

청소년 우울증 환자에서 자살시도의 보호요인으로서 회복탄력성의 역할

안 소 정¹⁾ 박 은 희^{1)*} 홍 현 주¹⁾ 송 정 은²⁾ 육 기 환³⁾ 김 소 은¹⁾

¹⁾한림대학교 의과대학 한림대학교성심병원 정신건강의학교실

²⁾관동대학교 의과대학 명지병원 정신건강의학교실

³⁾CHA의과대학교 분당차병원 정신건강의학교실

본 연구에서는 우울증 청소년 환자를 대상으로 자살시도의 보호요인으로서 회복탄력성(resilience)의 역할을 알아보고자 하였다. 이를 위해 경기도 소재의 3개 대학 병원의 정신건강의학과에 방문하여 정신과 전문의로부터 우울증 진단을 받은 만 11~18세 청소년 외래 및 입원환자 중에 반 구조화된 면담인 K-SADS-PL을 통해 우울증이 확진된 59명을 대상으로 연구가 실시되었다. 59명의 환자를 대상으로 컬럼비아대학 자살 심각성 평가척도(C-SSRS)를 사용하여 실제 자살을 목적으로 자살시도를 1회 이상 보인 환자군을 자살시도군(26명)으로 구분하였고 실제 자살시도를 하지 않은 환자들은 비자살시도군(33명)으로 분류하였다. 두 집단 간 우울, 자살생각 및 회복탄력성의 차이를 비교분석 한 결과, 비자살시도군이 자살시도군에 비해 자살생각이 유의미하게 낮았으며, 회복탄력성의 일부인 긍정성이 유의미하게 높게 나타났다. 이 후, 자살생각이 자살시도군과 비자살시도군을 변별하는 데 있어 회복탄력성(resilience)의 조절 효과를 검증하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 그 결과, 자살생각의 주효과가 유의하였고 자살생각과 회복탄력성의 일부인 긍정성의 상호작용효과가 유의하였으며, 높은 긍정성이 자살생각이 증가할 때 자살시도를 할 확률을 완화시키는 보호요인임이 밝혀졌다. 이러한 결과를 바탕으로 본 연구의 시사점과 제한점에 대하여 논의하였다.

주요어 : 청소년, 우울, 자살, 회복탄력성, 긍정성

* 교신저자(Corresponding Author) : 박은희 / 한림대학교성심병원 / 경기도 안양시 동안구 평촌동 896
Tel : 031-380-1854 / Fax : 031-381-3751 / E-mail : psypch@hanmail.net

청소년기를 나타내는 adolescence는 라틴어로서 ‘성인으로 성장하다’라는 의미로 신체적, 심리적 그리고 사회적으로 커다란 발달이 이루어지는 혼돈과 반항의 시기로 알려져 왔다. 청소년은 심리적으로 매우 불안정하고, 반항적이며, 감수성이 예민한 시기이기 때문에 성인들보다 일시적인 우울한 감정을 더 많이 경험하게 된다(최윤미, 박희경, 손영숙, 정명숙, 김혜원, 최해림 등, 2000). 또한 불안, 우울 등을 비롯하여 여러 가지 정신 장애에 대한 취약성이 높으며 자살 생각과 자살 행동이 급증하는 시기이다(고선, 2009; Brausch & Gutierrez, 2010). 2011년 통계청 자료에 의하면, 2011년 한 해 동안 자살에 의한 사망자수는 총 15,906명(31.7%)으로 전년대비 340명(2.2%)이 증가하였으며 10-19세의 사망원인으로 자살이 1위를 차지하였다고 한다.

세계보건기구(WHO, 1968)에서는 자살을 ‘죽음의 의도와 동기를 인식하면서 자신에게 손상을 입히는 행위’라고 정의하고 있다. 많은 연구에서 이러한 자살생각 및 시도가 우울과 유의한 관련이 있다고 알려져 왔다(Carrison, Jackson, Addy, McKeown, & Waller, 1991; Reifman & Windle, 1995). 조성진, 전홍진, 김장규, 서동우, 김선옥, 함봉진 등(2002)은 중, 고등학교 청소년을 대상으로 연구한 결과, 우울 증상이 심할수록 자살을 시도할 가능성이 최고 3배 정도 높은 것으로 조사되어 우울증상 정도와 자살시도가 유의한 관계를 갖는다고 밝혔다. Calson과 Cantwell(1982)은 자살생각과 자살 시도율을 조사한 결과, 자살 생각이 심하였던 사람의 42%, 미약하게라도 자살생각이 있었던 사람의 34%가 후에 자살을 시도하였다고 보고하였다. 이 외에도 Funahashi, Ibuki, Domom, Nishimura, Akehashi와 Sugiura(2000)는

자살 생각이 자살 완성의 위험을 증가시킨다고 보고하였으며 자살 생각은 심각한 자살 시도의 흔한 전조증상으로써 빈번하게 탐지되고 있다고 하였다(Ten Have, de Graaf, van Dorsselaer, Verdurmen, van't Land, Vollebergh, et al, 2009) 그러나 이러한 것은 실제로 높은 우울감 및 자살생각을 지님에도 불구하고 자살 시도를 하지 않았던 청소년을 설명하는 데에는 한계가 있다(Johnson, Gooding, Wood, & Tarrier, 2010). 이를 설명할 수 있는 것은 무엇이 있을까?

최근 연구가 활발히 이루어지고 있는 긍정심리학(positive psychology)에서 그 답을 어느 정도 찾을 수 있을 것이다. 긍정심리학은 청소년의 문제를 해결하기 위해서는 청소년의 병리적 증상이나 부적응 상태에 관한 학문적, 사회적 관심을 발달과 적응에 대한 관심으로 바꾸어야 한다고 주장하고 있다(Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). 긍정심리학에서는 정신 병리에 대항하는 완충 요인들이 있다고 보며 위기에 처한 사람들 내면의 장점을 찾아내어 이를 확대시키는 것이 효과적인 예방적 작용을 할 것이라고 본다(이희경, 2006). 이러한 완충 요인들에는 대표적으로 영적 안녕감, 문제해결능력, 자아 존중감, 학교생활만족도(김보영, 2008), 사회적 지지, 생물학적 요인, 탄력성(Roy, Carli, & Sarchiapone, 2011) 등이 있다. 본 저자는 이 중에서도 ‘탄력성’에 초점을 두어 연구를 진행하고자 하였다.

청소년을 대상으로 우울, 자살생각 및 자살 시도와 탄력성 간의 관련성에 대해 알아본 국내 연구들을 살펴보면, 윤경란(2006)은 청소년들이 자아탄력성(ego-resiliency)이 있을 때, 힘겹고 어려운 상황에서 자살이라는 극단적인 상황으로 자신을 내몰지 않고 스스로를 보호할

수 있을 것이라고 하였다. 고재홍과 윤경란(2007)의 연구에서도 자아탄력성이 높은 집단에서는 생활 스트레스의 증가에 따라 자살 생각을 하는 정도의 변화가 크지 않은 데 비하여 자아탄력성이 낮은 집단은 생활 스트레스의 증가에 따라 자살생각이 증가하는 변화의 폭이 심한 것으로 나타났다. 즉, 생활 스트레스가 높을수록, 자아탄력성이 낮을수록 자살 생각을 많이 하는 등 자아탄력성(ego-resiliency)이 생활 스트레스와 자살생각 사이에서 완충 작용을 하는 보호요인임을 확인할 수 있었다. 더불어 청소년이 경험하는 학교 환경에서의 스트레스가 자살생각에 미치는 영향을 자아탄력성이 매개하는 지를 알아본 고선의 연구(2009)에서는, 자아탄력성의 영향으로 자살생각이 낮아지는 등 자아탄력성이 매개효과를 가지고 있는 것으로 나타나 자아탄력성이 자살생각의 중요한 보호요인임을 밝혔다. 이 외에도 탄력성이 우울과 자살충동에 영향을 주며 내재화 문제를 감소시키거나 부적으로 영향을 미치는 것을 발견하는 많은 연구들이 보고되어왔다(김정수, 노성덕, 2003; 김현순, 2005; 장진아, 신희천, 2006).

국외 연구에서도 탄력성이 정신건강에 위협을 초래하는 요소들이 자살생각과 행동에 주는 영향을 중재할 수 있다고 보는 등(Johnson, Gooding, Wood, & Tarrier, 2010) 탄력성에 대한 완충적 역할에 대한 연구가 많이 이루어지고 있다. Linqanti(1992)는 아동들이 자신들의 삶에서 심각한 스트레스에 노출되었음에도 불구하고 ‘탄력성’이라는 보호적 요인으로서 이들이 학교적응 실패, 물질남용, 정신건강 및 비행에 이르지 않게 해준다고 하였다. Nrugham, Holen과 Sund(2010)도 평균 나이 13.7세의 2464명의 학생을 대상으로 한 연구에서 자살 시도

자들이 더 많이 우울했고 비자살 시도자들보다 탄력성이 더 낮았음을 밝혔으며 탄력성이 생애 폭력적인 사건과 우울 및 자살 시도 간에 중재 효과를 한다는 것을 밝혔다. 또한 Thanoi, Phancharoenworakul과 Thompson(2010)은 방콕의 청소년 1417명을 대상으로 반추, 탄력성, 사회적 지지 및 부정적 생활사건과 관련된 자기보고질문지를 작성하도록 하여 이를 분석하였다. 그 결과, 반추와 부정적인 생애사건과 자살 위험에는 직접적인 상관이 나타났지만, 탄력성은 이 둘의 관계를 조절함으로써 탄력성이 높을수록 반추와 부정적인 생애사건의 영향을 감소시켜 자살 위험성을 더 낮춘다는 결과가 나타났다. Thompson, Eggert와 Hurting(2000)은 고위험 청소년 160명을 대상으로 탄력성이 청소년 자살 위험 행동을 직접적으로 감소시킨다는 사실을 발견하였다. 이 외에도 Wang(2000)은 고등학생 1084명을 대상으로 한 연구에서 탄력성이 청소년 자살 위험과 부적 상관을 보임을 밝혔으며 Lewinsohn, Rohde와 Seeley(1994)의 연구에서도 탄력성이 과거 자살 시도와 연관이 있고 미래 자살 시도자들을 예측할 수 있음이 밝혀졌다.

이렇듯 국내 및 국외에서 활발하게 청소년을 대상으로 탄력성과 우울, 자살생각에 대해 연구를 많이 하였다. 그러나 ‘탄력성’에 대한 명확한 개념적 정의가 일치하지 않고 ‘탄력성’, ‘자아탄력성’, ‘적응유연성’, ‘회복 탄력성’ 등의 여러 가지 용어로 번역되어 연구가 진행되어왔다. 탄력성이 정의되고 분류되는 방식은 다양하게 있을 수 있는데, 크게는 탄력성이 개인의 특성이라고 생각하는 관점(Block, Block, 1980)과 환경과의 상호작용에서 변화하는 역동적인 과정이라고 보는 발달정신병리학적 관점(Garmezy, Rutter, 1985)으로 나누어볼

수 있다. 탄력성에 대한 초기 연구에서는 큰 역경에도 불구하고 잘 살아가는 사람들을 ‘영향을 받지 않는(invulnerable)’이라고 표현하여 절대적이고 변화하지 않는 모습으로 암시하였는데(Pines, 1975) 이는 전자의 관점과 일치하는 것으로 탄력성을 개인의 성격적 특성으로 보았다. 그러나 연구가 활발히 이루어짐에 따라 최근에는 탄력성을 ‘강점이나 약점과 같은 개인의 고정된 특성이 아니라, 개인 내적, 외적인 위협과정과 보호과정 사이의 상호작용을 포함한 역동적 과정(Rutter, 1990)’으로 개념화하며 연구되고 있다. 본 저자도 후자의 개념을 택하여 탄력성을 역동적인 의미에서 바라보고자 하였으며 신우열, 김민규, 김주환(2009)이 정의한 ‘회복탄력성(resilience)’의 개념에 입각하여 본 연구를 진행하였다. 이들이 말하는 ‘회복탄력성(resilience)’이란 ‘개인의 내·외적 능력을 모두 고려하여 곤란에 직면하였을 때 이를 극복하고 환경에 적응하여 정신적으로 성장하는 능력’이라는 의미를 함축하고 있다. 또한 신우열, 김민규, 김주환(2009)은 ‘회복탄력성(resilience)’이라는 개념을 보다 상위의 개념으로 보고 통제성(원인분석력, 감정통제력, 충동통제력), 긍정성(감사하기, 생활만족도, 낙관성), 사회성(관계성, 커뮤니케이션 능력, 공감능력)으로 나누어 척도를 개발하였다. 본 저자도 탄력성을 단일의 개념으로 보기보다는 하위개념으로 나누어서 탄력성의 내부 개념뿐만 아니라 다각적인 외부요인까지도 함께 고려하고자 하였다.

기존 연구에서는 주로 일반 청소년 혹은 특수한 상황이나 조건에 처한 청소년을 대상으로 한 연구가 많았으며 실제 자살시도보다는 자살 생각만을 측정하는 연구를 하는 등 실질적인 자살 시도군을 대상으로 한 연구는 매우

소수에 불과하였다. 본 연구에서는 임상 현장에서 접할 수 있는 청소년 우울증 환자군을 대상으로 자살생각 뿐만이 아니라 실제 자살 시도 유무를 평가하고 자살생각과 자살시도와 의 관계에서 탄력성(통제성, 긍정성, 사회성)의 조절 역할에 대해 분석하고자 하였다.

본 연구의 주요 연구가설은 다음과 같았다. 첫째, 자살시도 유무에 따라 집단을 분류하였을 때, 비자살시도군이 자살시도군보다 우울과 자살생각이 더 낮을 것이며 회복탄력성(resilience)은 더 높을 것이다. 둘째, 자살생각과 자살시도 사이에서 회복탄력성(resilience)이 완충작용을 하는 보호요인으로서 기여할 수 있을 것이다.

방 법

연구대상

본 연구는 2010년 12월부터 2011년 12월까지 경기도 소재 H대학병원, C대학병원, K대학병원의 정신건강의학과에 우울감을 주소로 방문한 청소년 초기, 중기에 해당하는 만 11~18세 외래 및 입원 환자 중 정신과 전문의와 임상심리전문의의 지도감독 하에 있는 수련생에 의해 실시된 반 구조화된 면담인 Korean Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL, 2003)을 통해 우울증이 확진된 환자를 대상으로 하였다. 뇌손상이 있거나 정신지체인 경우, 정신증적 증상을 동반한 우울증의 경우 연구대상에서 제외하여 총 64명을 연구대상으로 선정하였다. 이들 중 일부 척도를 전혀 작성하지 않거나 평정하지 않은 문항이

절반 이상을 차지하는 5명의 대상은 연구에서 제외되었으며 이 중 2명은 비자살적 자해행동을 보인 환자군이었다. 총 59명의 환자들을 대상으로 컬럼비아대학 자살 심각성 평가척도(C-SSRS)를 사용하여 자살시도를 하지 않은 것으로 확인된 환자들은 비자살시도군으로 분류하였으며 실제 자살을 목적으로 자살 시도를 1회 이상 보인 환자군만을 자살시도군으로 구분하였다. 자살시도군은 총 26명, 비자살시도군은 총 33명이었다.

측정도구

Beck's Depression Inventory (BDI)

본 연구에서는 우울정도를 측정하기 위해 이영호, 송중용(1991)이 우울증 환자를 대상으로 시행한 연구에서 변안한 BDI를 사용하였다. BDI(Beck, 1967)는 우울증의 인지적, 정서적, 신체적, 행동적 증상들을 포함하는 21개 문항으로 이루어진 자기보고형 척도이다. 각 문항은 증상의 심한 정도에 따라 0점에서 3점으로 채점되며, 총점 범위는 0점에서 63점까지이다. 점수가 높을수록 우울정도가 심한 것이며 내적 일치도(Cronbach's α)는 .85였다(이영호, 송중용, 1991).

Korean Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version(K-SADS-PL)

우울증을 비롯하여 축1 장애의 공병을 진단하기 위한 도구로 사용되었다. 이 도구는 아동과 청소년의 과거 및 현재 정신질환을 객관적으로 평가하기 위해 고안된 반구조화된 면담도구로서 32개의 DSM-IV 소아청소년정신과 질환을 진단할 수 있도록 되어 있다. 이 도구

는 이미 국내에 번안되어 사용되고 있으며(대한소아청소년정신의학회, 2003), 한국판의 경우 주의력결핍 과잉행동장애, 틱 장애, 우울장애, 불안장애 등에 대한 신뢰도와 타당도가 연구되었다(Kim, Cheon, Kim, Chang, Yoo, Kim, et al., 2004). 면담은 소아정신과 전문의와 임상심리전문가 지도감독 하에 있는 수련생에 의해 아동을 대상으로 면담을 하였으며 추가적으로 부모 면담을 통해 임상적 판단을 내렸다. 이후, 모든 면담자가 일주일에 한 차례씩 회의를 통해 최종 진단을 내렸다.

컬럼비아대학 자살 심각성 평가척도(C-SSRS)

C-SSRS Baseline은 Oquendo, Halberstam과 Mann(2003)이 개발한 The Columbia suicide history form에 사용된 정의에 기초하여 Posner, Melvin, Stanley, Oquendo와 Goul(2007)이 개발한 척도의 한국 버전으로 자살 사건들을 체계적으로 관리하고 추적하도록 고안된 반 구조화된 면담 도구이다. C-SSRS는 자살생각, 자살생각의 심각성, 자살행동 섹션들로 이루어져 있고 각 섹션들마다 서로 다른 질문지 구조를 가지고 있다. 본 연구에서는 자살행동의 영역에서 실제적 기도를 1번 이상 한 경우만 자살시도군으로 분류하였다. C-SSRS에서는 '어느 정도 죽기를 바라는 마음으로 실행한 자살 의도가 있는 잠재적 자해행위'를 실제적 기도로 정의하였다.

C-SSRS의 한국어판은 이창수(2011)의 연구를 통해 신뢰도와 타당도가 확인되었으며 내적 일치도(Cronbach's α)는 0.91로 상당히 높게 나타났다.

Beck's Scale for Suicidal Ideation(B-SSI)

자살생각에 대한 심각성을 측정하는 도구로 Beck의 Scale for Suicidal Ideation(SSI; Beck, Kovacs & Weissman, 1979)을 변안한 신민섭, 박광배, 오경자, 김중술(1990)의 연구에서 이용한 자기보고형 척도를 사용하였다. 본 저자는 ‘자살생각’에 대한 개념을 Beck이 언급한 ‘자기 파괴적인 생각이나 희망을 지닌 것으로 현재 지닌 의식적인 자살 의도’로 정의를 내렸다. B-SSI는 각각 0점에서 2점까지 채점되는 19문항으로 이루어진 검사이며, 총점의 범위는 0점에서 38점까지이며 점수가 높을수록 자살생각이 더 많은 것이다.

회복탄력성 척도

본 연구에서는 회복탄력성(resilience)을 측정하기 위해 신우열, 김민규, 김주환(2009)이 개발한 ‘회복탄력성 척도’를 사용하였다. 이 척도는 탄력성(resilience)을 ‘곤란에 직면했을 때 이를 극복하고 환경에 적응하여 정신적으로 성장하는 능력’인 ‘회복 탄력성(resilience)’이라는 개념으로 정의하여 탄력성이 내포하는 다면적인 요인들을 고려하고 개발된 것으로 신뢰도와 타당도가 검증된 도구이다.

회복 탄력성(resilience) 척도는 총 27문항으로 각 하위 문항은 원인분석력, 감정통제력, 충동통제력, 감사하기, 생활만족도, 낙관성, 관계성, 커뮤니케이션 능력, 공감 능력의 9가지로 분류가 되며, 이 9가지 유형들은 다시 통제성, 긍정성, 사회성의 2차 요인에 묶인다.

문항 형식은 Likert식 5단계 척도로 되어 있으며, 채점방식은 ‘전혀 그렇지 않다’를 1점, ‘별로 그렇지 않다’를 2점, ‘가끔 그렇다’를 3점, ‘대체로 그렇다’를 4점, ‘매우 그렇다’를 5점으로 채점하며 회복 탄력성(resilience)의 총점

범위는 27~135점이다. 6개의 문항은 역점수로 환원하여 계산하였으며 점수가 높을수록 회복탄력성의 정도가 높음을 의미한다. 신우열, 김민규, 김주환(2009)이 검사의 각 하위요인별 내적 일치도 계수를 검토한 결과, 원인분석력이 .74, 감정통제력이 .65, 충동통제력이 .62, 감사하기가 .80, 생활만족도가 .78, 낙관성이 .73, 관계성이 .79, 커뮤니케이션 능력이 .73, 공감 능력이 .72로 나타났다.

연구절차

2010년 12월부터 2011년 12월까지 경기도 소재 H 대학병원, C 대학병원, K 대학 병원의 정신건강의학과에 우울감을 주소로 방문한 청소년 초기, 중기에 해당하는 만 11~18세 학생 중 정신과 전문의의 임상면담에 의해 주요우울장애와 달리 분류되지 않는 주요우울장애로 진단된 환자를 선별하였다. 이들을 대상으로 정신과 전문의와 임상심리전문의의 지도 감독 하에 있는 수련생이 객관적인 반 구조화된 진단 도구인 한국판 Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version(K-SADS-PL, 2003)을 사용하여 우울증 진단 및 공존질환 여부를 알아보았으며 이후 부모 면담을 통해 객관적으로 관찰되는 우울증적 증상의 여부를 확인하여 진단을 확진하였다. 우울증으로 확진된 환자 59명을 대상으로 반구조화된 면담 도구인 컬럼비아대학 자살 심각성 평가척도(C-SSRS)를 사용하여 자살생각의 빈도, 지속시간, 통제가능성, 방법을 포함한 생애 자살 시도에 대한 정보를 얻어 실제 자살행동이 1회 이상 있었는지를 기준으로 자살시도군과 비자살시도군으로 분류하였다. 더불어 반 구조화된 면담이 끝난 이후에

는 청소년 환자에게 우울, 자살생각 및 회복탄력성 자기보고척도를 실시하도록 하였다. 총 소요되는 시간은 대략 2시간 정도였으며 다음 외래에 간략하게 요약되어 있는 보고서를 제공하였다. 면담이 다 끝난 후에는 면담자들이 1주에 1 차례씩 모여 K-SADS-PL로 실시한 진단을 최종적으로 확인하였다.

자료분석

먼저 인구통계학적 변인을 살펴보고 자살시도군과 비자살시도군으로 나누어 우울, 자살생각 및 회복탄력성에 어떠한 차이가 있는지를 알아보기 위해 ANOVA를 실시하였다. 마지막으로, 자살생각이 자살시도군과 비자살시도군을 변별하는 데 있어서 회복탄력성이 조절효과가 있는 지를 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 자료 분석은 SPSS 18.0 version for Window를 이용하였다.

결 과

인구통계학적 변인

본 연구에 참여한 환자들의 인구통계학적 변인과 임상적 특징을 표 1에 제시하였다. 본 연구에 참여한 사람 중 자살시도군은 총 26명(44%), 비자살시도군은 33명(56%)이었다. 자살시도군의 평균 연령은 15.73세($SD=1.78$), 비자살시도군 집단은 15.42세($SD=1.73$)였으며 두 집단 사이에 유의미한 연령 차이가 없는 것으로 나타났다. 성비를 살펴보면, 자살시도군에서는 여성이 62%를 차지하였으며 비자살시도군에서는 48%가 여성으로 자살시도군에서 여자의 비율이 더 많은 것으로 나타났으나 유의미한 차이는 발견되지 않았다. 두 집단 간에 주 진단에 있어서도 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않았다. K-SADS-PL(2003)로 우울증 청소년의 동반 진단을 조사한 결과, 59

표 1. 인구통계학적 변인

	전체집단 (n=59)	자살시도군 (n=26)	비자살시도군 (n=33)	t or χ^2
인구통계학적 변인				
남자/여자(n)	27/32	10/16	17/16	.10
연 령(년)	15.56(1.75)	15.73(1.78)	15.42(1.73)	-.67
발병연령	14.97(1.81)	15.15(2.15)	14.82(1.51)	-.70
주 진 단(n)				.64
MDD	38	18	20	
Dysthymic Disorder	4	2	2	
Depressive Disorder NOS	17	6	11	
동반 진단(n)				.14
불안 장애	12	5	7	
品行 장애	7	2	5	
섭식 장애	2	2	0	

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

명 중 23명(38.9%)이 공병을 가지고 있는 것으로 나타났다. 자살시도군 중 19.2%에서 불안장애를, 7.7%에서 품행 장애를, 7.7%에서는 섭식관련 장애를 공병으로 갖고 있는 것으로 나타났다. 비자살시도군에서는 불안장애(21%), 품행장애(19.2%)를 공병으로 가지고 있었다. 두 집단 간 공병 유무에 있어서 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다.

자살시도군과 비자살시도군에 따른 탄력성의 차이

C-SSRS의 자살시도 섹션에서 실제적 기도를 1번 이상 한 경우에 자살시도군으로, 자살시도를 하지 않은 군은 비자살시도군으로 나누어 자살시도 유무에 따라 우울, 자살생각 및 회복탄력성에 어떠한 차이가 있는지를 알아보기 위해 ANOVA를 실시하였다. 그 결과는 표 2에 제시되어 있다.

우울 총점은 두 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나 비자살시도군에 비해 자살시도군이 자살생각 총점이 더 높은 것으로 나

타났다, $F(1,57)=16.64$, $p<.001$. 더불어 회복탄력성 총점 자체는 유의미한 차이가 나타나지 않았으나 탄력성 하위변인에 따른 차이를 분석하였을 때, 비자살시도군이 자살시도군에 비해 긍정성 총점에서 유의미하게 높게 나타났다, $F(1,57)=4.53$, $p<.05$.

자살생각이 자살시도군과 비자살시도군을 변별하는 데 있어 회복탄력성의 조절효과

자살생각이 자살시도군과 비자살시도군을 변별하는 데 있어서 회복탄력성(resilience)이 조절역할을 하는지를 살펴보기 위해 조절변인 별로 로지스틱 회귀분석을 3차례 실시하였다. 회귀식에 변수를 투입하기에 앞서, 각 변수들에 대해 다중공선성의 문제를 방지하기 위해 센터링을 수행하였다(박광배, 2003). 그 결과는 표 3에 제시되어 있다. 자살생각은 자살시도에 영향을 미치는 것으로 나타났는데, $Wald=9.06$, $p<.01$, 자살생각이 1점 증가하면 자살시도자의 승산(odds ratio)이 1.25배 증가하는 것으로 나타났다. 회복탄력성의 세부요인

표 2. 자살시도군과 비자살시도군에 따른 탄력성의 차이

	자살시도군 (n = 26)	비자살시도군 (n = 33)	F
	M(SD)	M(SD)	
우울(BDI) 총점	26.65(13.18)	22.48(10.99)	1.75
자살생각(SSI) 총점	20.96(8.67)	12.79(6.73)	16.64***
회복탄력성 총점	77.12(17.09)	82.00(11.24)	1.74
통제성 총점	25.31(6.93)	27.39(5.03)	1.80
긍정성 총점	21.81(6.85)	25.42(6.18)	4.53*
사회성 총점	30.15(6.95)	29.18(5.01)	.39

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

표 3. 자살시도군과 비자살시도군에 대한 로지스틱 회귀분석 결과

		$x^2(df)$	$x^2_{chg}(df)$	회귀계수 (B)	표준오차	Wald	유의확률	Exp(B)
회복탄력성의 세부요인 중 통제성에 대한 로지스틱 회귀분석								
1	자살생각(A)	14.90(1)***	-	.16	.05	9.33	.00	1.17
2	통제성(B)	15.41(2)***	.51(1)	-.02	.05	.09	.76	.98
3	A×B	16.57(3)**	1.16(1)	-.01	.01	1.10	.30	.99
	상수항			-.37	.31	1.42	.23	.69
회복탄력성의 세부요인 중 긍정성에 대한 로지스틱 회귀분석								
1	자살생각(A)	14.90(1)***	-	.17	.06	8.48	.00	1.19
2	긍정성(C)	14.92(2)**	.02(1)	-.03	.06	.20	.65	.97
3	A×C	19.31(3)***	4.39(1)*	-.02	.01	3.86	.04	.98
	상수항			-.72	.38	3.64	.06	.49
회복탄력성의 세부요인 중 사회성에 대한 로지스틱 회귀분석								
1	자살생각(A)	14.90(1)***	-	.16	.05	11.03	.00	1.17
2	사회성(D)	16.80(2)***	1.90(1)	.07	.05	1.90	.17	1.08
3	A×D	16.89(3)**	.09(1)	-.00	.01	.08	.77	.10
	상수항			-.34	.32	1.11	.29	.71

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

중 통제성과 사회성 각각은 유의미한 효과가 나타나지 않았다. 자살생각을 통제하였을 때 회복탄력성의 세부요인 중 긍정성은 자살시도에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으나, Wald=.62, $p>.05$, 자살생각과 긍정성의 상호작용효과는 유의하였다(Wald=4.32, $p<.05$). 따라서 자살생각이 자살시도군과 비자살시도군을 통계적으로 유의하게 변별해주는 변인임이 밝혀졌으며 자살생각이 두 집단군을 변별하는데 있어서 회복탄력성의 세부요인 중 긍정성이 조절효과로 작용하는 것으로 나타났다.

자살생각과 회복탄력성의 세부요인 중 긍정성의 상호작용효과 양상을 구체적으로 살펴보

기 위해, 긍정성을 상하(1 표준편차를 이용) 집단으로 나눈 후, 자살생각 점수에 따른 자살 확률을 계산하여 그래프를 그렸다. 그 결과는 그림 1에 제시하였다. 여기서 ‘자살확률’이라 함은 자살을 반드시 시도할 확률이 100%인 경우를 1로 두고, 자살 시도를 절대로 하지 않을 확률을 0으로 두었을 때 ‘환자가 실제적인 자살을 시도할 확률’을 의미하는 것이다. 그림 1을 살펴보면, 긍정성이 낮은 집단은 자살생각의 고저에 따라 자살시도를 할 확률 정도의 변화가 급격하게 심한 것으로 나타났다. 그러나 긍정성이 높은 집단에서는 자살생각의 고저에 따른 자살시도를 할 확률 정도

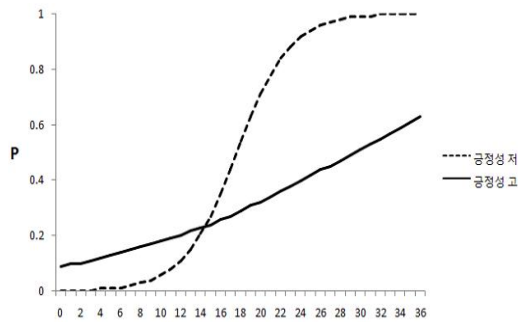


그림 1. 자살생각 점수에 따른 자살확률에 있어 회복탄력성의 세부요인 중 긍정성의 조절 역할

의 변화가 상대적으로 심하지 않고 일정한 기울기로 증가하는 양상이 나타났다. 따라서 자살생각이 증가할 때, 회복탄력성의 세부요인 중 긍정성이 자살시도를 할 확률을 완화시키는 조절 역할을 하는 것으로 볼 수 있겠다.

논 의

본 연구에서는 우울증 청소년 환자를 대상으로 자살시도의 보호요인으로서 회복탄력성(resilience)의 역할을 알아보고자 하였다. 그 결과, 자살시도군과 비자살시도군에서 회복탄력성(resilience) 총점 자체에서의 집단 차이는 나타나지 않았지만 회복탄력성의 세부 요인 중 ‘긍정성’이 자살시도군에 비해 비자살시도군에서 유의미하게 높게 나타났다. 또한 자살생각이 증가할 때 높은 긍정성이 자살시도를 할 확률을 완화시키는 보호요인임이 밝혀졌다.

연구 결과를 보다 세부적으로 살펴보면, 자살시도군과 비자살시도군 간에 우울의 심각성에서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 이는 우울증상의 강도와 자살 위험성 간에 정적 상관관계가 있다는 기존

연구(조성진 등, 2002; 노명선, 전홍진, 이해우, 이효정, 한성구, 함봉진, 2006; Fordwood, Asarnow, Huizar, & Reise, 2007; Uebelacker, Strong, Weinstock, & Miller, 2010)와는 상반된 결과였다. 그러나 일부 연구에서는 자살시도군이 비자살시도군보다 더욱 심각한 수준의 우울증을 가지는 것은 아니라는 점이 밝혀졌다(Malone, Haas, Sweeney, Mann, 1995; Cornelius, Salloum, Mezzich, Cornelius, Fabrega, Ehler, et al, 1995; 김현지, 박은희, 2009). 이처럼 우울의 심각도가 자살 시도를 유발하는 데 어떠한 역할을 하는가에 대해 연구자들 사이에서 약간의 차이가 있어왔다. 현재로서는 우울증 자체가 자살의 중요한 위험인자라는 데에는 큰 이견이 없어 보이나, 본 연구의 결과에서처럼 우울증의 심각성 혹은 정도가 반드시 실제적인 자살시도를 예측한다고 볼 수는 없을 것이다. 자살 생각은 자살시도군이 비자살시도군에 비해 유의미하게 높게 나타났는데 몇몇 선행연구에서도 자살 생각이 자살 시도 행동의 보다 더 중요한 예측지표가 될 수 있음을 밝혔다(Beck, Kovacs, Weissman, 1979; Fremouw, De Perczel, Ellis, 1990). 본 연구에서도 자살시도에 영향을 미치는 요인으로서 ‘자살생각’에 초점을 두고 회귀분석을 실시하였으며, 회복탄력성이 자살생각과 자살 시도 간의 관계를 조절하는지 확인하고자하였다.

그 결과, 회복탄력성(resilience)의 전체적인 개념 자체보다는 이를 구성하고 있는 하위개념 중 하나인 ‘긍정성’이 우울증 환자에 있어 자살시도에 중요한 보호요인이라는 것이 밝혀졌다. 즉, 자살시도군에 비해 비자살시도군에서 ‘긍정성’이 유의미하게 높게 나타났으며, 자살 생각이 높아짐에 따라 실제 자살시도로 이어질 확률에 미치는 영향을 긍정성이 완충

시켜준다는 것이 확인되었다. 요약하면, 높은 자살생각을 지니고 있음에도 불구하고 실제적으로 자살시도를 행하지 않았던 청소년들은 우울한 상황에서도 자신의 생활에 만족하고 감사하는 면들이 있을 때, 부정 감정에 더 깊이 빠지지 않고 자살시도까지 이어지지 않는다는 것이다. 이는 Seligman(2006)이 ‘낙관주의(긍정성)’가 우울한 청소년들의 자살생각, 더 나아가서 자살시도의 보호요인으로 고려되어질 수 있다고 주장한 것을 지지하는 것으로 보인다. 또한 긍정적인 가치관이 자살 예방요인이 될 수 있다는 Frederico와 Davis(1996)의 결과를 지지하는 것으로 보인다.

본 연구가 갖는 의의는 다음과 같다. 과거 청소년의 보호요인과 관련된 연구에서는 대개 일반 청소년이나 특수한 상황이나 조건(학대, 외상 등)에 처한 청소년을 대상으로 하여 임상 군에 대한 연구는 드문 실정이었다. 그러나 본 연구는 실제 임상 현장에 있는 청소년 우울증 환자군을 대상으로 회복탄력성이 자살에 대한 중요한 보호요인임을 밝혔다는 데에 의미가 있다. 두 번째로는 회복탄력성(resilience)을 안정되고 고정된 관점으로 이해하기보다는 역동적으로 이해하고, 다차원적인 개념으로 분석하려고 시도함에 따라 우울증 환자의 자살 예방 및 중재에 대한 치료적 실마리를 제공해줄 수 있었다는 것이다. 회복탄력성을 고정된 개인의 성격적 특성으로 바라본다면, 회복탄력성이 높은 사람과 낮은 사람이 적응에 어떠한 차이가 있는지 등 현상학적인 특성을 밝혀주는 데에만 그칠 수 있을 것이다. 그러나 본 연구에서는 회복탄력성을 역동적인 개념으로 바라보는 발달정신병리학적 관점(Garmezy & Rutter, 1985)에 근거하여 회복탄력성에 접근함으로써 높은 자살생각과 같은 위

험한 상황에 노출된 청소년도 치료적 개입을 통해 ‘회복탄력성’을 증진시킴에 따라 스스로 자신을 도울 수 있는 교정 및 변화가 용이한 보호 요인이 될 수 있다고 보았다. 더불어 회복탄력성을 단일 개념이 아니라 세분화될 수 있는 다차원적인 개념으로 접근하여 연구를 한 결과, 전체적인 회복탄력성보다는 하위개념인 특정한 요소(긍정성)가 자살생각과 자살시도의 관계를 조절하는 데 중요한 요인으로 작용한다는 것을 확인하였다. 즉, 회복탄력성의 세부요인 중 ‘긍정성’이라는 요인이 자살시도의 보호요인으로서 중요한 개념임이 확인되어서 우울증 환자의 자살예방에 있어서 개인의 ‘긍정성’을 증진시키는 치료적 접근이 실제적 도움을 줄 수 있을 것이라는 치료적 함의를 제시했다는 점에서 임상적인 유용성을 지닌다고 볼 수 있겠다. 세 번째는, 이전의 연구들에서는 자살군을 분류할 때 자살생각을 측정하는데 그치거나, 자살 행동으로 구분을 하더라도 구조화된 면담도구를 이용하기보다는 단순히 자살 유무에 대한 질문을 통해서만 확인하는 등 명확한 정의 없이 접근하는 면이 있었다. 그러나 본 연구에서는, 자살시도 여부를 평가하기 위해 반구조화된 면담도구인 C-SSRS를 사용함으로써 자살시도에 대한 명확한 개념적 접근을 토대로 자살시도군과 비자살시도군을 분류하였다는데 의의가 있다. 마지막으로, 세 대학 병원에 내원한 환자를 대상으로 한 다기관 연구(multicenter study)로 다양한 환자 집단이 연구에 참여하여 연구대상의 대표성을 보장할 수 있었을 것으로 생각한다.

본 연구의 제한점과 앞으로 시행되어야 할 후속 과제는 다음과 같다. 본 연구는 다기관 연구이기는 하지만, 표본 수가 59명으로 부족

하여 연구 결과를 일반화하는 데 다소 한계가 있을 것으로 보여진다. 이에 추후에는 대규모 표본을 대상으로 자살시도의 위험요인과 보호요인을 구분하여 모형을 그려보는 후속 연구를 통해 청소년 자살에 대한 이해를 보다 높일 수 있을 것으로 기대한다. 더불어 회복탄력성(resilience) 중에서도 가장 중요한 요인으로 긍정성이라는 요인이 확인이 되었다. 다만, 회복탄력성 그 중에서도 ‘긍정성’이 우울증의 상태에 따라 달라지는지 혹은 우울증상과는 무관하게 하나의 지속되는 안정적인 특성인지에 대해서는 여전히 의견이 분분하다. 이와 같은 요인을 확인한다면 우울과 자살의 치료 및 재발방지에 중요한 치료적 실마리를 찾을 수 있기에 추후에는 ‘회복탄력성’이 상태의존적이지 아니면 특성의존적인지를 밝히는 연구가 이루어질 필요가 있겠다.

참고문헌

- 고 선 (2009). 학교환경이 청소년의 자살생각에 미치는 영향: 자아탄력성의 매개효과. 석사학위논문. 숙명여자대학교.
- 고재홍, 윤경란 (2007). 청소년의 스트레스와 자살생각: 자아탄력성의 완충효과. 한국청소년연구, 18(1), 185-212.
- 김보영 (2008). 청소년 자살생각에 영향을 미치는 변인에 대한 메타분석. 박사학위논문. 전남대학교.
- 김순귀, 정동빈, 박영술 (2008). SPSS를 활용한 로지스틱 회귀모형의 이해와 응용. 한나래 아카데미.
- 김정수, 노성덕 (2003). 청소년의 자살충동과 심리사회적 변인과의 관계. 대학생활연구, 21, 153-172.
- 김현순 (2005). 청소년의 애착과 자아탄력성이 정서 행동문제에 미치는 영향. 석사학위논문, 숙명여자대학교.
- 김현지, 박은희 (2009). 우울증 환자들에서 우울 증상의 심각도와 자살 사고간의 관련성. 한국심리학회지: 임상, 추계학술대회 포스터 발표.
- 노명선, 전홍진, 이해우, 이효정, 한성구, 함봉진 (2006). 대학생들의 우울장애에 관한 연구: 유병율, 위험요인, 자살행동 및 기능장애. 신경정신의학, 45(5), 432-437.
- 대한소아청소년정신의학회 (2003). 한국판 K-SADS-PL. 서울: 중앙문화사.
- 박광배 (2003). 변량분석과 회귀분석. 학지사.
- 세계보건기구 (WHO). <http://www.who.int>.
- 신민섭, 박광배, 오경자, 김중술 (1990). 자살생각에 관한 연구: 우울-절망-자살간의 구조적 관계에 대한 분석. 한국심리학회지: 임상, 9(1), 20-32.
- 신우열, 김민규, 김주환 (2009). 회복탄력성 검사 지수의 개발 및 타당도 검증. 한국청소년연구, 20(4), 105-131.
- 심미영, 김교헌 (2005). 한국 청소년의 자살생각에 대한 위험요인과 보호요인: 성과 발달시기의 조절효과. 한국심리학회지: 건강, 10(3), 313-325.
- 윤경란 (2006). 청소년의 스트레스와 자살생각: 자아탄력성의 조절효과. 석사학위논문, 경남대학교.
- 이영호, 송종용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국심리학회지: 임상, 10(1), 98-113.
- 이창수 (2011). 컬럼비아 대학 자살 심각성 평가 척도(Columbia-Suicide Severity

- Rating Scale)의 한국에서의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 석사학위 논문, 인제대학교.
- 이희경 (2006). 부정에서 긍정으로: 심리학의 새로운 접근. 한국심리학회 심포지엄.
- 장진아, 신희천 (2006). 부부갈등이 청소년 자녀의 부적응에 미치는 영향: 자아탄력성, 부모 양육태도, 사회적 지지의 매개과정. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 18(3), 569-592.
- 조성진, 전홍진, 김장규, 서동우, 김선옥, 함봉진, 등 (2002). 중·고등학교 청소년의 자살생각 및 자살시도의 유병률과 자살시도의 위험요인에 관한 연구. 대한신경정신의학회. 41(6), 1142-1155.
- 최윤미, 최윤미, 박희경, 손영숙, 정명숙, 김혜원, 최해림, 등 (2000). 현대청년심리학. 학문사.
- 통계청 (2011). 사망원인통계. 통계청.
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal of Youth Adolescence*, 39, 233-242.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, Strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspect. New York: Harper & Row.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins(Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology*(Vol. 13, 39-101). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Calson, G. A., & Cantwell, D. P. (1982). Suicide behavior and depression in children and adolescents. *American Academy of Child Psychiatry*, 21, 886-891.
- Carrison C. Z., Jackson, K. L., Addy, C. L., McKeown, R. E., & Waller, J. L. (1991). Suicidal behaviors in young adolescent. *American Journal of Epidemiology*, 133, 1005-1014.
- Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Mezrich, J., Cornelius, M. D., Fabrega, H. J., Ehler, J. G., et al. (1995). Disproportionate suicidality in patients with major depression and comorbid personality disorders. *Journal of Affective Disorders*, 39, 61-72.
- Fordwood, S. R., Asarnow, J. R., Huizar, D. P., & Reise, S. P. (2007). Suicide attempts among depressed adolescents in primary care. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 392-404.
- Frederico, M., & Davis, C. (1996). *Gatekeeper training and youth suicide prevention*. Canberra: Department of Health and Family Services.
- Fremouw, W. J., De Perczel, M. D., & Ellis, T. E. (1990). *Suicide Risk: Assessment and Response Guidelines*. Pergamon Press.
- Funahashi T., Ibuki Y., Domon Y., Nishimura T.,

- Akehashi D., & Sugiura H. (2000). A clinical study on suicide among schizophrenics. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 173-179.
- Garmazy, N., & Rutter, M. (1985). *Acute stress reactions*. In *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*, Rutter, M., Hersov, I(eds). Oxford: Blackwell.
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide(SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 179-186.
- Kim, Y. S., Cheon, K. A., Kim, B. N., Chang, S. A., Yoo, H. J., Kim, J. W., et al. (2004). The reliability and validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version- Korean version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Medical Journal*, 45(1), 81-89.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.
- Linquanti, R. (1992). Using Community-Wide Collaboration To Foster Resiliency in Kids : A Conceptual Framework. Portland, OR. Western Regional Center for Drug-Free Schools and Communities.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Malone, K. M., Haas, G. L., Sweeney, J. A., & Mann, J. J. (1995). Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*, 34, 173-185.
- Nrugham, L., Holen, A., & Sund, A. M. (2010). Associations Between Attempted Suicide, Violent Life Events, Depressive Symptoms, and Resilience in Adolescents and Young Adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(2), 131-136.
- Oquendo M. A., Halberstam B., & Mann J. J. (2003). Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M. B. First [Ed.] *Standardized Evaluation in Clinical Practice*.
- Posner K., Melvin G. A., Stanley B., Oquendo M., & Gould. M. (2007). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectrums*, 12(2), 156-162.
- Pines, M. (1975). In Praise of "invulnerables." *APA Monitor*, 7.
- Reifman, A., & Windle, M. (1995). Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: a longitudinal investigation. *American Journal Community Psychology*, 23, 329-354.
- Roy, A., Carli, V., Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 591-594.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanism, in: Rolf, J., Masten, A., Cicchetti, D., Nuechterlein, K., & Weintraub, S.(Eds) *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp.181-214). Cambridge University Press. New York, USA.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N., & Peterson, C.

- (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Seligman, M. E. P. (2006). 긍정심리학 [Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment]. (김인자 옮김). 서울: 물푸레. (원전은 2002에 출판).
- Ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., van't Land, H., Vollebergh, W., et al. (2009). Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 824-833.
- Thanoi, W., Phanchaoenworakul, K., & Thompson, E. A. (2010). Thai Adolescent Suicide Risk Behaviors: Testing a Model of Negative Life Events, Rumination, Emotional Distress, Resilience and Social Support. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(3), 187-202.
- Thompson, E. A., Eggert, L. L., & Hurting, J. R. (2000). Mediating Effects of an Indicated Prevention Program for Reducing Youth Depression and Suicide Risk Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(3), 252-271.
- Uebelacker, L. A., Strong, D., Weinstock, L. M., & Miller, I. W. (2010). Likelihood of suicidality at varying levels of depression severity: a re-analysis of NESARC data. *Suicide & life-threatening Behavior*, 40(6), 620-627.
- Wang, W. (2000). Family and personal factors influencing adolescent suicide risk behaviors. Unpublished Dissertation, University of Washington.
- 원고접수일 : 2012. 10. 04.
1차 수정원고접수일 : 2013. 01. 14.
2차 수정원고접수일 : 2013. 02. 22.
게재결정일 : 2013. 02. 26.

The role of Resilience as a protective factor for suicide in Adolescent Patients with depression

So-Jung Ahn¹⁾

Eun-Hee Park¹⁾

Hyun-Ju Hong¹⁾

Jung-Eun Song²⁾

Ki-Whan Yook³⁾

So-eun Kim¹⁾

¹⁾Hallym University Sacred Heart Hospital, Hallym University College of Medicine, Anyang

²⁾Myongji Hospital, Kwandong University College of Medicine, Goyang

³⁾Bundang CHA Hospital, CHA University College of Medicine, Seongnam

Suicide is the leading cause of death among adolescents in The Republic of Korea. Approximately 15,906 adolescents died by suicide in 2011. The purpose of this study was to explore the role of resilience as a protective factor for suicide in adolescent patients with depression. The participants(n=59) underwent a psychiatric interview which included the Korean Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version(K-SADS-PL) and the Columbia University Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). In addition, they completed the Beck's Depression Inventory (BDI), Beck's Scale for Suicidal Ideation(B-SSI), & the Resilience scales. Thus, 26 patients with a history of attempting suicide were classified as the Suicide Behavior group and 33 patients were identified as the Non-Suicidal Behavior group. As a result, 'positivity' was suggested as playing a key role in suicide attempt. The limitations of this study and suggestions for further research are also discussed.

Key words : adolescent, depression, suicide, resilience, positivity