

비자살적 자해의 위험요인과 보호요인 개관

A Review of the Risk and Protection Factors of Non-Suicidal Self-Injury

저자 (Authors)	김수진 Kim, Soo-Jin
출처 (Source)	청소년학연구 24(9) , 2017.9, 31-53(23 pages) Korean Journal of Youth Studies 24(9) , 2017.9, 31-53(23 pages)
발행처 (Publisher)	한국청소년학회 Korea Youth Research Association
URL	http://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?nodeId=NODE07246378
APA Style	김수진 (2017). 비자살적 자해의 위험요인과 보호요인 개관. 청소년학연구, 24(9), 31-53
이용정보 (Accessed)	이화여자대학교 211.48.46.*** 2020/01/08 16:25 (KST)

저작권 안내

DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다. 그리고 DBpia에서 제공되는 저작물은 DBpia와 구독계약을 체결한 기관소속 이용자 혹은 해당 저작물의 개별 구매자가 비영리적으로만 이용할 수 있습니다. 그러므로 이에 위반하여 DBpia에서 제공되는 저작물을 복제, 전송 등의 방법으로 무단 이용하는 경우 관련 법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information

Copyright of all literary works provided by DBpia belongs to the copyright holder(s) and Nurimedia does not guarantee contents of the literary work or assume responsibility for the same. In addition, the literary works provided by DBpia may only be used by the users affiliated to the institutions which executed a subscription agreement with DBpia or the individual purchasers of the literary work(s) for non-commercial purposes. Therefore, any person who illegally uses the literary works provided by DBpia by means of reproduction or transmission shall assume civil and criminal responsibility according to applicable laws and regulations.

비자살적 자해의 위험요인과 보호요인 개관*

김수진**

동신대학교

비자살적 자해(Non-suicidal Self-Injury: NSSI)는 죽음의 의도 없이 고의적으로 자신의 신체조직을 손상시키는 행위이다(Nock, 2009). 최근 청소년들의 자해 사례들이 증가되고 있는 추세에 있는 반면 국내에서는 청소년 자해와 관련된 연구가 부족한 가운데 있다. 본 연구는 자해와 관련된 국외 및 국내의 선행연구들을 개관하고 비자살적 자해에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인을 살펴보고자 하였다. 우선 비자살적 자해를 설명하는 대표적인 이론 중에서 4가지 기능 모델, 통합적 이론 모델, 경험회피 모델을 통해, 왜 고통에도 불구하고 자해를 반복하는지 이론적인 측면에서 알아보고자 하였다. 선행연구들을 통해 자해의 위험요인으로는 아동기의 양육환경, 정서조절의 어려움, 부정적인 자기상(self-image), 정신의학적 상태, 심리사회적 요인을 중심으로 정리하였고, 자해의 보호요인으로는 상처에 대한 인식, 삶의 목표, 자기(self)의 회복, 사회적 지지를 중심으로 정리하였다. 나아가 자해의 예방과 상담을 위한 보다 실제적인 방향을 제시하고, 추후 연구를 위한 과제 등을 논의하였다.

* 주제어: 비자살적 자해, 위험요인, 보호요인

논문투고일(2016. 12. 20), 논문심사일(2017. 08. 01), 게재확정일(2017. 09. 01)

* 본 연구는 김수진(2016)의 박사학위논문 중 일부를 수정·보완한 것임

** 교신저자: 김수진, 동신대학교 상담심리학과, (58245) 전남 나주시 건재로 185,
E-mail: spring730@dsu.ac.kr

I. 서론

비자살적 자해(Non-Suicidal Self-Injury: NSSI)는 죽을 의도 없이 고의적으로 자신의 신체조직을 손상시키는 행동으로 베기, 심각한 긁기, 태우기 등이 포함된다(Nock, 2009). 보통 자해는 주로 청소년과 초기 성인기에 많이 나타나고 평생 유병률은 13.9 ~ 21.4%에 이른다고 보고되고 있다(Nock & Favazza, 2009). 국내에서는 한국청소년상담복지개발원(2013)에서 발표한 상담경향 분석보고서에 따르면 자살 및 자해 시도 상담은 2008년 0.5%, 2009년 0.7%, 2010년 2.8%, 2011년 1.0%, 2012년 3.1%로 5년새 6배 이상으로 꾸준히 증가한 것으로 나타났다.

최근 정신장애 진단 및 통계편람 DSM-5(American Psychiatric Association, 2013)에서 자살 의도가 없는 자해(Nonsuicidal Self-Injury)를 추가 연구가 필요한 진단적 상태로 분류하였는데, 아직은 임상적 진단명으로서는 불충분하지만 적어도 자해에 대한 진단과 치료 및 추후 연구에 대한 관심과 필요성을 반영하는 것이라고 할 수 있다. DSM-5에서 제시하는 진단기준은 지난 1년간 5일 또는 그 이상, 신체 표면에 고의적으로 출혈, 상처, 고통을 유발하는 행동(예, 칼로 긁기, 불로 지지기, 찌르기, 과도하게 문지르기)을 자신에게 스스로 가하며, 이는 단지 경도 또는 중등도의 신체적 손상을 유발할 수 있는 자해행동을 하려는 의도에 의한 것으로 자살 의도가 없어야 한다고 되어 있다.

비자살적 자해라는 자살의 의도가 없는 자해에 주목하는 것은 자해와 자살은 질적으로 다른 형태와 기능을 가진다고 설명되기 때문이다. 특히 자해와 자살은 의도와 치명성에 있어서 다른 행위로 설명된다. Gollust, Eisenberg와 Golberstein(2008)은 자해는 적어도 자신의 삶을 끝내려는 시도는 아니라는 점에서 자살과 다른 개념이며, Favazza(1996)는 자살은 치명성이 높은 단일한 방법으로 죽음을 선택하지만, 자해는 치사율이 높지 않은 다수의 방법을 택하는 보다 만성적인 행동으로 자해와 자살을 구분한다. 그 외에도 Muehlenkamp와 Kerr(2009)는 자살과 자해를 구분하는 몇 가지 특성을 설명하는데, 표 1과 같다.

〈표 1〉 비자살적 자해와 자살 시도 간의 차이점

특 성		비자살적 자해(NSSI)	자살 시도
의도/ 행동의 목적		· 심리적 고통으로부터 일시적 도피 · 자기/상황의 변화 추구	· 영구적으로 의식 단절/삶을 끝냄 · 참을 수 없는 심리적 고통에서 벗어남
방법의 치명성/심각성		· 낮음	· 높음
행동 빈도		· 높음(때론 100회 이상) · 반복적, 만성적	· 낮음(일반적으로 1-3회)
시도된 방법		· 다양한 방법	· 단일한 방법
인지적 상태		· 고통스러우나 희망은 있음 · 적응적 문제해결이 어려움	· 희망 없음, 무기력함 · 문제 해결이 불가능
결과/ 영향	개인적	· 압도감, 진정 · 일시적 고통의 감소	· 좌절, 실망감 · 고통의 증가
	대인 관계적	· 타인의 비난, 거절	· 타인의 돌봄, 관심

출처: Muehlenkamp, L. L., & Kerr, p. L(2009). Untangling a complex web:

How non-suicidal self injury and suicide attempts differ. *Prevention Research*, 17, p. 10

최근 이동귀, 함경애, 배병훈(2016)이 진행한 국내연구에서도 자해 경험 청소년 중 자살의도가 동반된 경우와 그렇지 않은 경우를 판별해주는 유의한 예측변수를 확인하였다. 그 결과 가정 내 분위기, 자해 전 생각 기간, 경험한 자해행동 수, 자해행동의 ‘사회적 동기’, ‘개인 내적 동기’ 등에 따라 자살 시도와 비자살적 자해를 구분할 필요가 있다고 하였다.

하지만 Allen(2001)은 오히려 의도와 치명성의 관계 때문에 자해와 자살에 대한 명확한 구분이 어렵다고 지적하기도 하였는데, 자살의 의도는 주로 삶의 고통을 끝내고자 죽음을 선택한다고 알려져 있지만, 삶을 포기하려는 의도에 있어서도 타인을 위해서, 완벽주의로 인해, 분노의 표현으로 혹은 누군가를 벌주기 위해서(Boergers, Spirito, & Donaldon, 1998) 등의 다양한 이유들로 선택할 수 있기 때문에 의도만을 가지고 자살과 자해를 엄격하게 구분하기는 어렵다. 또한 치명성에 있어서도 죽음을 의도하지 않은 채 위험이 낮은 방법으로 자해를 시도했을 지라도 죽음에 가까울 수 있고, 죽으려는 시도로 이전보다 매우 심각한 행동을 선택했을지라도 죽음에 이르지 않을 수 있다는 것이다. 따라서 각 사례마다 달리 접근할 필요가 있으며, 명확한 이해를 바탕으로 자

해에 대한 예방과 치료적 접근이 요구된다고 할 수 있다.

또한 자해는 겉으로 드러나는 신체적 상처 외에도 장·단기적으로 개인에게 위험한 결과를 초래하게 되는데, 죄책감, 분노, 수치심 등의 부정적인 정서상태 뿐만 아니라 청소년에게는 학업적 손실(Briere & Gil, 1998)까지도 초래할 수 있게 된다. 따라서 자해에 영향을 미치는 위험요인이 무엇인지 파악하여 자해의 예방 및 치료에 적용할 필요가 있으며, 더불어 자해를 예방하거나 중단하는데 도움이 되는 보호요인을 함께 고려할 필요가 있다. 본 연구에서는 다양한 선행연구들을 통해 자해의 시작과 중단에 영향을 미치는 요인들을 살펴보고, 이를 바탕으로 자해에 대한 이해를 확장하고 나아가 임상장면에서 자해를 반복적으로 시도하는 내담자들을 만나는 상담자들에게 보다 실제적인 도움이 되고자 한다.

II. 자해를 설명하는 이론

비자살적 자해를 설명하는 기능모델로, Nock과 Prinstein(2004)의 4가지 기능 모델(The Four-Function Model: FFM)과 Chapman, Gratz, & Brown(2006)의 경험회피모델(The Experiential Avoidance Model: EAM)이다(Turner, Champman, & Gratz, 2014). 이후 Nock(2009)은 기존의 자해 관련 연구들을 통합하여 통합적 이론 모델(The Integrated Theoretical Model: ITM)을 제시하였다. 각 이론에서 설명하는 자해를 시도하고 반복하는 이유를 살펴보고자 한다.

1. 4가지 기능 모델

Nock과 Prinstein(2004)은 자해를 통해 생리적 변화가 일어나고, 잠시나마 고통스런 정서로부터 주의가 전환되면서, 혐오스런 자신에 대한 자기 처벌과 같은 기제를 통해 부정적 정서를 회피하도록 한다고 제안한다. 나아가 부정적 정서를 잠시나마 피하게 되는 과정이 개인에게는 하나의 보상이 되어 유사한 상황에 또 다시 반복하게 된다고 설명한다. 이러한 자해의 정서적/사회적 상황을 조절하는 기능을 크게 4가지로 구분하여 설명하였는데, 서로 구별되는 강화유형(부정적/긍정적, 자동적/사회적)을 통해 자해를 선택하고 유지하게 된다

고 보았다. 즉, 자해를 하는 동기를 크게 4가지로 구분하는데, 첫째는 자동적-부정적 강화(automatic-negative reinforcement: ANR)로 ‘자동적’이란 의미는 개인의 의지와 상관없이 자동적으로 유발되는 행동이 아닌 개인의 내면에서의 경험을 의미한다. 자해는 개인 내적으로 고통스런 정서나 인지적 상태를 제거하거나 줄이기 위해서 하게 된다는 것이다. 둘째는 자동적-긍정적 강화(automatic-positive reinforcement: APR)로 자신이 원하는 긍정적인 감정이나 내적 상태를 만들어 내기 위해 자해를 시도하게 된다. 예를 들어 자신이 살아 있다는 감각을 느끼기 위해 자극을 추구하는 것이다. 셋째는 사회적-긍정적 강화(social-positive reinforcement: SPR)로 주변 사람들의 관심과 지지를 끌거나 소통하기 위해, 또는 필요한 자원에 접근하거나 도움을 요청하기 위한 행동이다. 넷째는 사회적-부정적 강화(social-negative reinforcement: SNR)로 대인관계에서의 요구를 피하거나 원치않는 사회적 상황에서 도망치기 위해 자해를 시도하게 된다는 것이다. 이를 요약하면, 다음의 표 2와 같다.

〈표 2〉 비자살적 자해의 4가지 기능 모델

강화유형	부정적(negative)	긍정적(positive)
자동적 (automatic)	부정적인 정서나 인지적 상태를 제거하거나 경감시킴	정서적 혹은 인지적 갈망을 만들어 내거나 증가시킴
사회적 (social)	대인관계 요구나 사회적 상황을 회피함	주의를 끌거나 필요/도움 요청 행동을 이끌어 냄

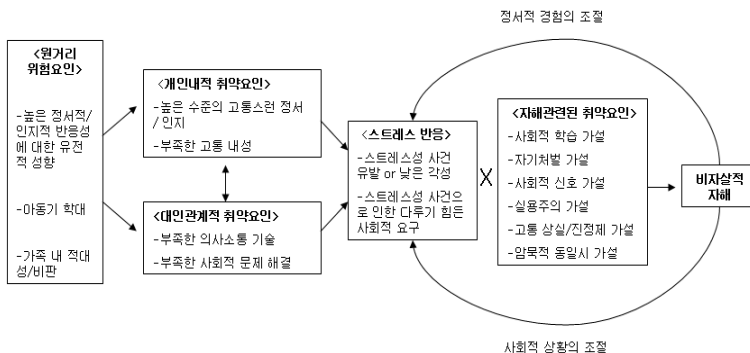
출처: Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). *Clinical Psychological Science*, 2(5), p. 640.

물론 기능 모델에서 자해의 생물학적 특성이나 환경적 요인은 설명되지 않지만, 적어도 왜 그러한 행동을 선택하는지, 그리고 계속 유지하는지에 대한 설명은 가능하다. 또한 이전 선행연구들이 밝힌 정서 조절의 기능 외에도 사회적 강화요인에 대한 설명을 추가한 부분도 의의가 있다.

2. 통합적 이론 모델

Nock(2009)은 기존의 자해 관련 연구들을 통합하여 비자살적 자해에 대한

통합적 이론 모델을 제시하였는데, 자해의 원거리 위험요인(distal risk factor)으로 인해 개인 내/외적 취약성을 가지고 있는 개인이 스트레스가 촉발되는 사건을 경험할 경우에 이로 인해 유발된 정서적/사회적 상태를 조절하기 위한 시도로 자해를 하게 된다고 설명하며, 그림 1과 같다. 자해의 원거리 위험요인으로 주목한 것은 아동기의 학대 경험과 가족내의 적대적이고 비판적인 분위기, 높은 수준의 정서적/인지적 반응성에 대한 유전적 성향이다. 아동기의 학대 경험, 특히 신체적/성적 학대로 인한 외상(trauma)은 자해를 유발하는 결정적인 요인으로 알려져 있다(van der Kolk, Perry, & Herman, 1991). 또 다른 자해의 원거리 위험요인으로 높은 수준의 정서적/인지적 반응에 대한 유전적 성향 요인에 주목하는데, 이를 정서강도(affect intensity)라는 용어로 설명할 수 있다. 정서강도란 개인이 전형적으로 정서를 경험하는 정도로 정서적인 사건에 대한 생리적 각성수준과 반응성을 의미하며, 개인마다 생리적으로 정서를 체험하는 크기 혹은 강도가 다르고, 이후 개인의 행동에도 차별적으로 영향을 미치게 된다(Larsen & Diener, 1987, 구훈정, 조현주, 이종선, 2014에서 재인용).

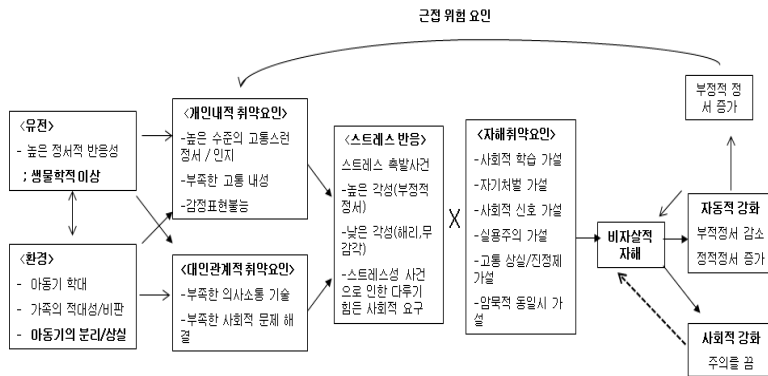


〈그림 1〉 비자살적 자해의 통합적 모델

출처: Nock, M. K. (2009). why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in psychological Science*, 18, p.79.

Jacobson과 Batejan(2014)은 Nock(2009)의 통합적 모델을 보완하여 수정된 모델을 제안하였다. 자해의 원거리 위험요인을 유전적 요인과 환경적 요인으로

로 구분하면서, 아동기의 학대와 생물학적 요인은 양방향적으로 영향을 미치는 것으로 설명한다. 지속적인 학대는 신경전달물질의 기능을 포함한 생물학적 변화를 일으키어 개인내적 취약성을 증가시키고, 아동기의 높은 정서적 반응성은 학대의 희생양이 되는 위험을 증가시킨다는 것이다. 이들은 아동기의 분리 및 상실 경험을 추가하고 있는데, 이는 학대로 인한 외상경험 외에도 가족의 상실과 애도, 그리고 그러한 생활사건에 대한 대처와 관련된 가족 기능도 중요한 변수가 될 수 있음을 시사하는 것으로 보다 다양한 사례를 통하여 자해의 위험요인들이 밝혀질 필요가 있다. 이상에서 설명한 수정된 통합적 모델은 그림 2와 같다.



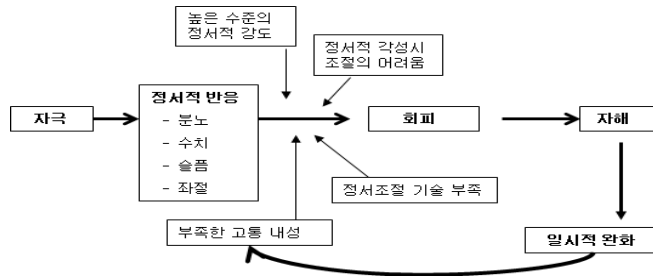
〈그림 2〉 수정된 비자살적 자해의 통합적 모델

출처: Jacobson, C. M., & Batejan, K. (2014). Comprehensive theoretical models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock(Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. p. 317.

3. 경험 회피 모델

Chapman, Gratz와 Brown(2006)의 경험 회피 모델(The Experiential Avoidance Model: EAM)은 원치 않는 정서적 각성을 피하거나 완화시키기 위해 자해를 시도하게 된다고 설명한다. 정서적 자극을 유도하는 사건을 통해 정서적 반응이 일어나게 되고, 높은 정서강도, 각성에 대한 조절의 어려움, 낮은 고통 내성, 정서조절 기술의 부족 등의 취약 요인들로 인해 정서적 반응에 대한 회피로 자해를 하게 된다. 그 과정에서 일시적으로 완화되는 경험을 하게 되는데, 특히 자해를 통해 일시적으로나마 부정적인 정서가 완화되는 경험을 하게 되

면 부정적 효과로 인해 습관화되기 쉬우며 하나의 규칙이 되어 악순환을 반복하게 되는 과정으로 이를 요약하면 그림 3과 같다.



〈그림 3〉 경험회피 모델

출처: Chapman, A., Gratz, K., & Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, p. 373.

자해의 정서 조절 기능에 대해 많은 연구들이 설명하고 있지만 자해를 통해 부정적인 정서가 완화되고 감소되는 기제에 대해서는 명확하게 밝혀지지 않은 상태이다. 하지만 최근 연구들은 자해에 있어서 내인성 진통제(endogenous opioid)의 역할에 대한 가설을 제안하고 있다. 즉, 자해를 통해 상처가 나게 되면 내인성 진통제가 분비되어 부정적 정서를 줄이고 긍정적 정서를 증가시킬 수 있다는 것이다. Trevor과 Juleen(2013)도 몸에 상처를 내는 자해는 상처가 나면 진통작용을 하고 스트레스를 감소시키는 엔돌핀(endorphin)을 분비시키는 진통제 역할을 한다고 하였다. 즉, 자해라는 신체적 고통이 실제로 정서적 고통을 줄이는 정서조절의 역할을 통해 내성(tolerance)이라는 중독적 요소(Sher & Stanley, 2008)가 나타나게 되는 것이다. 이러한 자해의 반복적인 중독성은 이후 회복에도 영향을 미치게 되므로 주목할 필요가 있다.

Ⅲ. 자해의 위험요인과 보호요인

1. 자해의 위험요인

비자살적 자해의 기능을 설명하는 선행연구들을 통해 자해에 이르게 하고,

반복적으로 자해를 하도록 하는 요인들을 살펴본 결과 자해의 위험요인은 아동기의 불안정한 양육환경, 정서조절의 어려움, 부정적인 자아상, 정신의학적 상태, 심리사회적 요인 등으로 나타났다.

1) 아동기의 불안정한 양육환경

D'Onofrio(2007)는 아동기에 경험된 외상을 위험요인으로 설명하였는데, 외상에는 가정폭력, 부모의 알콜중독 등을 포함하는 만성적인 아동학대와 방임, 심각한 질병이나 외과적 수술로 인한 충격적인 신체적/성적 외상, 부모의 이혼/분리로 인한 상실경험, 비수인적(invalidating) 양육환경이 관련된다고 하였다. Linehan(1993)은 자해에 영향을 미치는 비수인적 환경인 신체적, 성적학대 및 정서적 방임 등의 양육자와의 불안정한 관계가 자해와 관련되어 있으며, 불안정 애착이 자해에 강력하게 영향을 미친다고 하였다. 특히 양육자가 정서적으로 냉정하고 비난을 많이 하게 되면 양육자와 유사한 태도를 학습하게 되고 결국 자신을 향해서도 주로 비난을 하는 완벽주의적인 태도를 갖게 되고, 이는 자해와 연결된다는 것이다. Stepp과 동료들(2008)은 정신과에 입원한 환자를 대상으로 성인애착유형, 대인관계와 자해의 연관을 살펴보았다. 그 결과 불안정한 애착은 대인관계에 민감하여 상처받기 쉽고, 타인의 거절 행동에 민감하여 비주장적이 되며, 이들은 사회적 기술이 부족하여 자신의 고통을 전달하는 방법으로 자해라는 부적응적인 시도를 하게 된다고 설명한다.

2) 정서조절의 어려움

정서조절이란 Salovey와 Mayer(1989)가 정서지능을 설명하면서 제안한 개념으로 자신과 타인의 정서를 자각하고 자신의 정서를 긍정적 상태를 유지하도록 하는 것으로 개인의 정서적 적응력을 높여준다. 개인의 심리적 고통에 대처하는 정서조절전략이 얼마나 적절한 지에 따라서 부정적 정서의 해소에 영향을 끼치며, 나아가 그 사람의 정신건강이 결정될 수 있고(이시은, 2009), 정서조절에 실패할 경우 부정적 정서가 강화되거나 과잉 행동이나 행동 억제 같은 양상이 나타날 수 있다(이지영, 권석만, 2006).

이동귀, 함경애, 배병훈(2016)은 여자중학생의 비자살적 자해행동을 연구한 결과, 자해행동 경험 청소년이 비자해 청소년에 비해 우울과 스트레스 수준이 높은 것으로 나타났다. 구훈정, 조현주, 이종선(2014)의 연구에서는 비임상군인

대학생 집단을 대상으로 아동기 정서적 학대경험과 정서강도가 자해에 미치는 심리적 기제를 살펴본 결과, 부적응적 인지정서조절을 매개로 할 경우에만 우울, 불안해지고 자해를 하게 되는 간접 경로를 확인하였다. 더불어 부모의 방임, 과보호 및 통제적 양육과 같은 아동기 정서적 학대 경험이 부적응적 인지정서조절에도 직접적인 영향을 미쳐 결국 우울/불안을 통해 결과적으로 자해에 이르게 된다고 하였다. 특히 아동기의 외상은 정서조절의 어려움과 연관된다고 보고되는데, 불안정한 아동기의 양육환경은 정서를 조절하고 표현하는 능력에 부정적 영향을 미치게 되고 나아가 자해를 하게 되기 쉽다는 것이다. 권혁진(2014)은 분노, 불안과 같은 신체적 각성을 동반하는 부정 정서가 자해의 빈도에 유의미한 영향을 미쳤으며 특히 분노를 자주 경험하고 분노 수준이 높을수록 자해를 자주하는 것으로 나타났다. 반면에 불안을 자주 경험하거나 불안 수준이 높은 경우는 자해를 자주 하기는 하지만 심각하고 부정적인 결과들을 초래할 수 있는 중등도 수준 보다는 경도 수준의 자해를 통해 불안을 감소시키는 것으로 나타났다.

이상의 결과들을 살펴볼 때 추후 임상군 및 비임상군의 다양한 대상군을 통해 검증이 필요하다. 나아가 부정적인 정서는 자해의 예측요인으로 작용되며, 특히 아동기의 외상과 양육환경을 통해 정서조절 능력을 습득하는데 어려움을 겪게 되고, 나아가 제한된 정서조절전략으로서 자해를 하게 되는 것으로 이해할 수 있다.

3) 자기비하

자해자들은 자기(self)에 대한 부정적인 인식을 가지고 있는 것으로 선행연구들을 보고하는데, Ross, Heath와 Toste(2009)는 자해를 하는 청소년들은 자신에 대한 무능감과 신체적 불만족을 더욱 느낀다고 하였다. 청소년기의 신체상은 자아상과 밀접한 연관이 있는데, 신체적 불만족은 자신에 대한 부정적인 인식으로 이어지게 된다. 이러한 왜곡된 자아상은 청소년의 우울 등과 같은 내면화 문제에 부정적인 영향을 미치게 되고, 나아가 높은 자살시도(권순용, 2008)와도 관련되었다.

자해는 자기에 대한 확인을 위해 선택하기도 하는데, Erin과 Miriam(2009)도 자해를 통해 치명적인 자살시도와 타인에 대한 공격성을 피할 수 있게 되므로 스스로 통제감을 느끼게 된다고 하였고, Sutton(2007)은 자해를 통해 자신의 존

제를 확인한다고 하였다. 특히 자해는 높은 감각추구 성향과의 관련을 설명하는데, Klonsky와 Muehlenkamp(2007)은 ‘살아있음을 느끼기 위해’, 혹은 ‘지루함 때문에’ 자해를 하게 된다고 하였다. 감각추구를 통해 자기를 확인하고, 감각적 만족을 경험하기 위한 선택이기도 한 것이다. 이는 자신에 대한 부정적 인식과 연결되는 것으로 이해할 수 있다.

그 외에도 낮은 자기효능감(Fliege, Lee, Grimm et al., 2009), 높은 수준의 자기비판(Klonsky, 2007; Fliege, Lee, Grimm et al., 2009)과 부정적인 자기평가(Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005), 자기를 향한 분노, 자기비하(Klonsky et al., 2003), 자기처벌과 자기혐오(Zila & Kiselica, 2001; Fliege, Lee, Grimm et al., 2009)와 연관되어 있는 것으로 나타났다. Linehan(1993)은 자해는 자기 처벌로서 벌을 받아 마땅하다는 이유로 스스로에게 아픔을 주면서 처벌하는 기능을 가진다고 하였다. 이러한 높은 수준의 자기비판은 결국 혼란스럽고 역기능적인 대인관계와 연결되므로(Glassman, Weierich, Holley et al., 2007) 자해의 위험요인이 되는 것이다.

4) 정신의학적 상태

자해는 조기에 발견되거나 치료되지 않으면 더욱 심각해지고, 우울, 불안 등의 정신적 증상을 동반하기 쉬우며(Hasking, Momeni, Swannell, & Chia, 2008), 섭식장애, 우울장애, 불안장애, 물질남용, 외상후 스트레스 장애, 경계성 인격장애 등과 관련되어(Jacobson & Gould, 2007; Klonsky와 Muehlenkamp, 2007)있다고 설명하기도 한다. 특히 섭식장애는 자해와 유사한 위험요인을 갖는 것으로 보고되는데, 학대경험(Muehlenkamp, Kerr, Bradley, & Adams-Larson, 2010), 강박성(Glenn & Klonsky, 2010), 우울(Svirko & Hawton, 2007), 정서조절의 어려움(Muehlenkamp et al., 2009)등의 요인들을 공통적으로 가지는 동반장애로 설명되기도 한다.

그러나 이상의 정신의학적 상태 중에서 가장 위험한 상태는 자살이라고 할 수 있다. 자살을 시도한 이들의 40-60%는 자해의 경험을 갖고 있었다고 보고된다(Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003). 물론 모든 자해의 시도가 자살에 이르는 않지만, 자살은 삶을 끝내려는 의도를 갖게 되고, 시도에 성공하게 되면 결코 되돌릴 수 없으므로 가장 강력하게 개입되어야만 한다.

5) 심리사회적 요인

정서조절이나 자기비하와 같은 개인적 요인들 외에 심리사회적 요인을 살펴보면, Wichstrom(2009)는 자살시도와 자해의 위험요인에 대해 이전의 자살시도, 어린 나이, 15세 이전의 성경험, 동성애적 관심 등이 공통요인이라고 설명한다. 또 다른 연구에서는 최근에 경험된 상실이나 거절, 독거, 부족한 사회적 지원, 가족 갈등, 가족의 자살시도, 가족간의 소통의 부재, 매체를 통한 자살 노출, 학업적응의 실패, 법적 문제, 성적 정체감 혼돈, 학대경험, 집단 괴롭힘 등이 자해에 있어 위험요인인 것으로 나타났다(Peterson, Freedenthal, & Coles, 2010). 가족요인 중에서는 특히 부모의 비난(Wedig & Nock, 2007)이나 부모와의 분리 및 사별 등의 생활 사건을 경험했을 경우에(Jacobson & Gould, 2007) 자해행동이 증가하였다. Grenklo 등(2014)은 암(cancer)으로 부모의 상실을 경험한 청소년을 대상으로 상실을 경험하기 이전과 이후에 가족 결속이 약할 경우 더욱 자해에 대한 위험이 높아진다고 하였다. 선행연구들을 살펴보면 자해에 있어서 가족 요인의 영향력을 알 수 있는데, 특히 이혼 및 사별 등의 가족의 변화에 대한 반응으로 자해가 아닌 보다 건강한 방식을 통해 적응할 수 있도록 도울 필요가 있다.

2. 자해의 보호요인

비자살적 자해의 중단 및 회복과정을 연구한 선행연구들을 통해 스스로 자해를 멈추고 조절할 수 있도록 하는데 도움이 되었던 요인들을 살펴본 결과 상처에 대한 인식, 삶의 목표, 자기의 회복, 사회적 지지로 나타났다.

1) 상처에 대한 인식

선행연구들에 의하면 자해로 인해 영구적인 흉터가 남거나, 심각한 상처를 건강하지 못한 상태로 인식하게 되는 경우에, 자해를 멈추게 되었다고 보고하고 있다. Deliberto와 Nock(2008)는 자해를 건강하지 못한 것으로 인식하면서 멈추게 되며, 특히 자해로 인한 영구적인 신체적 손상이 자해를 중단하는데 동기가 되었다고 하였다. Buser, Pitchko와 Buser(2014)도 자해를 중단한 12명의 대학생을 대상으로 자해의 회복요인에 대한 질적분석을 통해 심각한 신체

적 손상에 대한 인식이 자해의 중단에 중요하게 작용되었음을 밝혔다. 참여자들은 상처에 대한 심각성을 인식하게 되면서 스스로의 변화에 대한 필요성을 느끼게 되었다. 특히 병원 치료를 요하는 정도의 심각한 상처나 제대로 치료되지 않았던 상처의 감염으로 인해 의도하지 않았던 합병증, 영구적으로 몸에 남은 흉터 등이 새로운 인식을 하도록 만들었다. 자해는 반복되면서 상처가 아물기도 전에 다시 상처를 입게 되는 경우가 많고, 자해에 사용되는 도구들도 비위생적이거나 위험한 도구 사용으로 인해 심각한 의료적 처치가 필요한 영구적 상처가 남을 수도 있게 된다. 또한 상처 부위에 감염 등의 합병증도 동반될 수도 있다.

2) 삶의 목표

선행연구들에 의하면 자신의 삶에 대한 목표가 생기고, 보다 적극적으로 삶을 살아가고자 하는 의지가 자해의 중단에 도움이 되었다. Shaw(2006)의 연구에서는 학업적/직업적 목표가 생기고, 현재의 행동이 자신의 미래에 미칠 영향을 고려하게 되는 등 미래지향적인 관점에서의 변화를 통해 자해를 중단하게 되었다. 삶의 목표는 자신의 삶에 대한 보다 적극적인 태도를 갖게 되어 삶에 대한 만족과 연결되었는데, Rotolone과 Martin(2012)도 자해를 중단한 집단이 현재 자해를 하는 집단에 비해 삶의 만족도가 유의하게 높았다. 삶에 대한 만족은 자신의 삶에 대한 보다 자율적인 선택과 환경에서의 변화를 적극적으로 주도하게 된다. Kool, van Meijel과 Bosman(2009)는 자해를 성공적으로 중단한 12명의 임상군에 대한 면담을 통해 자해의 중단에 이르는 6단계를 설명하고 있는데, 안전한 치료적 관계의 연결 및 자해를 제한할 수 있는 환경, 자아존중감의 향상, 자신을 이해/수용하기, 자율성의 획득, 대안적 전략 학습 및 자해의 중단 순서로 나타났다. 특히 참여자들은 자신의 삶에 대한 독립적인 결정과 더불어 이전과는 다른 문제해결방식을 통해 새로운 방법을 찾고 시도하는 모습을 보였는데, 감정을 직접적으로 표현하거나, 신체적 운동, 창의적인 활동, 다른 사람들과의 사회적 교류 등을 적극적으로 해 나갔다.

3) 자기(self)의 회복

자기수용을 통해 자신에 대한 연민과 긍정적인 태도를 갖게 되었고, 이러한 자기의 회복은 자해의 중단에 중요한 요소가 되었다. Shaw(2006)는 이를 자기

주도성(self-initiative)으로 설명하는데, 심리적 통찰 및 지식을 통해 자해의 촉발 요인을 이해하고, 자기의 고유한 가치를 믿음을 통해서 신체적/심리적 안녕에 대한 관심을 가지게 되면서 이는 심리적 고통에 대한 대처 및 도움 요청 행동을 포함하는 자기 돌봄을 위한 구체적인 행동으로 나타났다. Kool, van Meijel과 Bosman(2009)의 연구도 자아존중감이 중단에 있어서 중요한 요소가 됨을 설명하였는데, 참여자들은 자아존중감이 향상되면서 자신의 강점과 재능을 발견하게 되었고, 나아가 이는 긍정적인 자아상을 갖게 되는 효과를 가져왔다. 결국 건강한 자아상을 회복하게 되면서 심리적 고통을 자해로 대처하려는 방식을 벗어나 보다 자신에게 건강하게 도움이 되는 행동을 선택하게 되는 것이다.

4) 사회적 지지

선행연구들을 통해 사회적 관계의 질에 따라 자해가 영향을 받음을 알 수 있는데, Rotolone과 Martin(2012)은 106명의 대학생을 대상으로 자해중단에 대한 사회적/개인적 요인을 탐색하였는데, 사회적 지지 및 연결이 중단에 도움이 되었다고 하였다. 특히 다른 사람을 실망시키지 않으려는 마음(Shaw, 2006), 타인으로부터의 원치 않는 주의(Deliberto & Nock, 2008), 교정적인 대인관계의 영향(Buser, Pitchko & Buser, 2014)등이 자해의 중단에 중요하게 작용되었다. 사회적으로 안전한 관계망에 소속되어 수용과 안전감을 경험하고, 서로의 경험에 대한 나눔을 통해 자신에 대한 통제감과 긍정적 정서를 경험하게 되며, 나아가 자해로부터 회복되는 변화를 경험하게 되었다.

IV. 논의 및 결론

자살학의 대가인 Shneidman(1996)은 우리의 일상에는 실패의 위협과 타인의 공격이 상존하지만, 우리가 가장 두려워하는 것은 자기파괴의 위협이라고 하였다. 그렇다면 인간이 가장 두려워하는 자기파괴의 위협에도 불구하고, 스스로가 자신의 신체에 손상을 입히는 고통스런 자해를 반복적으로 하게 되는 이유는 무엇일까? 본 연구에서는 자해의 모순되는 과정에 대해 설명하는 대표적인 이론들을 통해 자해를 반복하게 되는 이유에 대해 살펴보고, 나아가 선행

연구들에서 밝힌 자해의 위험요인과 보호요인을 정리해보고자 하였다. 결론에서는 자해의 이론과 위험요인 및 보호요인에 대한 결과를 요약하고 향후 상담의 실제적인 방향과 추후 연구를 위한 과제 등을 논의하고자 한다.

자해를 설명하는 이론 중에 가장 대표적인 이론은 Nock과 Prinstein(2004)의 4가지 기능 모델(The Four-Function Model: FFM), Nock(2009)의 통합적 이론 모델(The Integrated Theoretical Model: ITM), Chapman, Gratz, & Brown(2006)의 경험회피모델(The Experiential Avoidance Model: EAM) 등이 있다. 이들이 설명하는 자해를 시도하고 반복하는 이유를 살펴보면, 우선 자해는 개인의 정서적 상태를 조절하려는 시도라는 설명이 공통적이다. 즉 생활상의 스트레스 사건을 경험한 후에 부정적 정서 반응이 일어나게 되는데, 자해는 압도되는 정서를 완화시키고 긴장을 감소시키는 역할을 하며(Favazza, 1998), 몸에 상처를 내는 행동을 통해 고통스러운 기억이나 이러한 기억이 반복되는 플래시백을 차단하여 힘든 감각들을 마비시키고 부정적인 정서를 조절하고 완화시키는(Briere & Gil, 1998; Gratz, 2003; Linehan, 1993) 기능을 한다는 것이다. 이러한 정서조절은 특히 어린시절에 경험된 외상이나 불안정한 양육환경으로 인해 안정적인 정서조절 능력을 습득하는 것이 어려울 경우 제한적인 정서조절전략으로 인해 자해를 시도하게 된다고 설명할 수 있다. Heath 등(2008)의 연구에서도 자해집단은 정서조절전략에 대한 접근이 제한되었고, 목표지향적 행동이 어려웠으며, 충동통제가 어려웠다. 즉, 자해집단은 적응적인 대처기술이 부족하여, 제한된 정서조절전략을 통해 비효율적으로 부정적인 정서에 대처하게 된다는 것이다. 따라서 자해 상담에서 무엇보다도 부정적인 정서가 자해에 미치는 영향을 조절하거나 보호할 수 있는 전략에 대한 개입을 하거나, 보다 새로운 정서조절 능력을 습득하도록 도울 필요가 있다.

자해에 영향을 미치는 다양한 영향요인을 크게 위험요인과 보호요인으로 나누고, 각 요인들을 유목화하였다. 우선 자해의 위험요인 첫 번째는 아동기의 불안정한 양육환경, 특히 양육자와의 불안정한 관계에 주목하고 있다. Tatnell과 동료들(2014)은 12-18세 청소년을 대상으로 자해의 시작, 유지, 중단에 가장 중요한 영향을 미치는 요인은 가족지지였으며, 특히 불안정 애착이 자해의 시작과 관련이 있었다. 그러나 주의할 점은 양육과정에서의 문제나 애착유형이 자해로 연결되는 인과론적 설명보다는 양육과정에서의 경험이 어떻게 자해에 영향을 미치게 되는지 대한 다양한 사례를 중심으로 연구할 필요가 있다. 또

한 상담장면에서 상담자와의 안정된 관계경험을 통해 애착을 재형성할 수 있도록 도울 필요가 있다. 두 번째는 정서조절의 어려움으로 생활사건으로 인한 다양한 감정들을 처리하는 능력이 부족하고, 이를 적절한 수준으로 유지하고 표현하는데 제한적이라는 것이다. 또한 자해자들은 기능적으로 정서를 조절하는데 실패할 뿐만 아니라, 심리적 특성으로서 부정적인 정서가 내재되기도 한다. 자해에 영향을 미치는 것으로 보고되는 부정적인 정서에는 우울(Simeon et al., 1992), 불안(Simeon et al., 1992; Wilkins & Coid, 1991), 자신이나 타인을 향한 높은 수준의 적개심, 분노(Brittlebank et al., 1990; Hillbrand, 1995; Simeon et al., 1992)등이 있다(권혁진, 2014에서 재인용). 물론 연구 결과마다 정서적 요인에 대한 다소 상이한 결과를 나타내고 있으므로, 보다 다양한 대상을 통한 연구가 진행될 필요가 있다. Kimball과 Diddams(2007)은 자해 중단을 위해서는 단지 정서조절 전략을 하나 더 습득하는 것보다, 자해가 정서적 고통을 다루는 유일한 방법이 아닌 보다 유연하고 창의적인 전략을 적용해보도록 돕는 것이 중요하다고 지적하였다. 이에 Bentley, Nock와 Barlow(2014)는 마음챙김(mindfulness)을 통한 정서적 자각, 고통 내성 훈련, 인지적 재구성 및 재평가 등의 개입이 도움이 된다고 제안하였다. 또한 세 번째는 자기 가치에 대한 인식이 거의 없는 상태인 자기비하로, 자해는 낮은 자기가치와 낮은 자아존중감과 관련이 있었다(Klonsky & Muehlenkamp, 2007). 자기에 대한 왜곡되고 부정적인 인식은 대인관계에서도 실패감을 가져오기 쉬우며, 이러한 좌절이 자해와 연결이 될 수 있는 것이다. 따라서 이들이 보다 건강한 자기에 대한 인식을 세워나갈 수 있도록 도울 필요가 있다. 네 번째는 정신의학적 상태로 자해와 동반되는 다양한 정신적 증상들이 있다. 대표적으로 섭식장애, 우울, 불안, 외상후 스트레스 장애 등이며, 특히 섭식장애와 자해는 부정적인 자기상이라는 공통적인 요인들을 갖는다고 보고되므로, 청소년기의 섭식행동에 관심을 둘 필요가 있다. 다섯 번째는 심리사회적 요인으로 또래집단의 영향이나 부모와의 분리 및 사별 등의 생활사건이 영향을 미쳤다. 특히 청소년 시기에는 또래관계가 매우 중요한 시기로 또래의 자해 행동을 보고 따라하게 되는 학습이 일어나기 쉬우므로, 이에 대한 예방적 개입이 중요하다.

자해를 중단하게 하는 힘으로 작용되는 보호요인을 살펴본 결과, 첫 번째, 자해로 인한 상처에 대한 객관적 인식이 자해를 중단하는데 도움이 되었는데, 개인의 건강상의 문제 외에도 학업이나 취업 등의 장기적인 계획에 대한 고려

에도 영향을 미쳤다. Shaw(2006)의 연구에서 자신의 몸에 난 상처가 미래에 대한 계획에 부정적인 영향을 끼치게 되는 상황을 염려하면서 중단하게 되었다고 하였다. 즉 신체적인 상처가 자신에 대한 부정적인 인식을 가져오게 되고, 나아가 학업이나 취업 등의 장기적인 계획을 준비하는 가운데 방해요인임을 인식하면서 자해를 중단하게 되었다. 스스로가 자신의 행동에 대해 객관적으로 평가하는 태도는 행동변화를 이끄는 중요한 동인이 되므로 자해에 대한 객관적인 인식과 자해로 인한 장기적인 영향등을 평가할 수 있도록 돕는 것은 자해의 치료적 활용에 중요한 함의를 갖는다. 두 번째 요인은 삶의 목표로, 자신의 삶에 대한 태도가 달라지면서 현재 보다 더 나은 상태로 가려는 목표를 두게 되고, 이를 위해 문제를 해결하는 새로운 방식을 찾고 시도하게 되는 것으로 설명할 수 있다. Buser, Pitchko와 Buser(2014)도 보다 건강하고 새로운 환경으로의 변화를 자해의 중단에 있어서 중요한 요인으로 꼽고 있는데, 특히 변화된 환경을 통해 독립하게 되면서 스스로 선택하고 책임을 지게 되는 자율성을 획득하게 된 것이 중단으로 연결된다고 설명한다. 따라서 자신의 상처에 대한 객관적인 인식이 진로 및 직업탐색으로 이어져 구체적인 삶의 목표를 획득함을 통해 자발적으로 변화에 대한 의지를 갖도록 하는 것이 중요하다. 세 번째 요인은 자기(self)의 회복으로 자해의 중단을 돕기 위해서는 자아존중감과 회복탄력성을 높이는 것이 중요하다(Rotolone & Martin, 2012). 이들이 자해라는 행위의 결과를 넘어 자신에 대해 수용받는 경험을 통해 자신에 대한 인식을 새롭게 재정립해 가도록 도울 필요가 있다. 네 번째 요인은 사회적 지지로 Corcoran, Mewse와 Babiker(2007)는 자해의 중단에 있어 지지그룹의 역할에 주목하였다. 지지그룹의 가장 큰 역할은 ‘empowerment’였으며, 이들은 서로의 자해 경험을 공유하며, 관련된 지식 및 정보를 나누고, 서로 간에 사회적 지지를 주고 받으면서 자해를 중단하고 계속 유지하도록 돕게 되었다. 따라서 자해 중단을 위한 치료나 예방 프로그램에 있어서 지지그룹의 역할을 하나의 전략으로서 고려해보는 것도 도움이 될 것이다.

참고문헌

- 구훈정, 조현주, 이종선 (2014). 아동기 정서적 학대경험, 정서강도와 자해의 관계에서 부적응적 인지정서조절과 부정정서의 매개효과. *인지행동치료*, 14(2), 191-216.
- 권순용 (2008). 중·고교생이 지각한 자아존중감, 사회적 지지, 우울의 인과적 관계. *중등교육*, 56(2), 93-118.
- 권혁진 (2014). *비자살적 자해에 영향을 미치는 정서적·인지적 요인의 탐색*. 서울대학교 석사학위논문.
- 김수진(2016). *비자살적 자해의 시작과 중단에 대한 내러티브 탐구*. 숙명여자대학교 박사학위논문.
- 이동귀, 함경애, 배병훈 (2016). 청소년 자해행동: 여중생의 자살적 자해와 비자살적 자해. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 28(4), 1171-1192.
- 이시은 (2009). 성인애착과 정서조절 양식의 관계에 대한 자아존중감의 중재효과. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 21(4), 897- 914.
- 이지영, 권석만 (2006). 정서조절과 정신병리의 관계: 연구 현황과 과제. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 18(3), 461-193.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders. Chichester*. New York: Wiley
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638-656.
- Boergers, J., Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: Associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1287-1293.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 13(2), 71-84.

- Buser, T. J., Pitchko, A., & Buser, J. K. (2014). Naturalistic recovery from nonsuicidal self-injury: A phenomenological inquiry, *Journal of Counseling & Development*, *92*, 438-446.
- Chapman, A., Gratz, K., & Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 371-394.
- Corcoran, J., Mewse, A., & Babiker, G. (2007). The role of women's self-injury support-groups: A grounded theory. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *17*, 35-52.
- D'Onofrio, A. A. (2007). *Adolescent Self-Injury*. New York: Springer Publishing Company.
- Erin, P., & Miriam, L. (2009). Exploring the motivations behind self-injury. *Counseling Psychology Quarterly*, *22*(2), 233-241.
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry (2nd ed.)*. Baltimore, London: Johns Hopkins University.
- Favazza, A. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *186*, 259-268.
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlate of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, *66*(6), 477-493.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Holley, J. M., Delibetto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, nonsuicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*, *45*, 2483-2490.
- Glenn, C., & Klonsky, E. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders*, *1*, 67-75.
- Gollust, S. E., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American college health*, *56*(5), 491-498.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and*

Practice, 10(2), 192-205.

Grenklo, T. B., Kreicbergs, U., Valdimarsdóttir, U. A., Nyberg, T., Steineck, G., & Fürst, C. J. (2014). Self-injury in youths who lost a parent to cancer: nationwide study of the impact of family-related and health-care-related factors. *Psycho-Oncology*, 23, 989-997.

Hasking, P., Momeni, R., Swannell, S., & Chia, S. (2008). The nature and extent of non-suicidal self-injury in a non-clinical sample of young adults. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 208-218.

Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 137-156.

Jacobson, C. M., & Batejan, K. (2014). Comprehensive theoretical models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock(Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. (pp. 308-320). Oxford, UK: Oxford University Press.

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.

Kimball, J. S., & Diddams, M. (2007). Affect regulation as a mediator of attachment and deliberate self-harm. *Journal of College Counseling*, 10, 44-53.

Kool, N., van Meijel, B., & Bosman, M. (2009). Behavioral change in patients with severe self-injurious behavior: A patient's perspective. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 25-31.

Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder (Diagnosis and treatment of mental disorder)*. New York: Guilford Press.

Muehlenkamp, J. J., & Kerr, P. L. (2009). Understanding a complex web: How

- non-suicidal self injury and suicide attempts differ. *Prevention Research*, **17**, 8-10.
- Muehlenkamp, J. J., & Kerr, P. L., Bradley, A., & Adams-Larson, M. (2010). Abuse subtypes and non-suicidal self-injury: Preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **198**, 258-263.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, **18**, 78-83.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). *Non-suicidal self-injury: Definition and classification*. In M. K. Nock(Ed.), Understanding nonsuicidal self-injury (pp. 9-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **72**, 885-890.
- Peterson, J., Freedenthal, S., & Coles, A. (2010). Adolescents Who Self-Harm: How to Protect Them from Themselves. *Current Psychiatry*, **98**, 15-27.
- Rotolone, C., & Martin, G. (2012). Giving up self-injury: A comparison of everyday social and personal resources in past versus current self-injurers. *Archives of Suicide Research*, **16**, 147-158.
- Shaw, S. N. (2006). Certainty, revision, and ambivalence: a qualitative investigation into women's journeys to stop self-injuring. *Women & Therapy*, **29**(1/2), 153-177.
- Sher, L., & Stanley, B. (2008). The role of endogenous opioids in the pathophysiology of self-injurious and suicidal behavior. *Archives of Suicide Research* **12**(4), 299-308.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Stepp, S. D., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., Reynolds, S. K., Reed, L. I., & Pilkonis, P. A. (2008). The role of attachment style and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide and Life-Threatening*

- Behavior*, **38**(5), 592-607.
- Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, **37**, 409-421.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal Abnormal Child Psychology*, **42**, 885-896.
- Trevor J. B., & Juleen K. B. (2013). Conceptualizing nonsuicidal self-injury as a process addiction: Review of research and implications for counselor training and practice. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, **34**, 16-29.
- Turner, B., Chapman, A., & Gratz, K. (2014). Why Stop Self-Injuring? Development of the Reasons to Stop SelfInjury Questionnaire. *Behavior Modification*, **38**(1), 69-106.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, **148**, 1665-1671.
- Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **46**, 1171-1178.
- Wichstrom, L. (2009). Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: Similar or different? *Archives of Suicide Research*, **13**, 105-122.
- Zila, L. M., & Kiselica, M. S. (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development*, **79**(1), 46-52.

-Abstract-

A Review of the Risk and Protection Factors of Non-Suicidal Self-Injury

Kim, Soo-Jin

Dongshin University

Non-suicidal self-injury(NSSI) is an act of causing damage to one's own body part intentionally without the idea of death(Nock, 2009). There is a recent rising trend of self-injury cases among adolescents, but Korea is in shortage of research on the self-injury of adolescents. This study thus set out to review previous studies on self-injury home and abroad and examine risk and protection factors to influence the NSSI. First of all, the study investigated the reasons why they would repeat self-injury despite the pain in theoretical aspects with the four-function model, integrated theory model, and experience avoidance model, which are representative theories to explain NSSI. The findings were arranged around the risk factors of self-injury including the upbringing environment during childhood, difficulties with emotional regulation, negative self-image, psychiatric state, and psychosocial factors and also the protection factors of self-injury including the perceptions of wounds, life goals, recovery of self, and social support. Furthermore, it proposed more practical directions for the prevention and counseling of self-injury and discussed tasks for follow-up study.

*** Key words:** non-suicidal self-injury(NSSI), risk factor, proection factor