한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2020. Vol. 25, No. 4, 701 - 718

# 물질 중독자의 치료고려 변인을 통한 자살사고 예측

강 민 아 이 선 종 송 원 영†
국립 법무병원 임상심리사 건양대학교 심리상담치료학과 교수

이 연구는 물질 중독자의 자살사고를 예측하는 변인들을 살펴보기 위해 수행하였다. 구체적으로, PAI의 치료고려 변인인 공격성(AGG), 스트레스(STR), 비지지(NON), 치료거부(RXR)가 약물 중독자의 자살사고(SUI)를 유의하게 설명할 것인지를 알아보고자 하였다. 이를 위하여 A병원 약물 중독재활센터에 입소한 환자 235명을 대상으로 PAI 척도 중, 우울(DEP), 자살관념(SUI), 공격성(AGG), 스트레스(STR), 비지지(NON), 치료거부(RXR)와 인구통계학적 변인, 자살시도에 대한 기록을 수집하였다. 위계적 중다회귀분석을 사용하여 자살 관련 인구통계학적 변인, 자살시도 경험, 우울을 통제한 후 치료관련변인이 자살사고에 미치는 영향을 검증하였다. 분석 결과, 공격성이 자살사고에 유의한 영향을 미쳤고, 비지지, 치료거부도 영향을 미치는 것으로 나타났다. 물질 중독자의 자살 예방을 위해 치료자는 공격성, 비지지, 치료거부를 다뤄야 할 필요성이 있겠다. 추가적으로 치료적 개입방법과 연구의 제한점, 제언, 의의를 논의하였다.

주요어: 물질 중독, 자살사고, 공격성, 스트레스, 비지지, 치료거부

† 교신저자(Corresponding author): 송원영, (32992) 충청남도 논산시 대학로 121 건양대학교 심리상담치료학과 교수, Tel: 041-730-5414, E-mail: song@konyang.ac.kr

2018년 한국의 자살사망자 수는 13,670명으로 전년 대비 1,207명(9.7%) 증가하였고, 인구 10만 명당 자살률은 26.6명으로 2.3명(9.5%) 증가하였다(통계청, 2019). 자살자의 90% 이상이 정신과적 질환을 지니고 있으며, 우울증 다음으로 약물중독, 특히 알코올 중독의 경우가 많았고, 우울증과 약물 남용이 공존된 경우 자살의 위험성이 더욱 증가하였다(한국생명의전화, 2011). 형사재판 중인 약물 사용자들의 자살시도에 관한 연구에서(Hankanson, Bradivik, Schlyter, & Berglind, 2010), 자살시도 집단은 비자살시도 집단에 비해 물질의 종류와 상관없이 사용률이 높았다. Roy(2010)는 약물 남용 치료 프로그램에 참여한 527명 중 207명(39.3%)이 자살을 시도한 것으로 보고하였다. 따라서 자살시도는 중독 치료에서 매우 중요한 문제이며 중독과 함께 평가 및 개입이 필요하다.

중독자들의 자살 위험성과 관련된 선행연구들을 살펴보면, 대표적인 위험요인으로 자살사고(suicide ideation)가 있다. 자살사고는 한 번쯤 가질 수 있는 '죽고 싶다.'라는 생각에서부터 죽음을 달성하기 위해 계획하는 것까지 아우르는 개념이다(O'carroll, Berman, Maris, & Moscicki, 1996). 자살사고는 곧 자살행위로 이어지는 것은 아니지만, 자살시도에 대해 생각하고 순간적인 자해 경험으로 이어질 수 있다(박경서, 박은영, 김지혜, 홍상황, 2019). 물질 중독자의 자살과 관련된 인구통계학적 변인에서 중요한 예측 변인으로는 연령, 학력, 결혼상태, 최초물질사용 연령, 동종범죄 횟수 등이 있다. 약물을 사용하는 노년층은 젊은 중독자보다 자살시도의 위험이 더 높았고(Haw & Hawton., 2011), 심각한 수준의 알코올 중독을 보이는 중년 이상의 성인에서 자살 위험이 컸다(Conner, Beautrais, & Conwell, 2003a). 또한 Conner, Beautrais와 Conwell(2003b)은 알코올 의존과 자살시도의 연관성 연구에서 연령증가와 더불어 낮은 교육 수준이 자살시도를 증가시키는 것으로 보고하였다. 결혼상태는 미혼에서 자살시도가 많았으며, 배우자와의 관계 단절은 알코올 중독자의 자살에 매우 위험한 요인이었다(Conner, Beautrais, & Conwell, 2003a).

또한, 물질사용 기간의 증가는 자살과 관계가 있었다(Janssen et al., 2018). Kastelic, Zaman, Pregelj와 Segrec(2018)의 연구에서 연령과 더불어 최초물질사용 연령이 헤로인 중독자의 자살시도를 증가시키는 것으로 나타나 물질사용 기간이 중요함을 시사하였다. 이봉귀와 이규희(2012)는 재소자의 자살 위험 평가에서 과거 수감 횟수가 포함되어야 한다고 하였다. 이와 같이 물질 중독자의 잦은 구속은 정상적인 사회생활을 하지 못한 결과로 여겨질 뿐 아니라 사회적 위축, 지지체계 상실을 초래하여 그 자체만으로 상당한 스트레스가 가중되는 요인이고, 자살사고를 높이는 위험요인이 된다.

일반적으로 정서 장애, 특히 우울한 기분은 일반 인구와 중독자 사이에서 자살을 예측하는 강력한 위험요인으로 분류되어 있다(Conner et al., 2003a). 알코올 중독자의 자살시도 위험요인으로, 흔히 우울증 진단 여부가 제시된다(Conner et al., 2003b). 코카인 중독자 중 자살시도의 경험이 있는 사람들 역시 중증 우울증 삽화가 많았고 항우울제를 복용하고 있었다(Roy, 2009).

치료장면에서는 물질 중독자의 자살사고 심각성에 영향을 미치는 자살 관련 부가적 정보를 알

아볼 필요가 있다. 선행연구에서는 자살 고위험군 정신질환자의 보호요인과 위험요인을 구체적으로 제시하면서 그 요인으로 공격성(AGG), 스트레스(STR), 비지지(NON), 치료거부(RXR)의 특성을 강조하였다(박경서 외, 2019). 즉 자살문제가 지적되었을 때 개입 할 수 있는 부분을 확인할 수 있는 치료적 고려가 요구되며, PAI의 치료고려 변인은 그 구성 개념을 포함하여 임상 집단을 효율적으로 측정하는 장점이 있다. 이에 본 연구는 치료적 장면에서 물질 중독자와 치료적 작업을 하고 자살을 예방하기 위해 공격성(AGG), 스트레스(STR), 비지지(NON), 치료거부(RXR)와 같은 치료와 관련된 변인들을 파악하여 약물 중독자의 자살사고에 대해서 살펴보고자 하였다.

공격성은 자살 시도자와 비시도자에서 유의한 차이가 있다는 연구가 있다(Yuodelis-Flores & Ries, 2015). Hufford(2001)는 알코올 중독집단과 비알코올성 중독집단 모두에게서 자살시도를 유발하는 요인으로 심리적 고통과 더불어 공격성 증가를 보고하였고, Conner 등(2003b)도 알코올 중독에서 자살시도의 위험요소로 성별, 나이, 사회적 지원 부족과 함께 공격성 증가를 언급하였다. Tremeau 등(2008)과 마찬가지로 Roy(2010)의 연구에서도 자살을 시도한 중독자는 높은 공격성을 가지고 있었다. Yuodelis-Flores와 Ries(2015)의 연구 결과에서도, 공격성, 충동성, 비관 및 절망과 같은 성격 특성이 중독자의 자살을 강화시키고 있음을 증명하였다. Horesh, Gothelf, Ofek, Weizman와 Apter(1999)의 연구에서도 반사회적 성격장애를 통제한 후, 남성의 자살 예측 변수로 공격성과 충동성을 보고하였다.

스트레스 역시 자살과 관련이 있다. Baumeister (1990)의 자살이론에서는 기대와 현실 간의 차이가 발생하면, 스트레스를 경험하게 되고, 그 결과 자살 충동을 일으킨다고 한다. 서인규와 김승희(2014)도 스트레스가 높으면 자살을 시도하는 경향이 높아진다고 보았다. 스트레스 사건은 가까운 사람들의 죽음이나 질병 등의 빈번하지 않지만 큰 변화를 일으키는 사건이며, 일상적 사건은 외로움, 가족 간의 다툼 등 일상에서 경험하는 생활 사건이다. 일상생활에서는 생활 사건이 중대 생활 사건보다 스트레스로 인한 부적응을 더 잘 예측한다고 하였다(Wilson, Stelzer, Bergman, Inayatullah, & Elliot, 1995). 즉, 일상에서 겪을 수 있는 스트레스 사건이 자살의 가능성을 상승시킨다(De Wilde, Kienhorst, Diekstra, & Wolters, 1992). 자살과 관련된 생활 사건으로는 가까운 대인관계 상실과 단절, 배우자 혹은 친구와의 갈등, 법률이나 규율 문제 등이 있다(김현순, 2008). 특히 물질 중독자는 중독 과정에서 발생 된 문제로 타인에 대한 죄책감, 자신에 대한 혐오, 불신으로 자기 비하와 연민에 빠진다. 이러한 문제를 해결하지 못하면 불편한 상황을 벗어나고자 하는 회피적 태도로 자살을 선택한다(이미라, 2016).

비지지는 사회적 지지가 부족한 상태를 가리킨다. 사회적 지지는 자살 및 자살사고에 대한 중요한 예방요인으로 스트레스, 우울의 영향력을 감소시키고 자살률을 현저히 줄이는 것으로 알려져 있다(권규일 강덕지, 함근수, 표주연, 1997). 사회적 지지를 많이 받는다고 지각하는 것은 자살사고(강석화, 2012), 사망률과 질병률(Brown & Vinokur, 2003)을 감소시킨다. Joiner, Van Orden, Witte와 Rudd(2009)는 사회적 지지를 충분히 받지 못하는 개인은 소속감의 부족과 함께 심한 외

로움과 고립감을 경험하게 되며, 자살사고로 이어질 수 있다고 보았다. 친구, 가족 등의 지지적인 사회적 관계망 안에서 소속감을 경험하는 개인은 자살사고가 낮았다(Gooding, Sheehy, & Tarrier, 2013).

치료거부는 치료장면에서 중요한 의미가 있을 뿐 아니라, 자살을 예방하는 것과도 큰 관련이 있다. 자살시도자는 변화 동기가 낮고, 심리 사회적 서비스를 거부하는 경우가 많다(강호협, 이현주, 2017). 자살시도자는 자신의 문제를 인식하지 못하거나 인식은 하지만 변화에 대한 동기는 낮으며, 이런 경우 저항하거나 상담 의지가 낮아 중도 탈락의 결과로 이어질 수 있다(강호협, 이현주, 2017). 물질 중독자에게 회복에 대한 의지가 있다는 것은 치료과정의 핵심을 알게 된 것이며, 체계적인 변화전략을 받아들이고, 그들의 삶 속에서 변화에 대한 준비성과 가능성이 유지되는 것을 의미한다(Conner et al., 2001). 물질 중독자에게 밑바닥 치기와 같은 비참한 경험을 하지 않고도 단약을 유지할 수 있는 요인으로 대부분의 연구자들은 물질 중독자의 의지를 강조하고 있다(Blomqvist, 1996).

이 연구에서는 자살사고에 영향을 미치는 것으로 확인된 사회인구통계학적 변인, 자살시도, 우울을 통제한 후, 치료고려 변인이 자살사고에 미치는 영향을 파악하고자 하였다. 이를 통해 치료고려 변인이 자살사고를 촉발하는 선행요인이 될 수 있음을 확인하고, 자살사고를 예측하는 것에 대한 근거를 제공하고자 하였다. 따라서 본 연구에서는 인구통계학적, 자살시도, 우울 등 기타 요인들의 설명력을 고려한 후에도 치료고려 변인이 독립적으로 자살사고를 유의하게 설명할 것으로 예상하며, 구체적으로 공격성, 스트레스, 비지지, 치료거부가 자살사고를 유의하게 예측하는지 검증하고자 하였다.

## 방 법

### 연구대상자

이 연구는 물질 중독으로 A병원의 약물중독재활센터에 입소한 환자 235명을 대상으로 하였다. 이들은 치료감호법 제 2조 2항의 마약·향정신성의약품·대마, 그 밖의 물질 등에 중독된 자로서 금고 이상의 형을 받고 치료와 재활의 목적으로 입소하였다. 이들은 입소 당시 정신건강의학과 전문의가 물질사용 장애로 진단하였고, 그에 따라 약물중독재활센터에서 약물치료 및 심리치료를 받고 있다. 2012년부터 2019년까지 입소 평가에 참여한 총 245명 중 검사 거부나 검사를 완성하지 못한 사람을 제외한 총 235명의 자료를 분석하였다. 연도별 참여자는 2012년 16명, 2013년 34명, 2014년 21명, 2015년 16명, 2016년 26명, 2017년 37명, 2018년 62명, 2019년 23명이다.

### 측정도구

**인구통계학적 변인.** 대상자들의 연령은 주민등록상 기록된 연령을 기준으로 작성되었고, 학력은 수학한 연수, 결혼상태에 대한 여부는 입소 기록지에 작성된 자료를 토대로 수집하였으며, 약물중독재활센터의 통합의료정보시스템을 통해 재확인하였다.

**범죄 관련 변인.** 동종 약물중독으로 인한 범죄횟수, 최초약물사용 연령은 심리평가 보고서와 통합의료정보시스템에 등록된 범죄력을 조회하여 사용하였다.

**자살시도 횟수.** 과거 자살시도의 유무는 A병원 심리평가 보고서에 기술된 횟수를 수집하였다. 죽음이 목적이 아닌 자해는 제외하였다.

**성격평가 질문지(PAI).** 성격과 정신병리를 평가하기 위한 객관검사(Personality Assessment Inventory: PAI)로, 치료계획의 수립과 치료의 시행 및 평가를 위해 실시하는 도구이다(김영환, 오상우, 홍상황, 박은영, 2011). 4개의 타당도 척도와 11개의 임상 척도, 5개의 치료고려 척도, 2개의 대인관계 척도를 포함하고 있다. 치료고려 척도(Treatment consideration scales)에는 공격성(AGG), 자살관념(SUI), 스트레스(STR), 비지지(NON), 치료거부(RXR)로 구성되어 있다. 이 척도는 진단에 관한 정보보다 치료에 관한 잠재적 문제를 나타내 주는 지표로 사용될 수 있다. PAI의 T점수는 표준화 표본의 원점수 평균을 50, 표준편차를 10으로 환산한 값이다. 따라서 T점수가 50 이상이면 표준화 표본의 평균보다 높다는 것을 의미한다. 일반표본에서 84%의 T점수가 60 이하이고, 98%가 70 이하이다.

우울 척도(Depression: DEP)는 우울 증후군의 주요 요소에 동일한 비중을 두고 우울증을 종합적으로 평가할 수 있는 문항으로 구성되어 있다. 우울증은 불행감, 무감동과 같은 정서적 요소, 부정적 기대를 나타내는 인지적 요소, 수면장애나 식욕장애 및 에너지 수준의 현저한 저하와 같은 생리적 요소가 우울증의 전형적인 세 요소이다(Moran & Lambert, 1983). 이러한 견해에 따라 우울 척도(DEP)는 이들 세 가지 요소를 측정하기 위한 세 가지 하위척도로 구성되어 있다; (1) 인지적 하위척도: 부정적 기대, 무력감, 인지적 오류 등의 평가, (2) 생리적 하위척도: 우울증이 있는 사람들에게서 자주 나타나는 생장 증상, 수면장애, 식욕부진, 성욕장애 등과 같은 생리적 특징의 평가, (3) 정서적 하위척도: 우울증에서 흔히 볼 수 있는 불행감, 불쾌감, 무감동 등을 평가한다. 김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상황 (2001b) 연구에서 내적 합치도(Cronbach's Alpha)는 .85이었다.

자살관념 척도(Suicide Ideation: SUI)은 자살 잠재성을 평가하기 위하여 구성되어 있고, 심각성에 대해서 다양한 문항으로 구성되어 있다. '오래 전부터 자살에 대해 생각하고 있다.' '구체적인 자살계획을 세운 적이 있다.', '자살을 진지하게 고려하고 있다.' 등이다. 우리나라에 널리 사용되는 BDI, SSI와 같은 검사 도구가 있으나, 자살 위험성과 임상적 특성을 함께 다루기 위해서 PAI가 상대적으로 유리할 수 있다(박경서 외, 2019). 자살을 시도하는 사람은 자살하기 전에 자살하려는 의도를 어떤 식으로든 전달하는 경향이 있어서 자살관념 척도(SUI)는 이런 의도를 밝히는데 유용할 수 있다(Shneidman, 1989). 자살관념 척도(SUI)는 BDI($r$=.61), SSI($r$=.82)와 높은 정적 상관이 있었고 지각된 사회적 지지척도와 부적 상관이 있었다(김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상황, 2001a, 김영환 등, 2001b). 김영환 등(2001b) 연구에서 내적 합치도(Cronbach's Alpha)는 .82이었다.

공격성 척도(Aggression: AGG)는 Riley와 Treilber(1989)가 구분한 공격성의 3가지 요소를

평가하기 위한 척도이다. 기질적 분노 및 전반적인 적대감, 분노와 적대감이 표현되는 전형적인 행동 양식을 평가한다. 공격성 척도(AGG)는 Wiggins의 적대감($r$=.76), STAXI 특성분노-기질($r$=.75)과 높은 상관이 있었고, 분노통제 척도($r$=-.43)와 부적 상관이 있다(김영환 등, 2001a, 2001b). 김영환 등(2001b)의 연구에서 내적 합치도(Cronbach's Alpha)는 .68이었다.

스트레스 척도(Stress: STR)는 현재 경험하고 있거나 최근에 경험한 생활 스트레스를 평가하기 위한 척도이다. 이 척도를 구성하는 문항들은 주로 가족관계에 관한 문제, 경제적 문제, 직업의 성격과 지위에 관한 문제 및 최근에 발생하였거나 발생할 가능성이 높은 주요 변화와 관련이 있다. 스트레스 척도(STR)는 생활경험조사 질문지($r$=.41)와 상관이 있었고 우울, 낮은 의욕 지표와도 관련이 있다(김영환 등, 2001a, 2001b). 김영환 등(2001b)의 연구에서 내적 합치도(Cronbach's Alpha)는 .72이었다.

비지지 척도(Nonsupport: NON)는 지각된 사회적 지지의 부족을 측정하는 척도로 사회적 관계의 가용성과 질적 측면을 평가하기 위한 척도이다. 비지지 척도(NON)는 동료, 친구, 가족 구성원과의 상호작용 정도와 특징에 관한 문항으로 구성되어 있다. 점수가 낮을수록 지각된 사회적 지지 수준이 높고, 점수가 높을수록 사회적 환경이 비지지적인 것으로 지각한다는 것을 의미한다. 이 척도는 가족 구성원과 접촉하는 빈도와 같은 객관적인 측정치라기보다 지각된 사회적 지지를 측정하는 것이다. 비지지 척도(NON)는 사회적 지지 척도와 높은 부적 상관이 있고 지각된 사회적 지지척도의 가족과 친구와의 상관은 각각 -.54, -.46이었다(김영환 등, 2001a, 2001b). 김영환 등(2001b)의 연구에서 내적 합치도(Cronbach's Alpha)는 .59이었다.

치료거부 척도(Treatment Rejection: RXR)는 치료적 동기를 지적하는 특징과 일치하지 않는 태도에 관한 문항으로 구성되어 있다. 치료의 가장 중요한 요인은 환자의 치료적 동기이다. 현재 행동 패턴에 대한 불만과 이러한 패턴을 변화시키려는 의지가 치료적 동기의 중요한 요소이다(Strupp & Binder, 1984). 이 척도는 (1) 자신의 문제 인식에 대한 거부, (2) 자기성찰의 부족, (3) 치료에 적극적으로 참여하려는 의지의 결여, (4) 자신의 생활에서 변화에 대한 책임을 수용하려는 의지 결여 영역으로 구성되어 있다. 점수가 낮다는 것은 심한 심리적 불편 때문에 정신건강 전문가에게 고통을 경감시켜줄 것을 간청하는 '도움의 요청'일 수 있으며, 높은 경우에는 치료 동기가 거의 없다는 것을 나타낸다. 치료거부 척도는 사회적 지지와 정적 상관($r$=.28~43)이었다(김영환 등, 2001a, 2001b). 김영환 등 (2001b)의 연구에서 내적 합치도(Cronbach's Alpha)는 .61이었다.

### 자료 분석

분석을 위하여 IBM SPSS Statistics 23을 사용하였다. 연구대상자들의 일반적 특성을 알아보기 위해 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였다. 그리고 자살사고, 인구통계학적 변인, 자살시도, 우울, 그리고 치료고려 변인으로 공격성(AGG), 스트레스(STR), 비지지(NON), 치료거부(RXR)의 측정 변인 간의 기술통계와 Pearson 상관계수를 구하였다. 다음으로 자살사고에 치료고

려 변인의 고유효과를 검증하기 위해서 자살사고를 종속 변인으로, 그리고 자살사고와 관련된 변인 중 연령, 학력, 결혼형태(이혼/별거/사별로 더미코딩), 최초물질사용 연령, 동종 물질사용으로 인한 범죄횟수를 예측 변인의 첫 번째 단계에, 자살시도 경험 여부를 각각 더미코딩하여 두 번째 단계에, 우울을 세 번째 단계에, 그리고 치료고려 변인를 네 번째 단계에 투입한 다음에 위계적 중다회귀분석을 수행하였다.

## 결 과

### 대상자의 인구통계학적 특성

대상자의 인구통계학적 특성을 표 1에 제시하였다. 본 연구 대상의 평균 연령은 44.32±8.40세이며, 31세~50세까지가 총 170명(72.3%)이었다. 평균 학력은 9.83±2.58이었으며, 중졸 이하의 학력은 110명(46.8%)이었고, 고졸 미만을 기준으로 할 때는 147명(62.5%)이었다. 중독된 약물의 최초물질사용 연령은 21.86±8.04세였으며, 25세 이전에 시작한 사람은 179명(76.1%)이 해당되었다. 물질의 종류에 따른 최초물질사용 연령은 마약류(암페타민)가 27.60세였고, 흡입류(가스, 본드, 니스)는 18.22세, 알코올은 17.68세였다. 동종 물질사용으로 인한 범죄횟수는 8.09±5.23회였고, 6회 이상이 154명(65.5%)이었다. 결혼형태에서 미혼이 125명(53.2%)으로 가장 많았으며, 기혼은 36명(15.3%), 기타 분류된 사람은 총 74명(31.5%)이었다. 기타로는 이혼 66명(28.1%), 별거는 5명(2.1%), 사별은

표 1. 대상자의 인구통계학적 특성 (N=235)

| 변인 | 구분 | 인원(%) | 변인 | 구분 | 인원(%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 나이 (세) | 21-30 | 6 ( 2.6) | 물질의 종류에 따른 최초 물질 사용 연령 | 마약류 (암페타민) | 27.60 (36.3) |
| | 31-40 | 80 (34.0) | | | |
| | 41-50 | 90 (38.3) | | 흡입류 (가스,본드,니스) | 18.22 (46.8) |
| | 51-60 | 54 (23.0) | | | |
| | 60이상 | 5 ( 2.1) | | 알코올 | 19.68 (17.0) |
| | 평균 | 44.32±8.40 | 동종 범죄횟수(회) | 1-5 | 81 (34.5) |
| 학력 (년) | 초졸미만 | 9 ( 3.8) | | 6-10 | 89 (37.9) |
| | 초졸 | 18 ( 7.7) | | 11-15 | 45 (19.1) |
| | 중중퇴 | 38 (16.2) | | 16-20 | 16 ( 6.8) |
| | 중졸 | 45 (19.1) | | 21회 이상 | 4 ( 1.7) |
| | 고중퇴 | 37 (15.7) | | 평균 | 8.09±5.23 |
| | 고졸 | 68 (28.9) | 결혼상태 | 미혼 | 125 (53.2) |
| | 대중퇴 | 17 ( 7.2) | | 기혼 | 36 (15.3) |
| | 대졸 | 3 ( 1.3) | | 기타 | 74 (31.5) |
| | 평균 | 9.83±2.58 | | | |
| 최초 물질사용 연령 (세) | 13 미만 | 5 ( 2.1) | 자살시도 경험 | 예 | 88 (37.4) |
| | 14-16 | 56 (23.8) | | 아니오 | 147 (62.6) |
| | 17-19 | 68 (28.9) | 물질 종류 | 마약류 (암페타민) | 85 (36.3) |
| | 20-25 | 50 (21.3) | | | |
| | 26-30 | 23 ( 9.8) | | 흡입류 (가스,본드,니스) | 110 (46.8) |
| | 31-40 | 26 (11.1) | | | |
| | 41 이상 | 7 ( 3.0) | | 알코올 | 40 (17.0) |
| | 평균 | 21.86±8.04 | | | |

표 2. 각 측정 변인 간의 상관계수 (N=235)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 자살사고 | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 나이 | .13 | | | | | | | | | | | | |
| 3. 학력 | -.01 | .01 | | | | | | | | | | | |
| 4. 미혼 | -.01 | -.39*** | -.18** | | | | | | | | | | |
| 5. 기타 | .05 | .36*** | .09 | -.72*** | | | | | | | | | |
| 6. 최초물질사용 연령 | -.01 | .44*** | .07 | -.30*** | .21*** | | | | | | | | |
| 7. 동종 범죄횟수 | -.11 | .01 | -.23*** | .24*** | -.10 | -.24*** | | | | | | | |
| 8. 자살시도 | .35*** | -.03 | -.01 | .04 | .01 | -.08 | .02 | | | | | | |
| 9. 우울 | .71*** | .20** | -.02 | .01 | .05 | -.07 | .05 | .25*** | | | | | |
| 10. AGG | .52*** | .02 | .02 | -.01 | .03 | -.08 | .04 | .17** | .50*** | | | | |
| 11. STR | .49*** | .09 | .07 | -.06 | .08 | -.05 | -.02 | .21*** | .61*** | .36*** | | | |
| 12. NON | .46*** | .09 | -.05 | -.25*** | -.15* | -.04* | .18** | .23*** | .57*** | .30*** | .29*** | | |
| 13. RXR | -.36*** | -.05 | -.04 | -.03 | -.01 | .12 | -.21*** | -.21*** | -.52*** | -.28*** | -.53*** | -31*** | |
| Mean | 57.58 | 44.32 | 9.92 | | | 21.86 | 8.09 | | 57.63 | 54.02 | 61.55 | 55.17 | 38.13 |
| *SD* | 18.11 | 8.40 | 2.72 | | | 8.04 | 5.23 | | 12.78 | 12.04 | 13.70 | 13.73 | 12.17 |
| Skewness | 1.11 | .25 | -.10 | -.13 | .80 | 1.24 | 1.18 | .52 | .32 | .32 | .11 | .18 | -.20 |
| Kurtosis | .45 | -.65 | .25 | -2.0 | -1.37 | .10 | 2.97 | -1.74 | -.16 | .20 | -.64 | -.16 | -.57 |

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

3명(1.3%)이었다. 자살시도의 경험에 대해서, 과거 자살을 시도한 적이 있는 사람은 88명(37.4%)이고, 자살을 시도하지 않은 사람은 147명(62.6%)이었다. 중독된 물질의 종류에서 마약류(암페타민) 85명(36.3%), 흡입류(가스, 본드, 니스)가 110명(46.8%), 알코올이 40명(17.0%)이었다.

### 인구통계학적 변인, 자살시도, 우울, 치료고려 변인 간의 상관관계

각 변인들의 평균과 표준편차, 그리고 변인 간의 Pearson 상관계수를 표 2에 제시하였다. 표 2에서와 같이, 자살사고는 자살시도($r$=.35, $p$<.001), 우울($r$=.71, $p$<.001), 공격성($r$=.52, $p$<.001), 스트레스($r$=.49, $p$<.001), 비지지($r$=.46, $p$<.001)와 통계적으로 유의한 정적 상관을 보였으며, 치료거부($r$=-.36, $p$<.001)와 유의한 부적 상관을 보였다.

### 치료고려 변인이 자살사고에 미치는 영향

자살사고에 대한 치료고려 척도의 효과 검증을 위하여 물질 중독자들의 자살사고를 종속 변인으로 설정하고, 자살사고와 관련이 있는 것으로 밝혀진 변인 중 연령, 학력, 결혼형태, 최초 물질사용 연령, 동종 범죄횟수를 1단계 예측 변인으로, 자살시도 유무를 2단계 예측 변인으로, 우울을 3단계 예측 변인으로, 치료고려 변인에서 공격성, 스트레스, 비지지, 치료거부를 4단계 예측 변인으로 투입한 위계적 중다회귀분석을 하였다. 그 결과를 표 3에 제시하였다. 모든 예측 변인들은 총 변량 중 59%를 설명하였다.

먼저, 단계 1에서 인구통계학적 변인이 자살사고에 미치는 영향을 살펴보기 위하여, 연령, 학력, 결혼형태, 최초물질사용 연령, 동종 범죄횟수를 예측 변인으로 투입하였다. 분석 결과, 이 회귀모형은 통계적으로 유의하지 않았다.

단계 2에서는 자살시도 경험을 추가하여 자살사고에 미치는 영향을 살펴보았으며, 단계 1에서 자살시도 경험을 추가함으로써 이 회귀모형은 통계적으로 유의미한 것으로 나타났으며($F$(7, 227)=5.79, $p$<.001), 회귀모형의 설명력이 12% 증가하였다. 분석 결과, 과거 자살시도 경험($\beta$=.35, $p$<.001)은 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

단계 3에서는 우울을 추가하여 자살사고에 미치는 영향을 살펴보았다. 분석 결과, 단계 3의 회귀모형은 통계적으로 유의미한 것으로 나타났으며($F$(8, 226)=34.84, $p$<.001) 회귀모형의 설명력을 40% 증가시켰다. 우울이 자살사고에 유의미한 영향을 미쳤으며($\beta$=14.22, $p$<.001), 다른 예측 변인 중 자살사고를 가장 잘 예측하는 것으로 나타났다.

단계 4에서는 위의 모든 변인을 통제한 상태에서 치료고려 변인을 추가하여 영향을 살펴보았다. 분석 결과, 단계 4의 회귀모형은 통계적으로 유의미하였고($F$(12, 222)=27.02, $p$<.001), 회귀모형의 설명력을 4% 증가시켰다. 치료고려 척도 중 공격성($\beta$=.20, $p$<.001)이 자살사고에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 비지지(β=.10, $p$<.10)와 치료거부($\beta$=.10, $p$<.10)는 유의미하지는 않았으나 다소 영향을 미치는 것으로 나타났다.

표 3. 치료고려 변인이 자살사고에 미치는 영향의 효과 검증을 위한 위계적 중다회귀분석 (N=235)

| 구 분 | 변 인 | ß | t | $R^2$ | $\Delta R^2$ | F |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | .03 | .01 | 1.29 |
| | 나이 | .15 | 1.89 | | | |
| | 교육 | .03 | .42 | | | |
| 1단계 | 결혼상태:: 미혼 | .07 | .65 | | | |
| | 결혼상태: 기타 | .06 | .64 | | | |
| | 최초 물질사용 연령 | -.04 | -.54 | | | |
| | 동종 범죄횟수 | .10 | 1.40 | | | |
| | | | | .15 | .12 | 5.79*** |
| | 나이 | .15 | 1.97* | | | |
| | 교육 | .03 | .42 | | | |
| | 결혼상태:: 미혼 | .04 | .43 | | | |
| 2단계 | 결혼상태: 기타 | .04 | .41 | | | |
| | 최초물질사용 연령 | -.01 | -.17 | | | |
| | 동종 범죄횟수 | .10 | 1.56 | | | |
| | 자살시도 | .35 | 5.64*** | | | |
| | | | | .55 | .40 | 34.84*** |
| | 나이 | -.07 | -1.18 | | | |
| | 교육 | .03 | .58 | | | |
| | 결혼상태:: 미혼 | -.04 | -.60 | | | |
| 3단계 | 결혼상태: 기타 | .00 | .01 | | | |
| | 최초물질사용 연령 | .10 | 1.90 | | | |
| | 동종 범죄횟수 | .12 | 2.44* | | | |
| | 자살시도 | .18 | 3.97*** | | | |
| | 우울 | .68 | 14.22*** | | | |
| | | | | .59 | .04 | 27.02*** |
| | 나이 | -.05 | -.97 | | | |
| | 교육 | .02 | .50 | | | |
| | 결혼상태:: 미혼 | -.04 | -.65 | | | |
| | 결혼상태: 기타 | -.01 | -.04 | | | |
| | 최초 물질사용 연령 | .11 | 2.08* | | | |
| 4단계 | 동종 범죄횟수 | .13 | 2.68** | | | |
| | 자살시도 | .18 | 3.90*** | | | |
| | 우울 | .54 | 7.62*** | | | |
| | AGG | .20 | 3.91*** | | | |
| | STR | .07 | 1.26 | | | |
| | NON | .10 | 1.72† | | | |
| | RXR | .10 | 1.85† | | | |

† $p<.10$, * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$.

## 논 의

이 연구는 약물 중독자의 자살사고에 영향을 미치는 PAI의 치료고려 변인이 무엇인지 알아보고, 자살사고에 대한 치료 개입 시 요구되는 방안을 모색하였다. 선행연구에서 자살과 관련된 것으로 밝혀진 인구통계학적 변인들, 자살시도 경험, 우울을 통제한 후, 치료고려 변인인 공격성(AGG), 스트레스(STR), 비지지(NON), 치료거부(RXR) 변인이 자살사고에 미치는 영향을 살펴봄으로써 치료고려 변인의 고유한 영향력을 살펴보았다. 그 결과 공격성이 자살사고를 통계적으로 유의미하게 예측하였고, 비지지와 치료거부는 다소 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구의 구체적인 결과와 그에 대한 논의는 다음과 같다.

이 연구에서 예측 변인으로 통제하였던, 자살시도 경험은 치료관계 척도와 우울을 포함한 다른 모든 예측 변인들의 영향을 통제한 후에도 여전히 유의미한 효과를 보였을 뿐만 아니라, 우울 다음으로 자살사고를 예측하는데 기여도가 높은 것으로 나타났다. 이슬아, 김근향, 서신영의 연구에서(2012), 과거 자살시도 경험이 있는 집단이 없는 집단에 비하여 높은 자살사고를 보였다고 한다. 신민섭, 박광배, 오경자, 김중술(1990)의 연구에서, 절망을 통제한 후에도 우울은 자살사고를 설명하였으나, 우울을 통제하였을 때는 절망이 자살사고를 유의미하게 설명하지 못하였다. 이는 절망보다는 우울이 자살사고와 더 강한 연관이 있다는 결과이다. 성인의 중독 위험성, 우울, 자살사고의 관계에 대한 연구에서도 우울이 자살사고에 가장 강한 인자로 나타났다(배미남, 이미형, 박시현, 이은진, 2019). 이외의 연구에서도 우울이 자살사고를 예측하는 가장 강력한 요인으로 입증되고 있으며, 자살사고를 예방할 수 있는 핵심적 위험요인으로 간주 되고 있다(Kaltiala, Rimpela, Marttunen, Rimpela, & Rantanen, 1999; Son & Kirchner, 2000).

치료고려 변인에 대한 연구 결과, 첫째, 공격성(AGG)이 자살사고를 예측할 수 있는 주요 변수로 확인되었다. 공격성은 세 가지 구분된 차원이 있는데, 이는 분노감, 공격성, 적대감이다(김세은, 홍은주, 2009). 본 연구에서도 이 항목을 측정하는데, 공격성의 공격은 행동이며, 분노는 정서, 적대감은 인지에 해당한다. 자살사고에서 공격성은 자신에게 표출되는 것으로, 높은 공격성은 자살의 재발 위험성을 높이고(Stein, Apter, Ratzoni, Har-Even, & Avidan, 1998), 자살시도를 비롯한 다양한 폭력적 방법으로 인해 사망 위험성을 높인다(Romanov et al., 1994). 공격성이 높다는 것은 분노와 적개심을 합리적으로 통제할 수 없다는 것이고, 좌절하거나 방해되는 일이 발생할 때 성질을 참지 못해 쉽게 흥분하며 행동한다는 것이다. Tremeau 등(2008)과 Roy(2010)의 연구에서 자살을 시도한 물질 중독자가 상당히 높은 공격성과 충동성이 있음을 보고하였다. 따라서 약물 중독자의 자살사고에 대한 개입에서 우울증을 선별하고 치료접근을 높이는 것뿐만 아니라, 이러한 공격성이 높은 이들에 대해서도 치료적 개입이 매우 필요하겠다. Marson과 Hargreaves(2001)은 중독자의 통제력은 단시간 내에 변화를 가져오기는 어렵지만 MBCT와 같은 프로그램을 통하여 통찰과 수용의 관점을 지니게 되면 자기 조절능력이 향상될 수 있음을 제시하였다. 박상규(2016)는 중독자로 살아오면서 발생한 억울한 경험에

대한 표현의 어려움으로 분노가 억압되고 부적절한 표현과 같은 자기조절의 문제로 기인하여 불행한 삶을 살고 있다고 지적하였다. 자기표현의 중요한 의사소통 기술로 나 전달법을 익히고 사용하는 것을 강조하며, 부정적 정서와 문제행동의 조절로 마음챙김 뿐만 아니라, 자서전적 글쓰기 또는 일기작성을 통하여 자기 문제를 객관화하는 힘을 키우는 것이 도움이 된다고 제시하였다.

둘째, 치료고려 변인에서 스트레스(STR)는 통계적으로 유의하지 않았고, 이는 선행연구와 다른 결과이다(서인규, 김승희, 2014; 최윤정, 2012). 본 연구의 스트레스 척도는 자신이 처한 환경에 대한 지각을 평가한다. 스트레스 수준이 높다는 것은 자신이 무력하고 의존적이며 고통을 야기하는 상황과 주변 환경에 의해서 희생당한다고 여기는 것이다. 하지만 물질 중독자는 스트레스가 있을 때마다 마약이나 알코올 등의 물질로 회피하는 특성이 있다. 이에 자신의 문제나 스트레스 상황에 대한 인식이 부족한 채, 모든 문제의 원인을 중독으로 투사하여 합리화한다(박상규, 2016). 따라서 스트레스보다는 지각된 중독 수준이 자살사고에 강력히 영향을 주는 요인일 수 있겠다. 또한 스트레스와 생활 사건을 경험할 때 도피하려는 욕구가 나타나며, 스트레스에 대한 적절한 대처방법을 찾지 못한 채, 자살을 시도하게 된다(Hamburg, 1974). 박규태(2012)도 알코올 중독자의 자살사고에 미치는 요인 중, 스트레스에 대한 대처 양식 중 회피 양식을 사용할수록 자살사고가 증가 되었다고 한다. 따라서 스트레스 상황에서 나타나는 대처 양식에 대해 알아보는 것이 유용한 정보를 줄 것으로 여겨진다. 또한 스트레스 척도가 우울과 중등도 이상의 상관을 가지고 있는 바, 통제변인으로 활용한 우울과의 상관으로 인해 스트레스의 영향력이 통계적으로 감소했을 가능성도 고려해야 하겠다.

셋째, 치료고려 변인에서 비지지(NON)는 통계적으로 유의미하지 않았으나, 자살사고에 영향을 미치는 경향이 있는 것으로 나타났다. 비지지는 지각된 사회적 지지의 부족을 측정하고 사회적 관계의 가용성과 질적 측면을 평가하는 것이다. 이에 생활에서 중요한 사건을 다루는데 유용한 사회적 지지체계가 없거나 전혀 없다고 느낄 때는 자신을 도와주지 않고 거절할 것이라고 지각한 타인뿐만 아니라 자기 자신에 대해서도 매우 비관적일 수 있고, 이는 위기에 대응할 정서적 자원이 없고 스트레스에 강렬하게 반응할 가능성이 높다(김영환 외, 2011). 가족, 친구, 교사, 전문 상담사, 그리고 정신보건 전문가 등 신뢰할 수 있는 주변 지지체계로의 도움 요청은 자살 예방에 매우 중요한 요소라고 설명했다(주오연, 2014). 박규태(2012)는 알코올 중독자의 특성상 대인관계 유지가 어렵기 때문에 입원 중에는 단주 교육과 함께 의미 있는 타인과의 관계유지를 위한 사회기술 능력 강화 등의 프로그램이 개발・진행되어야 한다고 하였다. 퇴원 후에는 단주 모임에 연계하도록 하여 사회적 지지체계가 강화된다면 자살사고를 감소시킬 수 있을 것이라고 하였다. 또한 전문가는 아니지만 자살사고가 높은 중독자의 주변 사람들이 이들의 자살 예방을 위한 중간다리 즉, 게이트 키퍼(gatekeeper, 생명사랑지킴이) 역할을 해준다면 자살사고를 감소시킬 수 있을 것으로 기대한다.

넷째, 치료고려 변인에서 치료거부는 통계적으로 유의미하지 않았으나, 자살사고에 영향을 미치

는 경향이 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서 사용한 치료거부 척도는 치료 동기를 측정하는 것으로, 심리치료에 대한 적합성을 평가하기 위한 척도이다. 따라서 자신의 생활 변화에 더 능동적이고, 변화 방향에 대한 책임을 수용하려는 의지를 시사하는 것이다. 방어적으로 반응할 경우 이 척도의 값이 상승하며, 이는 심리적 변화에 대한 저항과 경직성을 의미한다(김영환 외, 2011). 대부분의 약물 남용자들은 변화에 관심이 없고, 변화를 필요하지 않으므로 재발로 인해 좌절되어있는 약물 남용자들에게 문제 인식을 증진 시키고 변화 동기를 유발하는 것이 치료자에게 요구되는 역할이다(박상규, 2010). 알코올 중독이라는 질병의 심각성에 비해 알코올 중독자들은 자기의 문제를 인식하지 못하고, 투사하거나 회피하고 합리화하는 등 방어기제를 많이 사용하기 때문에 회복 동기 유발이 매우 어렵다는 생각이 지배적이었다(Jarvis, Tebbutt, Mattick, & Shand, 2006). 중독자의 동기를 유발하기 위해 가장 많이 개발된 치료법으로 인지행동치료와 함께 동기심리학과 인간의 자발적인 치료력에 근간을 두고 있는 동기강화치료가 중독에 대한 단기 치료로서 가장 효과적인 치료로 알려져 있다. 동기강화치료는 치료자가 환자를 이끌거나 훈련을 시키는 것이 아니라, 환자 자신의 자원을 동기화시켜 스스로 중독에서 벗어나도록 하는 전략을 사용한다(조성희, 신수경, 2010). 또한 NA나 AA 모임도 중독자의 회복 치료에서 동기를 증진하는 효과적인 집단 치료이다. Whittaker와 Tracy(1989)는 자조 집단의 강점으로, 공통된 문제나 지위를 지닌 사람들이 서로를 가장 잘 도울 수 있으며, 자조 집단의 집단원이 자신의 문제를 수용하고 해결하며 이를 통해 자존심을 높여주는 효과적인 매개체라고 하였다. 또한, 타인을 도움으로써 내적인 만족과 자긍심을 갖게 된다고 하였다. 여러 연구에서도 (Emrick, 1987; Galanter, Talbott, Gallegos, & Rubenstone, 1990) 단주 자조 집단과 전문가에 의한 정신 치료 간의 치료 효과 비교를 통해 단주 자조 집단이 치료에 가장 도움이 되었는데, 중독자 간의 소속감을 느끼게 하고, 회복된 중독자의 지지가 중요한 치료적 요인이었다.

중독 치료는 그 자체만으로도 미래에 발생할 자살 행동의 가능성을 줄이는데 강력한 역할을 한다(Yuodelis-Flores & Ries, 2015). 중독자 치료 시, 자살의 위험에 대한 전략과 교육 등 포괄적인 자살 예방이 포함되어야 하고, 동시에 개인의 특성도 고려해야 한다(Nicola, Michel, Curtis, & Katherine, 2018). 그렇지 않다면 중독자 자살 예방의 중요한 기회를 놓치게 된다. 중독 치료자는 치료 시작과 과정 중에 물질 중독자의 자살사고, 자살시도 및 계획에 대한 정보를 수집하고 이를 평가하기 위해 위험요소가 무엇인지 판단해야 한다. 본 연구에서는 공격성이 증가할수록 자살사고가 높아지는 것을 예측하였고, 비지지와 치료거부의 특성이 있을수록 자살사고가 높아지는 경향성이 있음을 확인하였다. 따라서 물질 중독의 문제를 지니고 있으면서 공격성이 높고, 비지지적인 환경이나 치료에 거부적인 특성을 가진 중독자의 자살사고에 대해서 직접적인 개입이 선행되어야 할 것이다. 마지막으로 자살사고가 높은 물질 중독자의 자살 예방과 치료에 관한 전향적 연구 또한 필요하다.

이 연구에는 몇 가지 제한 및 제언 사항이 있다. 첫째, 현재의 표집은 역학적 접근법이 아니므

로 일반화가 제한된다. 둘째, 사례 수의 제한으로 자살사고에서 자살시도에 이르게 되는 경로를 분석하지 못하였다. 이에 물질 중독자의 대규모 사례 수집을 통하여 이러한 경로를 연구하는 것은 많은 정보를 제공해 줄 것이다. 셋째, 이 조사에서 평가되지 않은 추가 요인으로 성적, 신체적 학대와 같은 아동기 외상, 성격 문제, 가족의 자살 과거력 등이 있다. 추후 연구에서는 이러한 특성들을 살펴보는 것은 물질 중독자의 자살사고를 이해하고 치료계획을 수립에 도움이 될 것이다. 마지막으로, 물질 중독자의 대뇌 전두엽 부위나 변연계 등의 대뇌 손상과 낮은 세로토닌 신경 전달 물질과 같은 생물학적 요인의 기여와 유전자 다형성의 가능한 역할 등도 평가되지 못하였다. 다학제적 접근을 통한 물질 중독자의 자살사고에 대한 다양한 접근이 필요할 것으로 생각된다.

이러한 제한 사항이 있으나, 본 연구의 의의로는 물질 중독자의 자살사고를 평가하고, 이에 영향을 주고 있는 PAI의 치료고려 변인을 살펴본 것이다. 이에 물질 중독자의 자살 예방을 위하여 공격성을 치료장면에서 다루고, 물질 중독자가 지각한 비지지적 주위환경과 치료거부적 태도를 고려하는 것이 중요하다.

## 참 고 문 헌


강석화 (2012). 대학생의 자살생각에 영향을 미치는 요인: 사회적 지지의 조절효과와 우울의 매개효과를 중심으로. 청주대학교 대학원 박사학위 청구논문.

강호협, 이현주 (2017). 동기면담프로그램이 자살시도자의 자기효능감과 자살사고에 미치는 효과. 정신보건과 사회사업, 45(1), 116-143.

권규일, 강덕지, 함근수, 표주연 (1997). 자살에 관한 연구. 국립과학 수사 연구소 연보, 29(2), 175-193.

김세은, 홍은주 (2009). 군인의 우울, 자살사고에 따른 Draw-a-Story 검사반응의 특성. 인간발달연구, 16(2). 221-232.

김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상황 (2001a). 성격평가 질문지 실시요강. 서울: 학지사.

김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상황 (2001b). PAI 표준화 연구: 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지: 임상, 20(2), 311-329.

김영환, 오상우, 홍상황, 박은영 (2011). PAI의 임상적 해석. 서울: 학지사.

김현순 (2008). 스트레스, 절망, 우울과 자살생각 간의 구조적 관계: 노인과 청소년의 차이 비교 연구. 단국대학교 박사학위 청구논문.

박경서, 박은영, 김지혜, 홍상황 (2019). 자살 고위험군 정신질환자의 PAI 반응. 사회과학논총, 22(2), 61-85.

박규태 (2012). 알코올 중독자의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 대구대학교 대학원 석사학위 청구논문.

박상규 (2010). 알코올 의존 환자를 위한 행복프로그램의 효과. 한국심리학회지: 건강, 15(4), 801-815.

박상규 (2016). 중독자의 회복과정에서 한국적 수행법의 활용. 한국심리학회지: 중독. 1(1), 85-104.

배미남, 이미형, 박시현, 이은진 (2019). 한국 성인의 중독위험, 삶의 만족도, 우울, 자살사고 간의 관계. 정신간호학회지, 28(2), 133-143.

서인규, 김승희 (2014). 대학생의 취업스트레스와 자살사고의 관계에 대한 우울의 매개효과 검증: 남, 녀 대학생 비교연구. 청소년복지연구, 16(3), 25-53.

신민섭, 박광배, 오경자, 김중술 (1990). 고등학생의 자살성향에 관한 연구, 우울-절망-자살간의 구조적 관계에 대한 분석. 한국심리학회지:임상, 9(1), 1-19.

이미라 (2016). 알코올중독자의 감정표현불능증과 내현적 자기애 성향이 자살생각에 미치는 영향: 사회활동 참여의 조절효과를 중심으로. 조선대학교 정

책대학원 석사학위 청구논문.

이봉귀, 이규희 (2012). 우울-반사회적 성향 재소자의 기질 및 정서특성과 자살생각. 교정연구, 55, 103-126.

이슬아, 김근향, 서신영 (2012). 우울장애 환자의 자살 시도 여부에 따른 심리적 특성의 차이: MMPI-2 프로파일을 중심으로. 정신신체의학, 20(1), 40-49.

조성희, 신수경 (2010). 중독과 동기면담. 서울: 시그마 프 레스

주오연 (2014). 청소년의 자살생각 도움요청의도에 영향을 미치는 요인. 대전대학교 대학원 석사학위 청구논문.

최윤정 (2012). 대학생의 스트레스와 자살생각과의 관계에 작용하는 보호요인의 조절효과. 한국청소년연구, 23(3), 77-104.

통계청 (2019). 2018년 사망원인통계연보. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/2/index.board?bmode=download&bSeq=&aSeq=377606&ord=2

한국생명의전화 (2011). 자살예방 상담프로그램 개발. 서울: 보건복지부

Baumeister. R .F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*(1) 90-113.

Blomqvist, J. (1996). Paths to recovery from substance misuse: Change of lifestyle and the role of treatment. *Substance Use and Misuse, 31*(13), 1807-1852.

Brown, S. L., & Vinokur, A. D. (2003). The interplay among risk factors for suicidal ideation and suicide: The role of depression, poor health, and loved one's messages of support and criticism. *American Journal of Community Psychology, 32*(1-2), 131-141.

Conner, K. R., Cox, C., Duberstein, P. R., Tian, L., Nisbett, P. A., & Conwell, Y. (2001). Violence, alcohol and completed suicide: A case-control study. *American Journal of Psychiatry, 158*(10), 1701-1705.

Conner, K. R., Beautrais, A. L., & Conwell, Y. (2003a). Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: analyses of Canterbury suicide project date. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 64*(4), 551-554.

Conner, K. R., Beautrais, A. L., & Conwell, Y. (2003b). Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: analysis of Canterbury suicide project date. *Alcoholism: Clinical Experiment Research, 27*(7), 1156-1161.

De Wilde, E. J., Kienhorst, I. C. W. M., Diekstra, R. F. W., & Wolters, W. H. G. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry, 149*(1), 45-51.

Emrick, C. (1987). Alcoholics Anonymous: Affiliation Processes and Effectiveness as Treatment. *Alcoholism, 11*(5), 416-423.

Galanter, M., Talbott, D., Gallegos, K., & Rubenstone, E. (1990). Combined Alcoholics Anonymous and professional care for addicted physicians. *The American Journal of Psychiatry, 147*(1), 64 - 68.

Gooding, P. A., Sheehy, K., & Tarrier, N. (2013). Perceived stops to suicidal thoughts, plans, and actions in persons experiencing psychosis. *The Journal of Crisis Intervention an Suicide Prevention, 34*(4), 273-281.

Hankanson, A., Bradivik, L., Schlyter, F., & Berglind, M. (2010). Factors Associated with the History of Attempted Suicide A Criminal Justice Population Examined with the Addiction Severity Index (ASI). *Crisis, 31*(1), 12 - 21.

Hamburg, B. A. (1974). *Early adolescence:A specific and stressful stage life cycle.* In G.V. Cohelo. D. A. Hamburg. J. E. Adams(Eda.), Coping and Adoption. p.101-124, New York: Basic Books.

Haw, C. M., & Hawton, K. (2011). Problem drug use, drug misuse and deliberate self-harm: trends and patient characteristics, with a focus on young people, Oxford, 1993-2006. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(2), 85-93.

Horesh, N., Gothelf, D., Ofek, H., Weizman, T., & Apter, A. (1999). Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis, 20*(1), 8-14.

Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review, 21*(5), 797-811.

Janssen, T., Cox, M. J., Marrill, J. E., Barnett, N. P., Sargent, J. F., & Jackson, K. M. (2018). Peer norms and susceptibility mediate the effect of movie alcohol exposure on alcohol initiation in adolescents. *Psychology of addictive behaviors, 32*(4), 442-455.

Jarvis, T. J., Tebbutt, J., Mattick, R. P., & Shand, F. (2006). *Treatment approached for alcohol and drug Dependence: An introductory guide(2nd ed).* New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients.* Washington, DC: American Psychological Association.

Kalk, N. J., Kelleher, M. J., Curtis, V., & Morley, K. I. (2019). Addressing substance misuse: a missed opportunity in suicide prevention. *Addiction, 114*(3), 387 - 388.

Kaltiala, H. R., Rimpela, M., Marttunen, M., Rimpela, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in finish adolescents School Survey. *British Medical Journal, 319,* 319-348.

Kastelic, R. C., Zaman, R., Pregelj, P., & Segrec, N. (2018). Early age of first drug misuse is associated with increased risk of suicide attempt(s) by overdose among patients with heroin addiction in medication assisted treatment programmers. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 21*(2), 27-32.

Marson, O. M., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology, 74*(2), 197-212.

Moran, P. W., & Lambert, M. J. (1983). *A review of current assessment tools for monitoering change in depression.* In M. J. Lambert, E. R. Christensen, & S. S. DeJulio (Eds.), The measurement of psychotherapy outcome in research and evaluation (pp. 263-303). New York: Wiley.

O'carroll, P., Berman, A., Maris., & Moscicki, E. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life-Threatening Behavior, 26*(3), 237-252.

Riley, W., & Treilber, F. A. (1989). The validity of multidimensional self-erport anger and hostility measures. *Journal of Clinical Psychology, 45*(3), 397-404.

Romanov, K., Hatakka, M., Keskinen, E., Laaksonen, H., Kaprio, J., Rose, R. J., & Koskenvuo, M. (1994). Self-reported hostility and suicidal acts, accidents and accidental deaths: a prospective study of 21,443 adults aged 25 to 59. *Psychosomatic Medicine, 56*(4). 328-336.

Roy, A. (2009). Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. *Archive of Suicide research, 13*(1), 46-51.

Roy, A. (2010). Risk factors for attempting suicide in heroin addicts. *Suicide and Life Threatening Behavior, 40*(4), 416-420.

Shneidman, E. S. (1989). *Overview: A multidimensional approach to suicide.* In D. Jacobs & H. N. Brown (Eds.). Suicide:

Understanding and responding. Madison(pp. 1-30). CT: International Universities Press.

Son, S. E., & Kirchner, J. T. (2000). Depression in children and adolescents. *American Family Physician, 62*(10), 2297-2308.

Stein, D., Apter, A., Ratzoni, G., Har-Even, D., & Avidan, G. (1998). Associations between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37*(5), 488-494.

Strupp, H. H., & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key.* New York: New York University Press.

Tremeau, F., Darreye, A., Staner, L., Cornêa, H., Weibel, H., Khidichian, F., & Macher, J-P. (2008). Suicidality in opioid-dependent subjects. *American Journal of Addictions, 17*(3), 187-194.

Whittaker, J. K.. & Tracy, E. M. (1989). *Social treatment*(pp. 101-126). New York: Aldine de Gruyter.

Wilson, K. G., Stelzer, J., Bergman, J., & Inayatullah, M, Elliot, C. A. (1995), Problem Solving, Stress, and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*(2), 241-252.

Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *the American Journal on Addictions 24*(2), 98-104.

원고접수일: 2020년 2월 20일
논문심사일: 2020년 2월 28일
게재결정일: 2020년 5월 6일

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2020. Vol. 25, No. 4, 701 - 718

# Prediction of a Substance Addict's Suicide Ideation Through the Treatment Consideration Variables

Kang Min A
National Forensic Hospital
Clinical Psychologist

Lee Seon Jong
Konyang University
Dept. Counseling & Psychotherapy Professor

The purpose of this study was to examine the variables that predict the suicide of a material addict. Specifically, we wanted to assess if aggression, stress, support, and refusal to treat the PAI's therapeutic agent significantly account for a drug addict's suicide. To this end, records were collected of 235 patients who entered the Drug Addiction Rehabilitation Center at A Hospital, including the PAI Depression (DEP), the Suicide Consciousness (SUI), the Aggression (AGG), the Stress (STR), the Non-support (NON), the Treatment Rejection (RXR) and the Socio-Demographic Variations, and suicide attempts. The effects of the treatment-related spokespersons on suicide were verified after controlling the suicide-related demographic variables, experience in suicide attempts, and depression using the hierarchical multiple regression. The analysis showed that aggression had a significant impact on suicide, and the effects of non-support and denial of treatment were also suggested. To prevent the suicide of a material addict, the therapist discussed the need to address aggression, non-support, and denial of treatment, the method of therapeutic interventions, the limitations and significance of research, and the suggestions for further research.

*Keywords: substance addict, suicide ideation, aggression, stress, non-support, treatment rejection*