발한 프로그램들이다. 그러나 이들 중 다수의 프로그램에 자살 시도 경험이나 경향성이 있는 비자살적 자해 청소년들이 대상군으로 포함되었다. 예를 들어, RAP-P와 CTC는 프로그램 진행 중 대상군의 자살 위험성이 관찰되면 선제적으로 위기 관리 계획을 진행시키도록 매뉴얼화 되어 있다. 즉, 심각한 자해군의 프로그램 참여 가능성을 열어놓았다. 또한 MBT-A, ICT 등은 자살 생각이나 자살 계획 등 자살성향이 있는 비자살적 자해 대상군을 선발하였다. 특히 MBT-A의 경우 참가자들 중 80프로가 과거 또는 현재에 자살 시도를 한 적이 있다고 보고하였다. 이외에도 이동귀 등(2017)은 프로그램 실시 전 후 자살 생각을 측정하여 자해 행동의 심각성을 판단하였고, TA는 의도의 구분 없이 자해 대상군을 선발하였다. 이처럼 이 프로그램들이 개입하고 있는 청소년 자해는 DSM-V에서 정의하고 있는 비자살적 자해의 개념과는 차이가 있다. 이러한 프로그램들을 비자살적 자해가 자살로 이어지는 위험군들을 포함한 개입이라는 측면에서 의미가 있으나, 비자살적 자해의 개입만을 다룬 프로그램이라고 보는데는 한계가 있다.

한편 DSM-V의 비자살적 자해 정의에 근접한 프로그램들도 있다. CDP와 ERITA, 이우경(2017)은 DSM-V의 비자살적 자해의 정의에 가까운 대상군을 선발 한 것으로 보여진다. 특히 ERITA는 대상군 선발에 DSM-V의 비자살적 자해 기준을 포함하였다. CDP는 프로그램 개발 목적이 공병과 성격장애가 없이 발생하는 청소년들의 비자살적 자해를 위한 것으로, 자살의도가 없는 비자살적 자해 기준을 충족한

다고 볼 수 있다. 이외에도 이우경(2017)은 대상군을 선발 할 때 자신에게 해를 가할 위험이 있는 청소년을 제외하였다. 따라서 비자살적 자해의 정의에 근접한 프로그램을 개발하였다고 볼 수 있다. 이렇듯 국내외 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램들은 크게 BPD군과 비자살적 자해에 초점을 맞춘 개입 프로그램들로 나뉘는 것으로 보인다. 그러나 비자살적 자해 대상군 선발에서는 그 기준이 DSM-V에서 제시한 기준보다 심각한 자살 자해 위기를 포함하는 경우가 다수 있었고, 실제 DSM-V의 비자살적 자해 정의에 근접한 개입 프로그램은 부족한 것으로 보인다. 최근 국내외적으로 BPD 기준을 충족하지 않고, 자살 충동과는 분명히 거리가 있는 비자살적 자해 청소년들이 증가하는 것을 고려할 때, DSM-V의 정의에 근접한 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램들의 개발이 시급한 것으로 보인다(Kaess et al., 2020).

청소년 NSSI 개입 프로그램의 요인별 개입 특징

비자살적 자해의 통합적 이론 모델은 비자살적 자해를 유발하는 위험 요인을 원거리, 근거리 요인 등으로 분류한다(Nock, 2010). 원거리 위험 요인에는 아동기 학대, 가족 내 적대성이나 비판 등이 포함되는데, 이는 주로 가정 내 환경 및 부모와 관련 있는 요인들이다. 근거리 위험 요인 중 개인 내적 취약요인에는 높은 수준의 고통스러운 정서, 인지 부족과 자존감 저하, 고통 감내력의 부족이 포함된다. 따라서 청소년 비자살적 자해 개입 프로그램들이 비자살적 자해를 유지 및 발생시키는 것으로 파악되는 개인내적, 환경적(부

모)요인들에 어떻게 개입하고 있는지 검토하는 것은 중요하다. 프로그램의 주요 목적이 이들 위험 요인들을 파악하여 참가자가 이를 조율할 수 있거나 제거할 수 있도록 돕는 것이기 때문이다(Iyengar et al., 2018; Plener et al., 2016). 이에 본 연구에서는 Nock(2010)의 통합적 이론 모델에 근거하여 비자살적 자해의 요인 중 개인 내적 요인과 환경적 요인 두 가지를 살펴보고자 한다.

개인 내적 요인

개인 내적 요인의 경우 불안, 우울, 충동성, 적대감, 심리적 고통, 무망감(hopelessness), 반추, 애착 불안, 정서조절장애, 정신의학적 상태, 낮은 자존감, 자기 비하 등이 위험 요인으로 연구되어왔다(Cipriano et al., 2017). 감정표현을 잘 못하는 경우 비자살적 자해를 시도하는 비율이 높고(Jacobson et al., 2015), 남성의 경우 정서조절 장애(Gratz & Chapman, 2007), 여성의 경우 감정표현 부족이 비자살적 자해 빈도를 강하게 예측하는 것으로 보고되었다(Gratz, 2006). 더불어 감정적 경험을 적절하게 식별하고 표현하는 것의 어려움이 아동기 트라우마와 비자살적 자해 사이의 관계를 매개하는 것으로 나타났다(Paivio & McCulloch, 2004). 뿐만 아니라, 자해를 하는 사람들은 우울 증상과 불안 및 공격성을 보고할 가능성이 더 큰 것으로 나타났다(Fliege et al., 2009; Giletta et al., 2012; Selby et al., 2012). 특히 청소년의 경우 정서조절과 관련하여, 자해 행동을 고려하는데 있어 몇 분이 걸리지 않을 정도로 충동적으로 시도하는 경향성이 있고(배수현, 성희자, 2020; Nock & Prinstein, 2005), 분노 조절에 어려움을 겪을 때 자해를 시도한다는 연구 결과들이 존재한다(안영신, 송현주, 2017; 이동귀

외 2017). 또한 우울증이 있는 청소년의 경우 약 32%가 비자살적 자해를 경험하였던 것으로 나타났다(Tuisku et al., 2014). 즉 청소년의 경우 개인 내적 요인으로 특히 충동성, 분노, 우울 등의 부정정서의 영향이 큰 것을 알 수 있다. 이외에 정신의학적 상태와 비자살적 자해의 연관성을 살펴보면, 외상 후 스트레스 장애(PTSD), 해리 장애, 품행 장애, 강박 장애, 간헐적 폭식증, 해리성 정체감 장애(Briere & Gil, 1998; Glenn & Klonsky, 2013; Gratz et al., 2015; In-Albon et al., 2013; Jenkins et al., 2015; Nock et al., 2006; Selby et al., 2012; Turner et al., 2015) 등의 다양한 장애들이 비자살적 자해와 관련이 있는 것으로 나타났다. 마지막으로 자기 비하도 비자살적 자해와 연관성이 있는 것으로 나타났다. 선행 연구들에 따르면, 자해를 하는 사람은 자기(Self)에 대해 부정적인 인식을 가지고 있다고 보고된다(김수진, 2017). 이 경우, 자기 자신에 대한 부정적인 평가와 높은 수준의 자기 비판 등이 낮은 자기효능감과 자기 비하 등으로 이어져서, 스트레스 상황에서 자해의 위험 요인이 되는 것으로 보인다(Fliege et al., 2009).

개인 내적 개입 요인에 따라 프로그램들을 분류하면, 첫째, 이러한 요인들 모두에 개입하는 프로그램들로 DBT-A, ICT, CTC, 이우경(2017), 신수정 등(2020)이 있다. 이들 프로그램들은 다양한 접근 방식을 통해 참가자들의 정서적 조절, 인지 변화, 대인관계 기술 개선 등에 힘쓰고 있었다. 둘째, 정서조절과 대인관계 등 2가지 요인에 초점을 맞추는 프로그램으로 MBT-A, 이동귀 등(2017)이 있다. 이들 프로그램들은 정신화의 기법이나 DBT의 기법을 적용하여 정서를 조절하거나 대인관계를 개선할 수 있도록 돕고 있었다. 셋째, ERITA는 주로

정서조절 요인에, CDP, TA는 인지 요인에 초점을 맞추어 프로그램이 진행되고 있었다. 특히 ERITA는 정서 인식과 명료화 등 정서 알아차림에 초점을 맞추었고, CDP는 인지행동적 접근을 통해 자해 행동의 대체 행동을 찾는 등 행동 변화에 초점을 맞추고 있었다. 이외에 TA의 경우, 인지분석을 바탕으로 자해 행동 패턴을 파악하고자 하였다. 이렇듯 개인내적 요인에 개입한 프로그램들을 살펴보면, 대체로 정서조절, 인지, 대인관계 등의 요인들에 개입하고 있다. 이들 요인들은 청소년 비자살적 자해에 큰 영향을 미치는 요인으로 보고되고 있기 때문에 적절한 개입이라고 생각된다(이동귀 외, 2017; 이수정, 김종남, 2020; 이현정 외, 2020; Nock, 2009; Witt et al., 2019). 다만 DBT-A, ICT, CTC, 이우경(2017), 신수정 등(2020)이 정서, 인지, 대인관계 등 다양한 위험 요인들에 골고루 개입하는데 반해 CDP나 TA의 경우 인지 요인에 주로 초점을 맞추고 있고, ERITA의 경우 정서적 요인에 집중하고 있다. 그러나 청소년의 비자살적 자해를 유지시키거나 활성화시키는 개인 내적 위험 요인들이 우울, 분노, 충동성 같은 정서와 자기에 대한 부정적 인식과 같은 인지와 관련성이 있다는 연구들을 고려할 때, 정서와 인지에 함께 개입하는 것이 강조되어야 할 것으로 생각된다(이동귀 외, 2017; 이우경, 2017; Bentley et al., 2014; Plener et al., 2016).

환경적 요인

환경적 요인과 관련해서는 아동 학대와 애착 장애 등을 들 수 있다(Linehan, 1993; Nock, 2009). 이 두 요인은 일반적으로 주양육자가 되는 부모 관련 요인이라고도 볼 수 있는데, 비자살적 자해 요인 연구 중 많은 부분이

부모 관련 요인에 집중되어 있다(Brausch & Gutierrez, 2010; Brent et al., 2013; Hilt et al., 2008; You & Leung, 2012). 예를 들면 초기 아동기 외상 경험에 초점을 맞춘 다수의 연구에서 아동기 학대가 청소년과 대학생의 비자살적 자해 예측 인자로 등장한 것으로 나타났다(Arens et al., 2012; Auerbach et al., 2014; Gratz, 2006; Paivio & McCulloch, 2004; Wan et al., 2020). 특히 신체적, 성적 학대 및 정서적 방임, 부모의 이혼, 분리로 인한 상실 경험 등의 양육 환경이 비자살적 자해와 연관이 깊다(D'Onofrio, 2007; Linehan, 1993). 다만 아동기의 성적 학대의 경우, 비자살적 자해 발생과 강한 연관이 있음을 보여준 연구가 다수이나(Auerbach et al., 2014; Briere & Gil, 1998; Gratz, 2006; Gratz & Chapman, 2007; Gratz et al., 2002), 연관성을 발견하지 못한 연구들도 존재한다(Goldstein et al., 2009; Whitlock et al., 2006; Zoroglu et al., 2003). 한편, 부모의 지지는 청소년의 충동성과 자해의 관계에서 보호 요인으로 작용하여 이 둘 사이를 완충하는 역할을 하는 것으로 나타났다(김수진, 2019; Tatnell et al., 2014). 청소년기는 부모로부터 여전히 가정에서 보호받아야 할 시기이기 때문에(배수현, 성희자, 2020), 부모의 무관심, 방임, 과잉보호와 같이 양육 태도가 부정적이었을 때 자해 행동이 나타나기도 한다(강은희, 2019; 김수진, 2017; 배수현, 성희자, 2020; Nock, 2009). 따라서, 부모의 긍정적인 양육 태도가 청소년의 비자살적 자해에 보호 요인으로 작용할 수 있도록 부모에게 비자살적 자해와 양육 태도와 관련된 교육이 필요함이 시사된다(김수진 외, 2020). 본 연구에서는 국외는 DBT-A, MBT-A, ERITA, RAP-P, ICT, CTC, TA 등 프로그램들이 부모의 개입을 포함하고, 국

내는 신수정 등(2020)의 연구가 부모 개입을 프로그램에 포함하고 있다.

먼저, DBT-A, ICT는 청소년과 부모의 상호작용을 강조한 프로그램으로 부모 상담에서 청소년과의 상호작용을 개선시키는 개입을 실시한다. 예를 들어, DBT-A는 치료자의 동석 하에 부모를 위한 다가죽 기술 훈련 집단 등에서 부모와 청소년의 상호작용 시 나타날 수 있는 부모의 부정적인 반응을 개선시키는 훈련이 진행된다. ICT는 가족 치료사가 청소년과 의사 소통 시 주의해야 할 부모의 행동과 언어 표현들을 파악하여 리스트로 작성하고, 이를 바탕으로 부모의 태도 및 행동 교정을 유도한다. 이 두 프로그램들은 이러한 가족 내 상호작용 개선이 청소년의 자해 감소로 이어진다고 본다. 다음으로 CTC와 신수정 등(2020), TA 등은 부모 개입을 심리적인 교육 수준에서 진행한 프로그램들이다. CTC의 경우 최소 2회의 부모 상담에서 부모가 자녀들의 비자살적 자해를 발견했을 때 어떻게 이를 다룰 것인가에 초점을 두고, TA는 단회기 진행 시 주로 청소년이 자해 행동 대체 솔루션을 찾는 과정에 집중하며, 개입 단계마다 부모가 참여는 하지만 부모에게 초점이 맞추어져 있지 않다. 신수정 등(2020)은 초기 평가 때 고위험 청소년으로 판단된 경우나 부모의 개입이 반드시 필요하다고 상담자가 평가한 경우에만 부모 상담이나 교육을 지원하는 것으로 추측된다. 따라서 이 세 프로그램은 부모의 개입이 포함되어 있지만, 심리교육적인 측면에서 부모 상담이 진행된다고 보아야 될 것이다.

이에 비해 MBT-A와 ERITA는 부모의 정서적인 조율 능력을 개선하는데 집중하고 있다. MBT-A의 경우 부모 개별 정신화 프로그램에서 부모 자신의 정서 안정과 대인관계 개선

등에 주력하고, ERITA도 부모 개별 프로그램에서 정서조절능력 향상에 집중하는 것으로 보인다. 즉, 이들 프로그램들은 부모의 정서적 안정이 자녀의 자해 감소에 긍정적인 영향을 미칠 것이라고 가정하여, 부모 자녀 간 상호작용이나 부모 심리교육에는 관심을 덜 기울인 것으로 보인다.

한편 Berk 등(2022)의 연구와 RAP-P 프로그램은 부모들에게 집중 개입한 연구들이다. Berk 등(2022)의 연구는 자해 및 자살 위기 청소년의 부모들에게 DBT 프로그램을 실시하였다. RAP-P의 경우 자해 및 자살 위기 청소년과 그 부모를 대상으로 연구를 실시하였지만, 초점이 부모의 변화에 있었기 때문에 부모 집중 개입 프로그램으로 볼 수 있다. 이 프로그램은 부모가 가지고 있는 기존의 강점을 더욱 강화시키고, 스트레스를 관리할 수 있게 도왔다는 특징이 있다. Berk 등(2022)의 연구와 RAP-P는 프로그램 실시 직후 부모의 불안과 우울, 스트레스 등이 감소하였고, 청소년들에게 특별한 개입 없이도 그들의 자살 자해가 전반적으로 감소되는 동반효과가 나타났다. 또한 두 프로그램 모두 이러한 효과성이 추적 관찰까지 유지되었다. 특히 RAP-P는 별다른 개입을 받지 않았던 청소년들이 프로그램 종료 후 직접 가족 내 갈등이 개선되었다고 보고하는 효과까지 나타났다. 이러한 연구 결과들을 참고하면, 프로그램 내에서 부모를 직접적으로 돕는 것이 청소년 비자살적 자해 감소에 매우 중요한 요인임을 알 수 있다.

국내외 청소년 NSSI 개입 프로그램의 청소년 단독 개입과 부모 포함 개입 비교

국내외 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램

표 2. 청소년 NSSI 치료 프로그램 내용 구성 및 결과

구분	프로그램/ 저자 (연도)	연구 대상	연구 방법/ Follow up	실험군	통상적 치료군	치료 회기 구성	프로그램 결과
해외	MBT-A ¹ Rossouw & Fonagy (2012)	- 청소년(12세-17세) 80명: 지난 한 달 동안 확인된 자해 사례가 최소 1회 이상 있었고, 자해가 의뢰의 주된 이유였으며 의도적인 것으로 확인된 자해 시도 청소년 - 부모 개입 - 심각한 자해(자살 시도 포함)	- 사전사후 통계 집단 설계 - 추적 관찰 없음	MBT (N=40)	없음 TAU ² (N=40)	- 매주 50분 개인 치료/월 1회 50분 부모 치료/12개월	- 실험군의 자해, 우울 감소 및 회피적 애착 개선
	CDP ³ Fischer et al. (2013)	- 청소년(12세 - 17세) 80명: 6개월간 5회 이상의 반복적인 자해 시도 청소년 - 부모 개입 없음 - 비자살적 자해	- 사전사후 통계 집단설계 - 6개월 후 추적 관찰	CDP (N=40)	없음 TAU (N=40)	- 8~12회/매주 1시간 개인 치료/약 3개월	- 실험군의 비자살 적 자해 감소 - 추적 관찰에서 효과성 유지 확인 어려움
	TA ⁴ Ougrin et al. (2013)	- 청소년(12 - 18세) 70명: 현재 정신과 치료를 받고 있지 않고 자해 시도 후 심리사회적 평가 의뢰된 청소년 - 부모 개입 - 심각한 자해(자살 사고 포함)	- 사전사후 통계 집단 설계 - 2년 후 참가자의 진강기록 검토	TA (N=35)	표준심리사회 적 평가 AAU ⁵ (N=35)	- 단회/약 30분/월 요 시 부모 참여	- 실험군의 치료 참여율 향상 - 실험군과 통상적 치료군 간 자해 감소 차이 없음
	RAP-P ⁶ Pineda & Dadds (2013)	- 청소년(12세-17세) 48명: 지역 병원/의료 서비스에 의뢰하기 전 2개월 이내에 최소 1회의 자살 행동을 한 청소년 - 부모 개입 - 심각한 자해(자살 시도, 자살 사고 포함)	- 사전사후 통계 집단 설계 - 3개월, 6개월 후 추적 관찰	RCP+ RAP-P (N=24)	위기관리, 지지치료, CBT RCP ⁷ (N=24)	- 4회/매주 2시간 1회 또는 2회 부 모 치료 - 청소년 위기관리, CBT 적용	- 실험군의 자해 감소, 가족 기능 개선 - 추적 관찰에서 효과성 유지됨

표 2. 청소년 NSSI 치료 프로그램 내용 구성 및 결과 (계속 1)

구분	프로그램/ 저자 (연도)	연구 대상	연구 방법/ Follow up	실험군	통상적 치료군	치료 회기 구성	프로그램 결과
해외	DBT-A ⁸ Mehlum et al. (2014)	- 청소년 외래 환자(12세-18세) 77명: 최소 2번의 자해 경험, 그 중 최소 1회는 지난 16주 동안 경험, DSM-4 BPD 준거 중 2개 이상 혹은 그 에 상응하는 수준의 BPD 특성이 있는 청소년 - 부모 개입 - 심각한 자해(자살 시도, 자살 사고 포함)	- 사전사후 통제 집단 설계 - 1년 추적 관찰	DBT-A (N=39)	정신역동치료 + 약물치료 + CBT EUC ⁹ (N=38)	- 19회/매주 1시간 개인치료/약 5개월	- 실험군의 자해, 자살 사고, 우울감 감소
	DBT-A Mehlum et al. (2016)	- Mehlum et al.(2014)후속 연구로 연구 대상 동일	- 사전사후 통제 집단 설계 - 추적 관찰 없음	상동	상동	상동	- 실험군의 자해, 자살 사고, 우울감 감소 - 실험군과 통상적 치료군 간 자해 감소 차이 없음
	ERITA ¹⁰ Biureberg et al. (2017)	- 여자 청소년(13세~17세) 17명: NSSID 진단 기준 충족하는 청소년 - 부모 개입 없음 - 비자살적 자해	- 단일집단 사전 사후설계 - 6개월 후 추적 관찰	ERITA (N=17)	NO	- 12회/매주 1시간 개인치료/약 3개월	- 실험군의 비자살적 자해 감소
	ERITA Biureberg et al. (2018)	- 청소년(13-17세) 25명: 지난 한 달 동안 1번의 NSSI를 경험하고 NSSID 진단 기준 충족하는 청소년 - 부모 개입 - 비자살적 자해	- 단일집단 사전 사후설계 - 3개월, 6개월 후 추적 관찰	ERITA (N=25)	NO	- 12회/매주 1시간 개인치료/약 3개월 - 6회/격주 1시간 부모 치료/약 3개월	- 실험군의 비자살적 자해 감소

표 2. 청소년 NSSI 치료 프로그램 내용 구성 및 결과 (계속 2)

구분	프로그램/ 저자 (연도)	연구 대상	연구 방법/ Follow up	실험군	통상적 치료군	치료 회기 구성	프로그램 결과
해외	DBT-A McCauley et al. (2018)	- 청소년 (12~18세) 173명: 평생 동안 1번의 자살 시도, 평생 3번의 자해 에피소드, 자살 사고 또는 정서적 조절 장애, BPD 기준 3개 이상 충족하는 청소년 - 부모 개입 - 심각한 자해(자살 시도, 자살 사고 포함)	- 사전사후 통제 집단설계 - 6개월 후 추적 관찰	DBT (N=86)	지지치료 IGST ¹¹ (N=87)	- 매주 1시간 개인 치료/6개월 - 매주 2시간 부모 치료/6개월	- 실험군의 자살 시도 횟수, 비자살적 자해, 자해 감소 - 실험군과 통상적 치료군 간 자해 감소 차이 없음
	ICT ¹² Wijana et al. (2018)	- 청소년 (13세~19세) 49명: 지난 3개월 동안 정기적으로 자해 행위(고의적인 자해 및 자해)를 하였거나 자살 생각, 위협 또는 계획을 표현한 청소년 - 부모 개입 - 심각한 자해(공병, 자살 사고)	- 단일집단 사전 사후설계 - 6개월, 12개월 후 추적 관찰	ICT (N=49)	NO	- 평균 35회/매주 1시간 개인치료/약 8개월 - 평균 35회/매주 1시간 부모 치료/약 8개월	- 실험군의 자해 감소 - 실험군의 자해 감소
	DBT-A Berk et al. (2020)	- 청소년 (12~17세) 30명: 지난 4개월 이내에 적어도 한 번은 자살 시도 및 NSSI 경험이 있고, 최소한 3가지 BPD 진단 기준을 충족하는 청소년 - 부모 개입 - 심각한 자해(자살 시도, 자살 사고 포함)	- 단일집단 사전 사후설계 - 6개월 후 부모 만 추적 관찰	DBT - A (N=30)	NO	- 매주 1시간 개인 치료/6개월 - 매주 2시간 부모 치료/6개월	- 실험군의 자해 감소 - 실험군의 자해 감소
	CDP Kaess et al. (2020)	- 청소년 (12세~17세) 74명: 지난 6개월 동안 최소 5일 이상, 지난 한 달 동안 최소 1회 NSSI에 참여한 임원 및 외래환자, 공고, 신문 기사, 광고 및 연구실을 통해 모집된 청소년 - 부모 개입 없음 - 비자살적 자해	- 사전사후 통제 집단 설계 - 6개월 후 추적 관찰	CDP (N=37)	CBT, 정신역동치료 TAU (N=37)	- 평균 10회/매주 1시간 개인치료	- 실험군의 비자살적 자해 감소 - 실험군과 통상적 치료군 간 자해 감소 차이 없음

표 2. 청소년 NSSI 치료 프로그램 내용 구성 및 결과 (계속 3)

구분	프로그램/ 저자 (연도)	연구 대상	연구 방법/ Follow up	실험군	통상적 치료군	치료 회기 구성	프로그램 결과
해외	CDP Edinger et al. (2020)	- 청소년 (12세~17세) 74명: 반복적 NSSI(지난 6개월 동안 5일 이상 발생)에 참여한 청소년 - 부모 개입 없음 - 비자살적 자해	- 사전사후 통제 집단 설계 - 6개월 후 추적 관찰	CDP (N=30)	CBT, 정신역동치료 TAU (N=44)	- 평균 10회/매주 1시간 개인치료 - ACE 집단이 ACE 없는 집단에 비해 비자살적 자해 감소	- 실험군과 통상적 치료군 간 자해 감소 차이 없음 - ACE 집단이 ACE 없는 집단에 비해 비자살적 자해 감소
	CTC ¹³ Boege et al. (2022)	- 청소년 여(15-17세) 23명: NSSI로 인한 입원이 추천된 청소년 - 부모 개입 - 비자살적 자해(자살 시도, 자살 사고 포함)	- 비동등 집단설계 - 추적 관찰 없음	CTC (N=12)	없음 TAU (N=11)	- 14회/매주 2회 1시간 또는 2시간 개인치료 - 격주 부모 치료/최소 2회 부모 심리교육	- 실험군의 비자살적 자해 감소 - 실험군과 통상적 치료군 간 자해를 차이 없음
	DBT Berk et al. (2022)	- 부모 10명: 최근 3개월 내 자해 및 자살 사고 심화를 경험한 청소년(13세~18세)의 부모 - 청소년 개입 없음 - 심각한 자해(자살 시도, 자살 사고 포함)	- 단일집단 사전사후설계 - 6개월 후 추적 관찰	DBT 기반 (N=10)	NO	- 평균 8-10회/매주 1.5시간 개인치료	- 실험군(부모)의 우울 증상, 정서 조절 장애, 간병 부담, 대인 민감도 등 감소 - 청소년 자녀 자해 감소 - 추적 관찰에서 효과성 유지됨

표 2. 청소년 NSSI 치료 프로그램 내용 구성 및 결과

구분	프로그램/ 저자 (연도)	연구 대상	연구 방법/ Follow up		통상적 치료군	치료 회기 구성	프로그램 결과
해외	ERITA Morthorst et al. (2022)	- 청소년 (13세~17세) 30명: psychiatric disorder가 없는 외래 청소년 환자 중에서 작년에 최소 5번의 NSSI, 지난달 최소 한 번의 NSSI 에피소드가 있는 청소년 - 부모 개입 - 비자살적 자해	- 사진사후 통제 집단 설계 - 추적 관찰 없음	ERITA+ TAU (N=15)	가족치료, CBT, DBT TAU (N=15)	- 12회/매주 1시간 개인치료 - 6회/격주 1시간 부모 치료	- 실험군과 통상적 치료군 간 비자살적 자해 감소 차이 없음
	DBT 원리 반영 이동귀 외 (2017)	- 청소년 5명: 정서행동 선별검사 관리군 중 자해 행 동 보고한 청소년 - 부모 개입 없음 - 심각한 자해(자살 사고 포함)	- 단일집단 사전 사후설계 - 추적 관찰 없음	N=5	NO	- 8회/매주 2회 45 분 개인치료	- 실험군의 자살 생 각, 공격성 감소 - 정서인식, 표현 및 정서조절 능력 증진
국내	M-EMT ¹⁴ 이우경 (2017)	- 청소년 61명: 최근 6개월간 2회 이상 자해 행동을 한 청소년 - 부모 개입 - 비자살적 자해	- 비동등 집단설 계 - 추적 관찰 없음	M-EMT (N=30)	없음 (N=31)	- 12회/매주 2회 45분 개인치료 /6주	- 실험군의 자해 행동 빈도 감소
	그레이트 (Great) 프로그램 신수정 외 (2020)	- 청소년(초등 5명, 중등 14명, 고등 6명) 25명: 고위험 초, 중, 고 청소년으로 2019년 3월부터 10월까지 교육청 에 고위험 학생으로 보고되고, 학교에서 의뢰한 총 31명 중 사전, 사후, 추후 검사를 모두 제출한 청소년 - 부모 개입 - 심각한 자해(자살 시도 포함)	- 단일집단 사전 사후설계 - 추적 관찰 없음	N=25	NO	- 개인치료 12시 간/필요 시 개 인상담 10회 - 부모 개입 8~10 시간	- 실험군의 자살, 자해 충동 감소

주. ¹MBT-A=Mentalization Based Treatment for Adolescents, ²TAU=Treatment As Usual, ³CDP=Cutting Down Program, ⁴TA=Therapeutic Assessment, ⁵AAU=Assessment As Usual, ⁶RAP-P=Resourceful Adolescent Parent Program, ⁷RCP=Routine Care Program, ⁸DBT-A=Dialectical Behavior Therapy for Adolescents, ⁹EUC=Enhanced Usual Care, ¹⁰ERITA=Emotional Regulation Individual Therapy for Adolescents, ¹¹IGST=Individual and Group Supportive Therapy, ¹²ICT=Intensive Contextual Treatment, ¹³CTC=Cut To Cut Program, ¹⁴ M-EMT=Mindfulness-based Emotion Management Training

램들은 청소년 단독 개입과 부모 포함, 부모 단독 개입으로 분류된다. 먼저 청소년 단독 개입 연구들은 총 7편으로 나타났는데, 이들 연구는 프로그램 직후에는 청소년들의 자해가 감소되었지만 추적 관찰에서 효과성이 유지되지 않거나, 통상적 치료군이 부재하여 효과성을 신뢰하기가 어려운 한계점들이 제시되었다. 이에 비해 청소년과 부모 포함 개입 프로그램들은 총 12개로, 본 연구에 포함된 다수의 프로그램들이 청소년과 부모 포함 개입을 한 것으로 나타났다. 청소년과 부모 포함 개입 프로그램들은 대부분 실시 직후 청소년 비자살적 자해 감소가 나타났지만, 추적 관찰 시 청소년 자해 감소 효과성이 유지된 것은 RAP-P가 유일하였다. 마지막으로 부모 단독 개입은 총 1개로 나타났다. Berk 등(2022)은 청소년 자녀들이 자해 및 자살의 위기에 처했을 때 부모에게 도움을 요청할 확률을 높이기 위해서는 부모 자녀 간 갈등이 줄어들어야 한다고 하였다. 특히 프로그램에서 부모에게 단독으로 개입하였을 때 부모와 감정과 행동, 청소년들의 자해 및 자살 경향성이 변화하는지 파악하고자 하였다. 프로그램 실시 후, 부모의 우울 증상, 감정 조절, 긴장도 및 대인 민감도가 개선되었고, 청소년 자녀들의 자살 및 자해 경향성이 동반 감소되는 긍정적인 효과가 관찰되었다. 그러나 청소년 자녀의 경우 장기적으로 비자살적 자해 감소에 영향을 미치는 인지나 기분 변화, 가족 갈등 인식에서는 유의미한 감소가 나타나지 않았다. 이에 대해 Berk 등(2022)은 청소년의 비자살적 자해를 궁극적으로 개선시키기 위해서는 청소년 프로그램 실시와 함께 청소년의 부모 개입 프로그램을 강화시켜 보조 양육 프로그램으로 함께 실시하는 것이 가장 이상적일 것이라고 제안하

였다.

요약하면, 청소년 단독 개입 프로그램의 경우, 효과성이 유지되는 프로그램들이 없었으나, 청소년 및 부모 포함 개입 프로그램에서는 RAP-P가 효과성이 유지되었고, 부모 단독 프로그램인 Berk 등(2022)의 연구에서도 청소년 자녀의 자해 감소가 나타났다. 그러나 청소년 자해 감소의 장기적인 효과 유지를 위해서는 청소년과 부모가 함께 프로그램에 참여하는 것이 필요한 것으로 보여진다.

논 의

본 연구에서는 최근 10년간 국내외 총 19편의 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램 효과 검증 연구들을 토대로 프로그램의 구성 및 효과성, 대상군별 분류, 요인별 개입 특징을 개관해 보았다. 여기서는 본 연구 결과들에 대해 종합적으로 검토하고, 정리된 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램 개발의 연구 경향에 기초하여 추후 연구에서 필요한 요소와 방향을 살펴보고자 한다.

먼저, 프로그램의 효과성 검증과 관련한 연구 결과, 국외의 경우 프로그램들 중 사전사후 통제집단설계가 10편, 비동등 집단 설계가 1편, 단일집단 사전사후설계가 5편이었고, 추적 관찰을 실시한 연구가 총 12편으로 나타났다. 프로그램 실시 기간은 3개월 미만(Berk et al., 2022; Ougrin et al., 2013; Pineda & Dadds, 2013), 3개월(Bjureberg et al., 2017, 2018; Boege et al., 2022; Edinger et al., 2020; Fischer et al., 2013; Kaess et al., 2020; Morthorst et al., 2022), 4개월 3주(Mehlum et al., 2014, 2016), 6개월(Berk et al., 2020; McCauley et al., 2018), 8개월

2주(Wijana et al., 2018), 12개월(Rossouw & Fonagy, 2012)로 다양하게 나타났다. 이에 비해 국내는 이우경(2017)의 연구만 비동등 집단설계를 실시하였고 나머지 연구들은 단일집단 사전사후설계로 나타났으며, 추적 관찰을 한 연구는 없었다(신수정 외, 2020; 이동귀 외, 2017). 국내는 1개의 프로그램이 대략 3개월 정도 진행되었고, 이외에는 1개월 반 가량, 1개월로 진행된 바 있다(신수정 외, 2020; 이동귀 외, 2017; 이우경, 2017). 이들 프로그램은 대체로 실시 직후 청소년 비자살적 자해가 감소되었다는 결과가 나타났지만, RAP-P, Berk 등(2022)의 연구를 제외하고는 추적 관찰에서 효과성이 유지되지 않았다는 한계점이 존재한다. 또한 비동등 집단설계나 단일집단 사전사후설계로 이루어진 연구들의 경우 효과성이 나타났다고 하더라도, 참가자가 무작위로 배치되지 않거나 통상적 치료군이 존재하지 않기 때문에 연구 결과를 일반화시키기에는 어려움이 있다. 따라서 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램의 효과성을 위해서는 사전사후 통제집단으로 실험을 설계하는 것과 함께 프로그램 실시 직후 뿐만 아니라 장기적으로 효과성을 유지하는지 추적 관찰을 실시하는 것이 필요하다. 특히 국내의 경우 프로그램 종료 직후에만 효과성을 검증하였고, 추적 관찰을 실시한 프로그램들은 없는 것으로 나타나 앞으로 청소년 비자살적 자해 프로그램을 개발할 때 효과성 유지를 위한 반복적인 확인과 평가, 정기적인 개입이 필요함을 시사한다.

이러한 국내외 연구 설계 및 실시 기간의 차이는 연구 실시의 주체 및 연구 환경의 차이와도 연관이 있어 보인다. 국외의 경우 대체로 대학병원의 아동 및 청소년 정신과 클리닉, 외래 환자 클리닉같은 병원들이나 아동·

청소년 정신건강서비스(Children and Adolescent Mental Health Service; CAMHS)같은 국가복지정책이 주체가 되어 연구가 이루어져왔다(Berk et al., 2020; Mehlum et al., 2014; Morthorst et al., 2022). 이에 비해 국내는 연구자들이 교육부나 청소년상담복지센터에서 지원을 받아 학교에서 청소년들을 대상으로 연구를 실시하였다(신수정 외, 2020; 이동귀 외, 2017; 이우경, 2017). 이처럼 연구 실시 주체나 연구 환경의 차이는 연구 설계에 영향을 미칠 수 밖에 없으므로, 국내 연구 환경을 개선하기 위해서는 범정부 차원의 연구 대책 마련이 필요하다. 예를 들어 Australia의 경우 연방 보건장관을 청소년 자해 문제를 해결하기 위한 주체로 지정하고, 청소년 정신건강 통합 서비스 프로그램(Mind Matters)을 통해 중·고등학교를 중심으로 청소년 정신질환 예방과 조기 개입을 하고 있다(Wyn et al., 2000). 이처럼 청소년 비자살적 자해 관련 연구정책이 국가 주도적으로 이루어져서, 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램 임상 연구들의 내실있는 설계를 위한 기반이 구축되어야 할 것이다.

다음으로 국내외 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램의 이론 및 구성과 관련된 변화를 살펴보고자 한다. 최근 10년간 국외에서는 CBT나 DBT, 정서조절, 정신화 등의 이론을 적용하여 DBT-A, ERITA, CDP, MBT-A 등의 비자살적 자해 개입들을 개발하였고, 국내에서는 DBT원리를 반영하거나(이동귀 외, 2017) 인지치료, 마음챙김 등(이우경, 2017)을 적용하여 청소년 비자살적 자해 개입들을 개발하였다. 그러나 연구 결과를 종합해보면, 각 이론을 적용한 심리 치료가 비자살적 자해를 줄이는 데 효과적이지만, 어떠한 단일 이론별 치료 개입도 타 이론별 개입에 비해 우월하게

나타나지 않았다(De Silva et al., 2013; Ougrin et al., 2015). 이러한 사실은 이미 여러 청소년 비자살적 자해 연구자들에 의해 제기된 문제들이다(Boege et al., 2022; Wijana et al., 2018). 이에 국내외의 연구자들이 이러한 한계점을 인식하고, 대안적 노력으로 청소년의 비자살적 자해 개입에 효과적인 심리치료의 핵심 요소들인 정서조절 및 대인관계 기술 향상, 부모 치료 참여 등을 파악하여 이들을 프로그램에 통합하여 개발하고자 하는 흐름이 관찰된다. 대표적인 예로, ICT(Wijana et al., 2018)의 경우 DBT-A, Functional Family Therapy(FFT), 인지행동 전략을 통합하여 개발되었고, CTC(Boege et al., 2022)는 각 이론별 접근에서 효과적으로 나타난 기법이나 치료 요인들을 통합하는 방식을 도입하여, 치료에 가족이나 부모 및 기술 훈련을 포함하고, 비자살적 자해를 줄이기 위해 집중적인 개입을 하는 형태로 구성되었다. 국내에서는 신수정 등(2020)이 모듈식 프로그램으로 참가자의 증상 수준별 접근을 하거나 참가자 맞춤형 치료적 접근을 택하고 있다. 신수정 등(2020)의 연구에서는 부모 프로그램을 포함하고 있으나, 이동귀 등(2017), 이우경(2017)의 경우 대상군이 청소년이어서 부모의 역할이 중요함에도 불구하고 프로그램에 부모가 포함되어 있지 않은 것으로 나타났다. 이처럼 국외 프로그램들이 대체로 부모를 프로그램 구성에 포함시키는 방향으로 발전하고 있는데 비해, 국내는 부모 개입에 다소 소극적으로 나타난다. 이는 국내 부모들이 주변의 시선이나 편견을 지나치게 인식하여 자녀의 문제를 감추려고 하거나 축소시키는 등 전 문적인 도움 추구를 피하려는 경향성이 있어, 부모를 치료에 참여시키기 어렵기 때문일 수도 있다(신지혜, 2016). 따라서 앞으로 국내에

서 부모의 개입을 포함하는 통합적인 프로그램을 개발할 때 상담자가 부모의 사회적 낙인을 낮출 수 있는 방법을 모색하여, 부모의 프로그램 참여를 최대한 독려하는 것이 중요할 것으로 보인다.

한편 프로그램의 대상군별 분류 특징을 살펴본 결과, 대상군 선발 시 DSM-V의 비자살적 자해 정의를 포함하거나 이에 근접한 정의를 적용한 프로그램들은 다소 적은 것으로 나타났다. 연구 결과를 살펴보면 DBT-A의 경우 모든 연구에서 BPD 특성을 가진 자해 청소년들을 대상으로 프로그램을 실시하였다. DBT-A는 비자살적 자해에 초점을 맞춘 것이 아니라, BPD 증상 개선을 중심으로 개발된 청소년용 DBT 프로그램이다(Linehan & Murray et al., 2006; McCauley et al., 2018). 특히 치료기간이 적어도 3개월에서 1년 정도로 길고, 개인 치료, 그룹치료, 참가자를 위한 전화코칭 등 많은 치료적 개입이 포함된다(Andover et al., 2015). 이는 BPD 특성이 없고 자살의도가 없는 청소년에게 DBT를 실시하는 것은 다소 광범위한 적용으로 여겨지며, 대상군에게 적절한 치료를 제공하여야 하는 윤리적인 관점에서 봤을 때 과도한 치료가 될 수 있다는 것을 의미한다(김인규, 2004; 오송희 외, 2016; Comtois, 2002; Comtois & Linehan, 2006; Pasieczny & Connor, 2011). 따라서 DBT가 비자살적 자해가 있는 청소년들의 자해 행동 개입에 최적화되어 있다고 보기는 어렵다(이동귀 외, 2017). 이외에도 MBT-A, ICT, RAP-P, CTC, TA, 신수정 등(2020)과 이동귀 등(2017)처럼 비자살적 자해 대상군을 선발하였지만, 자살 시도나 자살 경향성 또는 심각한 수준의 자해를 포함하는 등 DSM-V에서 의미하는 비자살적 자해의 정의에 부합하지 않는 프로그램들도

있었다. 국외의 경우는 대체로 외래 병원에서 치료를 받는 심각한 증상을 가진 청소년들을 대상으로 하였기 때문에 대상군에 심각한 수준의 청소년들이 포함될 수 밖에 없었던 것으로 보인다. 국내에서는 자살 및 자해 청소년을 구분 없이 프로그램을 진행하거나, 자살 생각 척도로 자해를 측정하는 것으로 나타났다(신수정 외, 2020; 이동귀 외, 2017).

이러한 프로그램들은 심각한 수준의 자해 참가자들에게 도움이 된다는 긍정적인 측면은 있으나, 한편으로는 자살 의도가 없거나 상대적으로 덜 심각한 비자살적 자해 대상군의 경우에 적용할 수 있는 개입 프로그램 개발에 대한 고민으로 이어진다. 본 연구 결과에서는 CDP와 ERITA, 이우경(2017)이 DSM-V의 비자살적 자해 정의와 가장 근접한 대상군들을 선발하여 프로그램을 실시한 것으로 나타났다. 이들 프로그램들은 자살 의도가 없는 비자살적 자해 청소년들을 선발 기준에 포함하고 있다. 이렇듯, 국내외적으로 자살 의도가 없이 자해를 하는 청소년들을 대상으로 개입하는 프로그램들이 자해 의도를 포함하거나 심각한 수준의 자해를 포함하는 프로그램에 비해 상대적으로 부족한 것으로 나타났다(Bjureberg et al., 2018; Kaess et al., 2020). 이는 아직까지 비자살적 자해를 정의할 때 국내외의 많은 연구들이 때로는 DSM-V의 정의에 해당하는 비자살적 자해를 의미하고 때로는 자살사고와 자살시도, 비자살적 자해를 모두 포함하는 더 넓은 범주의 자해 행동을 가리킨다는 것을 보여준다(Turner et al., 2014). 실질적으로 심각한 자해 프로그램들은 참가자들이 안정화되는데 시간이 오래 걸리기 때문에 8개월이나 12개월 정도 상대적으로 장기간동안 프로그램이 진행되었고, 참가자의 자살 충동이나 시도의 발생

에 대비한 위기 관리 계획이 포함되는 경우들이 있었다(Boege et al., 2022; Wijana et al., 2018). 이에 비해 자살 의도가 없는 비자살적 자해 프로그램들은 대략 3개월 가량의 단기적인 개입이 주로 이루어졌고, 위기 관리 대신 인지 변화나 정서 변화에 집중하였다(Bjureberg et al., 2018; Kaess et al., 2020). 이러한 비밀관적인 정의의 사용은 치료적 효과가 DSM-V에서 의미하는 비자살적 자해에만 적용되는 것인지, 아니면 자살 시도나 경향성이 있는 비자살적 자해 둘 다에 적용되는 것인지 파악하기 어렵게 만든다는 한계점이 있다. 따라서 앞으로 청소년 비자살적 자해 개입 연구 시 용어의 명확성을 바탕으로 한 대상군의 선발이 이루어지고, DSM-V에서 의미하는 비자살적 자해의 프로그램 구성이 구체적으로 체계화 되어야 할 것이다.

다음으로 개인내적 요인과 환경적 요인에 개입한 프로그램들의 특징들을 살펴보면, 전반적인 연구의 흐름이 점차 개인내적 요인인 청소년의 정서와 인지, 대인관계만 다루는 것이 아니라 환경적 요인인 부모의 개입을 포함하는 방향으로 나아가고 있는 것으로 보인다. 예를 들어 DBT-A와 최근 발표된 ICT의 경우 인지, 정서, 행동과 부모 및 가족 개입 등 개인내적 요인과 환경적 요인들을 모두 포함하고 있다. 특히, 부모의 개입에 있어서 비자살적 자해와 관련된 심리 교육 뿐만 아니라 그들이 실질적으로 청소년 자녀와의 관계에서 좋은 상호작용을 하기 위해 사용할 수 있는 양육 코칭이나 대인관계 훈련 기술, 부모 자신들의 정서적 조절과 인지 왜곡을 교정할 수 있는 방법 등을 포함하고 있다. 이와 더불어 부모의 강점을 개발하고 스트레스를 관리할 수 있도록 도왔던 RAP-P가 프로그램 종료 직

후 뿐만 아니라 추적 관찰에서도 효과성이 유지되었다. 이러한 결과들을 고려하면, 어떤 식으로 부모 개입이 차별화되어야 하고, 어느 정도의 부모 개입이 적절한지 등을 알아볼 필요가 있다(Berk et al., 2022). 예를 들어, 청소년의 비자살적 자해를 감소시키기 위해서는 청소년의 정서적 타당화(Validation) 능력 뿐만 아니라 부모의 정서적 타당화 능력 향상이 중요한 영향을 미친다고 보는 연구 결과들이 있다. 이 연구들은 프로그램 내에서 부모가 자신들의 정서적 타당화 능력을 개발시킬 수 있도록 지속적인 훈련을 하는 것이 중요하다고 한다. 이러한 훈련이 뒷받침 되지 못하면 청소년과 부모의 타당화 능력에 변화가 없고, 따라서 장기적으로는 부모라는 환경이 변화하지 않아서 자해를 감소가 유지되지 못한다고 주장한다(Baetens et al., 2014; Tatnell et al., 2014; Vogelzang., 2017). 그럼에도 불구하고 부모의 개입에서 어떠한 부분이 청소년 비자살적 자해의 감소에 효과적인지와 부모 개입 깊이의 정도와 기간과 관련하여 어느 정도가 적절한지 등을 파악하는 연구는 부족한 실정이다(Berk et al., 2022). 따라서 이와 관련한 연구들이 지속되어 청소년 비자살적 자해 감소에 효과적인 부모 개입을 구체적으로 파악할 필요가 있다.

마지막으로 청소년 단독 개입 프로그램의 경우, 자해 감소 효과성이 유지된 프로그램이 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과와 관련하여, Miner 등(2016)은 자해 청소년의 부모 맥락을 고려하거나 비자살적 자해가 발생하는 가족 환경을 이해하지 않고 청소년의 자해 행동에만 집중하는 것이 청소년의 자해를 감소에 도움이 되지 않는다고 주장한다. 예를 들면 집에서 청소년의 자해가 발생하면, 부모가 자

녀를 면밀히 모니터링하고, 필요 시 개입할 수 있는 안전 기능을 제공하여야 한다. 그러나 부모가 이러한 기능을 할 수 없는 상태일 때 이를 개선시키지 않고 오로지 청소년의 자해 행동에만 초점을 맞춘다면, 결국 청소년의 자해 행동은 변화시키기 어려울 것이다. 이렇듯 청소년 증상 완화에만 초점을 맞추지 않고, 부모를 적극적으로 치료에 참여시키기 위한 대안으로, RAP-P의 경우 센터에서 프로그램 실시가 어려울 때 가정 방문을 통해 프로그램을 실시하여 부모 및 가족들이 프로그램에 참여하도록 하였다. 또한 Berk 등(2022)은 아버지가 직장 때문에 치료에 참여하기가 어려운 현실적인 이유 등을 해결하기 위해 원격 면담을 사용하여 아버지의 참여를 증진시키는 것을 제안하였고, 양쪽 부모가 모두 프로그램에 참여할 수 있도록 독려하는 것이 중요함을 주장하였다. 이처럼 청소년의 비자살적 자해를 예방하거나 감소시키기 위해서는 청소년과 부모가 함께 프로그램에 참여하고, 이외에도 부모가 청소년을 심리적으로 지원하는 것이 중요하다(Brausch & Gutierrez, 2010; Brent et al., 2013).

본 연구는 2012년~2023년 사이의 국외 및 국내 청소년 비자살적 자해 치료 프로그램 연구들을 선정하여 논문들의 결과를 살펴보고, 기술하였으며, 그 결과를 프로그램의 구성 및 효과성, 대상군별 분류, 요인별 개입 특징 등으로 개관하여 검토하였다. 이를 통해 국내외 비자살적 자해 대상자의 선별과 연구설계에서 나타난 특징 및 차이점을 살펴보고, 국내의 경우 정부 주도로 현장 중심의 실제적인 연구들이 설계되어 과학적인 연구설계를 토대로 연구할 수 있는 환경이 마련되어야 함을 제안하였다. 또한 DSM-V의 비자살적 자해의 개념

을 바탕으로 한 대상군의 개입 연구가 활성화되어야 함을 제언하였다. 마지막으로 국외의 경우 부모의 프로그램 참여가 중요하게 다루어지고 있으나 효과적인 부모 개입 파악과 관련한 연구가 부족하므로, 추후 이러한 연구들이 필요함을 제언하였다. 본 연구에서는 프로그램 개입 검토 시 초기·중기·후기 비자살적 자해 청소년을 구분하지 않고 함께 살펴본 것이 때문에, 후기 연구에서는 이들을 구분하여 초기·중기·후기 청소년의 비자살적 자해 개입 프로그램의 구성 특성들에 어떠한 유사점과 차이점이 있는지 살펴볼 필요가 있겠다. 또한, 자해 감소의 효과 및 도움 요인에 대한 파악을 위해 프로그램 참여자들을 대상으로 한 질적 연구가 추가될 필요가 있겠다.

참고문헌

- 강민아, 장재홍 (2020). 고등학생의 아동기 학대 경험과 비자살적 자해 간의 관계: 초기 부적응 도식의 매개효과를 중심으로. *청소년학연구*, 27(11), 421-448.
- 강은희 (2019). 청소년이 지각한 부모양육태도와 사회적 유능감이 비자살적 자해에 미치는 영향. 석사학위논문, 건양대학교 대학원.
- 구훈정, 조현주, 이종선 (2014). 아동기 정서적 학대경험, 정서강도와 자해의 관계에서 부적응적 인지정서조절과 부정정서의 매개효과. *인지행동치료*, 14(2), 191-216.
- 김소정, 우성범, 구훈정, 이종선 (2019). 한국판 자해 척도 (K-SHI) 타당화 연구. *인지행동치료*, 19(2), 205-228.
- 김수진 (2017). 비자살적 자해의 위험요인과 보호요인 개관. *청소년학연구*, 24(9), 31-53.
- 김수진 (2019). 청소년의 충동성이 자해에 미치는 영향: 사회적지지의 조절효과를 중심으로. *미래사회복지연구*, 10(1), 273-298.
- 김수진, 김수미, 박하은, 윤향미 (2020). 부정적 부모양육태도, SNS 중독경향성이 초등학교생의 비자살적 자해에 미치는 영향. *한국웰니스학회지*, 15(2), 89-101.
- 김인규 (2004). 내담자의 권리에 대한 고찰. *아시아교육연구*, 5(4), 19-36.
- 김현경 (2019. 01. 31). 인사이트, 13살 소녀 죽음으로 몰아간 ‘푸른고래 게임’의 마지막 미션. <https://www.insight.co.kr/news/208097>. 2023년 06월 16일 자료 얻음.
- 나무위키 (2023). 대왕고래 첼린지. <https://namu.wiki/w/%EB%8C%80%EC%99%95%EA%B3%A0%EB%9E%98%20%EC%B1%8C%EB%A6%B0%EC%A7%80>. 2023년 06월 16일 자료 얻음.
- 박세훈, 유금란 (2021). 텍스트 마이닝을 활용한 자해 및 자살 관련 인스타그램 게시물 분석. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 33(3), 1429-1455.
- 배수현, 성희자 (2020). 중학생의 비자살적 자해에 영향을 미치는 요인: 자해의 심각성을 중심으로. *정신건강과 사회복지*, 48(2), 122-148.
- 서미, 김은하, 이태영, 김지혜 (2018). 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼: 자살·자해편. 부산: 한국청소년상담복지개발원.
- 신민섭, 박광배, 오경자, 김중술 (1990). 고등학생의 자살성향에 관한 연구: 우울-절망-자

- 살 간의 구조적 관계에 대한 분석. 한국심리학회지: 임상, 9(1), 1-19.
- 신수정, 정은실, 허미경, 윤은주 (2020). 고위기 (자살시도 및 자해) 청소년 개인맞춤형 그레이트. 청소년상담연구, 28(1), 73-97.
- 신지혜 (2016). 낙인지각, 자기은폐, 모-치료자 관계: 놀이치료 내담아동 모를 중심으로 한 구조적 관계. 박사학위논문, 한양대학교 대학원.
- 안영신, 송현주 (2017). 청소년의 비자살적 자해행동에 관한 연구. 정서·행동장애연구, 33(4), 257-281.
- 오송희, 이정아, 김은하 (2016). 상담윤리 (counseling ethics)에 관한 국내 연구의 동향. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 28(2), 267-289.
- 윤경숙, 하정희 (2021). 지각된 사회적 지지가 청소년의 비자살적 자해에 미치는 영향: 정서조절 능력에 의해 조절된 외로움의 매개효과. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 33(3), 1155-1177.
- 이동귀, 함경애, 정신영, 함용미 (2017). 자해 행동 청소년을 위한 단기개입 프로그램 개발 및 효과. 재활심리연구, 24(3), 409-428.
- 이수정, 김종남 (2020). 청소년의 정서적 학대 경험이 비자살적 자해에 미치는 영향: 초기부적응도식과 정서조절곤란의 이중매개 효과. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 32(4), 1715-1741.
- 이우경 (2017). 청소년의 자해 행동 예방을 위한 마음챙김 기반 정서 관리 훈련 효과. 한국학교보건학회지, 30(3), 295-305.
- 이현정, 조옥정, 정용석 (2020). 청소년의 자해 행동 관련 변인에 대한 메타분석. 교육치료연구, 12(3), 351-377.
- 이혜정, 지윤미, 최태영 (2022). 청소년 비자살적 자해의 임상적 특성과 치료적 개입. 생물치료정신의학, 28(1), 5-17.
- 허지원 (2019). 자살 의도가 없는 자해의 근거 기반치료. Korean Journal of Clinical Psychology, 38(4), 415-426.
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: Distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1-7.
- Andover, M. S., Schatten, H. T., Morris, B. W., & Miller, I. W. (2015). Development of an intervention for nonsuicidal self-injury in young adults: An open pilot trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 491-503.
- Angelotta, C. (2015). Defining and refining self-harm: A historical perspective on nonsuicidal self-injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 75-80.
- Arens, A. M., Gaher, R. M., & Simons, J. S. (2012). Child maltreatment and deliberate self harm among college students: Testing mediation and moderation models for impulsivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 328.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., ... Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781.

- Auerbach, R. P., Kim, J. C., Chango, J. M., Spiro, W. J., Cha, C., Gold, J., ... Nock, M. K. (2014). Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 579-584.
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., ... Griffith, J. W. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *The Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387-405.
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638-656.
- Berk, M. S., Starace, N. K., Black, V. P., & Avina, C. (2020). Implementation of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents in a community clinic. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 64-81.
- Berk, M. S., Rathus, J., Kessler, M., Clarke, S., Chick, C., Shen, H., & Llewellyn, T. (2022). Pilot test of a DBT-based parenting intervention for parents of youth with recent self-harm. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 348-366.
- Bjureberg, J., Sahlin, H., Hellner, C., Hedman-Lagerlöf, E., Gratz, K. L., Bjärehed, J., ... Ljótsson, B. (2017). Emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder: A feasibility study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-13.
- Bjureberg, J., Sahlin, H., Hedman-Lagerlöf, E., Gratz, K. L., Tull, M. T., Jokinen, J., ... Ljótsson, B. (2018). Extending research on emotion regulation individual therapy for adolescents (ERITA) with nonsuicidal self-injury disorder: Open pilot trial and mediation analysis of a novel online version. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-13.
- Boege, I., Schubert, N., Scheider, N., & Fegert, J. M. (2022). Pilot study: Cut the cut—a treatment program for adolescent inpatients with nonsuicidal self-injury. *Child Psychiatry & Human Development*, 53(5), 928-940.
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(1), 233-242.
- Brent, D. A., McMakin, D. L., Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Mayes, T. L., & Douaihy, A. B. (2013). Protecting adolescents from self-harm: A critical review of intervention studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1260-1271.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 1-8.
- Calvo, N., García-González, S., Perez-Galbarro, C., Regales-Peco, C., Lugo-Marin, J., Ramos-Quiroga, J. A., & Ferrer, M. (2022). Psychotherapeutic interventions specifically developed for NSSI in adolescence: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 58(1), 86-98.

- Canol, T., Sapmaz, S. Y., Barut, E. A., Cakir, A. D. U., Bilac, O., & Kandemir, H. (2022). Nonsuicidal self-injury in adolescents: Role of sociodemographic and clinical factors, emotion regulation, and maladaptive personality traits. *Dusumen Adam*, 35(3), 155-164.
- Cassels, M., & Wilkinson, P. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 554-558.
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8(1), 1-14.
- Comtois, K. A. (2002). A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatric Services*, 53(9), 1138-1144.
- Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2006). Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 161-170.
- De Silva, S., Parker, A., Purcell, R., Callahan, P., Liu, P., & Hetrick, S. (2013). Mapping the evidence of prevention and intervention studies for suicidal and self-harming behaviors in young people. *Crisis-The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(4), 223 - 232.
- D'Onofrio, A. A. (2007). *Adolescent self-Injury: A comprehensive guide for counselors and health care professionals*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Edinger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Brunner, R., Resch, F., & Kaess, M. (2020). The impact of adverse childhood experiences on therapy outcome in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Frontiers in Psychiatry*, 11(1), 1-9.
- Fischer, G., Brunner, R., Parzer, P., Resch, F., & Kaess, M. (2013). Short-term psychotherapeutic treatment in adolescents engaging in non-suicidal self-injury: A randomized controlled trial. *Trials*, 14(1), 1-7.
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477-493.
- Flynn, D., Gillespie, C., Joyce, M., & Spillane, A. (2020). An evaluation of the skills group component of DBT-A for parent/guardians: A mixed methods study. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 40(2), 143-151.
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42(1), 156-167.
- Giletta, M., Scholte, R. H., Engels, R. C., Ciairano, S., & Prinstein, M. J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 66-72.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(4), 496-507.
- Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in

- youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 1-29.
- Goldstein, A. L., Flett, G. L., Wekerle, C., & Wall, A. M. (2009). Personality, child maltreatment, and substance use: Examining correlates of deliberate self-harm among university students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41(4), 241-251.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250.
- Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1-14.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.
- Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Tull, M. T. (2015). Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the clinician-administered nonsuicidal self-injury disorder index. *Assessment*, 22(5), 527-539.
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186(1), 65-70.
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455-469.
- In-Albon, T., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: Diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry Journal*, 2013(1), 1-12.
- Iyengar, U., Snowden, N., Asarnow, J. R., Moran, P., Tranah, T., & Ougrin, D. (2018). A further look at therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: An updated systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry*, 9(1), 583.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375.
- Jacobson, C. M., Hill, R. M., Pettit, J. W., & Grozeva, D. (2015). The association of interpersonal and intrapersonal emotional experiences with non-suicidal self-injury in young adults. *Archives of Suicide Research*, 19(4), 401-413.
- Jenkins, A. L., McCloskey, M. S., Kulper, D.,

- Berman, M. E., & Coccaro, E. F. (2015). Self-harm behavior among individuals with intermittent explosive disorder and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 60(1), 125-131.
- Kaess, M., Edinger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Brunner, R., & Resch, F. (2020). Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: A single-centre, randomised controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 881-891.
- Kandsperger, S., Madurkay, J., Schleicher, D., Otto, A., Ecker, A., Brunner, R., & Jarvers, I. (2023). Treatment motivation and burden of stress among parents of adolescents with non-suicidal self-injury presenting to a child and adolescent psychiatric emergency service. *Psychopathology*, 56(1-2), 148-161.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy?. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 326-328.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 231-237.
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 23-37.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford press.
- Linehan, M. M., Murray, A. M., Brown, M. Z., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., ... Gallop, R. J. (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(7), 757-766.
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., ... Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777-785.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M. Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Sund, A. M. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082-1091.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., ... Grøholt, B. (2016). Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: Outcomes over a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295-300.
- Miner, C. L., Love, H. A., & Paik, S. E. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescents:

- Addressing the function and the family from the perspective of systemic family therapies. *The American Journal of Family Therapy*, 44(4), 211-220.
- Morthorst B., Olsen M. H., Jakobsen J. C., Lindschou J., Gluud C., Heinrichsen M., ... Pagsberg A. K. (2022). Internet based intervention (emotion regulation individual therapy for adolescents) as add on to treatment as usual versus treatment as usual for non suicidal self injury in adolescent outpatients: The teens randomised feasibility trial. *JCPP Advances*, 2(4), 1-11.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69-82.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1-9.
- Nock, M. K. (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, WA: American Psychological Association.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140-146.
- Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72.
- Ougrin, D., Boege, I., Stahl, D., Banarsee, R., & Taylor, E. (2013). Randomised controlled trial of therapeutic assessment versus usual assessment in adolescents with self-harm: 2-year follow-up. *Archives of Disease in Childhood*, 98(10), 772-776.
- 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(2), 97-107.
- Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 339-354.
- Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 4-10.
- Pineda, J., & Dadds, M. R. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: A randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 851-862.
- Plener, P. L., Brunner, R., Fegert, J. M., Groschwitz, R. C., In-Albon, T., Kaess, M., ... Becker, K. (2016). Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: Consensus based German guidelines. *Child and Adolescent*

- Psychiatry and Mental Health*, 10(1), 1-9.
- Raj, M. A. J., Kumaraiah, V., & Bhide, A. V. (2001). Cognitive behavioural intervention in deliberate self harm. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(5), 340-345.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 167-175.
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self injury in nonclinical samples: Systematic review, meta analysis and meta regression. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 44(3), 273-303.
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77-108.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 885-896.
- Taylor, L. M., Oldershaw, A., Richards, C., Davidson, K., Schmidt, U., & Simic, M. (2011). Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 619-625.
- Tuisku, V., Kiviruusu, O., Pelkonen, M., Karlsson, L., Strandholm, T., & Marttunen, M. (2014). Depressed adolescents as young adults - predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 152-154(1), 313-319.
- Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 576-585.
- Turner, B. J., Dixon-Gordon, K. L., Austin, S. B., Rodriguez, M. A., Rosenthal, M. Z., & Chapman, A. L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35.
- Vogelzang, E. (2017). *DBT-A and Parental Inclusion in Skills Training Groups*. Master's Thesis. University of St. Thomas, Minnesota. USA.
- Wan, Y., Chen, R., Wang, S., Clifford, A., Zhang, S., & Orton, S. (2020). Associations of coping styles with nonsuicidal self-injury in adolescents: Do they vary with gender and adverse childhood experiences?. *Child Abuse & Neglect*, 104(1), 1-9.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Wijana, M. B., Enebrink, P., Liljedahl, S. I., & Ghaderi, A. (2018). Preliminary evaluation of an intensive integrated individual and family

- therapy model for self-harming adolescents. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-15.
- Witt, K., Milner, A., Spittal, M. J., Hetrick, S., Robinson, J., Pirkis, J., & Carter, G. (2019). Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(1), 5-18.
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(4), 594-601.
- You, J., & Leung, F. (2012). The role of depressive symptoms, family invalidation and behavioral impulsivity in the occurrence and repetition of non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: A 2-year follow-up study. *Journal of Adolescence*, 35(2), 389-395.
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., ... Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 119-126.

원 고 접 수 일 : 2023. 07. 12

수정원고접수일 : 2023. 10. 12

게 재 결 정 일 : 2023. 12. 13

Overview of Adolescent Non-Suicidal Self-Injury Treatment Programs

Sun Hee Jang

Hyo Jung Shin

Department of Education, Ajou University

This study aims to provide an overview of adolescent Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) treatment programs published both domestically and internationally and to suggest directions for further research and development in adolescent NSSI treatment programs through research implications. To achieve this, we reviewed 19 adolescent NSSI treatment program effectiveness studies published between 2012 and 2022. The studies were categorized based on program composition and effectiveness, target group classification, and intervention features. The results revealed differences in research design and target group selection between domestic and international adolescent NSSI treatment programs, emphasizing the need for field-oriented scientific studies. Second, the promotion of treatment programs for target groups based on the DSM-V definition of NSSI is recommended. Lastly, there is a noticeable gap in research on parental involvement in the treatment of adolescent NSSI, emphasizing the need for future research in this area.

Key words : non-suicidal self-injury, adolescent non-suicidal self-injury, overview of adolescent non-suicidal self-injury treatment programs