creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

간호학 석사 학위논문

비자살적 자해 경험:
정신과 병동 입원 청소년을
대상으로

2023년 2월

서울대학교 대학원
간호학과 정신간호학 전공
정 주 애

비자살적 자해 경험:
정신과 병동 입원 청소년을
대상으로

지도 교수 최 희 승

이 논문을 간호학 석사 학위논문으로 제출함
2023년 2월

서울대학교 대학원
간호학과
정 주 애

정주애의 간호학 석사 학위논문을 인준함
2022년 12월

위 원 장 김성재 (인)

부위원장 최선미 (인)

위 원 희 희승

국문초록

2010년 후반에 들어와 우리나라에서는 자해 대유행(self-injury epidemic)이라는 말이 생겨날 정도로 자해가 널리 퍼져 문제가 되어 왔다. 하지만 자해와 관련된 간호학적 연구나 실무 지침, 제도 등이 부족한 상황이다. 더욱이 정신과 입원 청소년은 정신과적 질환을 동반하고 있고 감정조절 능력이 부족하며, 스트레스 상황에 빈번하게 노출되어 왔다는 점 등에서 자해에 취약한 집단으로 볼 수 있으며, 지역사회 자해 청소년에 비해 심각한 자해 경험을 가지고 있다. 이에 본 연구는 소아청소년 정신과 병동에 입원한 청소년을 대상으로 하여 이들이 경험해 온 비자살적 자해는 어떠한 지 탐색하여 그 현상을 이해하고 간호 중재 전략 수립에 기초자료를 마련하고자 시도되었다.

본 연구는 참여 대상자가 속한 병원의 연구윤리심의위원회(IRB)의 심의를 받은 후 수행하였고, 2019년 3월부터 2020년 1월까지 참여자를 모집하였다. 소아청소년 정신과 병동에 입원 중인 비자살적 자해 과거력이 있는 청소년 9명을 대상으로 개별 심층 면담을 통해 자료를 수집하였다. 내용분석 방법을 통해 자료를 분석하였고 도출한 20개의 주제를 6개의 범주로 묶어볼 수 있었다. 도출한 범주는 '긍정적인 효과에 대한 기대로 자해에 휘말림', '나의 힘듦을 모두가 알아주었으면 함', '칼 앞에서 요동치는 감정과 아무도 이해하지 못하는 현실', '터닝 포인트', '상처없이 그대로 간직하고 싶은 몸이 됨', '자해에서 한 발 떨어짐'이었다.

본 연구 결과를 통해 자해의 시작에 영향을 준 요인과 자해의 의미를 알 수 있었고, 자해의 순간에 대한 묘사를 참여자들의 언어로 생생하게 들을 수 있었다. 참여자들이 병원까지 오게 된 여정은 길고도 힘든 시간이었고 치료적 환경은 참여자들에게 중요한 기회라고 볼 수 있었다. 참여자들은 입원 전 자해에 매몰되어 보이지 않던 것들을 입원 후 되돌아볼 수 있었다. 한편, 참여자들은 입원 치료의

한계점을 언급하였고, 이는 참여자들이 입원 전 기대한 치료의 목표와 병동 현실과의 괴리 및 병동의 현주소를 보여주었다. 마지막으로, 자해의 시작부터 입원 전까지의 지역사회 환경에서 자해의 보호요인은 무엇이 있었는지 확인할 수 있었다.

이러한 결과에 대한 고찰을 통해서는 간호 영역과 관련된 구체적인 방향성을 제시하였다. 자해의 조기 발견과 조기 개입의 핵심에 가족과 교사가 있으며, 참여자들을 치료까지 이끌어올 수 있었던 부분은 자해 여정에서 중요한 터닝 포인트가 되었음을 알 수 있었다. 참여자들은 입원 치료를 통해 자해에 대한 긍정적인 변화를 경험한 반면, 일부 한계점에 대해서도 언급하였다. 부정적인 의료진의 태도, 행동 수정 요법(Behavior Modification) 기반의 병동 규칙 적용, 전문적인 자해 프로그램의 부재가 입원 치료의 한계점으로 드러났다. 간호사는 행동 수정 요법 기반의 접근법을 넘어서서 자해 청소년에 대해 깊이 있게 탐색하고자 하는 자세와 공감해주는 태도를 가지고 접근하는 것이 필요함을 알 수 있었다. 자해 프로그램 개발 시에는 환자들의 요구도를 파악하는 것이 선행되어야 하며 간호 실무 영역에서 전문성이 더욱 필요함에 대해 언급하였다. 마지막으로, 참여자들이 퇴원 후 돌아갈 지역 사회에 체계적인 지지체계가 필요함에 대해 고찰하였다.

이를 통해 정신과 병동에 입원한 자해 청소년의 자해 경험에 대한 이해를 도모하였고, 이는 자해 청소년에 대한 돌봄을 제공하는 간호 실무 영역에서 간호 중재 전략을 수립할 때 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다. 아울러 추가적인 연구가 필요한 진단으로 분류되어 있는 비자살적 자해에 대한 이해를 도울 것으로 기대한다.

주요어 : 비자살적 자해, 자해, 청소년, 정신과, 입원, 질적연구
학 번 : 2017-25622

목 차

국문초록 i

Ⅰ. 서 론 1
1. 연구의 필요성 1
2. 연구의 목적 3

Ⅱ. 문헌고찰 4
1. 비자살적 자해의 정의와 역학 4
2. 비자살적 자해의 관련 요인 5
1) 개인 내적 요인 5
2) 대인 관계 요인 6
3. 비자살적 자해의 결과 6
4. 청소년의 비자살적 자해 관련 선행 연구 8
5. 비자살적 자해의 통합적 이론 모델(Integrated Theoretical Model of the Development and Maintenance of NSSI) 11

Ⅲ. 연구방법 16
1. 연구설계 16
2. 연구 참여자 16
3. 자료 수집 방법 17
4. 자료 분석 방법 18
5. 연구자의 준비 20
6. 윤리적 고려 20

Ⅳ. 연구결과 22
1. 연구 참여자의 일반적인 특성 22
2. 비자살적 자해 경험 25

1) 긍정적인 효과에 대한 기대로 자해에 휘말림: 자해의 시작 27
2) 나의 힘듦을 모두가 알아주었으면 함: 자해의 의미 30
3) 칼 앞에서 요동치는 감정과 아무도 이해하지 못하는 현실
: 자해의 순간과 주변 반응 35
4) 터닝 포인트: 나를 이해해 줄 새로운 환경을 생각하게 됨 43
5) 상처없이 그대로 간직하고 싶은 몸이 됨: 치료적 환경으로
인한 변화 46
6) 자해에서 한 발 떨어짐: 자해의 보호요인 54

V. 논 의 58
1. 정신과 병동에 입원한 청소년의 비자살적 자해 경험.....59
2. 연구의 제한점 70
3. 간호학적 의의 70

VI. 결론 및 제언 72
1. 결론 72
2. 제언 74

참고문헌 76

부 록 84

Abstract 91

표 목차

Table 1. The General Characteristics of the Participant..... 22
Table 2. Characteristics of First NSSI Experience 24
Table 3. Categories and Themes of Experiences of Inpatient Adolescent's NSSI.....26

그림 목차

Figure 1. Integrated theoretical model of the development and maintenance of NSSI(Nock, 2009).....15

부록 목차

부록 1. 생명윤리위원회 심의결과 통보서.....84
부록 2. 연구대상자 설명문 및 동의서.....86
부록 3. C-SSRS 도구 사용 승인.....90

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

비자살적 자해(non-suicidal self-injury, NSSI)는 죽고자 하는 의도 없이, 직접적이고 고의적으로 신체를 반복적으로 훼손하는 행위를 말한다(권혁진, 2014; 안영신, 송현주, 2017). 우리나라에서는 2010년 후반에 들어와 자해 대유행(self-injury epidemic)이라는 말이 생겨날 정도로 자해가 널리 퍼져 문제가 되고 있다. 소셜네트워크서비스(Social Network Service, 이하 SNS)를 통해 자해 사진이 노출되고 자해를 묘사하는 노래가 버젓이 흘러나와 청소년들의 모방 심리를 더욱 자극하고 있다. 또래 문화의 영향을 많이 받는 청소년에게서 자해 문제는 더욱 심각하여, 안영신과 송현주(2017)가 지역사회 중·고등학생 680명을 대상으로 실시한 국내 연구에서는 대상자의 22.8%가 자해 경험이 있는 것으로 나타났다. 2021년 통계 자료에 의하면 “청소년 상담복지센터, 청소년 쉼터 및 자립지원관, 학교 밖 청소년지원센터, 소년원 및 보호관찰소, 아동보호전문기관”과 같은 위기청소년 지원기관을 이용한 청소년의 33.9%가 자해 경험이 있는 것으로 나타났다(통계청, 2022). 비자살적 자해를 보이는 청소년의 70%가 자살까지 시도하기 때문에(Nock & Kessler, 2006b), 청소년 사이에서 자해가 놀이나 인증 수단으로 만연해지고 있는 현상을 바라만 보기에는 그 결과가 너무나 치명적이다.

특히 정신과 입원 청소년의 경우 자해의 심각성이 높고 중독적인 성격을 갖고 있으며(Chapman et al., 2006; Nock & Prinstein, 2004; Sher & Stanley, 2008), 1년에 50회 이상 자해를 시도할 정도로 자해 빈도가 높다(Nock & Prinstein, 2004; Whitlock et al., 2006). 정신과 입원 청소년은 지역사회 청소년에 비해 감정 조절 능력이 부족하며, 원치 않는 스트레스 상황을 자주

경험해온다. 자해는 원치 않는 정서적 각성을 회피하기 위해 이루어지기도 하는데, 자해를 할 때 내인성 아편제(endogenous opioids)가 방출되어 원치 않는 정서로부터 분산시킬 수 있기 때문이다. 아동학대나 정신질환까지 자해의 원거리 위험 요인으로 볼 수 있고(Nock, 2009), 신체적 · 정서적 학대와 같은 아동기의 역경은 여성 청소년에게서 비자살적 자해 행동을 높이는 것으로 나타났다(권국주, 2020). 특히 물질관련 및 중독장애, 우울장애를 겪는 청소년에게서 자해행동은 빈번하게 나타났다(Groschwitz et al., 2015; Sevecke et al., 2017). 즉, 동반되는 정신 건강 문제가 있는 정신과 입원 청소년의 경우 자해에 취약하다고 할 수 있다(Thomassin et al., 2017a).

자해 문제의 심각성을 반영하여 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)에서는 비자살적 자해를 추가적인 연구가 필요한 진단으로 분류하고 있다(APA, 2013). 국외에서는 청소년을 대상으로 한 비자살적 자해 연구가 활발하게 이루어지고 있지만 국내 연구는 매우 부족한 실정이다. 청소년 자해를 주제로 한 국내 연구는 1967년부터 2010년까지 전무하며(이동훈 외, 2010), 2010년부터 2021년까지 학술지에 게재된 논문은 총 68편에 불과하다(이지영, 2022). 심리학, 상담학, 청소년학 등 간호학과 인접한 학문 분야에서 청소년 자해와 관련된 연구를 찾아볼 수는 있으나, 연구 대상이 전부 지역사회 청소년이다(김수진, 김봉환, 2015; 안영신, 송현주, 2017; 이동귀 외, 2017). 간호학 분야에서는 2021년이 되어서야 관련 연구가 2편 이루어졌으며, 사례관리를 하는 현장전문가를 대상으로 한 연구(정여원 외, 2021), 지역사회 초등학생 고학년을 대상으로 한 연구가 있다(신지혜, 김석선, 2021). 이는 자해 문제가 만연해 있는 사회적 현상에 대해 간호학뿐만 아니라 인접 학문 분야에서 관심을 기울일 필요가 있음을 나타내 주며 정신과에 입원한 자해 청소년들이 연구의 사각지대에 놓여 있음을 보여준다.

이와 같은 이유로 정신과 입원 청소년을 대상으로 한 연구는 절실하지만,

현재까지 국내에서는 이들을 대상으로 한 간호학 연구가 이루어지지 않았다. 비자살적 자해는 다양한 요인이 관여하는 것으로 알려져 있고, 자해를 똑같은 방법으로 하더라도 그 의미가 다를 수 있기 때문에 차별적인 치료를 위해서는 자해 이면에 있는 의미를 파악할 필요가 있다(권혁진, 2014). 이에 본 연구는 소아청소년 정신과 병동에 입원한 비자살적 자해 경험이 있는 청소년을 대상으로 하여 그들의 자해 경험에 대해 살펴보고자 한다.

2. 연구의 목적

소아청소년 정신과 병동에 입원한 비자살적 자해 경험이 있는 청소년을 대상으로 자해의 시작부터 입원까지의 구체적인 경험에 대해 탐색하여 그 현상을 이해하고 간호 중재 전략을 수립하는데 기초자료를 마련하고자 한다.

Ⅱ. 문헌고찰

1. 비자살적 자해의 정의와 역학

광범위한 의미의 자해는 의도적으로 자기 자신에게 신체적 또는 심리적 상해를 입히는 모든 행동을 포함하며, 자해는 자살 의도의 유무와 몇 가지 특성에 따라 자살시도와 비자살적 자해로 구분할 수 있다. 자살 의도가 있는 자해인 자살시도(suicidal attempt)는 생을 마감하고 싶은 것이 목적이고 미리 신중하게 계획하는 경향이 있는 반면, 자살 의도가 없는 자해인 비자살적 자해는 강한 통증이 목적이며 대개 계획 없이 빠르게 일어난다(Nock, 2010). 본 연구에서는 자살 의도가 없는 자해행동에 담긴 의미를 알고자 하므로 비자살적 자해에 대해 살펴보고자 하며, 안영신과 송현주(2017), 권혁진(2014)의 연구에서와 같이 비자살적 자해를 죽고자 하는 의도 없이, 직접적이고 고의적으로 신체를 반복적으로 훼손하는 행위로 정의하고자 한다.

자해는 여러 정신질환에서 폭넓게 나타나고 있어(Hintikka et al., 2009; Nock et al., 2006a), 임상 면담에서 자해에 대한 사정은 필수적이다. 자해가 모든 연령대에서 나타날 수 있지만, 14-24세에서 자해 비율이 가장 높다(Klonsky & Muehlenkamp, 2007). 유병률을 살펴보면, 지역사회 청소년 및 대학생의 13-45%(Heath et al., 2008; Plener et al., 2009), 정신과 입원 청소년의 경우에는 30-75%(Guerry & Prinstein, 2010; Kaess et al, 2012), 정신과 외래에서 우울감을 주호소로 방문한 청소년의 42.5%에서 비자살적 자해를 경험해온 것으로 나타났다(김경미, 2019).

한편, 청소년의 자해와 관련된 국가 차원의 역학 조사는 부족한 실태이다. 질병관리청에서 주관하는 '청소년건강행태조사'의 정신건강과 관련된 영역에서 자해

관련 조사는 이루어지지 않고 있으며(질병관리청, 2022b), “표준화된 정보수집 방법이 없기 때문에 신뢰성 있는 자해 현황을 파악하는 것은 어려운 실정”이다(질병관리청, 2022a).

비자살적 자해의 빈도는 연구 대상과 성별에 따라 다르게 나타났는데, 지역사회 청소년들은 평생 동안 10회 미만의 빈도를 보이는 반면, 정신과에 입원한 청소년 집단에서는 최근 1년 간 50회 이상의 빈도를 보고할 정도로 큰 차이를 보였다(Nock & Prinstein, 2004; Whitlock et al., 2006). 성별에 따른 빈도를 보면, 여성 청소년이 남성 청소년에 비해 자해행동 빈도가 더 높은 것으로 나타났다(Bresin & Schoenleber, 2015; Monto et al., 2018).

2. 비자살적 자해의 관련 요인

자해의 이유는 다양하기 때문에 차별적인 치료를 위해서는 자해 이면에 있는 이유를 파악할 필요가 있다(권혁진, 2014). 선행 연구를 살펴보면, Nock(2009)은 비자살적 자해의 통합적 이론 모델을 통해 개인 내적 취약 요인과 대인 관계적 취약 요인이 자해와 관련되는 것으로 설명하였고, 권혁진(2014)은 자해를 하는 이유를 개인 내적 요인과 사회적 요인으로 나누어 제시하였다.

1) 개인 내적 요인

비자살적 자해가 부정적 정서 상태를 경감시키기 위한 목적이거나 개인이 원하는 생리적 상태·감정을 만들어 내기 위한 목적으로 행해지는 경우, 개인 내적 요인에 의한 것으로 볼 수 있다(Nock & Prinstein, 2004). 자해는 스스로를 위로하는 기능이 있어 자해를 하는 것이 정서적인 고통을 피하게 하는데, 청소년들은 이러한

방법이 좋지 않은 대처방법임을 알고 있음에도 자해를 통해 얻는 일시적이고 중독적인 안도감으로 자해를 하게 된다. 또한 내가 지금 여기 있음을 느끼기 위해서, 내가 무엇인가를 느낄 수 있는지 알아보려는 의도로, 스스로를 처벌하기 위해 자해를 하게 된다(권혁진, 2014; 김수진, 김봉환, 2015; Young et al., 2017).

2) 대인 관계 요인

비자살적 자해는 자신의 감정을 주변에 알리려는 의미와 감추려는 양면적인 특성을 가지고 있는데, 비자살적 자해가 대인 관계적인 요구를 피하기 위한 목적, 또는 관심을 끌거나 원하는 것을 얻기 위한 목적으로 행해지는 경우, 대인 관계 요인에 의한 것으로 볼 수 있다(김수진, 김봉환, 2015; Nock & Prinstein, 2004; Nock, 2009).

특히, 또래 간 유대를 중시하는 청소년에게서 따돌림이나 부정적 대인 관계는 비자살적 자해의 위험요인인 것으로 나타났으며(Brown, 2017; Nice, 2012), 인터넷과 같은 미디어를 통해 자해를 처음 접하거나 청소년 고유의 하위 문화의 영향으로 비자살적 자해를 시작하게 된다는 연구 결과가 있다(Young et al., 2014). 2010년 후반에 들어와 국내에서 문제시 되고 있는 청소년들 사이의 자해 인증, 자해 놀이와 같은 부정적 문화가 생기는 현상도 Nock(2009)의 사회적 학습 가설을 통해 설명할 수 있으며, 비자살적 자해와 관련된 대인 관계 요인으로 볼 수 있다.

3. 비자살적 자해의 결과

비자살적 자해의 방법으로는 칼이나 면도기와 같은 날카로운 도구를 이용하여

피가 날 때까지 피부를 긋거나 긁는 것이 가장 흔하며, 몸을 어딘 가에 부딪치게 하거나 자신을 때리는 행동, 피부를 태우거나 피부 밑에 물체를 삽입하는 방법으로도 나타난다. 또한 자해를 하는 신체 부위는 팔, 손, 손목, 허벅지, 복부 순으로 많이 나타나는 것으로 보고되었다(Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock et al., 2006). 만일 자해 상처가 적절히 관리되지 않는다면 상처 부위는 감염이나 이차적인 질병과 같은 심각한 문제를 초래할 수 있다. 자해의 방법, 도구, 부위에 대한 사정은 자해의 심각성 및 결과와 연관되며 자해와 관련된 안전 계획을 수립할 때 물리적인 위험요인을 차단하는데 도움이 될 수 있기에 자해 형태를 살펴보는 과정은 자해 사정 시 필수적인 부분이라고 할 수 있다.

자해는 경도, 중등도/중증도로 심각성을 나눌 수 있으며, 정신과 병동에 입원한 청소년이 지역사회 청소년에 비해 더 심각한 자해를 경험해 온 것으로 나타났다(Nock & Prinstein, 2004). 또한 자해가 내인성 진통제(endogenous opioids) 역할을 하여 심리적 고통을 신체적 고통이 대신하는 기능이 있으며, 이는 자해가 반복되는 중독적인 특성을 갖게 만든다고 설명한 연구도 있다(Roth et al., 1996). 자해행동이 중독적으로 나타나게 되면 그 빈도나 심각성에도 영향을 미쳐 심각한 결과를 낳게 된다.

비자살적 자해는 자해행동이 반복적으로 이루어져 습관화되고, 자살의도는 없이 시작하지만 고통과 자살에 대한 두려움이 무뎌 지면서 결국 자살에 대한 위험이 증가할 수 있다는 연구 결과가 있다(안영신, 송현주, 2017; Joiner, 2005). 또한 질병의 심각성으로 인해 자살시도로 이어질 가능성이 높으며 이는 사망 위험을 증가시킨다. 자해를 시도하는 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살할 가능성이 30배나 높다(Wilkinson & Goodyer, 2011). 통계청에서는 '사망원인통계' 중 고의적 자해(자살)로 인한 연령별 사망자 수를 2022년부터 파악하고 있는데, 19세 이하 연령층에서 2022년 1/4, 2/4분기에 160명이 고의적 자해로 사망한 것으로 나타났다(통계청, 2022). 이처럼 자해는 심각한 결과를 내포하고 있기에 관련된

조사와 연구가 절실하다.

4. 청소년의 비자살적 자해 관련 선행 연구

국외에서는 청소년을 대상으로 한 비자살적 자해 연구가 활발하게 이루어지고 있다. 선행된 양적 연구를 살펴보면, 자해의 성별에 따른 차이에 대한 연구(Monto et al., 2018), 자해의 위험 요인과 예방 요인, 간호사의 역할에 대한 연구(Durand & McGuinness, 2016), 자해 청소년에 대한 간호사의 태도와 감정에 대한 연구(Pintar Babič et al., 2020), 정신과 입원 경험이 있는 비자살적 자해 청소년의 유병률, 성별 요인, 동반 이환에 대한 연구(Sevecke et al., 2017), 지역사회 청소년의 비자살적 자해 특징과 기능에 대한 연구(Lloyd-Richardson et al., 2007) 등 다양하다. 질적 연구로는 비자살적 자해를 하는 청소년의 정서, 갈등 방식, 부모와의 관계를 현상학적 방법으로 탐구한 연구(Holley, 2015)와 청소년들의 자해와 관련된 주요 요인들에 대해 탐구한 근거이론 연구(Nice, 2012) 등이 있다.

국외에서 자해 관련 연구가 다양하게 이루어지고 있는 반면, 국내 간호학 분야에서는 2021년이 되어서야 자해 관련 연구가 2편 이루어졌다. 사례관리를 하는 현장전문가를 대상으로 한 연구(정여원 외, 2021)와, 지역사회 초등학생 고학년을 대상으로 한 연구(신지혜, 김석선, 2021)로, 자해 청소년만을 대상으로 하거나 정신과 입원 청소년을 대상으로 한 연구는 부족하다.

본 연구의 주제와 밀접하게 관련 있는 국외 연구의 내용을 구체적으로 살펴보면, 자해 청소년에 대한 간호사의 태도와 감정에 대한 연구(Pintar Babič et al., 2020)에서 자해 경험이 있는 정신과 입원 청소년을 마주할 때 간호사는 무력감과 불확실성을 경험하였음에도 불구하고 이들에 대한 전반적인 태도와 감정이 부정적이지 않은 것으로 나타났다. 즉, 자해 청소년에게 긍정적으로 다가가는

치료자가 존재하는 정신과 병동은 이들에게 변화를 이끌어 낼 수 있는 토대가 되는 새로운 환경이라고 말할 수 있다. Durand와 McGuinness(2016)도 자해의 위험 및 예방 요인 관련된 연구에서 간호사의 역할에 대해 언급하였다. 연구에 의하면 자해 청소년의 부모는 자녀의 자해 증상에 대해 과소평가하지만 실제 자해는 부모의 예상보다 더욱 심각한 것으로 나타났다. 심지어 자해 청소년은 자신에게 도움을 줄 수 있는 전문가를 만났을 때에도 자해를 해 온 경험에 대해서 좀처럼 드러내려 하지 않는 것으로 밝혀졌다. 자해 청소년에게 자해의 의미를 파악하는 것은 돌봄을 제공하는 간호사에게 필수적인 부분이며 자해의 위험한 결과로부터 거리를 두게 한다는 것에 의의가 있다. 하지만 이들이 자해 경험에 대해 숨기려 하기 때문에 라포(rapport)를 형성하는 일이 선행되어야 한다(Durand & McGuinness, 2016). 부모나 전문가에게도 숨기고 싶어하는 자해에 대해 파악하고 그 의미를 알아가는 과정은 꼭 필요하지만 결코 쉽지 않기에, 상처 뒤에 숨겨진 힘듦은 무엇인지 서서히 알아가는 과정에서 정신과 간호사의 역량이 요구된다.

비자살적 자해 청소년을 대상으로 한 Holley(2015)의 현상학적 연구에 의하면, 자해 청소년은 일시적으로 정서를 완화시키기 위해 자해를 사용하고, 그 결과 긍정적인 감정뿐만 아니라 부정적인 감정까지 모두 억제하는 것으로 나타났다. 자해 청소년은 갈등의 시작, 관리, 해결 자체를 회피하는 태도를 보였으며, 이들의 자해 행동 기저에 있는 정서 조절 문제를 근본적으로 해결하기 위해서는 치료적 접근이 필요하다고 강조하고 있다. 또한 동반되는 우울이나 불안과 같은 정신과적 증상이 간과되지 않도록 함께 파악해야 하고 심각해 보이지 않은 자해 증상이더라도 조기 개입이 필요함에 대해서도 시사하고 있다.

현재 DSM-5에서는 비자살적 자해가 추가적인 연구가 필요한 진단으로 분류되어 있어 임상에서는 자해를 기분장애와 같은 정신과적 질병의 증상으로 보고, 이와 관련된 도구로 증상을 평가한다. 청소년의 기분장애를 사정할 때 사용하는 도구로는 Children's Depression Rating Scale, Revised(CDRS-R), Children's

Depression Inventory(CDI), The Beck Depression Inventory(BDI), The Columbia Suicide Severity Rating Scale(C-SSRS), Mood and Feeling Questionnaire Child Version, Child Behavior Checklist(CBCL)가 있고, 이들 도구는 자살사고에 대한 항목은 포함하지만 자해와 관련된 항목은 포함하고 있지 않다. 자해 항목이 존재하는 Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children(K-SADS)에서도 자해 경험의 유무, 방법, 이유, 심각도, 빈도를 간단히 점수화 할 뿐 그 역동을 구체화한 진술문은 포함하지 않는다. 물론 자해를 측정할 수 있는 대표적인 심리측정 도구들이 존재하지만 종합적인 평가가 어려워 사용빈도가 낮다. Linehan et al.(2006)가 개발한 The Suicide Attempt Self-Injury Interview(이하 SASⅡ)와 Gratz(2001)가 개발한 Deliberate Self-Harm Inventory(이하 DSHI), Lloyd et al.(1997)가 개발한 The Functional Assessment of Self-Mutilation(이하 FASM) 등이 있는데, 이러한 도구들 중 SASⅡ는 구조화된 면접 도구이지만 자해 이유와 관련된 부분을 포괄적으로 측정하지 못하고, DSHI의 경우 자해 이유, 목적과 관련된 부분은 측정하지 못한다는 한계점이 있다.

그동안 국내에서 비자살적 자해를 특정적으로 측정하는 도구가 없었는데, 권혁진(2014)이 자해 기능 평가지(FASM)를 번안, 타당화하여 지역사회 대학생들을 대상으로 비자살적 자해의 빈도, 방법의 심각성, 이유를 측정하는 연구를 시행하였다. 연구 결과, 분노와 자해의 연관성이 높다는 것을 알 수 있고, 차별적인 치료를 위해 자해 이유를 파악하는 것이 중요하다고 강조하고 있다. 또한 안영신, 송현주(2017)도 FASM 등을 이용하여 지역사회 청소년을 대상으로 자해 빈도, 이유, 방법의 특성에 대해 연구를 시행하였다. 하지만 위의 선행 연구들에서 사용한 FASM를 통해서는 자해를 시작한 이유, 자해 시작에 영향을 준 사람, 관련된 과거 사건, 자해를 하면서 느끼는 감정을 사정하는데 한계가 있다. 더욱이 대상이 청소년인 경우, 기존의 도구만으로는 공유나 모방과 같이 청소년들에게 고유하게

나타나는 역동을 이해하기 어렵다. 이러한 도구의 한계로 인해 지금까지 시행된 양적연구만으로 청소년의 비자살적 자해를 이해하는 데는 한계가 있으며, 증상 정도를 측정하는 도구가 미흡한 점은 앞으로 이루어질 연구의 한계와 방향성을 제시한다.

따라서 자해의 시작에 영향을 준 요인과 자해의 의미를 포괄하는 연구가 필요하며, 본 연구에서는 심층 면담을 통해 이와 관련된 부분을 탐색하였다.

5. 비자살적 자해의 통합적 이론 모델(Integrated Theoretical Model of the Development and Maintenance of NSSI)

본 연구의 주제가 되는 비자살적 자해에 대한 이해를 도울 수 있는 대표적인 이론은 Nock(2009)의 비자살적 자해의 통합적 이론 모델(Integrated Theoretical Model of the Development and Maintenance of NSSI)이다. Nock(2009)의 비자살적 자해의 통합적 이론 모델은 관련 연구들을 통합하고, 비자살적 자해와 관련된 요소들에 대해 설명한다. 이 모델에서 설명하는 비자살적 자해의 기능과 위험 요인, 취약 요인들을 통해 왜 사람들이 비자살적 자해를 하는지 알 수 있다. 모델의 내용을 요약하자면, 자해의 원거리 위험 요인으로 인해 개인 내적, 대인 관계적 취약성을 가지고 있는 개인이 스트레스 반응을 조절하기 위해 자해를 하게 된다고 볼 수 있다. 또한 모델의 각 부분은 아래와 같이 설명할 수 있다.

첫째, 아동학대와 정신질환과 같은 유전적 질환뿐만 아니라 가족의 적대적, 비난적 태도까지 자해의 원거리 위험 요인(Distal Risk Factors)으로 볼 수 있다. 여기서 원거리 위험 요인은 개인 내적, 대인 관계적 취약 요인의 관련성을 증가시킨다(Nock, 2010). 본 연구의 대상이 되는 정신과 입원 청소년은 정신과적 문제를 가지고 있다는 점에서 모델의 원거리 위험 요인과 연관 지어 볼 수 있을

것이다.

둘째, 개인 내적 취약 요인(Intrapersonal Vulnerability Factors)은 높은 수준의 고통스러운 정서나 인지, 낮은 고통 내성을 말하며, 자해를 통해 부정적 정서 상태를 감소시키거나 개인이 원하는 감정을 만들어내는 것을 의미한다. 대인 관계적 취약 요인(Interpersonal Vulnerability Factors)은 의사소통기술이나 사회 문제 해결 능력이 부족한 것을 말하며, 자해를 통해 대인 관계적인 요구를 피하거나 원하는 것을 얻으려는 것을 의미한다(Nock, 2009; Nock 2010). 또한 개인 내적 취약요인과 대인 관계적 취약 요인은 Nock과 Prinstein(2004)의 4가지 기능 모델과도 밀접하게 연관되고 있다.

셋째, 스트레스 반응(Stress Response)은 근거리 위험요인으로서, 스트레스 사건이 과부화나 각성 저하를 유발하는 경우 혹은 스트레스 사건이 사회적 요구를 감당하지 못하는 경우를 말한다(Nock, 2009).

넷째, 자해 관련 취약 요인(NSSI-Specific Vulnerability Factors)으로는 6가지 가설이 있으며, 사회적 학습 가설(Social Learning Hypothesis), 자기 처벌 가설(Self-Punishment Hypothesis), 사회적 신호 가설(Social Signaling Hypothesis), 실용적 가설(Pragmatic Hypothesis), 진통/아편제 가설(Pain Analgesia/Opiate Hypothesis), 암묵적 동일시 가설(Implicit Identification Hypothesis)이 해당된다. 먼저, 사회적 학습 가설은 다른 사람의 행동을 관찰하거나 배움으로써 영향을 받은 것을 말한다. 청소년기의 경우 또래 행동이 강력한 영향을 미치기 때문에 사회적 학습 가설로 설명되는 부분이 많다. 예를 들어 자해 인증, 자해 놀이와 같은 부정적 문화가 생기는 문제가 이 가설로 설명된다. 자해를 하는 사람의 대부분이 친구, 가족, 미디어를 통해 처음 자해를 배운다고 보고한다는 사실이 이와 관련이 있으며, Nock은 영화, 노래, 인쇄물, 인터넷에서 자해에 대한 언급이 급격히 증가하고 있는 사실에 대해서도 문제제기 하였다(Nock, 2009; Nock, 2010). 다음으로, 자기 처벌 가설은 자기 혐오나 자기 비하로

스스로를 벌하는 수단으로서 자해를 하는 것을 말한다. 자해를 시작하는 초기 이유가 되기도 하며(Nock & Prinstein, 2004), “실패자” 와 같은 글자를 피부에 새기는 것도 이와 관련이 있다. 자기 처벌 가설을 통해서는 아동학대와 자해의 연관 관계를 더 잘 설명할 수 있다(Nock, 2010). 또한, 사회적 신호 가설은 자해를 통해 타인에게 사회적 신호를 보냄으로서 자신이 원하는 이차적 이득을 취하는 경우를 말한다. 즉, 타인에게 원하는 반응을 이끌어내기 위한 의사소통 수단으로서 자해를 사용하는 경우이다. 자해가 언어적으로 표현하는 것보다 효과적으로 도움을 이끌어낼 수 있다는 가정하에 고통을 알리는 수단으로 자해를 사용하는 것이 여기에 해당된다(Nock, 2009; Nock, 2010). 다음으로, 실용적 가설은 가장 쉬운 자기 조절 방법으로서 자해를 선택하게 경우를 의미한다. 자기 조절 방법 중 하나인 자해는 가장 빠르고 쉬운 방법이기에 효과적이라고 할 수 있다. 더욱이 조용하고 개인적인 특징을 가지고 있기 때문에 성인에 비해 스트레스 상황에 대한 대처기술이 부족한 청소년이 자해를 택하기 쉽다(Nock, 2010). 다음으로, 진통/아편제 가설은 자해를 할 때 신체 손상 후 내인성 아편제가 혈류로 방출되는 원리로 설명할 수 있다. 자해하는 사람들에게서 통증에 대한 민감도가 낮은 공통점을 발견할 수 있는데, 자해를 시작하기 전 이미 통증 민감도가 낮게 나타나기도 하고, 자해가 습관화되면서 통증 민감도가 낮아지는 경우도 있다. 자해가 반복되다 보면 내인성 아편제 수치가 높아지면서 쾌락적인 요소가 증가하게 되며, 이는 다시 자해의 가능성을 증가시킨다. 그렇기 때문에 자해가 가져다주는 쾌락적인 특징에 매료되어 자해를 습관화한 사람들의 경우, 진통/아편제 가설로 설명할 수 있다(Nock, 2009; Nock, 2010). 마지막으로, 암묵적 동일시 가설은 자해가 원하는 결과를 불러일으키는 행동으로 인식될 때 대처 행동으로서 자해를 지속하게 되는 경우를 말한다. 이 가설에 의하면 자해를 하기로 결정하는 사람은 정서나 인지, 사회적 상황의 조절 수단으로 자해를 하게 된다. 과거의 경험에 미루어 보아 자해가 원하는 결과를 가져오는 행동으로서 인식될 때 그 행동을 지속하게 될 수 있다는

것이다(Nock, 2009; Nock, 2010). 이렇게 다양한 가설로 설명되는 자해는 정서적 경험을 조절하고 사회적 상황을 조절하는 기능을 갖음으로써 음성 강화되기에 자해는 반복적으로 일어나게 된다.

이상과 같이 살펴본 비자살적 자해의 통합적 이론 모델을 통해 자해를 살펴보면, 한 개인의 자해가 단편적인 행위가 아닌 여러 요인이 관여하는 복합적인 현상이라는 것을 이해할 수 있다. 따라서 이 모델은 자해하는 청소년을 마주할 때 통합적인 접근을 위한 기틀을 제공해 준다는 점에서 특히 가치가 있다.

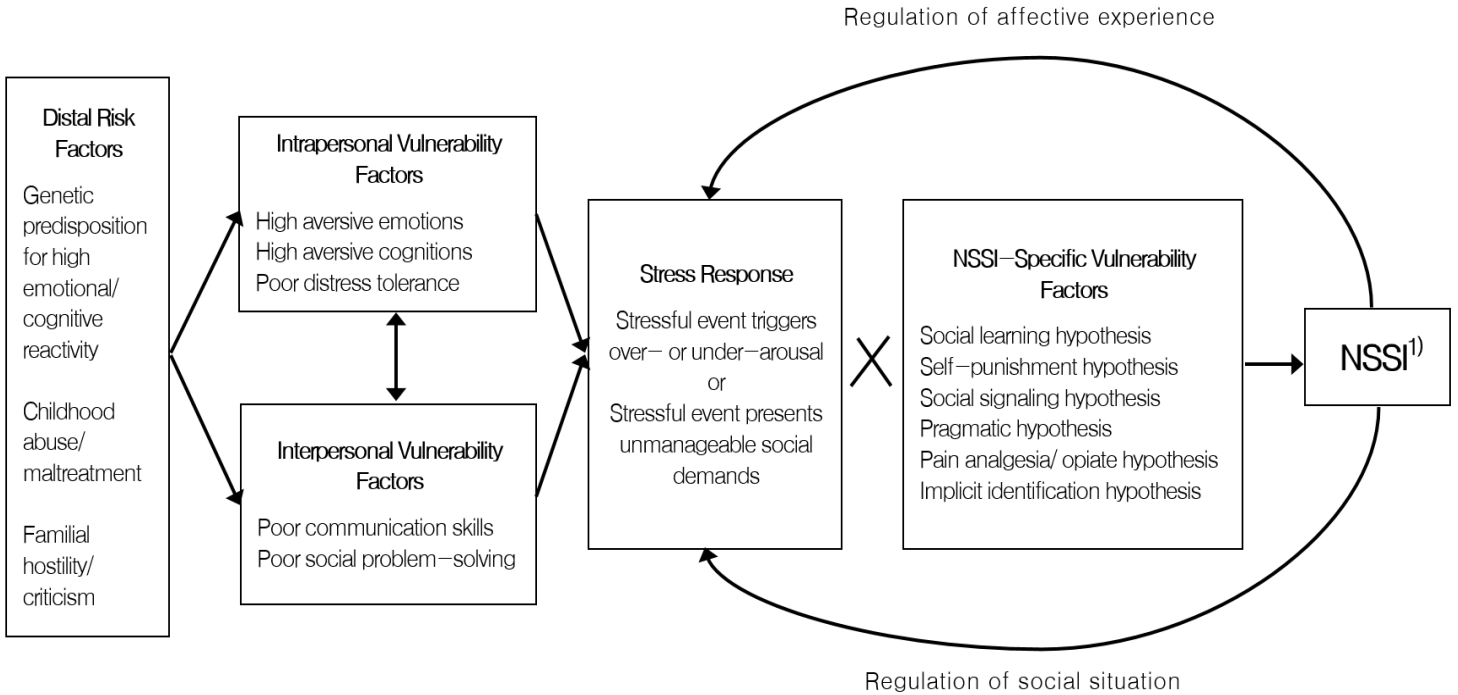


Figure 1. Integrated theoretical model of the development and maintenance of NSSI (Nock, 2009)

1) Non-Suicidal Self-Injury

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 소아청소년 정신과 병동에 입원한 청소년을 대상으로 하여 비자살적 자해 경험을 깊이 이해하기 위해 심층 면담으로 자료를 수집하고 내용분석(Content Analysis) 방법을 이용하여 자료를 분석한 서술적 질적 연구이다.

2. 연구 참여자

본 연구는 서울시 일개 대학병원 소아청소년 정신과 병동에서 입원 치료 중이며 비자살적 자해 과거력이 있는 청소년 중 연구에 참여하기로 동의한 자를 대상으로 하였다. 연구 참여자는 의도 표출(purposive sampling)을 통해 모집하였다. 먼저 서울시 S병원 소아청소년 정신과 병동에서 연구 선정기준에 맞는 대상에게 연구의 목적을 설명한 뒤 연구에 참여하기로 동의한 자를 참여자로 선정하였다.

국내 연구에서는 정신과 입원 청소년을 대상으로 한 비자살적 자해 연구가 없지만, 외국에서 수행한 질적 연구를 살펴보면, Nice(2012)가 정신과 입원 청소년 12명을 대상으로 근거이론 연구를 수행하였고, Holley(2015)가 정신과 외래 청소년 6명을 대상으로 현상학 연구를 수행하였다. 선행 연구를 바탕으로, 본 연구에서도 6명에서 12명 정도의 참여자를 예상하였으며, 연구 참여자들로부터 더 이상 새로운 내용이 나오지 않고 자료가 포화상태에 이르렀다고 판단된 시점까지 참여자를 모집해 최종 9명이 연구에 참여했다.

연구 참여자의 구체적인 선정 기준과 제외 기준은 다음과 같다.

1) 선정 기준

-소아청소년 정신과 병동에 입원 중인 만 12세 이상 만 19세 미만의 청소년
-최근 1년 이내에 자살 의도가 없는 자해를 한 적이 있는 청소년
-연구에 참여하는 시점에 자살사고가 없거나 C-SSRS(Columbia-Suicide Severity Rating Scale)에서 Low Risk(2점 이하)에 해당하는 경우

2) 제외 기준

-최근 1년 이내에 명확한 자살 의도를 가지고 자살시도를 한 적이 있는 청소년

3. 자료 수집 방법

본 연구의 자료 수집 기간은 2019년 3월부터 2020년 1월까지였다. 자료 수집은 참여자가 속한 병원의 연구윤리심의위원회(IRB)와 간호부의 승인을 얻은 후 병동 부서장과 참여자의 지정의 및 주치의에게 연구 계획에 대해 공유하고 시작하였다. 참여자와 부모 또는 법적대리인이 모두 서면 동의를 한 경우 연구를 진행하였으며, 장소는 병동 밖의 가족 상담실을 이용하였다. 면담 횟수는 1회였고, 면담 시간은 37분에서 102분으로 평균 60분 소요되었다. 면담 내용은 연구 참여자에게 동의를 구한 후 녹음기로 녹음하였으며, 연구 참여자가 말한 그대로 필사하고, 비언어적인 부분과 면담 시의 분위기까지 메모하였다. 자료가 포화상태에 이르렀다고 판단될 때까지 면담을 통해 수집하였다(김영천, 2016). 연구자가 참여자를 간호하는 병동 간호사였기 때문에 참여자의 심리적 부담을 줄이고 연구자의 편견을 배제하고자 면담은 연구자의 근무 시간이 아닌 때에 사복을 입고 진행하였다. 면담 시 마다

참여자를 위한 간식을 준비하여 편안한 분위기에서 면담이 이루어질 수 있도록 분위기를 조성하였으며, 참여자가 면담 자체를 지루하게 느끼지 않도록 노력하였다. 약물의 부작용으로 인해 참여자의 발음이 부정확하게 들리는 경우에는 확인 질문을 하였고 내용이 모호한 경우에는 탐색질문을 통해 참여자가 말한 내용을 정확하게 확인하고자 노력하였다. 본 연구에서는 아래와 같은 반구조화된 질문을 통해 개인 심층 면담을 진행하였다.

<주요 질문>

-처음 자해를 시작하게 된 이야기를 해주세요.

-최근 자해 경험을 떠올려보고 그것을 이야기해 줄래요?

-입원 전후 자해에 대한 생각에 변화가 있다면 어떻게 바뀌었는지 이야기해 줄래요?

4. 자료 분석 방법

자료 분석은 내용 분석을 사용하였으며, Nock(2009)의 비자살적 자해의 통합적 이론 모델의 틀을 참고하였다. 내용분석 방법은 원래 데이터의 손실을 최소화하여 현상에 대해 그대로 묘사할 수 있는 방법이기에 청소년의 자해 경험에 대한 생생한 묘사에 적합하다고 생각되어 자료 분석 방법으로 선택하였다.

자료 분석은 Downe-Wamboldt(1992)의 내용분석 방법을 참고하였다. 먼저 참여자와 면담한 내용의 전사 자료를 기반으로 하여 의미 있는 구문과 문장을 분석 단위로 정하였다. 면담 녹음 자료를 반복적으로 듣고 전사 자료를 반복적으로 읽으며 면담의 질문들과 관련된 의미 있는 부분 혹은 추가적인 질문을 통해 나온 참여자의 의미 있는 말에 표시하였다. 표시한 내용이 참여자가 원래 말하고자 한 의미를 벗어나지 않도록 하여 연구자의 언어로 코딩하였다. 코딩한 자료를 바탕으로

유사한 내용끼리 묶어 초기 범주를 작성하였다. 코딩 자료와 초기 범주를 가지고 적합성에 대해 지도교수에게 검토 받았다. 수정한 범주를 기초로 하여 다시 전사 자료를 수차례 읽으면서 범주를 재구성하여 모든 범주를 상위 범주로 분류하였다. 범주를 분류하는 동안에는 원자료인 전사자료를 확인하여 새롭게 발견한 사실이 있는 경우 범주를 수정하였다. 매 과정에서 지도교수의 확인을 받아 신뢰성을 확보하고자 노력하였다.

질적 연구의 엄밀성을 확보하기 위하여 신뢰성(credibility), 적합성(fittingness), 감사가능성(auditability), 그리고 확인가능성(confirmability)의 기준에 근거하여 연구를 진행하였다(Guba & Lincoln, 1981; Sandelowski, 1986). 연구자가 참여자를 병동에서 지속적으로 관찰할 수 있던 점은 참여자가 속한 현장에 참여한 것을 의미하기에 연구의 신뢰성을 확보할 수 있는 부분이다. 이는 동시에 참여자에 대한 선입견으로도 작용할 수 있기에 연구 시작 전 괄호치기를 통해 연구자의 편견과 선입견을 배제하고자 노력하였고, 반성의 시간을 주기적으로 가졌다. 면담 시 이용한 반구조화된 질문을 만들 때에는 정신간호학 교수 2인과 아동간호학 교수 1인의 검토를 받아 신뢰성을 확보하였다. 각 참여자에게 연구 면담 내용을 검증받을 때에는 참여자가 자신이 언급한 내용에 대해 잊거나 왜곡하여 기억할 수 있기에 참여자와의 면담이 끝난 직후 주요 면담 내용을 요약하여 참여자에게 확인하는 과정을 거쳤다. 연구의 매 과정을 지도교수에게 보고하여 정직한 연구 과정을 담고자 노력하였다. 다음으로 연구의 적합성을 확립하기 위해 연구 참여자들에 대한 일반적인 특성을 제시하고 풍부한 연구 결과를 제시하였다. 일관성을 의미하는 감사가능성을 위해서는 참여자 선정, 자료 수집 방법, 자료 분석 방법을 분명하게 제시하고, 참여자의 말을 직접 인용하여 연구결과를 기술하였다. 마지막으로 연구결과가 중립적이고 편견이 없음을 나타내는 확인가능성을 위해 전체 연구과정의 감사기록(면담 녹음파일, 전사 자료, 현장 노트, 연구 동의서, 참고문헌 자료 등)을 남겨두었다.

5. 연구자의 준비

본 연구를 수행하기 위해 연구자는 대한질적연구학회의 학술 세미나에 참여하고 S대학교 평생교육원의 질적 연구와 관련된 강의를 들으며 다양한 질적 연구에 대해 이해하고 탐구하고자 노력하였다. 대한정신건강재단 재난정신건강위원회에서 주최한 자해하는 청소년을 돌보는 이들을 위한 워크숍에 수차례 참석하여 자해하는 청소년에 대한 이해와 치료를 위한 기법을 배웠으며 가족치료, 놀이치료, 공감 및 갈등해결을 위한 대화법에 대해 익힐 수 있었다. 또한 연구 대상 기관의 소아정신과 병동에서 약 7년 간 근무하면서 비자살적 자해 경험이 있는 다수의 청소년을 간호한 경험이 있다.

6. 윤리적 고려

본 연구를 진행하기 전 참여 대상자가 소속된 병원의 연구윤리심의위원회(IRB)의 심의를 받았다. 연구대상자의 안전보호를 위한 대책으로, 본 연구를 수행하기에 앞서 S대학교병원 온라인 임상연구윤리교육을 이수하였다. 참여자가 정신과 병동에 입원한 환자이면서 미성년자인 청소년이기에 취약한 연구 대상자로 보고, 참여자의 연구 참여와 전반적인 연구 계획에 대해 주치의, 지정의, 병동장과 공유를 하였다. 면담 전 연구 참여자에게 연구 목적과 연구 방법, 자료수집 과정, 연구 자료의 녹음, 연구 자료의 보관 방법 및 기한에 대해 설명하였다. 연구 참여자의 권리를 보호하기 위하여 익명을 사용하였고 면담하면서 알게 되는 참여자의 개인정보를 보호하기 위해 면담 내용은 연구 목적 이외에 다른 목적으로

사용되지 않음을 설명하였다. 또한 면담 과정에서 연구 참여 도중 정서적인 어려움이 있을 경우 지지적인 상담이 가능하다는 점, 연구 참여에 대한 소정의 답례가 제공된다는 점을 설명하였고, 연구에 대한 문의를 할 수 있도록 연구자 연락처를 안내하였고, 참여자가 원할 시 언제라도 거절, 철회할 수 있음에 대해 설명한 후에 연구 참여 동의서에 서명을 받았다. 2부의 동의서에 연구 참여를 희망하는 참여자의 서명과 부모 또는 법적 대리인의 서명을 함께 받았고, 연구자와 참여자가 각각 1부씩 보관하였다. 연구 자료는 잠금 장치가 있는 곳에 보관하였으며, 컴퓨터 파일은 접근 암호를 설정하였다. 자료 수집을 종료한 후 참여자에게 감사의 표시로 소정의 사례품을 증정하였다.

Ⅳ. 연구결과

1. 연구 참여자의 일반적인 특성

연구 참여자의 일반적인 특성은 다음 <Table 1>과 같다. 9명의 연구 참여자의 성별은 모두 여성이었고 나이는 만 13세에서 만 16세였다. 진단명은 크게 기분 장애, 불안 장애, 품행 장애로 구분되고, 기분 장애 진단은 7명, 불안 장애 진단은 1명, 품행 장애 진단은 1명으로 기분 장애를 가진 참여자가 가장 많았다. 참여자의 거주 형태는 가족과 함께 사는 형태가 8명, 보육시설에 거주하는 행태가 1명이었다.

Table 1. The General Characteristics of the Participants

Participant	Gender	Age	Diagnosis	Residence
P1	Female	14	Depressive disorders	Living with families
P2	Female	14	Depressive disorders	Living with families
P3	Female	13	Conduct disorder	In a nursery facility
P4	Female	16	Depressive disorders	Living with families
P5	Female	14	Mood disorder	Living with families
P6	Female	15	Depressive disorders	Living with families
P7	Female	15	Depressive disorders	Living with families
P8	Female	15	Depressive disorders	Living with families
P9	Female	16	Anxiety disorder	Living with families

연구 참여자의 비자살적 자해의 시작과 관련된 요인인 나이 및 학년, 방법, 부위, 도구, 장소, 계기는 <Table 2>와 같다. 자해의 처음 시작 시기는 초등학교 2학년에서 중학교 3학년 시기인 만 8세에서 만 15세로 다양했다. 처음 자해를 시작한 신체 부위는 손목, 팔, 눈썹, 손가락, 손등, 머리, 볼로 다양했고, 손목에 자해를 시작한 경우가 가장 많았다. 처음 자해를 시작할 때의 도구와 방법으로는 가위, 칼, 테이프 커터기로 긋기, 긁기, 때리기가 있었다. 도구 외에 자신의 손을 이용하여 머리와 같은 특정 신체 부위를 때리는 자해를 한 경우도 있었다(참여자 9). 처음 자해를 시작한 장소는 집, 보육시설, 학원, 학교의 교실이었다. 대다수의 참여자들은 처음 자해를 시작할 때 자해 경험이 있는 친구의 영향을 받거나 SNS, 인터넷 뉴스를 통해 자해에 대해 알게 되었다. 일부 참여자는 친구나 SNS의 영향보다는 단순히 호기심에 의해 자해를 시작하게 되었다고 하였다(참여자 6, 7).

Table 2. Characteristics of First NSSI Experience

Participant	Age/Grade	Body Part	Tool /Method	Location	First Trigger
P1	11/E6	Wrist	Scissors /Cut	Home	SNS
P2	13/M1	Wrist	Knife /Cut	Home	Friends
P3	11/M1	Wrist	Knife /Cut	Nursing facility	SNS
P4	15/M3	Arm	Knife /Cut	Home	Friends
P5	13/M2	Wrist	Tape dispenser /Scratch	Home	Friends, SNS
P6	15/M3	Eyebrow	Scissors /Cut	Home	Curiosity
P7	10/E4	Finger	Knife /Cut	Private academy	Curiosity
P8	8/E2	Hand(dorsal)	Knife /Cut	School classroom	Internet news
P9	14/M2	Head, Cheeks	Own hands /Self-hit, Scratch	Home	Friends, SNS

NSSI=Non-Suicidal Self-Injury, E=Elementary school(1-6), M=Middle school(1-3)

2. 비자살적 자해 경험

연구 결과 참여자들의 자해 경험에서 그 계기는 다양한 것으로 나타났다. 친구나 SNS의 영향으로 호기심과 충동적으로 자해를 시작하게 되고, 유일한 대안으로서 자해를 지속하게 되며 주변인의 반응도 자해의 지속에 영향을 미치고 있음을 알 수 있었다. 참여자들은 공통적으로 어떤 계기에 인해 전문가에게 도움을 요청하는 입원 치료를 받게 되었고 자신과 자해에 대한 탐색하는 시간을 통해 변화가 생기기도 하였다. 자해의 시작부터 입원까지의 경험에서 자해를 멈추게 만드는 보호요인은 무엇이었는지도 확인할 수 있었다.

참여자의 면담 자료를 분석하여 총 352개의 코드를 도출하였고 20개의 주제를 6개의 범주로 묶어볼 수 있었다. 도출한 범주는 '긍정적인 효과에 대한 기대로 자해에 휘말림', '나의 힘듦을 모두가 알아주었으면 함', '칼 앞에서 요동치는 감정과 아무도 이해하지 못하는 현실', '터닝포인트', '상처없이 그대로 간직하고 싶은 몸이 됨', '자해에서 한 발 떨어짐'이었다. 분석 결과에 따라 도출한 범주와 주제는 <Table 3>에 정리하였다.

Table 3. Categories and Themes of Experiences of Inpatient Adolescent's NSSI

Categories	Themes
긍정적인 효과에 대한 기대로 자해에 휘말림 : 자해의 시작	친구의 영향으로 자해를 알게 됨
	SNS의 영향으로 자해를 알게 됨
	단순 호기심으로 자해를 하게 됨
	어린 시절의 학대가 자해에 영향을 미침
나의 힘듦을 모두가 알아주었으면 함 : 자해의 의미	내적 고통에서 벗어나는 유일한 방법
	관심과 인정을 얻기 위한 행동
	몸의 상처로 마음의 상처를 확인함
칼 앞에서 요동치는 감정과 아무도 이해하지 못하는 현실 : 자해의 순간과 주변 반응	피를 보는 설렘과 이면의 후회
	마음을 이해 받기에는 냉담한 주변 사람들
터닝 포인트 : 나를 이해해 줄 새로운 환경을 생각하게 됨	스스로 자해의 심각성을 깨달음
	주변인의 설득과 권유로 치료의 필요성을 깨달음
	의학적 진단을 듣고 치료를 결심함
	문제 상황에서 회피하고자 병동을 도피처로 삼음
상처없이 그대로 간직하고 싶은 몸이 됨 : 치료적 환경으로 인한 변화	자아 성찰의 기회와 환경 치료의 영향으로 생긴 긍정적 변화
	치료적 환경에도 해결책은 자해 뿐인 현실
	더 나은 치료를 위해 기대하는 점
자해에서 한 발 떨어짐 : 자해의 보호요인	의미 있는 대상의 존재와 지지가 자해를 멈추게 함
	자해의 대안이 되는 활동을 통해 스트레스를 관리함
	자해 도구로부터 접근성이 제한됨
	문제 상황으로부터 거리를 둠

NSSI=Non-Suicidal Self-Injury

1) 긍정적인 효과에 대한 기대로 자해에 휘말림: 자해의 시작

첫 번째 범주에 해당하는 '긍정적인 효과에 대한 기대로 자해에 휘말림' 범주에서는 자해의 시작과 관련하여 '친구의 영향으로 자해를 알게 됨', 'SNS의 영향으로 자해를 알게 됨', '단순 호기심으로 자해를 하게 됨', '어린 시절의 학대가 자해에 영향을 미침'이라는 4개의 주제를 도출할 수 있었다. 자해라는 단어를 들어보지도 못한 참여자부터 눈 앞에서 친구의 자해 행동을 생생하게 목격한 참여자까지, 호기심에 우연히 혹은 충동적으로 참여자들은 어느 날 자해로 휘말리게 되었다. 원하든 원치 않든 다양한 시점에 다양한 이유로 자해를 시작하게 되었다. 그리고 자해의 시작에는 어린 시절의 학대와 같은 불우한 배경이 연관되어 있기도 하였다.

(1) 친구의 영향으로 자해를 알게 됨

참여자들은 자해의 시작에 대한 질문에서 가장 먼저 친구를 떠올렸다(참여자 2, 4, 5, 9). 친구의 자해 행위를 보게 된 날 호기심에 자해를 시작하기도 하고(참여자2), 힘든 일이 생겼을 때 자해로 힘듦을 해소했다던 친구의 얼굴이 떠올라 한번 해보았다고도 진술하였다(참여자 5, 9). 친구에 의해 각색된 자해는 '좋고', '엄마와 아빠의 관심을 받을 수 있고', '스트레스가 해소되며', '밝고 희망찬' 결말이었다. 자해의 개념조차 모르다가 우연히 처음 알게 된 자해는 참여자들에게 희망적인 결과를 가져다줄 수 있는 해결책이 된다는 왜곡된 인식을 심어주었다. 그래서 멀리하고 싶던 친구조차 멋져 보이는 대상이 되었다고 진술했다.

친구가 갑자기 화장실을 가자는 거예요. 화장실을 갔는데, 개가 칼로 제 앞에서 자해하는 걸 보여주는 거예요. 이렇게. 칼로 이렇게 해서. 자해를 하길래 '그게 좋냐?' 라고 했더니 개가 좋대요. 한번 그것 때문에 (그날 집에 가서) 한번

해보게 된 거예요(참여자 2).

친구가 한 명 있었어요, 중2 때. 개가 알려준 건 중1 때였거든요.... 근데 그게 저는 '그런 애는 좀 멀리해야겠다'라는 생각이 들었는데 근데 중2 때 너무 스트레스를 받다 보니까 개가 시도한 게 너무 멋져 보이는 거예요...(참여자 5)

(2) SNS 의 영향으로 자해를 알게 됨

자해의 시작부터 병원까지 오게 되는 여정에서 대부분의 참여자들은 SNS를 통해 영향을 주고받았다(참여자 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9). 일부 참여자들은 SNS를 통해 자해를 알게 되었고(참여자 1, 3, 5, 9), '미친 것 처럼' 보였던 그 세계의 사람들과 나 사이에 자해라는 연결고리가 생길 땐 '내가 진짜 미친 것 아닌가' 혼란스러웠다고 하였다(참여자 5). 하지만 흉터가 멋지게 남을 것이란 생각으로 혼란스러움을 덮을 수 있었고(참여자 5), 시간이 지나며 자해라는 연결고리가 두터워지자 SNS 속 사람들이 던진 '그래도 우리는 괜찮아' 라는 희망적인 메시지에 참여자들도 동조하게 되었다고 하였다(참여자 1, 3).

(초등학교 6학년 자해를 처음 시작했을 당시) 밴드랑 트위터를 하고 있었는데... 자극적인 소재로 올리는 사람들이 있잖아요.... 그 때는 '그런가 보다' 하고 넘겼는데, 그런 게 영향이 있지 않았을까? ... 자살, 자해 그림들이.... 그런데 약간 그렇게 해서 비극적인 결말 그런 것 보다는 누가 나와 가지고 '그래도 우리는 괜찮아' 라고 밝고 희망찬 그런 거를 그리는게 너무 많아 가지고(참여자 1).

처음은 SNS 페이스북에 자해 사진이 올라왔는데, 게시물을 올렸던 사람이... '자해를 하면 내가 내 피를 보면서 약간... 좀... 스트레스 해소를 느낀다' 고 적어놨었어요. 그걸 보고 제가 자극을 받았어요. 그래서 '저 사람 자해해도

아무렇지 않구나. 자해하면 기쁜 건가?' 싶었어요(참여자 3).

(SNS에서) 손목에 칼 긋고 막 혈서 쓰고 막 그런 사람들 보고 처음 알게 되었거든요 자해를. 중1 때쯤. 그런 사람들이 제 눈에는 미쳐 보였거든요.... 근데 딱 자해를 하고 나서 처음 생각이 든 게 '아 나도 미쳤다고 생각했던 행동을 내가 직접 하니까 내가 진짜 미친 것 아닌가' 이런 생각이 들었던 거 같아요(참여자 5).

(3) 단순 호기심으로 자해를 하게 됨

일부 참여자는 친구나 SNS의 영향 없이 '그냥 갑자기', '왠지 모르게' 자해를 시작하였으며, 재미를 유발시키는 느낌 자체나 베이는 감각에 주목하여 호기심을 행동화 하였다(참여자 7, 8).

이게 자해 인지도 모르고 처음 시작했을 때였어요. 그냥 갑자기 그냥 왠지 모르게 커터 칼날 심을 그 때는 심을 안 자르고 했던 거 같은데, (심을) 조금 나오게 해가지고 손가락 끝을 그었었어요.... 피가 나오니까 저는 '되게 재미있었다' 라고 느꼈던 것 같고(참여자 7).

그 때는 지금처럼 (성장해서) 자라 있던 게 아니니까 뭔가에 베이거나 그러면 느낌이 어떨지 궁금했어요.... 그 땐 자해라는 게 뭔지 몰랐어요(참여자 8).

(4) 어린 시절의 학대가 자해에 영향을 미침

일부 참여자의 경우에는 어린 시절의 학대 경험이 잊기 힘든 기억으로 자리 잡아 자해의 시작에 영향을 주었다(참여자 2, 8). 참여자는 부모 및 상급생으로부터

직접적으로 정서적·신체적 학대를 경험하거나 친척의 학대에 간접적으로 노출되기도 하였다.

(어린 시절 다니던 유치원이) 학원 식으로 다닐 수 있는 유치원이었어 가지고, 초등학교 오빠들이... 같은 반 오빠들이... (저를) 몸으로 때리고... 유치원 다닐 때부터... 옥상에 올라가서 떨어질까 생각도 했었고.. 유치원 때 왕따 당한거랑 (오빠들로부터) 계속 폭력이랑 욕설 들으면서 자라면서.... 유치원 때 생각하면서 자해... 하고... 그랬어요(말을 얼버무림)(참여자 8).

엄마가 (저) 어릴 때 어린이집을 하셨는데, 애들이나 아빠한테 받은 스트레스를 저한테 풀었어요.... 제가 학교 안가면 (엄마가) 막 때리고 머리끄덩이 잡고 끌고 그랬거든요. 그래서 그런 것 때문에...(자해를 했어요)(참여자 2)

사촌 언니들의 아빠(이모부)가 사촌 언니들을 엄청 때리고 그랬었어요.... 그거를 어릴 때부터 계속 봐왔었고...(참여자 2)

2) 나의 힘듦을 모두가 알아주었으면 함: 자해의 의미

두번째 범주에 해당하는 '나의 힘듦을 모두가 알아주었으면 함' 범주에서는 '내적 고통에서 벗어나는 유일한 방법', '관심과 인정을 얻기 위한 행동', '몸의 상처로 마음의 상처를 확인함'이라는 3개의 주제를 도출할 수 있었다. 친구나 SNS의 영향을 받거나 호기심에 의해 시작한 자해를 반복하면서 참여자들은 자해에 의미를 부여하게 되고 자해를 통해 무언가를 나타내고 해결하고자 하는 것이 있었다고 진술하였다.

(1) 내적 고통에서 벗어나는 유일한 방법

참여자들이 극도의 고통에서 벗어날 방법은 자해 뿐이었다. 참여자들은 '아무 이유없이 기분이 안 좋아서', '우울한 생각을 없애기 위해', '미래에 대한 불확실성과 부정적인 생각으로 인해', '낮은 자존감과 절망감으로 인해' 자해를 반복하게 되었다고 진술하였다(참여자 1, 7, 9). 스스로를 '정신병 환자'라고 낙인찍고, '나는 성적이 상위 83%인 인간' 이라는 식으로 미래에 대해 부정적으로 인식되는 암울한 현실에서 헤어 나오기 힘들었고, 자해의 악순환에 빠져 있었다고 진술하였다(참여자 2, 4, 5, 7, 9). 참여자들이 우울한 생각과 부정적인 생각, 절망스러운 현실에서 벗어나기 위한 유일한 대안은 자해 뿐이었다.

그 때 미래에 전 공부도 못하는 사람이니까... 제가 (성적이 상위) 83%래요.... '내가 공부도 못하고 잘 하는 것도 없는데 내가 미래에 어떤 걸 해야 하지? 내가 지금 하고 싶은 꿈이 내가 하고 싶은 게 정말 맞을까?' 라는 생각까지 하게 되니까 너무 우울해지는 거예요... 기분이 안 좋아지니까 자해를 한 거 같아요(참여자 7).

정신과 가서 약을 복용하면서 학교를 다녔어요. 근데 그게 내가 정신병 환자라고 생각이 드니까 더 힘든 거예요. '아, 나는 사회 불안 장애 환자이고 나는 답이 없어. 희망이 없어.' 이런 생각들이 자꾸 들면서 그런 이유로 자해를 했어요(참여자 9).

(2) 관심과 인정을 얻기 위한 행동

참여자들은 공통적으로 대인 관계적 취약 요인을 가지고 있었고 그에 대한 해결책으로 자해를 선택하였다. 대부분의 참여자들은 대인 관계에서의 스트레스를

높게 경험하였고 그 정도를 '죽고 싶은 정도'로 표현하였다. 스스로에 대해 '이 세상에서 존재할 필요가 없다'고 하거나 '뒤져야 하나'라며 낮은 자존감과 무가치감을 나타내었다(참여자 1, 4, 8, 9). 참여자 모두는 '원치 않는 사회적 상황에 대해 피하려고' 자해를 하게 되었다고 진술하였다. 구체적으로 살펴보면, 등교 거부시마다 촉발되는 부모와의 갈등 상황으로부터의 회피, 자신을 '오빠와의 화풀이 대상'으로 인식하여 형제와의 갈등 상황에서 회피 목적으로, 교사의 편견으로 인해 '이해 받지 못했다' 고 느끼며 오해 받는 상황으로부터 회피, 학교에서 고립감을 느끼게 하는 상황으로부터 회피, 친구와 마찰이 생기는 상황마다 보육교사의 중재에서 불공평함을 느껴 갈등 상황으로부터 회피가 있었다. 학업문제나 또래문제와 같은 스트레스 사건에 의해서 자해한 것뿐만 아니라 부모의 관심을 끌기 위해서 자해한 참여자도 있었다. 특히 자해를 함으로써 자신이 힘든 상황을 부모가 알아주었으면 하는 마음을 행동화한 경우도 볼 수 있었다. 참여자들은 자신이 통제할 수 없는 갈등 상황에서 무력감을 느꼈다고도 진술하였는데, 구체적으로는 '내가 할 수 있는 일은 자해 외에는 아무것도 없다', '내가 노력해도 안되는게 있다', '나 혼자 스트레스 받고 묵혀 두고 쌓아 두었던 것들이 너무 많다' 라는 표현이 있었다(참여자 4, 7).

보육원에 있는 친구랑 다퉈 가지고. 제가 그걸 샘한테 이야기를 했는데 선생님이 화를 좀 내셨어요. 저한테. '너가 잘못한 거' 라고. 그 친구만 편애하는 것 같아 가지고 그냥 속상해서 (참여자3).

뭔가 나도 좀 심하게 아파보기를 원했어요. 나도 힘들다는 걸 좀 표현하고 싶었던 것 같아요.... (자해를 하면) 엄마 아빠가 내가 힘든 걸 좀 더 알아주지 않을까 하는 생각(참여자 7)

근데 친구 관계는 제가 열심히 노력해도 안되는게 있잖아요. (중학교) 3학년 와서도 친구가 한 명도 없었어요, 제가. 주변에 애들이 무리 형성해서 놀고 있었는데, 저 혼자 있고. 그럴 때가 많았어요. 그 때 되게 힘들어 했었죠(참여자 7).

학교에서 너무 힘든 일이 많았어서. 친구들 간의 대인 관계 때문에. 친구들이 나를 괴롭히거나 한 거는 하나도 없는데 저 혼자 스트레스 받고 묵혀 두고 쌓아 두었던 것이 너무 많아서(참여자 4).

(3) 몸의 상처로 마음의 상처를 확인함

여러가지 요인에 의해 자해를 지속해오던 참여자들의 경험 속에서 자해가 만족감을 주고 기능을 발휘하고 있었다는 공통점을 발견할 수 있었다. 참여자 모두는 막연하게라도 자살을 생각한 적이 있다고 보고할 만큼 힘듦을 겪었고, 이러한 절망적인 상황에서 자해가 '한풀이'(참여자 4), '살기위한 발버둥'(참여자 9)이었기에 자신을 버티게 해주었다고 진술하였다(참여자 4, 5, 7, 8).

(자해는) 살기위한 발버둥. 살아있기 위한 행동이다.... 자해는 사는 쪽이고 자살은 그냥 죽는 거 잖아요.... (자해는) 내 마음의 상처를 확인하고 확인할 수 있는 거(참여자 9).

솔직히 진짜 죽고 싶어서 그런 게 아니라 살고 싶어서 그런 거였는데(참여자 8).

자해를 지속하면서 대다수의 참여자들은 자해에 중독된 경험을 했다고 표현하였다(참여자 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9). 자해가 술, 담배, 마약, 도박과 같이 끊기

힘들고 그 만큼 강렬하게 중독되는 행위라고 진술하였다(참여자 2, 3, 7, 8, 9). 자해할 때의 통증과 피가 나오는 것으로부터 쾌감이나 희열감을 얻고 한번 시작하면 헤어나올 수 없고 다른 것으로 대체할 수 없다고도 하였다.

손톱이랑 손 틈 벌렸을 때 아프고 쓰라리거든요? 그런 게 너무 좋아요.... 그 다음부터는 힘들거나 하면 자해로 풀게 된거죠.... 자해를 한 다음에 쾌감이랑 희열감이 있어요. 그리고 자해를 한번 하기 시작하면 그게 중독이 돼요(참여자 2).

제가 피 나오는 거나 그런 걸 보면 그었을 때 피가 나면 뭔가 기분이 좋아요. 피가 안 나면 짜증이 나고. 피가 나는 걸 봐야지 뭔가 직성이 풀린다고 해야하나? (참여자 7).

하지만 자해가 힘듦을 해소하는 기능이 있음에도 불구하고, 일부 참여자들은 자해에 대해 상반된 감정을 동시에 보여주었다. 구체적으로는 '하고 싶지만 하면 안되는 것', '하지 말아야할 것인데 쉽게 못 끊는 것', '보여주기 싫은데 봐줬으면 하는 것', '다시 하라면 하지 않을 것 같은데 친구 같이 내 옆을 지켜주던 존재'로 표현하였다(참여자 1, 4, 8). 자해 후에는 스트레스가 더 많이 발생하기에 자해가 힘들 때 힘듦을 잠시 가셔주지만 다시 힘들게 하는 존재이며, 담배를 필 때 폐가 썩어가는 것처럼 흔적이 자신의 몸 안에 남는 행위이기 때문에 동반되는 상처에 대한 관리로 인해 힘듦이 가중된다고 진술하였다. 자해 상처가 낙인으로 인식될 것에 대한 두려움을 안고 스스로 새긴 낙인에 대한 후회를 하는 참여자도 있었다(참여자7, 9).

힘들 때 제일 많이 의지했던 게 자해.... 매일 일상이 자해였고.... 맨날 찾다 보니까 친구같기도 하고.. 다시 하라 그러면 하지는 할 것 같지는 않은데, 그래도

친구 같았던 존재...(참여자 8)

누구한테 보여주기는 싫은데, 봐줬으면 좋겠는 그런 이상한 마음?(참여자 4)

표면적으로는 자해가 기능을 하고 있는 것처럼 보이는 한편, 참여자들은 자해 후 우울의 나락으로 떨어지는 느낌을 무기력하게 바라볼 수밖에 없어 비참하고 한심한 느낌이 들었고(참여자 3, 4, 7, 8, 9), 스스로가 멍청하게 느껴졌다고 표현하였다. 일부 참여자는 자해하기 전으로 돌아간다 하더라도 다시 자해를 할 것이라고 진술하였다(참여자4).

(어떤 날은) 뭔가 비참하고 한심한... 한없이 우울의 나락으로 떨어지는 느낌... 그냥 그러고 있는 제 자신이 그냥 좀 멍청했어요(참여자 8).

주치의 샘한테는 '저 안할거예요. 이제 충동적으로 그러지 않았을 것 같아요' 라고 얘기는 했지만 근데 아무리 생각해봐도 그 상황으로 돌아간다면 그 말을 또 듣고 언니한테 그 말을 듣고 친구들한테 그런 상황을 느끼고 이런다면 그렇게 하지 않았을까? (참여자 4)

3) 칼 앞에서 요동치는 감정과 아무도 이해하지 못하는 현실: 자해의 순간과 주변 반응

세번째 범주에 해당하는 '칼 앞에서 요동치는 감정과 아무도 이해하지 못하는 현실' 범주는 '피를 보는 설렘과 이면의 후회', '마음을 이해 받기에는 냉담한 주변 사람들'이라는 2개의 주제로 나눌 수 있었다.

(1) 피를 보는 설렘과 이면의 후회

참여자들은 자해를 하는 찰나의 순간을 쪼개어 자해 직전과 자해하는 순간, 그리고 자해 직후로 나누어 생생하게 표현하였다.

먼저, 자해하기 직전에는 자해도구를 대표하는 칼 앞에서 온갖 생각과 감정이 솟아오른다고 하며, 구체적으로는 '우울감, 망설임, 정신없음, 심장이 뜀, 떨림, 긴장, 짜증남, 화남, 귀가 멍멍함, 머리에 피가 쏠림, 두통, 어지러움, 자해를 하고 싶은 마음, 피에 대한 생각과 자해 후의 처리에 관한 걱정' 등이 있었다. 참여자 3은 죽기 위해 자해를 하는 것은 아니지만 죽음에 대한 걱정이 뇌리를 스친다고도 하였다.

칼로 긋는 순간의 생각과 감정으로는 '아무 생각이 들지 않음, 무서움, 영광의 상처, 터닝포인트의 상처가 되었으면 함, 속상함과 갈등이 해소됨, 피를 보는 것에 대한 설렘과 두근거림, 피를 보고 안도감을 느낌, 안심을 함, 내가 왜 자해를 해야 하는지에 대한 의문과 후회' 등이 있었다.

자해를 한 직후의 생각과 감정으로는 '공허감, 아무 생각이 없어짐, 긴장이나 화가 가라앉는 느낌, 머리에 쏠렸던 피가 가라앉는 느낌, 쾌감과 희열감의 극치, 후회, 자책' 등이 있었다.

(자해 직전에는) 정말 우울하고요.... 갑자기 불안해서 몸이 떨리고 두근대던 증상이 싹 사라져요.... (자해하는 순간에는) '좀 더 깊게 했으면 좋겠다', '진짜로 죽을 정도까지는 아니어도 좀 더 어느 정도 상처가 남았으면 좋겠다'라는 생각? 이게 좀 사이코패스 적일 수도 있는데... 쾌감 이런 것도 없었고 그냥 내 몸에 뭔가 영광의 상처가 생긴 느낌? 터닝포인트의 상처가 생긴 느낌? (자해 직후에는) '아 큰일났다. 이걸 누군가 알게 되면 어떡하지?' 특히 가족이(참여자 4).

칼을 들었을 때부터 직전까지는 계속 뭔가 정신이 없었다? 계속 막 뭔가 '아 이걸 해도 되나? 그런데 하고는 싶다'라는 생각이 계속 들면서 심장도 뛰고, 약간 귀가 멍멍하다? 그런 것도 있고, 머리에 피가 쏠리다가. (자해)하는 순간에는 아무 생각이 안 들다가. (자해)한 직후에는 머리에 피가 쏠려 있던 게 싹 가라앉는 느낌? 슥~ 하고 가라앉는? 그런 거. 긴장도 풀리고(참여자 1).

일단 자해 전에는 불안하다고 해야하나? 빨리 칼을 찾아야 될 것 같은.... 뭔가 심장이 뛰는 느낌이 있었어요. 할 생각에 약간 설레기도 하고.... (긋는 순간) 그 때도 뭔가 되게 두근거려요. 그냥 뭔가 이제 피를 보니까 설레기도 하고. 그냥 기분 좋기도 하고.... (직후에는) 뭔가 딱 긴장되었던 게 딱 풀리는 느낌?(참여자 9)

(자해하는 순간에 대해) 일반인으론 이해하기 어렵겠지만, 사이코의 입장에서는... 진짜... 사람의 팔을 잘랐어요? 사람이 막 아파하고 소리지르잖아요? 그 희열감.... 진짜 그거는 해본 사람만 아는 희열.... 사이코들이 느끼는 희열감이에요.... 말하기 좀 그런데... 남자들이 자위할 때 정액이 분출되잖아요? 그 희열감이랑 비슷해요(참여자 2).

일부 참여자는 자해하는 순간에 해리 증상을 경험하였다. '멍하고 최면에 걸린 것 같은 느낌', '내 속에 있는 악마 같은 존재가 속삭이는 것 같은 느낌', '누가 나를 지배해서 이렇게 만들고 있는 느낌'이 들었고(참여자 4, 8), 자신이 자해하고 있는 상황을 자각하지 못한 적도 있다고 보고했다(참여자 5).

갑자기... 멍하고 최면에 걸린 것 같은 느낌? ... 누군가 내 속에 있는 악마 같은 존재가 속삭이는 것 같은 느낌? (참여자 4)

저도 모르는 사이에 뭐(자해 도구)를 갖다 대고 있었던 거예요. 근데 알고 보니 그게 펜치였어가지고 저도 깜짝 놀라서 떨어뜨렸죠(참여자 5).

또한 일부 참여자들은 자해를 하고 있는 자신에 대해 '한심하다' 고 표현하거나 자해를 멈추지 못하고 또 하고 있는 자신에 대해 실망을 나타내는 식으로 낮은 자존감을 나타내었고(참여자 3, 4, 8), '여기서(세상에서) 없어져도 될 것 같다는 느낌' 이 들었다며 무가치감을 표현하였다(참여자 4). 자해한 후에 흉터가 남는 것에 대한 후회(참여자 4), 자해를 그만두지 못하는 것에 대한 후회와 같이 자해 직후 후회가 밀려온다고 표현하는 참여자도 있었다(참여자 3, 7, 8).

자해를 하는 순간에는 '아 내가 내 몸을 긁고 있구나.' 제 자신이 한심했어요(참여자 3).

그냥 여기서 없어져도 될 것 같다'는 그런 느낌이 딱! ... 막상 피가 막 흐르고 있으면 이걸 지혈하고 있는 내 모습이 한심하고. 왜 이 짓을 했는데 그냥 이걸 또 흉터가 낫기 위해서 흉터 연고 바르고 이래야 되는 생각이 있으니까... 왠지 모를 공허함?(참여자 4)

(2) 마음을 이해 받기에는 냉담한 주변 사람들

참여자의 가깝고 먼 곳에서 주변 사람들은 자해에 대해 다양한 반응을 보여주었고, 그 반응은 다시 참여자의 자해에 영향을 주고 있음을 알 수 있었다. 참여자를 직접 마주하는 가족, 교사, 친구의 반응은 어떠했는지, 그리고 온라인 상에서 익명으로 만나게 되는 SNS상의 사람들, 온라인 상에서 알게 된 성인 이성의 반응은 어떠했는지 참여자의 진술을 통해 알 수 있었다.

대부분의 참여자 가족은 자해에 대해 부정적인 반응을 보였는데, 특히 참여자에

대한 정서적 지지와 수용, 공감 반응이 부족한 역기능적 가족의 모습임을 알 수 있었다(참여자 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9). 가족의 무관심과 회피, 비난과 판단적인 태도는 참여자들에게 자해의 위험요인으로 작용하여 자해를 촉발시키는 계기가 되기도 했다. 또한 가장 이해 받고 싶은 대상 중 하나인 가족으로부터의 외면은 더 큰 영향을 주었는데, 참여자 4의 경우에는 죽을 수 있다는 것을 보여주어야 이해해줄까 하는 생각까지 가졌다고 진술하였다.

언니가 '(정신과 진료받는) 너한테 돈 들지 너 신경 써줘야 되지. 너만 바라봐 줄 수는 없는데 너는 왜 그렇게 사느냐. 그렇게 사는게 참 하찮지 않냐' ... 엄마가 '엄마도 사실 이해가 잘 안돼... 니가 가진 병 이게 증상이 진짜 라는 게'. 그 말을 듣고 이제 그날 저녁에(자해를 했어요).... '내가 죽을 수 있다는 걸 보여줘야하나? 그래야 나를 이해할까?' ... (내가 자해한 것을) 보고 엄청 울고 그럴 줄 알았는데, 그렇지 않더라고요. 의외로 태연했던 걸로 기억해요.... 엄마도 그렇고 아빠도 내가 자해한 것에 대해서 반응이 없었어요(참여자 4).

특히 가족들은 참여자를 성가신 일을 만드는 존재로 치부하며 참여자의 자해 행위 이면에 있는 힘듦에 대해서는 관심 없어 하는 태도를 보였다. 깊이 있는 대화가 없고 자해 문제에 대해서는 회피하려고만 하는 가족의 모습에서 참여자는 현 상황과 관계에 만족한다며 체념하는 모습을 보였다(참여자 1). 가족에게는 아예 힘듦에 대해 숨기기에 급급한 참여자 8은 가족의 비난과 비교하는 태도로 인해 힘듦을 자해로 나타내고자 했던 의미까지 모두 묵살되었다 느껴 더 심한 자해 충동을 느꼈다고도 하였다.

(학교에서 참여자가 자해한 일로 부모와 교사가 면담을 나눈 후) 아빠는 '왜 그랬냐?' 한번 물어보고. 핸드폰하고. 엄마가 '왜 그랬냐?' 그래서 '그냥

우울했다' 라고 했어요... '왜 그랬냐?' 는 한번만 물어보고 거기서 '끝내자'. 그래 가지고 이 상황, 관계에 만족해요(참여자 1).

가족한테는... 힘들었던 건 다 숨겼어요.... (언니는) 공감해주기는 하는데, 자해했다고 하면 화를 내요. '왜 하냐, 그런 걸로' ... (할머니가) '개 자해하는 거 자살 시도하는 거 아무것도 아니라고. 진짜 죽는 애들은 조용히 간다고' .... 그거 듣자 마자 울었고, 더 자해를 하고 싶었어요(참여자 8).

가족 중에서도 아버지는 대체적으로 자해에 대해 '무관심' 한 태도를 보였다. 참여자가 자해한 사실을 알게 되었을 때, 교사에게 자해 사실을 듣게 되었을 때 등 여러가지 상황에서 무관심 혹은 회피 반응을 보임을 알게 되었다(참여자 1, 2, 4, 5, 7, 9)

(아빠는) 그냥 아예 관심이 없으셨어요(참여자 2).

아빠는 '왜 그랬냐?' 한번 물어보고. 핸드폰하고(참여자 1).

아빠가 '자해는 하지 마라'고... 그냥 그렇게 말하고 끝났어요(참여자 5).

자해에 대한 교사의 반응은 다양하게 나타났고, 참여자들은 현재와 과거의 담임 교사뿐만 아니라 보건 교사, 위클래스 교사 등을 언급했다. 참여자들은 자신의 자해 상처 치료를 탐탁치 않게 여기거나 편견을 갖고 대하는 교사뿐만 아니라 정서적으로 지지를 해주고 수용해주는 교사, 자해 사실을 모르는 교사도 있었다고 진술하였다(참여자 1, 2, 7).

저 병원 들어오는 것도 선생님들 다 알고 계셨고. 다들 잘

다녀오라고 하고 손 꼭 잡고 '너는 잘 해낼 수 있다고 믿어' 그런 얘기 해주시고. 나쁘지 않았어요(참여자 1).

(학생 정서 · 행동특성검사 후에 선생님이) 정말 상담할 생각 없냐고 계속 그러는 거예요. 그런데 선생님이 "너 관심받고 싶어서 그런 거 아니냐?"고 하는데, 너무 어처구니가 없고 놀랐어요.... 선생님이 그러다가 다른 애한테 "애 좀 잘 지켜봐라" 이러는 거예요. 너무 어처구니가 없어가지고. 어떻게 선생님이 그런 말을 할 수가 있나.... 이날도 자해를 했었어요(참여자 1).

보건 샘이... 말 하실 때도 띠꺼운 말투 있잖아요... '너가 한 거니까...' 일단 말투가 좋지 않으셨고, (자해 상처) 이런 거 치료하시는 것도 탐탁치 않아 하는... (참여자 7)

참여자 주변의 친구들은 자해의 시작 시점부터 참여자들에게 영향을 주었으며, 또래 관계에서 발생하는 문제는 자해의 악순환에도 영향을 주고 있음을 알 수 있었다. 친구들은 참여자들이 힘듦에 대해 말하는 것을 귀찮다는 듯이 듣거나 자해에 대해 신경을 안 쓰는 반응을 보였다(참여자 2, 7). 진심으로 공감해주고 위로해주는 친구의 부재로 참여자들은 힘듦에 대한 소통을 포기하고 함구하게 된다고 진술하였다. 참여자9는 자해 경험이 있는 친구와 자해에 대해 공유하며 긍정적인 영향과 부정적인 영향 모두를 주고받기도 하였다.

그냥 호기심으로 '왜 힘들어?', 얘기해주면 '아 그런 일이 있었구나' 하고 끝. 그냥 결과만 알고 끝인 거예요.... 그냥 들어줄 때도 되

게 개가 귀찮아하는 게 눈에 보여요.... 그 다음부터는 '아 힘들면 얘기를 하면 안되겠다' (참여자 2)

참여자들은 SNS상에 우울하다는 것을 말하고 서로 힘들었던 것을 이야기하는 친구, 계정이 필요했다고 진술했다. 소통의 수단으로써 SNS는 작은 위로라도 해주고 자신의 힘듦을 공감해주는 기능이 있다고 보고했다(참여자 1, 7, 8). 한편으로, 참여자들은 SNS가 타인과 자신의 힘듦의 정도를 저울질해보는 공간이 되었다고 하고 다른 종류의 자해를 접해 호기심을 자극 받거나 경쟁심리가 생겨 더 심한 자해를 하게 되는 경우가 있었다고 하였다. 자해를 바로 하지 못하는 상황에서는 타인의 자해를 찾아봄으로써 대리만족을 느끼는 수단으로 작용했다고 진술하였다(참여자 8, 9). 참여자 7의 경우에는 SNS가 일차원적인 공유의 기능을 넘어서서 선순환이 일어나고 있는 공간임을 언급하였는데, 자해 경험자의 긍정적인 영향력이 존재함을 알 수 있었다.

사혈 자해를 했다, 오늘 컷팅 자해를 했는데.... 서로 팔로워를 하고 서로 자기 힘들었던 거 얘기하고, '나도 오늘 자해를 했다' 라는 거를 공유를 하기도 하고(참여자 7).

내가 어느 정도로 하고 있나 궁금해서.... '이 사람은 나보다 세게 했네?' 그러면 진짜 힘든가 보다. '어 이 사람은 이 만큼 세게 했으니까 나도 다음에 더 세게 해봐야지' ... 자해는 여러 종류가 있다는 것 그런 것도 봤고. 그리고 제가 하고 싶은데 하지 못할 때가 있잖아요. 가족들이 있을 때. 그럴 때 찾아보고 대리만족을 하곤... (참여자 9).

거기서는 어떤 사람들은 자해 방법을 공유하지 말자. 서로에게 더 도움이 되게.... 암묵적인 룰이에요.... 되게 좋죠? 끝내려고 노력을 하는 사람이죠(참여자 7).

가족과 친구라는 소통 창구는 기능을 상실해 버리고, 의미 있는 대상을 갈구하던 일부 참여자는 온라인 상에서 익명으로 알게 된 성인 이성과 전화 통화로 만남을 이어갔다고 하였다. 하지만 만남이 깊어지는 것과 무관하게 성인 이성은 자해에 대해 암묵적 동의를 하였다. 전화 통화 중에도 자해를 시도할 정도로 심각한 상태였던 참여자에 대해 성인 이성은 방관자적 태도를 취하였다. 참여자는 이 대상자에게서도 깊이 있는 이해는 받지 못하였다고 진술하였다(참여자 7).

전화하는 사람한테 '아, 나 너무 긋고 싶어서 그어야겠다'고 얘기하고 긋고.... 자해를 하는 시간에도 전화를 계속 안 끊고 했었어요.... '자해하고 올게' 하니까 '너가 하고 싶다면 하고 오라'고 이렇게 얘기하고 말리거나 그러지는 않았던 거 같아요. 딱히 자기 몸도 아니니까 별로 저를 신경 쓰는 사람인 건 아닌 거 같아요. 지금 생각해보니까. '또 그었냐?' 이런 반응이었고(참여자 7).

4) 터닝 포인트: 나를 이해해 줄 새로운 환경을 생각하게 됨

네번째, 입원을 생각하게 되는 계기인 '터닝 포인트' 범주에서는 '스스로 자해의 심각성을 깨달음', '주변인의 설득과 권유로 치료의 필요성을 깨달음',

‘의학적 진단을 듣고 치료를 결심함’, ‘문제 상황에서 회피하고자 병동을 도피처로 삼음’ 라는 4개의 주제를 도출할 수 있었다. 자해의 폭주 속 참여자들의 자존감은 한없이 낮아져 자기 자신을 ‘사이코’ (참여자 2, 4), ‘정신병자’ (참여자 2, 4), ‘비정상’ (참여자 5) 등으로 낙인 찍고 학습된 무력감과 존재의 무가치감, 자기비하를 나타냈다. 큰 변화없이 매일이 자해인 삶 속에서(참여자 8, 9) 각자의 이유로 입원 치료라는 선택을 하게 되었다.

(1) 스스로 자해의 심각성을 깨달음

참여자들이 스스로 자해의 심각성을 깨달은 경우로, 일부 참여자는 자신의 상태가 너무 위험하고 심각하다고 인지되는 시점에 스스로 입원을 떠올렸다고 진술하였다(참여자 1). 반복되는 자해로 후회와 의문이 들기 시작했을 때, 자신의 행동을 반추하다가 자해에 대한 경각심이 생겼을 때 입원의 필요성을 인지했다고 진술하였다(참여자 1, 3, 8, 9).

‘나는 위험하니까 이 상태가 위험하니까 거기(병원)에 들어가 있는 것도 당연한 거 아닌가?’ 생각했어요(참여자 1).

(자해를 하던 중) 거울에 비친 내 얼굴을 봤는데, 내가 웃고 있는 거예요.... 칼을 바로 버리고 얼른 피를 닦고 밴드를 붙였죠. 그 때는 정말... ‘진짜 내가 미쳤구나... 정말 입원 해야되는구나’ 싶었어요(참여자 8).

살려고 심리 상담 센터도 알아보고, 정신 건강... 제가 혼자서 다 알아보고 했거든요. ‘내가 이렇게 살려고 노력하는데, 왜 내가 내 몸에 상처를 내지?’ 이런 생각이 갑자기 드는 거예요(참여자 9).

(2) 주변인의 설득과 권유로 치료의 필요성을 깨달음

참여자들은 친구, 이모, 정신과 치료 경험이 있는 지인과 같은 주변인의 설득과 권유에 의해 입원을 결심한 경우도 있었다. 구체적으로는 친구들로부터 자신의 상태에 대해 피드백 받고 자신의 심각성을 인지한 경우(참여자 7), 자해 중 해리 증상을 경험하며 이모에 의해 상황을 인지한 경우(참여자 5), 정신과 입원 치료경험이 있는 지인의 사례를 접한 경우(참여자 3) 등 주변인의 피드백에 의해 입원 치료의 필요성을 느끼게 되었다고 진술하였다.

'야, 너랑 친구하고 싶지 않을 정도로 그렇게 한다(자해를 한다)' 저한테 얘기를 하는 거예요.... '아 내가 그거를 못 느낄 정도로 내가 그런 거에 대해 심각하구나', '나는 지금 약 먹으면서 나아지고 있다고 생각하고 있었는데, 그게 아니고 오히려 조금 더 심각해졌구나' 라고 느끼게 되니까 그 때 되게 충격 받았죠(참여자 7).

그 병원(다른 정신과 병동)의 사람을 만나보니까 퇴원을 하고, 다 표정 좋아지고 자해도 다 끊었다고 하길래. 제가 '아 입원 치료를 받아야 자해를 끊는 건가?', '자해를 끊고 싶거나 힘들면 입원을 해서 도움을 받아야겠구나' 싶었어요(참여자 3).

(3) 의학적 진단을 듣고 치료를 결심함

참여자 중에는 정신과 진료를 통해 자신의 상태에 대해 의학적 진단을 들음으로써 입원 치료를 결심한 경우가 있었다(참여자 4, 7). 일부 참여자는 의학적 진단이라는 전문적이고 객관적인 평가를 듣고 환경적으로라도 자신을 통제하고 위험 행동을 감시해주었으면 하는 생각이 들었다고 언급하였다(참여자 4).

정신과 갔더니 '원래 스트레스 지수도 높고 했는데, 원래 유리 같은 마음이 그게 이제 깨져 있는 상태다 아주 심각한 상태다' 라고 해서 그 때부터 입원을 권유를 했어요.... '나를 막아줬으면 좋겠다', '나를 멈춰줬으면 좋겠다', '나를 누군가가 계속 감시하고 멈춰주었으면 좋겠다'(라고 입원을 생각했어요) 행동을 조절할 수 있게(참여자 4).

여기 병원 전이었을 거예요. 전에 다니던 잠깐... 거기서 기분조절장애랑 우울증이 있다라고 말을 해줬던 거 같아요(참여자 7).

(4) 문제 상황에서 회피하고자 병동을 도피처로 삼음

갈등 상황과 문제로부터 직접적인 도피를 위해 입원을 선택하게 된 참여자도 있었다. 구체적으로는 또래 문제로 인해 등교를 거부하게 되면서 학교라는 공간으로부터 도피처로 정신과 입원 병동을 선택한 경우도 있었고(참여자 5), 엄마의 잔소리로 부터의 해방을 원해 입원한 경우도 있었다(참여자 6).

애들하고 네다섯 번 싸웠었거든요. 그래서 애들이 저를 따 시킬까봐. 무리에서 배제시킬까봐.... 자존감도 많이 떨어지고 제 자신이 많이 싫었을 때였거든요(참여자 5).

5) 상처없이 그대로 간직하고 싶은 몸이 됨: 치료적 환경으로 인한 변화

다섯 번째 범주에 해당하는 '상처없이 그대로 간직하고 싶은 몸이 됨' 범주에서는 입원 치료와 관련하여 '자아 성찰의 기회와 환경 치료의 영향으로 생긴 긍정적 변화', '치료적 환경에도 해결책은 자해 뿐인 현실', '더 나은 치료를

위해 기대하는 점’ 이라는 3개의 주제를 도출할 수 있었다.

(1) 자아 성찰의 기회와 환경 치료의 영향으로 생긴 긍정적 변화

대부분의 참여자들은 입원을 통해 자해에 대한 긍정적 변화를 경험하였다고 하였다. 구체적으로는 자아 성찰의 기회를 얻거나 정신과 병동이라는 치료적인 공간에서 환경치료의 영향을 받음으로써 자해 충동을 이겨내는 경험을 하였다고 하였다.

① 자아 성찰의 기회가 생김

참여자들은 입원을 통해 나를 마주하게 되는 자아 성찰의 기회가 생겨 자해에 대한 생각에 변화가 생겼다고 진술하였다. 입원 전후로 자해를 대하는 자신의 태도에도 변화가 생겼다고 하였다. 입원 전 자해에 대해 ‘심심풀이, 놀이’ 와 같이 재미를 느낄 정도였던 자신의 모습이 비정상적이었음을 깨닫게 되었고, 입원 후 자해가 결코 작은 일이 아닌 것이고 좋지 않은 행위라는 것을 알게 되었다고 진술하였다(참여자 5, 6, 8, 9). 특히 전체 참여자들은 자해가 근본적인 해결책이 되지 않음을 깨달았다고 공통적으로 보고하였다. 또한 자해의 결과 자신의 자존감이 저하됨을 느끼게 되었다며 직접적으로 자존감에 대해 언급하며 깊이 있는 자아 성찰을 한 참여자도 있었다(참여자 5).

자해에 대한 인식의 변화는 자해 상처에 대한 인식의 변화도 생기게 하였는데, 대다수의 참여자들이 자해의 결과 상처가 남는 것에 대해 후회스럽다고 표현하는 식으로 입원 치료가 흉터에 대한 재인식의 계기가 됨을 알 수 있었다. 참여자 6은 타투(tattoo)를 해서라도 자해 상처를 가리고 싶다고 하였다.

자기 몸에 상처를 내는 것 자체가 자존감을 되게 하락시키고 그런 것 같아요(참여자 5).

입원 전에는... 자해가 그냥 저한테는 심심풀이 노는 거? 놀이? 같은 거? 그냥 저는 집에서 아무것도 안 할 때 (자해) 그걸 하면 재미도 있었어요.... (입원 후에는) 진짜 끝까지 가는 흉터. 지우고 싶어도 지우지 못하는 후회 그 자체? (참여자 9)

일부 참여자는 자아 성찰을 통해 자해에 대한 생각의 변화와 행동의 변화 모두를 경험하였다고 보고하였다. 매일 하던 자해를 입원 후 하지 않게 된 가장 큰 이유로 '자기(self)', '몸', '행동'에 대한 생각의 변화를 꼽았다. 참여자는 자기혐오로 가득한 '나(self)'를 등지고 있다가 '나'를 바로 마주함으로써 자해가 한심하고 후회되는 행동이었음을 깨닫게 되었다고 하였다. 또한 내 마음대로 상처내도 되는 '몸'에서 부모님이 예쁘게 낳아 주신 그대로 간직하고 싶은 '몸'으로 생각하게 되었다고 하였다. 마지막으로, 자해를 숨겨야 하는 '행동'에서 치료받고 나아질 수 있는 '행동'으로 인지하는 변화를 경험하였다고 진술하였다(참여자 8).

지금은 입원을 하고 나니까 (자해가) 솔직히 후회가 돼요. 자해할 때는 제가 저를 싫어하니까. 자기 혐오가 심하니까 (힘듦을) 그냥 무시하고 '넌 힘든 것도 아니야' 이렇게 생각한 경우가 많았거든요. 지금 보면 좀 '내가 그 때 내가 나를 돌아섰나' 싶기도 하고.... 밖에서는 약도 안 먹었고.. 얘기도 들어주는 사람도 없으니까 무조건 숨기기만 했거든요.... (지금은 자해를 생각하면) 한심하고 후회되는 생각이 들고.... 부모님이 예쁘게 낳아 주신 몸을 그대로 간직하게... 했으면 좋겠어요(참여자 8).

② 환경 치료(milieu therapy)의 영향

참여자들의 자아 성찰은 스스로에 의해 이루어지기도 하고 의사나 간호사와 같은 치료진의 영향을 받기도 하였다. 특히 모든 것이 치료적으로 구성되어 있는 병동 환경에서 참여자들은 치료진을 포함한 직원들, 다른 환자들, 물리적 환경과 반복되는 일상, 병동 프로그램, 규칙 등으로부터 영향을 받고 있음을 알 수 있었다. 일부 참여자들은 병동에 입원해 있는 동안 환경 치료의 영향으로 자해 충동을 조절하는데 도움이 되었다고 진술하였다. 자해에 대한 생각의 변화가 일어나지 않은 참여자도 있었으나 치료진을 의식하거나 처벌을 피하기 위해 자해를 참게 되었다고 진술하였다. 병동 일과에 참여하다 보면 자연스레 안정감을 느껴 자해 충동을 느끼게 하는 우울감이 감소해 있는 상태가 되었다는 참여자도 있었다(참여자 1, 8).

(병동에서) 그냥 있었어요. 그냥 아침에 일어나서 기분이 안 좋았다. 이런 경우에는 잠깐 침대에 앉아있다가. 체조하러 나가고. 우울한 상태에서 체조하고 밥 먹고 혈압 재고... 그러다 보면 일과에 참여하다 보면 어느 순간 괜찮아져 있어요. 그리고 점심 먹고 나서 우울할 때는 저는 언제나 거실에 노란 테이블에 앉아서 그림 그리고 낙서하고 책 읽고 수다 떨면서 있으면 좀 나아져요(참여자 1).

또한 병동 규칙 상 위험 물품이 제한되는데 자해 도구로부터 접근성이 제한됨으로써 자해가 예방되었다고 보고한 참여자도 있었다(참여자 3, 5, 6). 만약 칼이나 가위 같은 자해 도구가 되는 물건을 자유롭게 사용 가능한 곳이었으면 자해를 했을 것이라고도 하였다(참여자 6).

병동에서는 물건이 딱딱 제한이 되니까 제가 평소에 (자해)하던 물건이 반입이 안되니까 그게 애초에 예방적으로 막았다고 생각하고... 젓가락도 반납하고 손톱도 일주일에 한번씩 깎고... 그렇게 (자해) 할 요소는 없다고 생각했어요(참여자 3).

병동 치료 프로그램이 자신을 돌아보는데 효과가 있었다고 진술한 참여자도 있었다. 특정 기분이 들 때 어떻게 대처하면 좋을지 지식적으로 접근한 프로그램이었음에도 효과가 있음을 느꼈고 자아 성찰의 계기가 되어 자신의 중요성을 알게 되었다고 진술하였다(참여자 7).

그 '마음이 쑥쑥' 프로그램 같은 거 하잖아요. 그럼 '소중한 나 만들기' 이런 프로그램 같은 걸 했었어요. 그걸 하다 보니까 이런 때 이런 기분이 들 때 어떻게 해야 되고, '학교 폭력 예방 프로그램' 하면서도 거기서도 어떤 사람이 이런 기분이 들었을 때 나는 어떻게 대처해야 되는가 이런 거 배우다 보니까 '저라는 사람이 좀 중요한 사람이구나' 라는 걸 느끼게 된 거 같아요(참여자 7).

환경 치료에서는 환경적 요인뿐만 아니라 치료진이나 다른 환자들로 부터의 인적 영향도 의미 있게 볼 수 있었다. 참여자들은 간호사가 자해에 대해 사정하면서 자신의 자해에 대해 물어봐 주는 것 만으로도 위로가 되고 자신을 신경 써서 돌보아주고 있음을 느꼈다고 하였다(참여자 9). 또한 자해의 원인이 되었던 대인관계 문제가 병동에서도 반복되었지만 간호사의 도움으로 해결하여 자해로 이어지지 않게 되었다고 하였다(참여자 6). 일부 참여자는 다른 환자들과의 교류를 통해 형성된 공감대가 자해 행동을 막아 주기도 했다고 보고 하였다(참여자 1, 3, 6, 7, 8, 9). 입원한 다른 환자들 중에서는 자해 경험이 있는 환자도 있었는데, 자해 경험이 있는 또래 환자로부터 들은 조언이 의미 있었다고 진술한 참여자도 있었다(참여자 3).

(간호사가) '요즘 자해 요즘 몸을 해치거나 한 거 있어?' 하고 계속 물어봐주시고 해서, 물론 자해는 안 했지만... 근데 물어봐 주시는 것 만으로도 위로가

되는 느낌. '계속 신경 쓰고 있구나' 가 느껴지더라고요(참여자 9).

(자해 경험이 있는 또래 환자인) ○○언니한테... '자해가 안 좋은 거라고 하지 마라' 고 그렇게 들은 적이 있었어요.... 자해한 사람이 그렇게 말하니까 멋져 보이고 '나도 나중에 자해하는 사람한테 그렇게 하지 말라고 말해주고 싶다'는... (생각을 했어요) (참여자3)

③ 자해 충동을 이겨내는 경험이 생김

입원 후 자아 성찰과 환경 치료의 영향 등으로 참여자들은 자해 충동을 이겨내는 경험을 하였다고 진술하였다. 구체적으로는 대안적인 활동을 해보는 기회, 치료진과 상담할 수 있는 기회 등을 통해 자해 충동을 이겨내는 경험을 하였다고 보고하였고, 치료진과 함께 개별적으로 수립한 안전 계획 단계에 따라 복식 호흡, 명상 등을 수행한 것이 큰 도움이 되었다고도 하였다. 입원 후 한 달 넘게 자해를 안 한 자신에게 '잘했다' 고 칭찬해주고 싶어하는 참여자도 있었다(참여자 1).

'이 병동에서 잘 지켰는데 나가서 내가 왜 못 지켜?' 하는 오기? 그런 게 생겨 가지고(참여자 3)

그냥 불안하고 그럴 때 안전 계획 단계를 밟았어요. 안전 계획대로. 혼자 책 읽거나 그랬었고 그 다음은 복식호흡 그 다음은 명상하기. 복식호흡을 제일 많이 했어요. 제일 도움이 되었어요(참여자 4).

시 쓰거나 가져온 책을 보거나 그냥 밖(거실)에 나가서 사람들 많은 데 있었어요. 간호사 샘들한테 주로 상담을 하기도 했고...(참여자 5)

(2) 치료적 환경에도 해결책은 자해 뿐인 현실

우여곡절 끝에 입원 치료를 받게 된 참여자의 대부분은 행동의 변화가 일어나 입원 후 자해를 하지 않게 되었지만(참여자 1, 3, 4, 5, 6, 8), 일부 참여자는 행동의 변화가 일어나지 않아 입원 중에도 자해를 하였다(참여자 2, 7, 9). 생각의 변화가 일어났음에도 자해를 하게 된 경우가 있었고(참여자 7, 9), 생각의 변화가 일어나지 않았음에도 환경적인 요인에 의해 자해를 하지 않게 된 경우도 있었다(참여자 4). 한 참여자의 경우에는 생각과 행동의 변화가 모두 일어나지 않았다(참여자 2).

구체적으로 살펴보면, 자신의 속마음을 간호사에게 털어놓기 어렵고 간호사와 보호사의 눈치를 봐야하는 현실이 힘들다고 하였다. 증상을 조절하라는 간호사의 말에 자신이 '정신병자' 가 된 느낌까지 받았다고 하였다(참여자 2). 의료진이 '가시 돋친 말로 쓸데없이 트집 잡을 때' 자해 충동이 들지만 의식적으로 생각을 버리려고 노력함으로써 억제(suppression) 방어기전을 사용하는 참여자도 있었다(참여자 7). 한편, 치료진이 자해를 해 본 경험이 없기 때문에 자신이 깊이 이해 받지 못했다며 공감의 한계에 부딪힌 경험을 보고한 참여자도 있었고(참여자 4), 자신이 오롯이 감내해야 하는 힘듦에 다시 자해할 수밖에 없는 상황에서 비참하다고 느낀 참여자도 볼 수 있었다(참여자 9). 일부 참여자는 병동 규칙 상 자해를 하면 격리되는 것에 대해 이해가 어렵다고 하였다. 자해와 관련된 도움을 받고 싶어서 입원하였으나 안정실에서의 시간은 처벌적 의미로 받아들여졌다고 진술하였다(참여자 7). 이렇게 일부 참여자에게는 자해에 대한 생각이나 행동에 변화가 일어나지 않은 점에서 입원 치료의 한계를 볼 수 있었다.

(자해에 대한) 생각이 아예 안 바뀌었어요.... (머뭇거리며) 너무 되게 정신과가 제가 생각한 그런 곳이 아니었어요.... 얘기를 하면 살짝 신경질적으로 대답하시는 분들이 계세요. 저는 여기에 정신과 환자로 왔잖아요. 근데 제가 간호사님들이랑 보호사님들 눈치를 봐야하는 거예요. 그게 되게 싫은 거예요(참여자 2).

'너의 몸에 그런 상처를 남기고 너의 몸을 소중하게 여기지 않은 건 잘못되었다' 라고 모두가 그렇게 이야기하기 때문에 이론적으로는 그렇게 생각하는 거고. 제 속내는 그렇지 않다는 거죠(참여자 4).

(입원 한달만에 자해를 한 상황에 대해) 어... 그냥... 뭔가... 비참하다고 해야하나?... 자해를 지금 하지 않으면 안될 것 같은데, 안 하면 진짜 못 버티겠고 그래서 진짜 막 생각 하다가 ... 화장실에 들어가서 머리 박고 막 그랬어요.... 기분이 나아지지도 않았고 진짜 후회만 들었어요(참여자 9).

(3) 더 나은 치료를 위해 기대하는 점

참여자들이 입원과 관련하여 기대하는 점은 인적 측면과 환경적 측면으로 내용을 나누어 볼 수 있었다. 참여자들은 치료진에게 비판단적인 태도로 수용, 위로, 이해, 공감과 위안을 원한다고 하였다(참여자 3, 4, 7). 자해와 관련된 병동 프로그램이 개발되었으면 하는 필요성을 느낀다는 진술도 있었다. 특히 자해를 왜 하면 안되는지, 자해의 위험성 등에 대해 교육적인 측면을 강화해주길 바란다고 하였다(참여자 3, 4, 5, 9). 또한 자해의 근본적인 원인이 되는 스트레스를 관리하는 방법, 또래 관계를 형성하는 방법, 학업 스트레스를 감소시키기 위한 학업적 도움, 부모교육도 원한다고 하였다(참여자 5, 6).

(자해에 대한) 전문가. 그런 사람들이 와서 얘기를 해준다던가 어떤 방법을 제시를 해준다던가.... 자해를 해봤거나 자해에 대해 잘 아시는 분들이 오셔서 면담을 해주는 그런 활동(참여자 4)

(자해의 근본적인 원인이 되었던 스트레스를 덜 받도록) 거절하는 방법을

알려주었으면 좋겠고... 자해의 위험성 그런 걸 부각시켜주면 좋겠어요(참여자 5).

자해하는 거에 관한 프로그램이 있으면 좋겠어요... 자해하는 사람의 심리를 먼저 모두에게 알려주면 좋겠어요. 왜냐하면 너무 이해를 못하잖아요... 전문가의 입장에서 왜 하게 되고 이게 어떻게 해서 어떻게 되는 건지 설명해주는 거랑... 어떻게 하면 이거를 끊을 수 있는지 그런 방법도... 주변에 (자해하는) 그런 사람이 있으면 우리는 어떻게 대처해야 하는지(참여자 9)

6) 자해에서 한 발 떨어짐: 자해의 보호요인

마지막으로, '자해에서 한 발 떨어짐' 이라는 범주에서는 자해의 보호요인이 되는 '의미 있는 대상의 존재와 지지가 자해를 멈추게 함', '자해의 대안이 되는 활동을 통해 스트레스를 관리함', '자해 도구로부터 접근성이 제한됨', '문제 상황으로부터 거리를 둠' 이라는 4개의 주제를 도출할 수 있었다. 자해의 시작에서 입원 치료 직전까지의 일상 속에서 참여자들을 자해로부터 떨어지게 만드는 요인이 존재함을 발견할 수 있었다.

(1) 의미 있는 대상의 존재와 지지가 자해를 멈추게 함

모든 참여자에게서 공통적으로 찾을 수 있었던 것은 의미 있는 대상의 존재 자체와 의미 있는 대상으로부터의 지지가 자해를 멈추는데 도움이 된다는 것이었다. 참여자들은 부모나 보육교사, 상담사, 보육 시설 친구와 이성친구를 포함한 친구들을 의미 있는 대상으로 생각하였고 이들이 공감과 인정, 지지를 해주었을 때, 몸의 소중함을 일깨워 주었을 때 자해를 멈추고자 하는 생각을 갖게 되었다고 하였다. 심지어 가족 사진을 보고 있는 것 만으로도 가족이 옆에 있는 느낌이 들어 자해를

안 하는 경우가 있다고도 언급하였다. 참여자 1의 경우에는 상담사의 공감적인 태도도 의미가 있었으며, 자신의 반복되는 자해로 인해 친구들이 지칠 것에 대한 염려로 자해를 하지 않게 되는 경우에 대해서도 언급하였다. 이러한 지지체계의 영향으로 실제로 자해 빈도가 줄었다고 느낀 참여자도 있었다(참여자 7).

엄마는 그냥... 존재 자체만으로... 지지가 되었어요... (참여자 9)

정말 하루 종일 힘들었는데 아빠가 퇴근하고 왔는데 아빠가 저랑 계속 얘기해주고 그러면 (자해 충동) 그런 게 가시고. '오늘은 좀 괜찮네?' 이러고 (자해가) 넘어가는 거죠 내일로(참여자 4).

바뀐 보육원 선생님(도 지지해주셨어요).... '나는 너 스트레스 받는 일이 없게 최대한 노력할게' 라고 하셨어요. 실제로도 노력하시는 거 같았어요(참여자 3).

(지지해주는 사람은) 학교 친구들이랑 보육원 친구들. 제가 그때가 여름이었는데. 반팔을 입고 다니잖아요. 저랑 손을 잡다가 딱 손을 본 거예요. 그래 가지고 '야 너 왜 자해했어?' 이래가지고 '아 좀 힘들어서 했어' 그러니까 '야 힘들면 다른 걸로 풀어' 라고 애들이 먼저 말해줬어요(참여자 3).

(가정 방문) 상담 선생님이 저를 껴안고 우시면서 'ㅇㅇ아 내가 얼마나 놀랐는지 아니?' 그러면서 우시는데, '이거는 뭔가 글러먹었다... 이거는 뭔가 잘못되었다. 그러지 말아야지' 생각했어요(참여자 1).

애들이 좋으니까 그래서 안 했어요. 이걸(자해)하면 애들이 하지 말라고 하잖아요. (애들이 말리고 나는 다시 자해를 반복하는)이런 과정에서 애들이

지치거나 나한테 질려하면 어떻게 하나? 이 생각도 있었어요(참여자 1).

(친구가 해준 말) '○○야 너는 진짜 소중한 사람이야. 너의 몸은 정말 소중해.' ... 그거를 계속 듣다 보면 이게 '아 내 몸은 정말 소중한 거구나' 이렇게 생각이 돼요. 그러면 자해를 딱 하려 하면 '아 내 몸은 소중한 거니까 하면 안되지' 이렇게 되는 거예요(참여자 2).

(2) 자해의 대안이 되는 활동을 통해 스트레스를 관리함

대부분의 참여자들은 입원 전부터 자해의 대안이 되는 활동을 한 경험이 있었고, 대안 활동을 통해 자해 충동을 일으키는 스트레스를 관리하고 생각을 전환할 수 있는 계기가 되었다고 하였다. 대안 활동으로는 책 읽기, 시 쓰기, 드럼치기, 달리기, 친구들과 연락하기, 동영상 시청하기, 영화보기, 좋아하는 가수에 대해 탐색하기 등이 있었고, 흡연과 같은 부정적인 형태의 활동을 한 참여자도 있었다.

제가 좋아하는 아이돌 가수가 있는데 팬들과 소통할 수 있는 방송 같은 게 있어요. 그게 새로 떴을 때 그걸 새로 보면 (웃음) 모든 화가 다 사그라들고... 제가 평소에 좋아하던 걸 다시 시작해서.... 아예 일부러 긍정적인 걸 관련된 걸 찾아서 보고(참여자 9)

그럴 땐(자해 충동이 들 땐) 그냥 담배를 폈었어요. 화가 나니까.... 그냥 유투브로 짱구 보고.... 그냥 친구들이랑 연락하면서 누구 욕하고 그러면 그냥 기분이 저절로 풀려 있었어요(참여자 8).

(3) 자해 도구로부터 접근성이 제한됨

병원이라는 특수한 치료적 환경에서 자해 도구가 제한되었듯이 일상 생활에서도

자해로의 접근성이 제한된 부분을 찾을 수 있었다. 참여자들은 자해 충동이 생기는 상황에서 지켜보는 사람이 있거나(참여자 5, 9), 도구가 없어서 자해를 못하게 되는 경우가 있었는데, 부모로부터 자해 도구를 압수당한 경험에 대해서도 보고하였다(참여자 1).

어른들이 다 지켜보고 있는 상태여서 못했던 것 같아요. 안 한 거라기보다는 못한 것? (참여자 5)

(4) 문제 상황으로부터 거리를 둠

일부 참여자는 시간적 개념의 거리를 두고 문제 상황을 바라보았을 때 자해를 하지 않게 되는 경우가 있었다고 진술하였다. 스트레스를 일으키는 상황에 대해 한 발자국 떨어져서 상황을 객관화하여 생각해보면 그 심각성이 줄어들어 있었다고 설명하였다(참여자 2).

내가 지금은 엄청 힘들지만, 나중에 할머니가 되어서 생각하면 아무것도 아닌 일이잖아요. 뭔가 화나는 일, 짜증나는 일, 자해하고 싶은 일이 있으면, 내가 할머니가 되었을 때 이 상황을 생각해보면? 이 생각을 되게 많이 했었어요(참여자 2).

V. 논 의

본 연구는 소아청소년 정신과 병동에 입원한 비자살적 자해 경험이 있는 청소년을 대상으로 자해의 시작부터 입원까지의 구체적인 경험에 탐색하여 그 현상을 이해하고자 하였다. 이들은 치료적 환경이 제공되는 정신과 병동에 입원했다는 점에서 지역사회 자해 청소년과 구분이 되고 치료적 환경을 통해 자아 성찰의 기회와 자해 충동을 이겨내는 경험 등 긍정적인 치료 경험을 이끌어 낼 수 있었다. 한편 정신과 병동에서 간호사는 자해 행위 자체에 초점을 두고 행동 수정 요법 기반의 처벌적인 접근으로 자해 청소년들을 중재한다. 간호사는 도움의 손길을 청하기 위해 병원 문을 두드리는 자해 청소년의 상황에 대해 인지하고 있지만 그들이 살아온 이야기에 관심을 갖기에는 한정된 시간 내에 처리해야할 업무가 과도하다. 이들의 이야기에 관심 갖지 못한 채 자해하는 행위 자체와 사후 중재에 초점을 둘 수밖에 없는 현실인 것이다. 이에 본 연구에서는 입원한 자해 청소년들의 자해의 시작부터 입원까지 이르는 경험에 대해 탐색하였고, 이들에 대한 이해의 폭을 넓히고자 하였다.

본 연구에서는 참여자들의 자해 경험에 대해 탐색하였고 내용 분석을 통해 6개의 범주와 20개의 주제를 도출할 수 있었다. 도출한 범주는 ‘긍정적인 효과에 대한 기대로 자해에 휘말림’, ‘나의 힘듦을 모두가 알아주었으면 함’, ‘칼 앞에서 요동치는 감정과 아무도 이해하지 못하는 현실’, ‘터닝포인트’, ‘상처없이 그대로 간직하고 싶은 몸이 됨’, ‘자해에서 한 발 떨어짐’이었다. 본 장에서는 정신과 병동에 입원한 청소년의 비자살적 자해 경험에 대해 고찰하고 연구의 제한점과 간호 실무에 주는 의의에 대해서 논의해보고자 한다.

1. 정신과 병동에 입원한 청소년의 비자살적 자해 경험

참여자들은 긍정적인 효과를 기대하며 자해에 휘말리게 되었고 친구나 SNS의 영향을 받거나 호기심에 자해를 시작하게 되었다. 또한 어린 시절의 학대가 자해의 시작에 영향을 미치기도 하였다. 참여자들은 자신의 힘듦을 모두가 알아주었으면 하는 기대로 자해를 반복하였고, 자해는 참여자들이 내적 고통에서 벗어나는 유일한 방법이었다. 자해를 하는 순간에는 칼 앞에서 감정이 요동쳤고 냉담한 주변 사람들의 반응은 참여자들로 하여금 자해를 다시 찾게 만들었다. 참여자들은 자신을 이해해 줄 새로운 환경을 생각하게 되었고 이는 자해를 멈출 수 있는 터닝포인트가 되었다. 입원이라는 치료적 환경으로 인해 부모님이 낳아 주신 모습 그대로 간직하고 싶은 몸이 되었고 자해에 대한 생각과 행동에 긍정적 변화가 생기기도 하였다. 자해의 시작부터 입원에 이르는 여정에서 자해로부터 한 발 떨어질 수 있도록 보호해주는 보호요인도 찾을 수 있었다.

첫번째 범주인 자해의 시작과 관련된 부분에서 자해 청소년들은 친구나 SNS의 영향을 받았다. 이 부분은 송원영(2021)의 연구에서, 자해를 하는 청소년들이 자해를 한 후 친구들이나 SNS를 통해 공유한다는 것을 자해의 한 현상으로 보았을 때 그 현상에 대한 영향으로 해석해볼 수 있다. 자해 현상이 한방향의 흐름을 가지고 원인에서 결과로 흘러가는 것이 아니라 원인과 결과가 서로 영향을 미치고 다른 요소들이 개입하는 과정이기 때문이다.

자해의 시작 시기를 살펴보면, 선행 연구에서 13세 전후에 시작하는 것으로 나타났고(이동귀 외, 2016; Nock, 2010; Nock & Prinstein, 2004), 본 연구에서도 평균 시작시기는 만 12세였다. 평균적으로는 선행 연구에서의 자해 시작시기와 비슷한 듯 보이나, 본 연구의 참여자들은 만 8세에서 만 15세까지 다양한 나이에 자해를 시작했다. 특히 유치원 때부터 반복적으로 따돌림을 경험한 참여자 8이

초등학교 2학년 시기인 만 8세에 자해를 시작했다는 점을 주목해볼 수 있는데 이는 기존 연구 결과에서 나타난 것보다 훨씬 이른 시기에 자해를 시작한 것으로 볼 수 있다. 이미 알려져 있는 초기 청소년 시기보다 이른 시기에 자해를 시작하는 인구가 존재한다는 것을 미루어 짐작할 수 있으며 자해의 조기 발견과 조기 개입의 필요성을 시사한다. 우리나라에서는 교육부 주관으로 2007년부터 매년 초등학교 1, 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년을 대상으로 학생 정서 · 행동특성검사를 시행하고 있다. 2017년이 되어서야 검사 문항에 자해 경험의 유무를 묻는 1개 문항이 추가되었다(교육부, 2022). 하지만 학생 정서 · 행동특성검사에서 관심군으로 분류된 학생의 57%만이 전문기관으로 연계되었으며 이들 중 지속적인 관리를 받고 있는 경우가 30%에 불과한 것으로 나타났다(김명희, 서지민, 2017). 이는 전문기관으로의 연계가 부족한 현실을 보여준다. 더욱이 검사에서 관심군으로 분류되었을 경우 치료를 결정하는 사람은 부모이기 때문에 조기 발견과 조기 개입의 핵심에 부모를 빼 놓을 수 없다.

한편, 일부 참여자들이 어린 시절 경험한 학대는 Nock(2009)이 비자살적 자해의 통합적 이론 모델에서 언급한 '원거리 위험요인(Distal Risk Factor)'과 연관 지을 수 있다. 시간적으로 거리가 있는 과거 어린 시절의 학대 경험까지도 현재의 자해에 영향을 미치는 것으로 드러났다. 이는 신체적 · 정서적 학대와 같은 아동기의 역경이 여성 청소년에게서 자해 행동을 높인다는 연구(권국주, 2020), 불운한 아동기의 경험이 성인기의 정신 건강에 영향을 미쳐 자해와도 밀접한 관련성이 있다는 연구(김은희, 이인혜, 2022)와도 일맥상통하는 부분이다. 그러기에 아동기의 학대와 자해는 밀접한 연관성을 가진다고 할 수 있으며 아동학대 경험이 있는 아동 · 청소년을 자해의 고위험군으로 볼 수 있다. 본 연구 결과는 이들을 대상으로 한 자해 예방 교육의 필요성에 대해 시사해준다.

두 번째 범주인 자해의 의미와 관련된 부분에서 참여자들이 내적 고통에서

벗어나는 유일한 방법, 관심과 인정을 얻기 위한 행동으로서 자해를 할 수밖에 없는 현실을 살아가고 있었다는 것을 알 수 있다. 이들은 자해는 삶이고 자살은 죽음인 이분법적인 삶에서 '오늘의 자해가 내일로 넘어가면' 다행인 일상을 위태롭게 지탱하며 살고 있었다. 일부 참여자는 자해하기 전으로 돌아간다 하더라도 다시 자해를 할 것이라고 진술하였는데, 이는 대안의 부재라는 현실 속 스스로 쓴 자해라는 굴레를 벗어나지 못하는 상황을 대변해 준다. 참여자들이 반복해오던 자해는 Nock(2009)의 비자살적 자해의 통합적 이론 모델의 '개인 내적 취약 요인' 및 '대인 관계적 취약 요인'과 연관 지어 볼 수 있다. Nock(2009)은 의사소통 기술과 사회 문제 해결 능력이 부족한 것을 대인 관계적 취약 요인으로 보았으며, 본 연구에서도 모델에서 언급한 요인을 확인할 수 있다. 특히 참여자 개개인의 자해는 한 요인에만 국한되지 않고 복합적인 성격을 띠고 있었으며 저마다 깊은 의미를 내포하고 있었다. 참여자들의 자해의 이유에서 낮은 자존감, 무가치감이 기저에 있음을 알 수 있었고, 이는 대다수의 참여자들이 우울 증상을 동반하고 있었기에 기분 문제와 관련된 요인으로도 설명할 수 있다. '우울한 생각을 없애기 위해' 자해를 하지만 자해 후에는 '한없이 우울의 나락으로 떨어지는 느낌' 을 받기도 하기 때문에 기분 문제를 동반하는 경우에는 자해의 악순환을 일으키는 요인이 된다고 볼 수 있다(이동귀 외, 2016).

Hollander(2016)는 자해가 가진 기능이 있다고 보고 자해의 13가지 기능을 밝혔다. 본 연구에서도 참여자들에게 자해는 정서 조절의 기능, 대인 관계에서의 영향력을 끼치는 기능, 자극을 추구하는 기능 등 다양한 기능을 가지고 있다. '피가 나면 직성이 풀리고', '쾌감과 희열감을 가져다주며', '친구 같은 존재' 등으로 자해가 기능하고 있었다. 하지만 면담 내용을 분석하면서 참여자들은 자해에 대해 상반된 감정을 동시에 갖고 있다는 사실이 드러났다. 자해가 건전한 해결방식이 아님을 알고는 있지만 이들에게 힘든 현실에서의 탈출구는 자해뿐이었다. 결국 무력하게 자해를 하는 참여자들에게 도움을 줄 영역이 드러났고 연구자와 참여자가

공통적으로 고민하는 문제에 대한 답을 찾을 수 있었다. 자해가 갖는 기능이 있다는 점은 그 기능을 대체할 대체제를 찾아줄 수 있다면 자해가 소거될 수 있는 희망이 있다는 것을 보여주었다. 즉, 자해가 가진 기능에 집중하기 보다는 자해가 갖는 기능을 다른 것으로 대체해주는 것이 중요하다는 것을 알 수 있었다. 이는 자해 청소년들이 병원에 연계된 후 간호사가 영향을 끼칠 수 있는 간호 영역과 연결 지어 생각해볼 수 있다.

세번째 범주에서는 자해하는 찰나의 순간에 대한 참여자들의 생생한 표현을 통해 그 순간 이들이 얼마나 고뇌하고 만감이 교차하는지 알 수 있다. 자해하는 상황에 대한 묘사는 참여자들의 언어로 생각과 감정을 그대로 전달해주어 참여자들의 힘듦을 이해하는데 핵심적인 부분이다. 모순되지만, 자해하는 순간에도 '영광의 상처', '터닝포인트의 상처'가 되었으면 한다는 진술에서는 자해로 이끄는 상황의 힘듦을 딛고 일어서고자 하는 의지도 함께 볼 수 있다. 참여자의 언어를 통한 생생한 묘사는 다른 연구에서는 찾기 힘든 질적 연구만의 독특성으로 볼 수 있다.

특히 참여자들은 자해를 반복하면서 자해에 중독되는 특징을 보였다. 중독된 정도에 따라 자해 전 감정이 다양했으며, 자해 행위 후에도 다른 반응을 보였다. 자해 행위를 해 온 기간과 중독의 정도가 꼭 비례한다고 볼 수는 없지만 자해 빈도나 기간을 복합적으로 고려해볼 때 중독의 단계에 따라 자해하는 순간의 전후 반응에 차이가 있었다. 중독 초기 단계에는 자해 행위에 대해 문제가 되지 않을까 후회하는 반응을 보였고, 중독이 심해지면서 자해 강도가 세지고 빈도도 잦아지는 경향을 보였다. 점차 자해 행위에 대한 문제 의식은 무뎌지게 되고 자해 행위를 통해 쾌감을 얻거나 습관처럼 자해를 하였다.

한편, 자해 청소년의 주변인 중 가족은 비자살적 자해를 하는 청소년에게 있어 위험요인이자 보호요인으로 중요한 의미를 가진다(서한나, 김수진, 2021). '보금자리 사랑할 줄 모르는 새는 없듯이' 부모는 자기 자녀와 자녀의 문제에 대해 관심을

갖고 바라보는 것이 마땅하다. 자신의 뿌리인 부모로부터의 외면은 존재에 대해 고민하는 청소년기의 참여자들에게 더 큰 영향을 미칠 수 있다. 병동이라는 치료적으로 통제된 환경에서는 일시적으로 보호자를 대신하는 의료진이 존재하지만 퇴원 후 참여자들이 살아가야할 곳은 부모와 함께하는 일상이다. 변화한 참여자가 돌아갈 공간에 태도의 변화가 없는 부모가 그대로 존재하게 된다면 약한 지지체계 속에서 자해는 다시 반복될 수밖에 없다. 다수의 참여자들의 가족은 가족 간 대화가 부재했기에 앞으로 자해에 대한 주제는 더 이상 금기(taboo)시 여기지 말고 열린 대화를 하는 것이 중요하다.

참여자들은 면담 도중에도 부모를 의식하면서 자신이 언급한 내용이 부모에게 전달되는지를 확인하였다. 부모에게 비밀로 해달라는 참여자들의 부탁은 가족이 자신을 온전히 이해해줄 대상이 아니었다는 것을 간접적으로 보여준다. 본 연구의 참여자 가족은 공통적으로 자해에 대해 무관심, 회피, 비난, 판단적인 태도를 보였다. 이는 지역사회 자해 청소년을 대상으로 한 다른 연구에서의 결과와 비슷하며(서미 외, 2019), 가족 교육의 필요성을 뒷받침해준다. 즉, 자해 청소년이 입원해 있는 동안 부모를 대상으로 한 교육이 필수적이며 (Magagna & Piercey, 2020) 전문가의 개입 하에 부모와 자녀가 함께 소통할 수 있는 기회가 필요하다. 대다수 참여자들은 아버지가 자해에 대해 무관심하고 회피하는 모습을 보여주었다고 진술하였다. 아버지도 치료 공동체의 일원이며 적극적으로 치료에 개입하고자 하는 노력이 필요함을 시사해준다. 뿐만 아니라 참여자들에게 할머니(대상자 1, 2, 4, 8), 이모(대상자2, 5)와 같은 친인척도 자해의 위험요인과 보호요인으로 작용하여 영향을 미치는 것으로 나타났다. 자해 청소년이 자해를 중단하는데 있어서 부모의 치료적인 도움, 지지적인 태도가 중요하다. 이는 부모의 영향력이 큰 우리나라 문화의 특수성을 반영한 결과라고 보는 선행 연구와 맥락을 같이 한다(신수정, 한채희, 2021). 따라서 원가족에 대한 교육뿐만 아니라 자주 왕래하는 친인척도 가족교육에 포함시킬 필요가 있다.

본 연구는 자해 청소년의 입장에서 본 부모와 가족의 태도에 대해 살펴보았는데, 자해 청소년을 둔 어머니를 대상으로 한 연구에 따르면, 자녀의 자해 행동 앞에서 어머니는 부모로서의 노력과 정체성, 삶을 통째로 부정당하는 느낌을 받는다고 한다(서한나, 김수진, 2021). 자해 청소년과 그 가족을 마주하는 간호사는 자해 청소년 개인뿐만 아니라 그들의 가족에 대해서도 이해하고 부모 교육, 가족 치료에 임해야 하겠다.

자해는 교육 현장인 학교에서도 간과하기 힘든 문제가 되었다. 초, 중, 고등학교에 위(Wee) 클래스가 있어 학생들이 자유롭게 상담 서비스 등을 이용할 수 있지만 2021년 기준으로 위 클래스는 전국에 8,059개에 불과하다(한국교육개발원 Wee 프로젝트연구지원센터, 2021). 학생들의 자해 문제에 대한 관리는 상담교사에게만 책임을 지울 수 없는 현실이며 학생을 매일 마주하는 담임 교사, 그리고 마음과 몸의 상처까지도 싸매 줄 수 있는 보건 교사의 역할의 중요성은 간과할 수 없다. 참여자들은 자신의 자해에 대해 편견을 갖고 있거나 관심 없어 하는 일부 교사에 대해 언급하였고 때로는 교사의 부정적인 반응이 자해 충동을 일으키기도 하였다. 한편, 김수진(2019)의 연구에서 교사의 지지는 자해행동을 감소시킨다는 점을 알 수 있다. 이는 본 연구에서도 확인할 수 있는 부분이다. 따라서, 전체 교사를 대상으로 자해 현상에 대한 이해와 대처에 대한 교육이 필요하며, 자해 현상의 심각성을 인지함으로써 교사들이 적극적으로 치료에 조력자가 되어야 하겠다.

베르테르 효과를 무시할 수 없듯이 청소년들 사이에서 SNS 자해 인증이 유행하는 식으로 유행의 흐름을 타고 자해는 청소년들 사이에서 만연해 있는 문제가 되었다. 청소년들이 자해를 공유하는 것은 청소년 또래 문화의 일종이며 "새로운 의지처"를 찾는 행위로 볼 수 있다(송원영, 2021). 즉, 현실에서의 가족, 친구, 교사로부터의 무관심과 이해 부족은 참여자들로 하여금 익명성이 보장되는 온라인으로 관심을 돌리게 만들었다. SNS는 자해라는 연결고리를 만들어내는 암적인 공간을 상징하기도 하지만 선순환을 일으키는 가능성을 지닌 공간이라는

점을 본 연구를 통해 알 수 있다. SNS 상에서 자해하는 청소년들에게 자해와 관련되어 발화 규범이나 도덕적 입장이 있음을 밝힌 연구 결과가 본 연구의 결과와 일맥상통한다(신경준, 2021). 모르는 사람으로부터의 '한 줄의 위로', '작은 위로'가 의미 있게 다가왔다는 참여자의 진술을 통해 이들의 공유는 단순히 상처의 공유가 아니라 그 상처에 담긴 힘듦을 공유임을 알 수 있다. SNS는 나에 대해 드러내지 않지만 나의 힘듦에 대해 드러낼 수 있는 공간이다. 참여자들은 단순히 자해 상처 사진을 공유하는 것에 그치는 것이 아니라 그 상처에 담긴 힘듦을 공유하고 싶어했고, 그 힘듦은 자해를 경험해 본 자만이 의미를 읽어낼 수 있다는 생각이 기저에 있었던 것으로 보인다.

자해 행동과 SNS 사이의 연관성에 대한 연구 결과를 보면, SNS를 통해 자해 관련 게시물을 찾아서 이용하는 것이 실제 자해에 영향을 미치는 것으로 나타났다(송원숙, 2022). SNS의 역기능적인 부분을 해결하기 위해서는 유해 게시물에 대해 제도적 차원에서 관리가 필요하며 예방적 차원의 교육도 수반되어야 할 것이다. 그렇지만 제도가 강화되더라도 SNS를 통해 자해가 퍼지는 현상을 완전히 통제하기는 힘들다고 볼 수 있다. 한편, 최근 외국 연구 중에는 앱(application)을 이용하여 자해와 같은 증상에 대해 공유하는 것의 효과에 대해 밝히는 연구가 있다. 연구 결과, 또래 지지 플랫폼(platform)은 자해 빈도를 줄여 주었다. 또한 자해 행위를 다른 것으로 바꿀 수 있는 자기 효능감을 높이는 역할을 하였다(Kaylee et al., 2022). 따라서 SNS가 가진 순기능 적인 면을 부각시켜 자해를 조절할 수 있도록 돕는 방법에 대해서도 모색해야하겠다.

네번째 범주에서 참여자들이 자신을 이해해 줄 새로운 환경으로 입원을 생각하게 된 계기를 알 수 있었다. 참여자들은 스스로에 의해, 주변의 설득과 권유에 의해, 의학적 진단에 의해, 문제 상황에 대한 회피의 하나로 입원과 같은 새로운 환경을 떠올렸고, 이것은 반복되는 자해에서 벗어날 터닝포인트가 되었다. 국내 연구

중에서는 입원한 자해 청소년만을 대상으로 한 연구를 찾아보기 힘들기에 본 연구를 통해 자해 청소년들을 입원까지 이끈 요인을 알아본 것은 의미 있다고 할 수 있다. 입원 전 외래 진료를 통한 의학적 진단에 의해 입원을 결심한 참여자의 사례를 통해 전문가로의 연계도 중요함을 알 수 있다. 자해의 폭주 속 새로운 치료적 환경은 매우 중요한 멈춤 신호가 되었고 살기위해 도움을 요청하는 절박한 SOS나 다름없었다. Kool 외(2009)의 연구를 살펴 보면 자해를 중단하기까지 이전과 다른 새로운 문제 해결 방식을 찾는 단계를 거치게 된다는 것을 알 수 있다. 자해 청소년의 자해 중단 경험을 다룬 신수정과 한채희(2021)의 연구에서도 중독성에서 벗어나고자 하는 의지가 자해의 중단에 중요한 부분임을 확인할 수 있다. 본 연구도 이와 비슷한 맥락으로, 새로운 치료적 환경을 찾으려는 시도인 변화의 의지, 인식의 전환점을 '터닝포인트'로 보았다.

본 연구의 대상자인 청소년의 경우, 성인과 비교하여 자해에 대한 예방 및 중재가 더 큰 효과를 발휘할 수 있는 시기라고 볼 수 있다(권호인 외, 2022). 자해 청소년들에게 적절한 개입과 치료적 접근을 위해서는 Nock(2009)의 자해 관련 취약 요인 중 사회적 학습 가설을 고려할 필요가 있다. 청소년들이 처음 자해를 접하게 되는 경로는 친구, SNS, 인터넷과 같은 미디어 등이다. 많은 청소년들이 사회적 학습에 의해 자해를 배우게 된다는 점을 역으로 생각해보면, 자해의 예방과 조기 개입 시 친구, SNS, 미디어와 같은 매체를 매개로 이용했을 때 효과를 얻을 수 있다는 치료의 방향이 생긴다.

한편, Faye(1995)는 자해 직전에 부정적인 감정이 밀려오는 것을 마약 중독자의 금단 증상과 비슷하다고 하였다. 자해가 신체적 고통으로 정서적 고통을 줄이는 정서조절 기능을 갖음으로써 내성이라는 중독적 요소가 생기게 된다. 그런데 자해를 자기 조절의 유일한 수단으로 삼는 성인기의 경우, 자해의 대안을 찾는 것은 더욱 힘들며 자해에 대한 의존도가 높다. 성인이 아동이나 청소년에 비해 더 높은 의존과 중독성을 보이게 되기 때문에 결국에는 자해가 만성화되기 쉽다(정미림 외, 2022).

따라서 청소년기의 자해가 성인기까지 이어지지 않도록, 기계적으로 감정 동요 없이 자해를 하게 되지 않도록 조기 개입과 중재에 힘써야 한다.

다섯 번째 범주에서는 정신과 병동 입원이라는 치료적 환경으로 인해 참여자들에게 일어난 긍정적 변화와 한계점, 그리고 참여자들이 기대하는 점에 대해 알 수 있었다. 네번째 범주에서 살펴보았듯이 참여자들은 자의나 타의에 의해 치료적 환경을 찾게 되었고, 자해에 대한 생각의 변화나 행동의 변화까지 얻기도 하였다. 치료적 환경은 자해를 일시적으로 라도 멈추게 하는 의미 있는 계기가 되었다.

치료적으로 통제된 환경인 정신과 병동의 입원 유무로 지역사회 청소년과 정신과 입원 청소년을 구분 지을 수 있으며, 입원 과정에서 환경치료(milieu therapy)가 중요한 역할을 한다고 볼 수 있다. 병동에서 간호사는 치료적 도구로서 핵심적인 역할을 담당한다. 정신과 입원 청소년은 감정을 다루는데 미숙한 면이 있으며, 서투른 감정 표현은 자해와도 연관성이 높은 것으로 나타났는데(Thomassin, 2017b), 입원 환경에서 간호사는 정서, 행동 문제가 있는 청소년에게 충분한 시간을 가지고 간호 중재를 적용할 수 있는 장점이 있다(장은현, 2019). 따라서, 입원은 심각한 자해로부터 변화를 시도할 수 있는 핵심적인 기회이며, 간호사는 입원 청소년에게 변화를 도모할 수 있는 중추적인 역할을 한다고 볼 수 있다.

한편, 참여자들은 의료진의 부정적인 태도, 행동 수정 요법 기반의 병동 규칙 적용, 전문적인 자해 치료 프로그램의 부재를 입원 치료의 한계점으로 제시하였다. 본 연구에서 일부 참여자들은 자신들을 향한 간호사의 태도를 부정적으로 인식하였다. 그러나 간호사의 입장에 대한 Pintar Babič 외(2020)의 연구를 보면, 간호사는 입원한 자해 청소년에 대해 감정과 태도가 결코 부정적이지 않았다. 참여자들이 인식한 의료진의 태도에 대한 부분은 처벌로써 인식되는 병동 규칙과 연관 지어 설명할 수 있다. 일부 참여자는 자해 행동의 결과로 안정실에서 격리되는 점을

처벌적인 의미로 받아들였다. 그 결과 격리 중 자해가 반복되는 상황이 일어나게 되기도 하였다. 환자들에게 일관된 규칙을 적용하는 것은 필요한 부분이지만 처벌에 의해 자해를 멈추게 하는 행동 수정 요법 기반의 접근법을 넘어서서 자해 청소년에 대해 깊이 있게 탐색하고자 하는 자세, 무엇보다도 공감해주는 태도를 가진 접근이 필요하다.

Pluhar 외(2019)는 의사와 간호사를 포함한 정신과 병동 직원들을 위한 실용적인 자해 대처 프로토콜이 부족하다는 사실을 지적했다. 정신과 병동에서조차 자해에 대한 대응 체계가 확립되지 않았다는 점은 간호사들로 하여금 경험적인 개인 역량으로 간호를 제공하게 만들며, 본 연구 결과에서도 비슷하게 나타났다. 자해에 대한 생각이나 행동의 변화가 제한적으로 일어났던 참여자의 사례와 참여자들이 언급한 자해 프로그램의 부재라는 한계점을 통해 간호 영역을 포함한 입원 치료의 취약점이 드러났다.

최근에는 자해하는 청소년과 대학생을 위해 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy, CBT) 기반 자해 상담 워크북이 나왔으며(Taylor et al., 2022), 일부 병원에서는 간호사가 인지행동치료나 변증법적 행동치료(Dialectical Behavioral Therapy, DBT) 등을 기반으로 한 간호 중재를 개발하여 도입하였다. 하지만 모두 개별적인 접근이고 바쁜 의료 현장에서 개별 환자에게 제공되는 직접 간호 시간은 부족하다는 현실적인 제약이 존재한다. 입원 치료의 한계를 보완하기 위해서는 자해 프로그램 개발 시 환자들의 요구도를 파악하는 것이 선행되어 하겠고, 간호 실무 영역에서는 전문적으로 깊이 있는 접근이 필요하다.

여섯 번째 범주에서는 의미 있는 대상의 존재와 지지, 대안 활동, 자해 도구로부터의 접근성 제한, 문제 상황을 객관화하여 거리두기가 참여자들을 자해에서 한 발 떨어지게 하는 보호요인이 된다는 것을 알 수 있었다. 병원 외의 환경에서 자해로부터 떨어지게 하는 요인이 무엇인지 살펴보았고, 입원 전후

마주하는 지역사회의 역할이 중요함을 알 수 있었다.

김수진(2017)은 선행 연구들의 결과를 종합하여 자해의 보호요인으로 상처에 대한 인식, 삶의 목표, 자기(self)의 회복, 사회적 지지를 언급하였다. 본 연구에서도 유사한 보호요인을 살펴볼 수 있었고, 선행 연구들과는 차별적으로 '접근성 제한'이라는 보호요인을 찾아 낼 수 있었다. 또한 보호요인 중에서도 지지체계의 존재가 참여자들에게 가장 도움이 된다는 점을 알 수 있었다.

병동과 지역 사회에서 자해를 막아주는 보호요인은 어느 정도 공통점을 가지고 있지만 환경 자체가 다르다. Kool 외(2009)는 자해 중단에 이르는 첫번째 단계로 "자해를 제한할 수 있는 환경"에 대해 언급하였다. 병동은 치료적으로 통제되고 분리된 환경이기에 '접근성 제한'이 큰 영향을 미칠 수 있으며 전문가의 개입 자체가 보호요인으로 작용할 수 있다. 한편, 지역 사회의 경우에는 접근성을 제한하는데 몇 가지 제약이 있을 수 있다. 지켜보고 있는 대상의 부재, 자해 도구의 재구매 등 접근성 제한에 한계가 있다. 참여자들이 부모가 없을 때 자해를 하거나 칼을 압수당했을 때 다시 샀다는 진술을 통해서도 알 수 있다. 이는 결국 지지체계와 자해의 대안을 찾는 것이 중요한 요소가 된다는 것을 의미한다. 참여자들이 퇴원 후 돌아 가야할 곳은 입원 전의 일상이기에 지역사회에서의 체계적인 지지체계가 필요함을 시사해준다.

2. 연구의 제한점

본 연구의 참여자 모집 과정에서 의도적으로 여성 청소년만을 모집한 것은 아니지만, 본 연구에서는 여성 청소년만 모집할 수 있었다. 연구 참여자 모집 기간 중 비자살적 자해 경험이 있는 청소년은 총 31명이었고, 여성은 27명, 남성은 4명으로 자해 청소년 중 여성이 남성보다 7배 가량 많았다. 연구 참여자 스크리닝 과정에서 선정기준에 부합한 남성 청소년은 1명이 있었으나 연구에 동의하지 않았다. 나머지 3명은 스크리닝 과정에서 선정기준에 부합하지 않았다. 따라서 추후 연구에서는 성비를 고려한 연구가 필요할 것으로 보인다.

또한 연구 자료의 수집과 분석 사이에 시간적 공백(gap)이 있었다. 현장의 생생한 기술과 묘사라는 전이성(transferability) 측면에서 생길 수 있는 연구의 부족한 면은 연구자가 녹음파일과 전사자료를 더 자주 검토함으로써 보완하였다. 한편, 시간적 공백 사이에 COVID-19 라는 큰 사회적인 변화가 있었다. COVID-19 이후 응급실을 방문하는 자해 환자 수가 늘어났다는 연구 결과를 통해(오새봄 외, 2021) COVID-19는 자해를 촉발시키는 원인이 될 수 있음을 알 수 있다. 따라서 COVID-19로 인한 사회적 고립을 겪은 세대의 청소년 자해는 어떠한지 추후에 연구 해볼 필요가 있다.

3. 간호학적 의의

정신과 병동에 입원 중인 자해 청소년은 정신과 입원 환자이면서 미성년자이기에 취약한 연구 대상자에 속한다. 이 때문에 간호학적으로 필요한 연구 영역임에도 상대적으로 선행되어온 연구가 적다. 따라서 간호 연구 영역에서는 취약한 대상자를 대상으로 하여 실시한 연구라는 점에서 연구 대상자의 선정 자체에 의의가 있다.

특히 국내 간호학 연구에서는 정신과 병동에 입원한 자해 청소년만을 대상으로 한 연구가 전무하기에 처음 시도한 연구라는 점에서 더욱 의의가 크다.

간호 실무 영역에서는 정신과 입원 청소년의 자해 경험에 대한 전반적인 이해를 도움으로써 간호 중재 전략 수립 시 기초자료가 될 것이다. 또한 정신과 병동에서 제공되는 입원 치료 및 간호 영역의 현주소를 보여줌으로써 프로그램 보완 및 개발, 간호사 전문 역량 개발의 필요성을 시사해준다.

간호 교육 영역에서는 정신 건강 간호사의 전문성 함양에 도움이 될 것이다. 비자살적 자해는 아직 추가적인 연구가 필요한 진단으로 분류되어 있기에 간호와 치료 절차가 덜 체계적이며 비의료인의 경우에는 자해에 대한 지식과 교육이 부족할 수 있다. 따라서 자해 청소년을 마주하는 병원과 지역사회에 정보를 제공함으로써 자해 청소년에 대한 이해를 도울 수 있다는 점에서 의의가 있다.

Ⅵ. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 소아청소년 정신과 병동에 입원한 청소년의 자해의 시작부터 입원까지의 구체적인 경험에 대해 질적 연구 방법으로 심층적으로 확인하고자 하였다. 이를 위해 S시의 한 소아청소년 정신과 병동에 입원 중인 청소년을 대상으로, 최근 1년 이내에 자살시도를 한 적이 없으면서 1년 이내에 비자살적 자해 경험이 있는 9명의 참여자를 모집하였다. 참여자 개별 심층 면담을 실시하여 자료를 수집하였으며, 내용분석 방법을 통해 분석을 진행하였다.

연구 결과로 도출한 범주는 '긍정적인 효과에 대한 기대로 자해에 휘말림', '나의 힘듦을 모두가 알아주었으면 함', '칼 앞에서 요동치는 감정과 아무도 이해하지 못하는 현실', '터닝포인트', '상처없이 그대로 간직하고 싶은 몸이 됨', '자해에서 한 발 떨어짐'이었다. '긍정적인 효과에 대한 기대로 자해에 휘말림' 범주에서는 자해의 시작과 관련하여 '친구의 영향으로 자해를 알게 됨', 'SNS의 영향으로 자해를 알게 됨', '단순 호기심으로 자해를 하게 됨', '어린 시절의 학대가 자해에 영향을 미침' 이라는 4개의 주제를 도출할 수 있었다. '나의 힘듦을 모두가 알아주었으면 함' 범주에서는 자해의 의미를 알 수 있었고 '내적 고통에서 벗어나는 유일한 방법', '관심과 인정을 얻기 위한 행동', '몸의 상처로 마음의 상처를 확인함' 이라는 3개의 주제를 도출할 수 있었다. '칼 앞에서 요동치는 감정과 아무도 이해하지 못하는 현실' 범주는 '피를 보는 설렘과 이면의 후회', '마음을 이해 받기에는 냉담한 주변 사람들' 이라는 2개의 주제로 나눌 수 있었으며, 입원과 같은 새로운 치료적 환경을 생각하게 되는 계기인 '터닝 포인트' 범주에서는 '스스로 자해의 심각성을 깨달음', '주변인의 설득과 권유로 치료의

필요성을 깨달음’ , ‘의학적 진단을 듣고 치료를 결심함’ , ‘문제 상황에서 회피하고자 병동을 도피처로 삼음’ 이라는 4개의 주제를 도출할 수 있었다. ‘상처없이 그대로 간직하고 싶은 몸이 됨’ 범주에서는 입원 치료와 관련하여 ‘자아 성찰의 기회와 환경 치료의 영향으로 생긴 긍정적 변화’ , ‘치료적 환경에도 해결책은 자해 뿐인 현실’ , ‘더 나은 치료를 위해 기대하는 점’ 이라는 3개의 주제를 도출할 수 있었고, ‘자해에서 한 발 떨어짐’이라는 범주에서는 자해의 보호요인이 되는 ‘의미 있는 대상의 존재와 지지가 자해를 멈추게 함’ , ‘자해의 대안이 되는 활동을 통해 스트레스를 관리함’ , ‘자해 도구로부터 접근성이 제한됨’ , ‘문제 상황으로부터 거리를 둠’ 이라는 4개의 주제를 도출할 수 있었다.

본 연구 결과를 통해 자해의 시작과 의미를 알 수 있었고, 자해의 순간에 대한 묘사를 참여자들의 언어로 생생하게 들을 수 있었다. 참여자들이 병원까지 오게 된 여정은 길고도 힘든 시간이었고 입원이야 말로 참여자들에게 중요한 기회라고 볼 수 있었다. 참여자들은 입원 전 자해에 매몰되어 보이지 않던 것들을 입원 후 되돌아볼 수 있었다. 한편, 참여자들이 언급한 입원 치료의 한계점은 참여자들이 입원 전 기대한 치료의 목표와 병동 현실과의 괴리와 병동의 현주소를 보여주는 부분으로 해석할 수 있었다. 간호사는 병동에서 행동 수정 요법 기반의 접근법을 넘어서 자해 청소년에 대해 깊이 있게 탐색하고자 하는 자세가 필요함을 알 수 있었다. 마지막으로, 자해의 시작과 입원 전까지의 지역사회 환경에서 자해의 보호요인은 무엇이 있었는지 확인할 수 있었다.

이러한 결과에 대한 고찰에서는 간호 영역과 관련된 구체적인 방향성을 제시하였다. Nock(2009)의 비자살적 자해의 통합적 이론 모델에서 언급한 '원거리 위험요인', ‘개인 내적 취약 요인’ , ‘대인 관계적 취약 요인’ , ‘자해 관련 취약 요인’ 중 ‘사회적 학습 가설’과도 연관 지어 볼 수 있었다. 자해의 조기 발견 및 조기 개입의 중요성을 언급하였고, 아동 학대 경험이 있는 경우 자해의 고위험군으로 보고 자해 예방 교육이 필요함에 대해서도 시사하였다. 자해가 갖는 기능을 다른

것으로 대체해주는 것은 간호사가 충분히 개입할 수 있는 부분임을 언급하였으며, 가족과 교사를 대상으로 한 자해 관련 교육의 중요성 및 교사가 치료의 조력자가 될 수 있음에 대해서도 설명하였다. SNS 상의 유해 게시물에 대한 제도적 차원의 관리뿐만 아니라 SNS의 기능을 이용하여 자해 중단을 돕는 앱 개발의 필요성에 대해서도 시사하였다. 참여자들에게 입원 치료는 매우 중요한 멈춤 신호가 되었고 자해 청소년들을 치료까지 이끌어올 수 있었던 부분은 자해 여정에서 중요한 터닝 포인트가 되었는데, 참여자들은 의료진의 태도, 행동 수정 요법 기반의 병동 규칙 적용, 전문적인 자해 치료 프로그램의 부재를 입원 치료의 한계점으로 제시하였다. 또한 간호사는 행동 수정 요법 기반의 접근법을 넘어서서 자해 청소년에 대해 깊이 있게 탐색하고자 하는 자세, 무엇보다도 공감해주는 태도를 가진 접근이 필요하다는 점을 강조하였다. 입원 치료의 한계를 보완하기 위해서는 자해 프로그램 개발 시 환자들의 요구도를 파악하는 것이 선행되어야 하는 점, 간호 실무 영역에서는 전문적으로 깊이 있는 접근이 필요함을 시사하였다. 마지막으로, 참여자들이 퇴원 후 돌아 가야할 곳은 입원 전의 일상이기에 지역사회에서의 체계적인 지지체계가 필요함에 대해 설명하였다. 본 연구에서 참여자들의 언어로 입원 치료의 한계점까지 나타낼 수 있던 점은 질적연구이기에 가능한 점이었으며, 앞으로 나아갈 간호 실무의 구체적인 방향을 알게 해 주었다.

이를 통해 정신과 병동에 입원한 자해 청소년의 자해 경험에 대한 이해를 도모하였고, 이는 자해 청소년에 대한 돌봄을 제공하는 간호 실무 영역에서 간호 중재 전략을 수립할 때 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다.

2. 제언

본 연구를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 정신과 입원 청소년들은 입원 치료를 통해 자해 충동을 이겨내는 긍정적 경험을 누적하였다. 이는 자해 중단에 대한 자기 효능감이나 회복 탄력성 개념과 연관 지어 생각해 볼 수 있다. 본 연구에서는 자기 효능감이나 회복 탄력성에 대해 직접적으로 측정을 하지 않았지만 참여자들의 진술을 통해 해당 개념을 연결 지을 수 있었다. 이와 관련된 요소를 입원 전후로 측정을 하여 효과를 밝힐 수 있는 추후 연구가 필요하다.

둘째, 간호 실무에서 정신 건강 간호사의 모호한 역할과 한계를 극복하기 위해 자해 예방 및 치료와 관련된 간호사 보수교육, 경력 개발 교육 등 전문성을 높이는 교육을 강화할 것을 제언한다. 또한, 간호 실무에서 적용할 수 있는 실용적인 자해 대처 프로토콜이 더 개발되어야 할 것이다. 자해 청소년의 가족 교육 시, 함께 생활하는 확대 가족 구성원이나 왕래를 자주 하는 직계 가족 및 친척을 포함시킬 것을 제언한다.

마지막으로, 정책적인 부분에서는 자해에 대한 조기 발견과 조기 개입을 위해 관련된 도구 개발과 학교를 포함한 지역사회 상담 서비스의 확충, 전문 기관으로의 적극적인 연계가 필요하겠다. 제도적 차원에서 SNS 상의 유해 게시물 관리가 강화되어야 할 것이다.

참고문헌

교육부. (2022). 교육부소식. Retrieved from https://www.moe.go.kr/

권혁진. (2014). 비자살적 자해에 영향을 미치는 정서적·인지적 요인의 탐색. 서울대학교 대학원 석사 학위 논문.

권호인, 최상은, & 김초원. (2022). 성인의 비자살적 자해의 심각도에 영향을 미치는 요인 : 자해 동기를 중심으로. *한국융합학회논문지*, 13(2), 273-280.

김경미. (2019). 일 대학병원에 방문한 우울한 청소년에서 비자살성 자해행동의 임상적 특성과 자살 시도 예측요인. *한국정신신체의학회, 27*(1), 69-76.

김명희, 서지민. (2017). 학생 정서 · 행동특성 검사 및 관리에 대한 학부모의 지식과 태도. *Child Health Nursing Research, 23*(2), 207-218.

김미희. (2017). *정신과 간호사의 매너리즘 경험. 정신간호학회지, 26*(3), 301-312.

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, 김봉환. (2015). 청소년 내담자의 반복적 자해행동의 의미탐색: '고통으로 고통을 견디기'. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 27*(2), 231-250.

김수진, 김봉환. (2017). 존재의 여정에서 경험한 비자살적 자해에 대한 내러티브 탐구(A Narrative Inquiry into Non-suicidal Self-injuries Experienced in the Journey of Beings). *상담학연구, 18*(4), 125.

김영천. (2016). 질적연구방법론(제3판). 파주: 아카데미프레스.

김은희, & 이인혜. (2022). 불운한 아동기 경험이 성인기 신체 및 정신 건강에 미치는 영향. *한국심리학회지: 건강*, 27(4), 627-648.

노다복, 김선아, & 김상희. (2013). 정신과 병동 간호사의 도덕적 고뇌, 도덕적 민감성 및 윤리적 환경. *정신간호학회지, 22*(4), 307-319.

서미, 김지혜, 이태영, & 김은하. (2019). 비자살적 자해와 극복과정 경험에 대한 질적 연구: 상담경험이 있는 청소년을 대상으로. *상담학연구, 20*(4), 179-207.

서한나, & 김수진. (2021). 청소년 자녀의 비자살적 자해에 대한 어머니의 경험: 단일 사례연구. *질적탐구, 7*(3), 193-230.

소수연, 주지선, 조은희, 손영민, & 백정원. (2021). 청소년 불안. 우울 경험과 회복

과정에 대한 질적 연구. *청소년상담연구, 29(1),* 229-254.
송원숙. (2022). 미디어의 자해 콘텐츠가 MZ세대에 미치는 영향 : SNS 이용을 중심으로. *한국콘텐츠학회 논문지*, 22(11), 22(11), 512-522.
송원영. (2021). 청소년 자해 경험 공유의 의미 탐색 - Giorgi의 현상학적 연구방법을 활용하여. 서강대학교 대학원 석사 학위 논문.
신경준. (2021). 자해하는 청소년의 자조(自助)적 유대 - 트위터 "자해계" 사례를 중심으로 -. 서울대학교 대학원 석사 학위 논문.
신수정, & 한재희. (2021). 비자살적 자해청소년의 자해중단 경험연구. *상담학연구*, 22(5), 185-221.
신지혜, 김석선. (2021). 초등학생 고학년의 정서인식 명확성, 정서조절전략, 가족관계가 비자살적 자해 및 우울에 미치는 영향. *지역사회간호학회지, 32*(4), 457-466.
안영신, 송현주. (2017). 청소년의 비자살적 자해행동에 관한 연구. *정서 · 행동장애연구*, *33*(4), 257-281.
오새봄, 김승준, 김지웅, 오홍석, 임우영, & 이나현. (2021). 대학병원에서 관찰한 코로나19가 소아청소년 자해에 미치는 영향. *정신신체의학, 29*(2), 128-135.
이동귀, 함경애, 배병훈. (2016). 청소년 자해행동: 여중생의 자살적 자해와 비(非)자살적 자해. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 28*(4), 1171-1192.
이동귀, 함경애, 정신영, 함용미. (2017). 자해행동 청소년을 위한 단기개입 프로그램 개발 및 효과. *재활심리연구, 24*(3), 409-428.
이동훈, 양미진, & 김수리. (2010). 청소년 자해의 이해 및 특성에 대한 고찰. *청소년상담연구, 18*(1), 1-24
이지영. (2022). 키워드 네트워크 분석을 통한 청소년 자해 연구 동향. *Journal of the Korean Data Analysis Society, 24*(1), 457-472.
장은현. (2019). 정신과병동 입원 청소년을 위한 인지행동치료기반 분노조절프로그램의 효과. 서울대학교 대학원 석사 학위 논문.
정미림, 강문선, & 이영순. (2022). 한국 성인의 비자살적 자해 신념이 자해행동에 미치는 영향. *교육치료연구*, 34, 99-121.
정여원, 김인홍, & 박영희. (2021). 청소년의 비자살적 자해 상담 및 사례관리의 어려움: 지역사회 요인을 중심으로. *지역사회간호학회지, 32*(1), 1-11.

질병관리청. (2022a). 국가손상정보포털. Retrieved from https://www.kdca.go.kr/
질병관리청. (2022b). 청소년건강행태조사. Retrieved from https://www.kdca.go.kr/
통계청. (2022). 2022년 사망원인통계연보. Retrieved from http://kostat.go.kr/.
통계청. (2022). 2021년 위기청소년지원기관이용자생활실태조사. Retrieved from http://kostat.go.kr/.
한국교육개발원 Wee 프로젝트연구지원센터 (2021). Retrieved from https://www.wee.go.kr/home/cms/cmsCont.do?cntnts_sn=22

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5.
Bresin, K., & Gordon, K. H. (2013). Changes in Negative Affect Following Pain (vs. Nonpainful) Stimulation in Individuals With and Without a History of Nonsuicidal Self-Injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(1), 62-66.
Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 38*, 55-64.
Brown, R., & Plener, P. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports, 19*(3), 1-8.
Brunstein Klomek, A., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., . . . Wasserman, D. (2016). Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *European child & adolescent psychiatry, 25*(11), 1183.
Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy, 44*(3), 371-394.
Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study.(Author Abstract). *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 297.
Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and

non-self-mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatric Hospital, 21*(1), 31-35.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International, 13*(3), 313-321.

Durand, S. C., & McGuinness, T. M. (2016). Adolescents who self-injure. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 54*(4), 26-29.

Faye, P. (1995). Addictive characteristics of the behavior of self-mutilation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services,* 33(6), 36-39.

Gratz, K. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(4), 253-263.

Groschwitz, R., Plener, P., Kaess, M., Schumacher, T., Stoehr, R., & Boege, I. (2015). The situation of former adolescent self-injurers as young adults: A follow-up study. *BMC Psychiatry, 15*(1), 160.

Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal Prediction of Adolescent Nonsuicidal Self-Injury: Examination of a Cognitive Vulnerability-Stress Model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*, 77-89.

Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M.-L., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 44*(5), 464-467.

Hollander, M. (2016). *Helping teens who cut: Using DBT skills to end self-injury*. Guilford Publications.

Holley, E. (2015). *The Lived Experience of Adolescents Who Engage in Nonsuicidal Self-injury*.

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, Mass.: Cambridge, Mass. : Harvard University Press.

Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2012). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research, 206*(2), 265-272.

Kaylee, P. K., Whitlock, J., Bazarova, N. N., Bhandari, A., & Chapman, J. (2022). Use of a mobile peer support app among young people with nonsuicidal self-injury: Small-scale randomized controlled trial. *JMIR Formative Research, 6*(1) doi:https://doi.org/10.2196/26526

Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1045-1056.

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.

Kruzan, K. P., Whitlock, J., Bazarova, N. N., Bhandari, A., & Chapman, J. (2022). Use of a mobile peer support app among young people with nonsuicidal self-injury: small-scale randomized controlled trial. *JMIR formative research*, *6*(1), e26526.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, Reliability, and Validity of a Scale to Assess Suicide Attempts and Intentional Self-Injury. *Psychological Assessment, 18*(3), 303-312.

Lloyd, E., Kelley, M., & Hope, T. (1997). *Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates.* Paper presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA.

Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol. Med., 37*(8), 1183-1192.

Magagna, J., & Piercey, J. (2020). Collaborative Work with Parents. *British journal of psychotherapy, 36*(2), 275-293. doi:10.1111/bjp.12526

McAllister, M. M. (2001). In harm's way: a postmodern narrative inquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*(5), 391-397.

Monto, M. A., McRee, N., & Deryck, F. S. (2018). Nonsuicidal Self-Injury Among a Representative Sample of US Adolescents, 2015. *Am J Public Health, 108*(8), 1042-1048.

Moreno, M. A., Ton, A., Selkie, E., & Evans, Y. (2016). Secret Society 123: Understanding the Language of Self-Harm on Instagram. *Journal of*

Adolescent Health, 58(1), 78-84.

Nice, T. (2012). *Troubled minds and scarred bodies: A grounded theory study of adolescent self-harm.* University of Kent, Retrieved from https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do;jsessionid=F607F78FFD3F45BA1EEC3CB7AEACAA43?uin=uk.bl.ethos.592673

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885-890.

Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006a). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65-72.

Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006b). Prevalance of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*(3), 616-623.

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*(2).

Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(1), 339-363.

Pintar Babič, M., Bregar, B., & Drobnič Radobuljac, M. (2020). The attitudes and feelings of mental health nurses towards adolescents and young adults with nonsuicidal self-injuring behaviors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 14*(1), 37.

Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine, 39*(9), 1549-1558.

Pluhar, E., Freizinger, M., Nikolov, R., & Burton, E. (2019). Pediatric Nonsuicidal Self-Injury: A Call to Action for Inpatient Staff Training. *Journal of Psychiatric Practice, 25*(5), 395-401.Ross, S., & Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence,*

31(1), 67-77.

Roth, A. S., Ostroff, R. B., & Hoffman, R. E. (1996). Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour:an open-label trial. *The Journal of clinical psychiatry, 57*(6), 233.

Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science, 8*(3), 27-37.

Sevecke, K., Bock, A., Fenzel, L., Gander, M., & Fuchs, M. (2017). Nonsuicidal self-injury in a naturalistic sample of adolescents undergoing inpatient psychiatric treatment: prevalence, gender distribution and comorbidities. *Psychiatria Danubina, 29*(4), 522.

Sher, L., & Stanley, B. H. (2008). The Role of Endogenous Opioids in the Pathophysiology of Self-Injurious and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research, 12*(4), 299-308.

Taylor, L., Simic, M., & Schmidt, U. (2022). *Cutting Down: An Evidence-Based CBT Workbook for Treating Young People Who Self-harm.* (2nd ed.).

The Columbia Lighthouse Project. (2016). Retrieved from http://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/translations/

Thomassin, K., Quint, E., Sezlik, S., & Shaffer, A. (2017a). Profiles of Emotion Deficits and Adolescent Nonsuicidal Self-Injury in an Inpatient Sample. *J Res Adolesc, 27*(4), 752-764.

Thomassin, K., Guérin Marion, C., Venasse, M., & Shaffer, A. (2017b). Specific coping strategies moderate the link between emotion expression deficits and nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 11*(1), 21.

Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics, 117*(6), 1939.

Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European child & adolescent psychiatry, 20*(2), 103-108.

Young, C. C., Simonton, A. J., Key, S., Barczyk, A. N., & Lawson, K. A. (2017). Closing in on Crisis: Informing Clinical Practice Regarding Nonsuicidal Self-Injury in Youth. *Journal of Pediatric Health Care, 31*(3), 334-341.

Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R., Preiss, M., & Plener, P. (2014). Why

alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry, 14*(1), 137.

Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaçs, 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.

부록 1. 생명윤리위원회 심의결과 통보서

서울대학교의과대학/서울대학교병원
의학연구윤리심의위원회

서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회	
Tel :	82-02-2072-0694/2266
FAX :	82-02-3675-6824 서울특별시 종로구 대학로 101번지 (우)03080

심의결과통보서

IRB No.	H-1811-109-987		제출경로	서울대병원		
수신	책임연구자	정주애	소속	간호본부	직위	간호직
	의뢰기관					
연구과제명	정신과 병동에 입원한 청소년의 비자살적 자해 경험					
Protocol No.	1.2		Version No.	1.2		
생명 윤리법에 따른 분류	■ 인간대상연구 □ 인체유래물연구 □ 배아줄기세포주이용연구 □ 배아연구 □ 체세포복제배아연구 □ 단성생식배아연구 □ 배아생성의료기관 □ 인체유래물은행					
연구종류	■ 임상시험외 연구	□ 증례보고 □ 생태학적 연구 ■ 단면조사연구 ■ 조사,설문,인터뷰 연구 □ 환자군 연구 □ 환자-대조군연구 □ 인체유래물저장소 연구 □ 등록(레지스트리) 연구 □ 시판후사용성적조사 □ 전향적 코호트 연구 □ 후향적 코호트연구 □ 기타				
	□ 임상시험	연구대상	□ 의약물 □ 생물학적제제 □ 건강기능식품 □ 의료기기 □ 기타			
			일반명			
			상품명			
		Phase	□ 제1상 □ 제1/2상 □ 제2상 □ 제2/3상 □ 제3상 □ 제4상 □ 생물학적동등성 □ 기타			
		식약처 승인 대상 여부	□ 식약처승인대상 □ 승인 제외 대상			
		임상시험 목적	□ 학술용 □ 국내(MFDS)허가용 □ 해외 허가용			
연구계획서승인일	2019년 01월 14일 (정기보고주기 : 12개월)					
승인유효 만료일	2020년 01월 13일		심의대상	연구계획변경 의뢰서		
심의종류	신속심의		심의일자	2019년 03월 21일		
접수일자	2019년 03월 19일		심의결과통보일	2019년 03월 21일		
심의목록	1. 연구계획서 변경 ver1.2 2. 연구대상자 설명문 및 동의서 변경 3. 증례기록서 변경					
심의결과	승인					
연구의 위험도	최소위험 연구(minimal risk)					
심의의견	IRB 승인 기준에 부합하여 승인합니다.					

의 학 연 구 윤 리 심 의 위 원 회 위 원

본 통보서에 기재된 사항은 IRB의 기록된 내용과 일치 함을 증명합니다.
본 기관 IRB는 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법, 의료기기법 및 ICH-GCP 등 관련 법
본 연구와 이해관계(Conflict of Interest)가 있는 위원이 있을 경우 연구의 심의에서 배제하였습니다.

1/2

서울대학교의과대학/서울대학교병원
의학연구윤리심의위원회

서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회

Tel : 82-02-2072-0694/2266
FAX : 82-02-3675-6824 서울특별시 종로구 대학로 101번지 (우)03080

본 위원회에서 승인된 모든 연구자들은 다음의 사항을 준수하여야 합니다.

1. 연구계획서 및 변경계획서의 승인 이전에 연구대상자의 해당 임상연구의 참여 금지됩니다.
2. 승인 받은 계획서에 따라 연구를 수행하여야 합니다. 변경계획서에 대한 승인 이전에 원 임상연구 계획서와 다른 임상연구의 실시는 금지됩니다.
3. IRB 승인 받은 동의서를 사용하여야 합니다.
4. 연구대상자에게 강제 혹은 부당한 영향이 없는 상태에서 충분한 설명에 근거하여 동의과정을 수행할 것이며, 잠재적인 연구대상자에게 연구의 참여여부를 고려할 수 있도록 충분한 기회를 제공하여야 합니다.
5. 연구진행에 있어 연구대상자를 보호하기 위해 불가피한 경우를 제외하고 연구의 어떠한 변경이든 위원회의 사전승인을 받고 수행하여야 합니다. 연구대상자들의 보호를 위해 취해진 어떠한 응급상황에서의 변경도 즉각 위원회에 보고하여야 합니다.
6. 연구대상자에게 발생한 즉각적 위험 요소의 제거가 필요하여 원 계획서와 다르게 연구를 실시해야 하는 경우, 연구대상자에게 발생하는 위험요소를 증가 시키거나 연구의 실시에 중대한 영향을 미칠 수 있는 변경사항, 예상하지 못한 중대한 약물/의료기기 이상반응에 관한 사항, 연구대상자의 안전성이나 임상연구의 실시에 부정적인 영향 을 미칠 수 있는 새로운 정보에 관한 사항은 위원회에 신속히 보고하여야 합니다.
7. 위원회의 승인을 받은 연구대상자 모집 광고문을 사용해야 합니다.
8. 위원회의 승인은 1년을 초과할 수 없습니다. 1년 이상 연구를 지속하고자 하는 경우에는 반드시 연차지속 보고를 하여야 합니다. 단, 심의면제는 해당 없습니다.
9. 심의결과가 승인이 아닌 경우에는 답변서를 제출하여야 하며, 심의일로부터 6개월 이내에 이루어져야 합니다.
10. 위원회 결정사항에 대하여 심의통보일로부터 1개월 이내에 이의신청을 할 수 있으며, 같은 사항에 대하여 한 번의 이의신청만 가능합니다.
11. 연구 종료 시에는 종료 및 결과보고서를 작성하여 제출해야 합니다.
12. 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법/의료기기법, 헬싱키 선언 및 ICH-GCP 가이드라인 등 국내외 관련 법규를 준수하여야 합니다.
13. 헬싱키선언에 따라 첫 연구대상자를 모집하기 전 공개적으로 접근이 가능한 데이터베이스(primary registry)에 연구에 대하여 공개하여야 하며, 예를 들어 http://register.clinicaltrials.gov 를 이용하실 수 있습니다.
14. 승인 받은 연구에 대하여 기관의 내부 점검 및 외부의 실태조사를 받을 수 있습니다. 기관의 내부 점검자, 외부의 모니터요원 및 점검자, 규제기관의 실태조사자 등이 연구 관련 문서(전자문서 포함)에 대한 열람을 요청하는 경우 연구담당자는 이에 적극 협조해야 합니다.

의 학 연 구 윤 리 심 의 위 원 회 위 원 장

본 통보서에 기재된 사항은 IRB의 기록된 내용과 일치 함을 증명합니다.
본 기관 IRB는 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법, 의료기기법 및 ICH-GCP 등 관련 법규를 준수합니다.
본 연구와 이해관계(Conflict of Interest)가 있는 위원이 있을 경우 연구의 심의에서 배제하였습니다.

부록 2. 연구대상자 설명문 및 동의서

IRB SNUCM SNUH
의학연구윤리심의위원회

IRB No:1811-109-987
심의결과통보일(Date of Notification):2019.03.21
IRB승인유효 만료일(Date of Expiry):2020.01.13
서울의대/서울대병원 IRB 연구계획서 서식 2 (시행일: 2018.09.01)

[별첨1] 연구대상자 설명문

대상자 일련번호	

1. 임상연구 제목

정신과 병동에 입원한 청소년의 비자살적 자해 경험

2. 연구책임자

정주애(서울대학교 어린이병원 소아정신과 간호사) 연락처

3. 임상연구의 배경 및 목적

이 연구는 소아정신과 병동에 입원한 청소년 중 자해 경험이 있는 청소년을 대상으로 자해 동기와 경험을 탐색하고 현상을 이해하기 위한 연구입니다.

최근 자해 대유행(self-injury epidemic)이라는 말이 생겨날 정도로 자해가 널리 퍼져 문제가 되고 있습니다. 청소년들 사이에서 자해 인증, 자해 놀이와 같은 부정적인 문화가 생겨나고, 소셜 네트워크에 자해 인증 게시물이 쏟아져 나와 자해가 사회적으로도 심각한 문제가 되고 있습니다. 또래 문화의 영향을 많이 받는 청소년에게 자해 문제가 심각하지만 청소년을 직접적으로 돌보는 교사나 학부모, 청소년 상담자들이 청소년들에게 도움을 제공하기에는 관련된 정보, 지식, 개입방안 등이 부족한 상황입니다. 정신과 입원 청소년은 여러가지 이유로 입원을 하게 되는데, 지역사회 청소년에 비해 감정 조절 능력이 부족하며, 원치 않는 스트레스 상황을 자주 경험하여 자해에 취약하다고 할 수 있습니다(Thomassin, Quint, Sezlik, & Shaffer, 2017). 자해는 다양한 요인이 관여하는 것으로 알려져 있고, 자해를 똑같은 방법으로 하더라도 그 동기가 다를 수 있기 때문에 차별적인 치료를 위해서는 자해 이면에 있는 동기를 파악할 필요가 있습니다(권혁진, 2014).

이 연구를 통해 귀하가 자해를 멈출 수 있었던 보호요인과 자해 동기를 파악할 수 있고, 귀하의 개별 치료 전략을 세우는데 도움이 되고자 합니다. 또한 이 연구의 결과는 자해 경험이 있는 청소년이 자해를 조절할 수 있도록 병동 내에서 간호 중재 전략을 수립하는데 활용될 수 있습니다.

4. 임상연구 참여대상자 수 및 참여기간

이 연구는 우리 병원 소아정신과 병동에서 약 6-12명의 청소년이 참여할 예정입니다. 귀하가 연구 참여에 동의하시고 참여자로 선정되었을 경우, 입원 기간 중 면담이 이루어지며 면담에는 약 30분에서 1시간이 소요됩니다. 면담은 1회로 시행할 것이며, 만약 불충분한 부분의 보충이 필요한 경우에는 입원 기간 중 추가 면담을 시행할 예정입니다. 연구는 입원 기간 중 실시되어 퇴원 후 따로 병원을 방문해야하는 번거로움이 없습니다.

5. 임상연구 절차 및 방법

귀하가 연구에 참여하게 될 경우, 책임 연구자와 면담을 시행하게 됩니다. 면담 장소는 병동 내 상담실이나 병동 밖의 가족 상담실을 이용할 예정입니다. 면담 내용은 녹음기로 녹음할 예정이며, 연구자는 귀하와의 면담 내용을 그대로 필사하고, 비언어적인 내용과 면담 분위기를 현장 노트를 이용하여 메모할 예정입니다. 본 연구의 책임 연구자는 참여자들로부터 더 이상 새로운 내용이 나오지 않고 자료 분석에서 같은 유형의 개념과 범주가 반복적으로 나타나 자료가 포화상태에 이르렀다고 판단될 때까지 면담을 진행할 것입니다(김영천, 2016). 면담 중에 연구자의 편견을 최대한 배제하고, 모호한 내용에 대해서는 명백하고 풍부한 내용이 되도록 질문을 최대한 구체화하도록 노력할 것입니다. 본 연구는 다음과 같은 개방적 질문을 통해 반구조화된 면담을 진행할 것입니다.

<주요 질문>
-처음 자해를 하게 된 이유는 무엇이었나요?
-최근 자해 경험을 떠올려보고 그것을 이야기해 줄래요?
-입원 전후 자해에 대한 생각에 변화가 있다면 어떻게 바뀌었는지 이야기해 줄래요?

본 연구는 진행되는 동안 필요한 침습적 시술(천공이나 내시경 등의 수술), 검사 등은 없으며 제한사항이나 준수해야 할 사항 또한 따로 없습니다.

6. 연구대상자에게 예견되는 부작용, 위험과 불편함

본 연구는 귀하와의 면담 내용을 자료로 하여 내용분석을 하는 연구로, 부작용 및 신체적, 정신적, 사회적, 법적, 경제적으로 귀하의 안전에 위해를 가할 가능성은 거의 없습니다. 지속적인 병동 치료진(주치의, 담당 간호사)의 면담 및 중재가 안전성의 평가가 될 수 있다고 보여집니다.

임상 면담에서 자해에 대한 사정은 필수적이며, 자해에 대해 사정하는 것이 자해사고나 자해행동을 증가시키지 않으며, 고통을 증가시키지도 않기 때문에 이에 대해 우려할 필요는 없다고 밝힌 연구도 있습니다(Reynolds, Lindenboim, Comtois, Murray, Linehan, 2006). 만약 귀하가 연구 참여에 불편함을 느끼게 된다면 언제든지 연구 참여를 중단하실 수 있습니다.

7. 연구대상자에게 예견되는 이득

자해는 다양한 요인이 관여하는 것으로 알려져 있고, 자해를 똑같은 방법으로 하더라도 그 동기가 다를 수 있습니다. 차별적인 치료를 위해서는 자해 이면에 있는 동기를 파악할 필요가 있으며, 자살 의도가 없는 자해를 한 적이 있는 귀하에게 자해 경험에 대해 탐색하는 과정은 결과적으로 귀하의 개별 치료 전략을 세울 수 있는 기회가 될 것으로 기대가 됩니다.

8. 비용 및 보상

연구 참여 시 시행하는 면담에 대해 지불하게 되는 비용은 없습니다.

연구에 참여한 것에 대한 별도의 사례금 지금은 없습니다. 하지만 연구에 참여하시게 되면 연구자가 준비한 소정의 기념품(약 5천원 상당)을 드립니다. 연구 참여가 종료되는 시점에 기념품이 제공되며, 중간에 연구를 포기하시게 되더라도 지급할 계획입니다.

9. 자발적 참여 및 동의 철회

귀하는 연구 참여 여부 결정을 자발적으로 할 수 있습니다. 귀하가 참여하기로 결정한 경우에도, 언제든지 귀하는 자유롭게 연구 참여를 중단하거나 연구 도중에 언제라도 참여를 포기할 수 있습니다. 이것은 귀하의 향후 의학적 치료에 어떤 영향을 주지 않고, 아무런 불이익도 받지 않을 것입니다.

10. 연구 관련 새로운 정보의 지속적 제공

연구 도중, 귀하의 연구 참여에 영향을 줄 수 있는 새로운 정보가 얻어지면 적시에 귀하께 알려드리겠습니다.

11. 손상 및 보상

만약 귀하가 연구 참여에 불편함을 느끼게 된다면 언제든지 연구 참여를 중단하고 불편함을 줄이기 위해 합당한 모든 예방조치가 취해질 것입니다. 필요 시 담당 주치의, 간호사와 연구 내용을 공유할 것이며 언제든지 담당 치료진과 상의하실 수 있습니다.

12. 개인정보보호 및 개인정보 제공에 관한 사항

이 연구가 진행되면서 얻어진 귀하의 신상에 관한 모든 기록들은 다른 사람들에게 알려지지 않도록 비밀로 보장될 것이며, 책임 연구자가 직접 관리하게 될 것입니다. 연구의 결과가 출판될 경우에도 귀하의 신상정보는 비밀로 보호될 것입니다.

연구 진행 중 및 연구 종료 후에도, 임상연구의 모니터요원, 점검을 실시하는 사람, IRB 및 보건복지부장관 등이 관계 법령에 따라 연구의 절차와 자료의 품질을 검증하기 위하여 귀하의 신상에 관한 비밀이 보호되는 범위에서 귀하의 연구 기록을 열람할 수 있습니다. 연구자는 귀하의 비밀 보장을 침해하지 않고, 관련 규정이 정하는 범위 안에서 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 귀하의 의무기록을 직접 열람할 수 있으며, 이 동의서에 서명함은 이러한 자료의 직접 열람을 허용한다는 것을 의미합니다.

13. 담당자 연락처

연구에 참여하는 대상자로서 윤리적인 문제 또는 대상자 권리에 대한 의문점이 있으면 직접 문의하실 수 있습니다.

임상연구에서 발생한 문제, 우려, 질문에 대하여 상의할 수 있는 담당자 연락처 :

IRB 연락처( ) 또는 임상연구윤리센터( )

대상자 일련번호	

[별첨2] 연구대상자 동의서

1. 본인은 임상연구에 대해 구두로 설명을 받고 상기 연구 설명문을 읽었으며 책임연구원과 이 연구에 대하여 충분히 의논하였습니다.

2. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.

3. 본인은 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.

4. 본인은 이후의 치료에 영향을 받지 않고 언제든지 연구의 참여를 거부하거나 연구의 참여를 중도에 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.

5. 본인은 이 설명서 및 동의서에 서명함으로써 의학 연구 목적으로 나의 개인정보가 현행 법률과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.

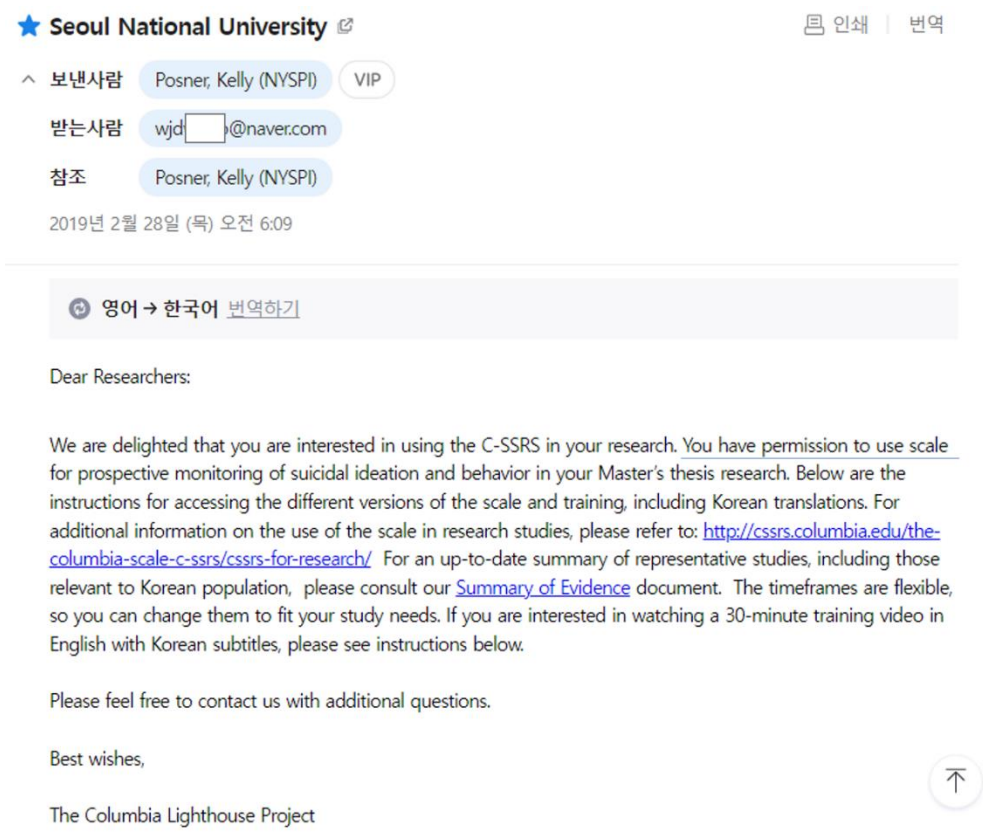
6. 본인은 이 연구의 면담 내용이 녹음기로 녹음되는 것에 동의합니다.

7. 본인은 연구 설명문 및 동의서의 사본을 받을 것을 알고 있습니다.

연구대상자 성명	서명	날짜(년/월/일)
연구자 성명	서명	날짜(년/월/일)
법정대리인 성명	서명	날짜(년/월/일)

(대상자와 대리인과의 관계)

부록 3. C-SSRS 도구 사용 승인



Seoul National University

인쇄 | 번역

보낸사람 Posner, Kelly (NYSPI) VIP

받는사람 wjd[redacted]@naver.com

참조 Posner, Kelly (NYSPI)

2019년 2월 28일 (목) 오전 6:09

영어 → 한국어 번역하기

Dear Researchers:

We are delighted that you are interested in using the C-SSRS in your research. You have permission to use scale for prospective monitoring of suicidal ideation and behavior in your Master's thesis research. Below are the instructions for accessing the different versions of the scale and training, including Korean translations. For additional information on the use of the scale in research studies, please refer to: http://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-research/ For an up-to-date summary of representative studies, including those relevant to Korean population, please consult our Summary of Evidence document. The timeframes are flexible, so you can change them to fit your study needs. If you are interested in watching a 30-minute training video in English with Korean subtitles, please see instructions below.

Please feel free to contact us with additional questions.

Best wishes,

The Columbia Lighthouse Project

Abstract

Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Experiences of Inpatient Adolescents

Jeong, Juae

Department of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Directed by Professor Choi, Heeseung, PhD, MPH, RN, FAAN

The increase of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) among Korean inpatient adolescents since the late 2010s has gained considerable social issues, and NSSI is recently considered as a self-injury epidemic. Despite this exacerbating NSSI phenomena among Korean adolescents, there is an absence of nursing information and research encompassing practical guidelines and treatment programs. Without establishing systematic research and practical strategies, inpatient adolescents with mental health difficulties and lack of emotional control are more prone to NSSI in frequent exposure to stressful

conditions compared to non-inpatient adolescents. Herein, the NSSI experiences of participants were studied to further understand the varying NSSI experiences of participants and establish nursing strategy directions.

The participants in this study were inpatient adolescents where the author was working as a registered nurse. Between March 2019 and January 2020, 9 inpatient adolescents with NSSI experiences have participated after the approval from the hospital's Institutional Review Board (IRB). The individual interviews were conducted comprehensively and further analyzed from recorded interview dialogs. 20 themes related to participant's NSSI experiences were deduced from the analysis which were subsequently classified into 6 categories: 'Sudden entanglement to self-injury from positive expectation', 'Seeking attention of my grief', 'emotional fluctuation in front of a knife with nobody understanding my circumstance', 'Turning point', 'Determination to keep body intact' and 'One-step far from self-injury'.

The onset of participants' NSSI behaviors and its meanings were clarified from the results. Discourse with the 9 participants have all included in-depth descriptions of NSSI experiences. The determination to hospitalization was an arduous journey for all participants, but was also eventually considered as a critical opportunity for temporal halt in NSSI. Participants were able to self-reflect on several aspects which were concealed from self-injuries, and the nurses were able to contribute as the most proximate individuals helping the temporal halt of NSSI. Nevertheless, the difference between the participants' expectation and the available treatment in the ward was also raised from the

participants in this study, which implied the current medical limitations (including nursing) related to NSSI. The behavioral comprehension beyond behavioral modification (BM) is necessary for nursing staffs to temporally halt NSSI of inpatient adolescents. In addition, protective factors of NSSI from communities were more clarified before each participant's NSSI onset and hospitalization.

Specific directions related to nursing practices were discussed based on the results. In the light of the critical importance of early detection and intervention from core family members and school teachers, nursing practices can be applied similarly in communities as non-clinical nurses working in schools. The difference of participants' expectations and availabilities in the ward also gave clear directions: Nursing practices require behavioral comprehension of NSSI inflicted adolescents base on empathy rather than mere BM. The patient's preferences for treatment is considered as a prerequisite to program development, and the necessary professionalism of relevant nursing practices was further explained. Lastly, the need for establishing post-treatment in the local community after discharge was discussed.

Therefore, in-depth NSSI experience of inpatient adolescents were studied. The results and discussions can be used as directions for establishing nursing strategies and practices in the area of adolescent NSSI.

Keywords : Non-Suicidal Self-Injury, Self-Injury, Self-Injurious Behavior, Adolescent, Psychiatry, Inpatients, Qualitative Research
Student Number : 2017-25622

감사의 글

저의 길을 인도해주시는 하나님께 감사를 드립니다.

논문의 계획에서 마무리까지 긴 시간이 걸렸습니다. 연구의 시작부터 마침표까지 든든하게 이끌어 주신 최희승 교수님께 깊은 감사의 마음을 전합니다. 교수님께서 진정한 스승으로서 연구의 물음을 함께 고민해주시고 지식과 지혜로 힘듦을 이겨낼 수 있도록 추진력을 불어넣어 주셨기에 연구의 결실을 맺을 수 있었습니다. 또한 논문의 주제에 관심을 주시며 지도해주신 김성재 교수님, 따스한 카리스마로 꼼꼼하게 지도해주신 채선미 교수님께 감사를 드립니다. 더불어 석사 과정에서 학문의 깊이를 더할 수 있도록 가르침을 주신 여러 교수님들께도 감사합니다. 연구실의 홍도윤, 조은혜 선생님과 학문적 물음을 해결하고 힘듦을 공유할 수 있어 감사했습니다. 2년의 석사 과정 동안 배움의 즐거움을 함께 한 백승화, 여리사, 우소현 선생님에게도 감사한 마음을 전합니다. 저의 20대를 보낸 소아 정신과 병동의 전유정 수간호사님, 노경아 선생님, 하지현 선생님, 한지연 선생님, 김서정 보호사님, 김진목 보호사님… 함께 시간을 보낸 모든 선생님들께 감사합니다. 또한 논문에 관심을 갖고 조언해주신 김재원 교수님께도 감사합니다.

늦은 밤 공부할 때 마다 옆자리를 지켜준 사랑하는 남편! 내 연구에 무한한 관심과 응원 보내주어 고마워요. 남편의 기도와 응원 덕분에 논문을 마무리할 수 있었어요. 그리고 “엄마는 공부할 때가 가장 멋있어!” 라며 끝까지 엄마를 믿고 기다려 준 정원아, 고맙다. 논문을 쓸 용기를 주시고 기도로 응원해주신 양가 부모님을 비롯한 가족들, 감사합니다.

마지막으로, 연구에 참여해준 아홉 명의 청소년들에게 고맙고, 이들의 건강하고 행복한 삶을 그리며 응원합니다.