

# 우울장애 환자의 자살 시도 여부에 따른 심리적 특성의 차이 : MMPI-2 프로파일을 중심으로

CHA의과대학대학교 분당차병원 정신건강의학교실

이슬아 · 김근향 · 서신영

## Comparison of Emotional and Psychological Characteristics between Suicide Attempters and Non-Attempters in Depressed Patients : Using MMPI-2 Profiles

Seul-Ah Lee, M.A., Keun-Hyang Kim, Ph.D., Shin-Young Suh, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry, Bundang CHA Hospital, School of Medicine, CHA University, Seongnam, Korea

### ABSTRACT

**Objectives** : To examine emotional and psychological characteristics associated with suicide attempts in depressed patients.

**Methods** : A sample of 37 inpatients diagnosed with major depressive disorder or depressive disorder NOS was divided into two groups : lifetime suicide attempters(N=15 ; 40.54%), non-attempters(N=22 ; 59.46%). Beck Depression Scale(BDI), Beck Anxiety Scale(BAI), Hamilton Depression Rating Scale(HDRS), Hamilton Anxiety Rating Scale(HARS), and MMPI-2 were used to evaluate symptoms severity and psychological characteristics.

**Results** : Suicide attempters scored higher on the BDI though there were no group differences on the HDRS and on the both anxiety scales. Also they showed higher scores on the F, Fb, Pa, RC1, DEP, HEA, PK, AAS among MMPI-2 subscales. Our findings suggest that suicide attempters among depressed patients undergo more severe subjective distress and difficulties in adjustment than non-attempters. Also they were more hostile to others and showed lower trust. Lastly, they showed more somatic complaints and substance related problems.

**Conclusion** : The present study showed that suicide attempters among depressed patients have distinct emotional and psychological characteristics. MMPI-2 would be helpful to assess suicidal risk of depressed patients.

**KEY WORDS** : Suicide attempt · Suicidal risk · Depression · MMPI-2.

40

### 서 론

자살은 전 세계적으로 꾸준한 증가 추세를 보임에 따라 공  
공 의료의 주된 관심사로 대두되었으며,<sup>1)</sup> 우리나라에서도 전

체 사망 원인 중 6.2%를 차지하는 네 번째로 흔한 사망 원인  
이다.<sup>2)</sup> 자살은 다양한 심리 사회적 원인들의 상호작용에 따  
라 발생하는 복잡한 현상이며, 단일한 징후나 검사 점수로 적  
절히 알아차리기가 어렵다. 그럼에도 불구하고 자살과 높은  
관련성을 보이는 위험 요인을 파악하고자하는 노력은 계속

Received: December 5, 2011 / Revised: January 4, 2012 / Accepted: January 28, 2012

This article is based on the poster, 'Preliminary research about difference in psychological characteristics between suicidal and non-suicidal attempt inpatients with depressive disorders : Using MMPI-2,' which is presented at the 2009 Annual Fall Congress of the Korean Neuropsychiatric Association.

Corresponding author: Keun-Hyang Kim, Department of Psychiatry, Bundang CHA Hospital, School of Medicine, CHA University, 351 Yatap-dong, Bundang-gu, Seongnam 463-712, Korea

Tel : 031) 780-6135 · Fax : 031) 780-5862 · E-mail : sura\_lee@naver.com

되고 있으며 이를 통해 고위험군을 관리하는 것은 자살 예방에 큰 도움을 줄 것이다.

자살에 영향을 끼치는 가장 중요한 심리적 요인은 우울장애로 알려져 있으며 DSM-IV의 우울 삽화 진단 기준에 자살 사고 및 시도가 포함되어 있다<sup>3)</sup> 우울과 자살은 밀접한 관련성을 가지는 것으로 보인다. 일례로 229명의 자살 희생자를 대상으로 한 심리적 부검 연구 결과, 50% 이상이 하나 또는 그 이상의 정신과적 장애를 가지고 있었으며 그들 중 60% 가량이 우울증을 앓고 있었다.<sup>4)</sup> 이처럼 우울증 환자에게는 자살의 위험이 특히 높으며 자살에 대한 특별한 주의가 필요하다.

하지만 우울장애를 가지고 있다고 해서 모든 환자들이 자살을 시도하는 것은 아니며, 이전 연구들에서는 자살 행동이 삽화의 횟수나 심각도와 같은 우울증의 객관적인 심각도와는 직접적인 관련이 없다고 보고하고 있다.<sup>5,6)</sup> 따라서 자살 행동에는 그것과 특별히 높은 상관을 보이고 자살에 대한 예측력을 가지는 위험 요인이 있을 것이라고 가정할 수 있으며,<sup>7)</sup> 연구자들은 우울증 환자의 자살을 예측하는 여러 요인들을 밝혀내고자 하였다. 그 중 우울과 자살을 매개하는 대표적인 심리적 특성으로 충동성과 공격성이 제시되었고,<sup>8,9)</sup> 높은 위험 회피 성향도 자살 시도와 관련성을 보이는 것으로 나타났다.<sup>10)</sup>

우울증 환자를 대상으로 한 자살 위험성 평가에서 상기와 같은 정서 및 성격 특성을 적절히 측정하여 파악하는 것은 자살을 예측하고 예방하는 데 도움을 줄 것이다. 하지만 자살 위험성을 평가하기 위해 자주 사용되는 Beck 자살생각 척도(Beck Scale for Suicide Ideation)<sup>11)</sup>나 Beck 절망감 척도(Beck Hopelessness Scale)<sup>12)</sup>는 개인의 정서 및 성격 특성에 대한 정보는 거의 제공하지 못한다는 제한점이 있다. 또한 자살 사고가 증가할수록 자연스럽게 자살 시도의 가능성도 증가하겠지만, 자살에 대해 생각만 하는 것과 실제 행동으로 옮기는 데에는 서로 다른 심리적 기제가 작용할 가능성이 높다.<sup>13)</sup> 따라서 우울장애 환자의 자살행동과 관련이 높은 성격특성은 자살 사고나 의도와는 별개로 평가될 필요가 있다.

다면적 인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 이하 MMPI)는 다양한 정신과적 증상과 성격특성을 평가하기 위해 임상 현장에서 가장 널리 사용되는 검사이다. 자살의 예측과 관련하여, 원판 MMPI를 사용해 자살 시도자와 비 시도자를 후향적으로 비교한 연구들에서는 일관된 결과를 도출하지 못하였고,<sup>14)</sup> MMPI-2가 자살 시도를 예측하는 타당화된 지표를 제공하는 지에 대해서도 연구된 바가 없다. 하지만 MMPI와 같은 자기보고식 검사는 표준화된 면담에서는 알 수 없는 개인의 주관적인 경험에 대해 중요한 자료를 제공하며, 특히 환자들은 자살과 관련된 내용을 면담보다 자기보고식 검사에서 보다 쉽게 개방하는 경향이 있다.<sup>15)</sup> 따

라서 MMPI가 실제 자살 시도나 자살 성공을 직접적으로 예측하지 못하더라도, 자살의 위험성을 높이는 정서 및 성격 특성을 평가하는 데에는 중요하게 사용될 수 있겠다.

자살 시도의 과거력은 자살의 재시도 및 자살 사망의 강력한 예측 인자 중 하나이며,<sup>16)</sup> 자살시도자의 심리적 특성을 연구하는 것은 자살 시도에 이르게 하는 위험 요소를 파악하는데 효과적인 방법일 것이다. 현재까지 자살시도자와 비시도자, 자살희생자의 MMPI 프로파일로 각각의 심리적 특성을 비교하고자 하는 시도는 있었으나,<sup>17)</sup> 우울장애 환자군 내에서 자살 시도 여부에 따라 MMPI 프로파일을 비교한 연구는 아직 없다. 본 연구에서는 정신과 병동에 입원한 우울장애 환자들 중 과거 자살을 시도한 환자와 자살 시도의 경험이 없는 환자들의 심리적 특성을 MMPI-2를 중심으로 분석하였다. 이를 통해 우울증 환자들 중에서도 자살 시도의 위험성이 높은 환자를 변별하는 데 도움을 주고자 하였으며, 특히 자살 위험성의 평가를 위한 MMPI-2 해석에 도움을 제공하고자 하였다.

## 방 법

### 1. 연구 대상

본 연구는 2009년 3월부터 2010년 3월까지 경기도 소재 C 대학병원 정신과 병동에 입원한 환자를 대상으로 하였다. 정신과 전문의들이 한국어판 SCID(Structured Clinical Interview for DSM-IV)<sup>18,19)</sup>에 기초한 의학적 면담을 실시하여, 주진단이 Major Depressive Disorder 또는 Depressive Disorder Not Otherwise Specified로 진단된 환자들이 연구에 포함되었다. 모든 평가는 입원 후 일주일 이내에 실시되었다. 연구 참여에 대한 설명을 듣고 서면 동의한 58명이 초기에 포함되었으나, 임상 장면에서의 BDI 절단점인 16점을 넘지 않는 환자와 MMPI-2의 타당도 척도를 기준으로 프로파일이 타당하지 않다고 판단된 환자의 자료는 분석에서 제외되어 결과적으로 37명의 자료가 분석에 포함되었다. 그 중 자살시도군에는 과거 자살을 시도한 경험이 있는 15명의 환자가, 비 시도군에는 자살 시도 경험이 없는 22명의 환자가 각각 할당되었다. 정신증적 증상을 보이는 환자는 인지적 혼란으로 인해 자기보고식 검사를 적절히 수행하지 못할 가능성이 있어 연구에서 제외되었다. 본 연구는 임상시험심사위원회의 심의를 거쳐 연구 승인을 얻어 진행되었다.

### 2. 측정 도구

#### 1) 다면적 인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2, MMPI-2)<sup>20)</sup>

MMPI-2는 기존 MMPI 566 문항을 수정 보완하여 만든

자기보고식 질문지로 임상 장면에서 환자의 정서 상태 및 성격 평가를 위해 널리 사용되고 있다. 총 567 문항이며 8개의 타당도 척도, 10개의 임상 척도, 15개의 내용 척도, 15개의 보충 척도, 9개의 재구성 임상척도, 성격병리 5요인 척도, 그 밖에 임상 척도와 내용 척도의 하위 척도들로 구성되어 있다. 본 연구에서는 임상 척도와 내용 척도의 하위 척도를 제외한 모든 척도를 분석에 포함하였다.

각 하위 척도의 특성은 다음과 같다. 타당도 척도(validity scales)는 MMPI-2를 해석할 때 결정치가 지나치게 많거나, 무작위로 응답한 경우, 자신의 문제를 확대 또는 축소해서 응답하려한 경우 등을 변별하여 검사 결과가 신뢰로운 지를 판단하는 데 사용된다. 임상 척도(clinical scales)는 정신과적 증상의 양상과 심각도, 개인의 독특한 성격적 특성을 나타낸다. 원판 MMPI부터 임상 척도의 해석 지침에 관한 방대한 연구가 이뤄져왔고 이는 MMPI-2에서도 활용 가능하다. 재구성 임상척도(restructured clinical scales)는 각 임상 척도가 측정하는 고유한 핵심 요인을 추출하여 척도화한 것이며, 임상 척도에 비해 향상된 타당도로 임상 척도 해석상의 애매함을 해결하는 데 도움을 주는 것으로 보고되었다. 성격병리 5요인 척도(PSY-5 scales)는 Harkness와 McNulty<sup>21)</sup>의 차원모델에 기초하여 개발된 척도로, 수검자의 성격 특성에 대한 전체적인 윤곽을 제시해준다. 내용 척도(content scales)는 Wiggins<sup>22)</sup>가 수검자의 자기제시를 검토할 수 있는 방법으로 개발하였다. 주로 명백한 문항을 포함하기 때문에 수검 태도와 관련하여 쉽게 왜곡될 가능성이 있으나, 높은 점수에 반영되는 특징들은 수검자가 검사자에게 알리고자 하는 내용으로 해석될 수 있다. 보충 척도(supplementary scales)는 원판 MMPI의 출판 이후 많은 연구자들이 문항 군집(item pool)을 사용하여 추가적으로 개발한 척도이며 신뢰도와 타당도가 확보된 척도들이 MMPI-2에 남게 되었다. 보충 척도는 타당도 척도와 임상 척도의 해석을 보충하여 보다 넓은 범위의 임상적 문제와 장애를 평가하는 데 도움을 준다.

## 2) Beck 우울 척도(Beck Depression Inventory, BDI)

BDI는 우울증상을 측정하기 위한 자기 보고식 검사지로 4점 척도 21문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 이영호와 송종용<sup>23)</sup>이 번안하고 신뢰도와 타당도를 검증한 도구를 사용하였다. BDI는 임상 현장에서는 16점, 일반인 대상으로는 22점이 주요우울증 진단의 절단점으로 권고되고 있다.<sup>24)</sup>

## 3) Beck 불안 척도(Beck Anxiety Inventory, BAI)

BAI는 불안을 측정하기 위한 자기 보고식 검사지로 4점 척도 21문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 조용래, 김은정<sup>25)</sup>이 번안한 척도를 사용하였다.

## 4) Hamilton 우울증 평가 척도(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

우울 증상의 심각도를 평가하는 임상이 평정 척도로 Hamilton에 의해 개발되었다. 17문항으로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 심한 우울증을 의미한다. 본 연구에서는 이중서 등<sup>26)</sup>이 번안하고 신뢰도와 타당도를 검증한 도구를 사용하였다.

## 5) Hamilton 불안 평가 척도(Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)<sup>27)</sup>

Hamilton이 고안한 불안 증상의 심각도를 평가하는 임상이 평정 척도로, 14문항으로 구성되어 있고 점수가 높을수록 심한 불안 증상을 의미한다. 본 연구에서는 김창윤<sup>28)</sup>이 번안한 도구를 사용하였다.

## 3. 자료 분석

두 집단 간의 성별 비율, 결혼 여부, 성격장애와 일반의학적 상태 유무의 비교는  $\chi^2$  검정으로 분석하였다. 아울러 각 집단의 환자 수가 30명 이하이므로 Kolmogorov-Smirnov의 정규성 검정을 통해 표본의 모집단 분포가 정규 분포를 따르는 지 확인하고자 하였다. 정규성 가정이 충족된 변인들은 집단 간 평균 차이 검증을 위해 공변량분석(ANCOVA)을 실시하였고, 대상자들의 연령이 공변인(covariant)으로 포함되었다. 정규성 가정이 충족되지 않은 변인들은 비모수 검정인 Mann-Whitney 검정을 실시하였다. 통계 처리는 SPSS for Windows 12.0을 사용하였다.

## 결 과

### 1. 인구학적 특성

각 집단의 인구학적 특성은 Table 1에 기술되어 있다. 전체 사례 중 여성이 89.2%를 차지하였으며 남녀 비율의 집단 간 차이는 유의하지 않았다( $\chi^2(1)=.17, p=.68$ ). 전체 집단의 연령 분포는 18세에서 64세였으며 평균 연령은  $37.57 \pm 13.08$ 이었다. 자살 시도의 과거력이 있는 집단이 자살 시도의 과거력이 없는 집단보다 참여자들의 평균 연령이 유의하게 낮았고(자살 시도군  $29.93 \pm 9.34$ , 비시도군  $42.77 \pm 12.84$ ;  $p=.002$ ), 미혼 비율이 유의하게 높았다( $\chi^2(1)=6.84, p=.009$ ). 교육 수준은 두 집단 간의 차이가 유의하지 않았다( $t=-1.15, p=.259$ ). 또한 비시도군 내에서는 성격장애로 진단받은 대상자가 없었으나, 자살시도군에서는 3명이 성격장애(모두 군집 B)로 진단되었다( $\chi^2(1)=4.79, p=.029$ ). 축III 일반의학적 상태 유무는 집단 간에 유의한 차이를 보이지 않았다( $\chi^2(1)=.15, p=.69$ ).

## 2. 자살 행동의 빈도와 방법

자살시도자들의 과거 자살 시도 횟수는 평균  $2.33 \pm 1.59$  (1~7회)였으며, 자살 시도 방법은 손목 긋기(46.67%), 음독(43.33%), 목 맴(6.67%), 추락(3.33%) 순으로 나타났다.

## 3. 집단 간 우울 및 불안의 심각도 비교

우울 증상의 심각도가 집단 간에 차이를 보이는 지 평가하기 위해 자기 보고식 척도와 객관적 평정 척도가 모두 사용되었고, 그 결과는 Table 2에 제시하였다. 객관적인 평정치상에서는 자살을 시도한 군과 그렇지 않은 군 간에 우울 증상의 유의한 차이가 없었다. 하지만 주관적으로 지각된 우울 증상의 심각도는 자살시도군이 더 높은 것으로 나타났다( $F=6.51, p=.015$ ). 불안 증상은 자기 보고식 척도와 객관적 평정치 모두에서 집단 간 차이가 나타나지 않았다.

## 4. 집단 간 MMPI-2 척도 비교

우선 무응답 항목이 30문항 이상인 사례는 분석에서 제외하였으며 MMPI-2 매뉴얼의 임상 장면 지침에 따라 VRIN(무선반응 비일관성 척도)과 TRIN(고정반응 비일관성 척도)의 T점수가 65 이상, F와 F(p)는 100 이상, F(b)는 110 이상, L은 80 이상, K는 65 이상, S는 70 이상인 경우 프로파일이 타당하지 않을 가능성이 높으므로 분석에서 제외하였다. 따라

서 연구에 포함된 환자군 응답의 신뢰도나 타당도는 적절한 것으로 판단된다.

분석 결과, 자살시도군은 타당도 척도 중 F(Infrequency, 비전형 척도)척도와 F(b)(Back F, 비전형 후반부)척도에서 유의하게 높은 점수를 보였다(각각  $F=6.85, p=.013$ ;  $F=7.85, p=.008$ ). 임상 척도에서는 6번(Pa, 편집증)척도에서만 자살 시도군이 유의하게 높은 점수를 보였는데( $F=4.65, p=.038$ ), 결과적으로 자살시도군은 2번(D, 우울증), 6번, 7번(Pt, 강박증)의 T점수가 65점 이상으로 2-6-7 유형의 평균 프로파일을 보이는 반면 비시도군은 2번과 7번만이 T점수 65점 이상으로 상승한 2-7 유형의 평균 프로파일을 나타냈다. 아울러 4번(Pd, 반사회성)과 8번(Sc, 정신분열증)척도도 두 군 모두에서 60점 이상으로 상승하였다. 타당도 척도와 임상 척도의 평균 T점수 비교는 Table 3에 제시하였다.

재구성 임상 척도 상에서, 비시도군은 65점 이상으로 상승한 척도가 없었으나, 자살시도군은 RCd(demoralization, 의기소침)과 RC1(somatic complaint, 신체증상 호소)의 T점수가 65점 이상으로 상승하였고, RC1 척도 상에서 비시도군보다 유의하게 높은 점수를 나타냈다( $F=7.85, p=.008$ ). 성격 병리 5요인 척도 상에서, 자살시도군은 NEGE(negative emotionality, 부정적 정서성)의 T점수가 65점 이상으로 나

**Table 1.** Sociodemographic characteristics

Variables	Suicide attempters(n=15 : 40.54%)	Non-attempters(n=22 : 59.46%)	$\chi^2$ or t	p value
	n(%) or M $\pm$ SD	n(%) or M $\pm$ SD		
Sex				
Female	20(90.91)	13(86.67)		
Male	2( 9.09)	2(13.33)	.17	.68
Age	29.93 $\pm$ 9.34	42.77 $\pm$ 12.84	-3.31	.002
Marital status				
Single	9(60)	4(18.2)		
Married	6(40)	18(81.8)	6.84	.009
Education(years)	12.33 $\pm$ 4.13	10.82 $\pm$ 3.81	1.15	.259
Personality disorder	0(0)	3(20)	4.79	.029
Axis III general medical condition				
None	13(86.67)	18(81.82)	.15	.69
Disease of the nervous system	1( 6.67)			
Disease of the respiratory system	1( 6.67)			
Disease of the circulatory system		1( 4.55)		
Neoplasm		2( 9.09)		
Endocrine disease		1( 4.55)		

**Table 2.** Comparisons of depression symptoms between suicide attempters and non-attempters

Scale	Suicide attempters(n=15)	Non-attempters(n=22)	F	p value
	M $\pm$ SD	M $\pm$ SD		
Beck depression inventory	35.73 $\pm$ 8.43	30.17 $\pm$ 7.97	6.51	.015
Beck anxiety inventory	29.13 $\pm$ 12.72	22.29 $\pm$ 10.04	1.04	.316
Hamilton depression rating scale	15.80 $\pm$ 5.21	13.81 $\pm$ 4.28	1.10	.301
Hamilton anxiety rating scale	11.93 $\pm$ 6.16	10.95 $\pm$ 6.32	.03	.865

타났고, 비시도군에서는 65점 이상 상승한 척도가 없었으나, 두 군 간의 차이가 통계적으로 유의한 척도는 없었다(Table 4).

내용 척도 상에서 자살시도군은 ANX(anxiety, 불안), OBS (obsessiveness, 강박성), DEP(depression, 우울), LSE(low self-esteem, 낮은 자존감), WRK(work interference, 직업적 곤란), TRT(negative treatment Indicators, 부정적 치료 지표)의 T점수가 65점 이상으로 상승하였으며, 시도하지 않

은 군은 ANX(anxiety, 불안)과 DEP(depression, 우울)의 T 점수만 65점 이상으로 상승하였다. 자살시도군은 시도하지 않은 군보다 DEP척도 상에서 유의하게 높은 점수를 보였으며( $F=10.56, p=.003$ ), HEA(health concern, 건강염려)에서는 두 군 모두 65점 이상으로 상승하지는 않았으나 자살시도군이 비시도군보다 유의하게 높은 점수를 나타냈다( $F=4.85, p=.035$ ). 내용 척도의 평균 T점수 비교는 Table 5에 제

**Table 3.** Comparisons of MMPI-2 validity scales and clinical scales between suicide attempters and non-attempters

Scale	Suicide attempters(n=15)	Non-attempters(n=22)	F or U	p value
	M±SD	M±SD		
MMPI-2 validity scales				
VRIN	46.00± 6.61	46.59± 6.90	153.00	.725
TRIN	55.73± 2.94	54.86± 3.31	.00	.953
F(infrequency)	60.00± 6.87	53.27± 7.88	6.85	.013
Fb(back F)	66.73±10.42	58.00± 9.53	7.85	.008
Fp(infrequency-psychopathology)	50.13± 6.60	46.14± 6.13	106.50	.067
L(lie)	42.60± 7.21	46.68± 8.88	124.00	.199
K(correction)	40.67± 6.22	46.64± 9.07	105.50	.065
S(superlative self-presentation)	40.60± 7.16	44.05± 9.08	.15	.701
MMPI-2 clinical scales				
Hs(hypochondriasis)	61.13±10.54	56.31±11.54	2.68	.111
D(depression)	65.07±14.51	65.77±12.46	.31	.582
Hy(hysteria)	59.60± 8.65	59.86±11.89	.13	.726
Pd(psychopathic deviate)	62.27±10.83	62.32±12.41	.16	.696
Mf(masculinity-femininity)	47.40±12.15	51.64±12.02	1.13	.296
Pa(paranoia)	65.47± 8.39	56.50± 9.29	4.65	.038
Pt(psychasthenia)	66.13±12.41	66.18±11.57	.01	.927
Sc(schizophrenia)	64.27±10.27	61.09±10.08	135.50	.360
Ma(hypomania)	57.87±10.17	51.27±11.67	.76	.389
Si(social introversion)	58.47± 9.30	57.86±10.30	.27	.608

**Table 4.** Comparisons of MMPI-2 restructured clinical scales and PSY-5 scales between suicide attempters and non-attempters

Scale	Suicide attempters(n=15)	Non-attempters(n=22)	F or U	p value
	M±SD	M±SD		
MMPI-2 restructured clinical scales				
RCd(demoralization)	72.13± 8.66	64.05±10.98	3.51	.070
RC1(somatic complaints)	65.40±13.36	54.18±10.93	7.85	.008
RC2(low positive emotions)	58.47±11.26	56.59±11.29	140.50	.446
RC3(cynicism)	55.06±11.03	52.05± 9.95	.70	.408
RC4(antisocial behavior)	59.27±14.53	50.77± 6.98	1.83	.185
RC6(ideas of persecution)	56.13± 9.32	52.00± 9.23	125.00	.212
RC7(dysfunctional negative emotions)	62.20±10.91	57.27±10.91	.29	.592
RC8(aberrant Experiences)	60.00±13.55	53.82±13.55	2.20	.148
RC9(hypomanic activation)	54.73± 8.50	48.32± 8.50	.52	.477
MMPI-2 PSY-5				
AGGR(aggressiveness)	50.87±12.14	47.45± 8.14	.004	.95
PSYC(psychoticism)	58.40± 9.50	54.32±11.18	1.95	.172
DISC(disconstraint)	54.27±15.71	45.36± 9.01	.52	.474
NEGE(negative emotionality)	66.07±10.95	60.14±10.93	.66	.422
INTR(introversion)	55.67±10.74	57.55±13.72	158.50	.840

시하였다.

보충 척도 상에서 자살시도군은 A(anxiety, 불안), Mt(college maladjustment, 대학생활 부적응), PK(post-traumatic stress disorder, 외상후스트레스장애)척도의 T점수가 65점 이상이었고, 비시도군은 Mt척도에서만 65점 이상이었으나 Mt척도는 대학생에게만 적용되는 척도이므로 고려 대상에서 제외하였다. 아울러 T점수 60점 이상을 유의미하게 해석하는 AAS(addiction admission, 중독 인정)척도 상에서 자살시도군은 60점 이상을 나타냈으며 이는 비시도군보다 유의하게 높은 점수였다( $F=14.82, p<.001$ ). 또한 자살시도군은 PK척도에서 비시도군보다 유의하게 높은 점수를 보였다( $F=5.69, p=.023$ ). 보충 척도의 평균 T점수 비교는 Table 6에

제시하였다.

## 고 찰

우울장애는 자살과 가장 높은 관련성을 가지는 정신과 장애이다. 모든 우울증 환자가 자살을 시도하는 것은 아니기 때문에, 우울증 환자군 내에서도 어떤 심리적 특성을 가진 환자들이 자살 시도의 위험성을 높게 가지는 지 밝히는 것이 중요하며 이는 곧 자살 예방에 함의를 제공할 수 있을 것이다. 이에 본 연구에서는 우울장애로 진단된 환자들 중 과거 자살 시도 경험이 있는 환자와 자살 시도 경험이 없는 환자 간의 심리적 특성의 차이를 MMPI-2를 중심으로 살펴보고자 하였다.

**Table 5.** Comparisons of MMPI-2 content scales between suicide attempters and non-attempters

Scale	Suicide attempters(n=15)		Non-attempters(n=22)		F or U	p value
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD		
ANX(anxiety)	73.87± 8.46	66.86±11.95	1.86	.181		
FRS(fears)	52.33±14.06	57.64±11.29	115.50	.124		
OBS(obsessiveness)	65.07±11.71	58.18±10.80	111.50	.097		
DEP(depression)	80.60±10.46	65.82±14.18	10.56	.003		
HEA(health concerns)	63.13±63.13	54.77±10.56	4.85	.035		
BIZ(bizarre mentation)	57.00± 9.55	52.77±10.80	1.33	.257		
ANG(anger)	60.93±11.89	54.23± 9.65	.92	.343		
CYN(cynicism)	56.00± 9.30	52.55± 9.74	.80	.378		
ASP(antisocial practices)	55.07±11.12	48.55± 9.23	111.50	.097		
TPA(type A)	53.93±10.31	54.68±12.20	.90	.349		
LSE(low self-esteem)	66.13±11.08	60.55±14.37	2.53	.121		
SOD(social discomfort)	54.00±11.83	57.09±14.40	142.00	.475		
FAM(family problems)	63.60± 8.92	59.91±10.53	.47	.497		
WRK(work interference)	67.53± 9.99	61.82±12.07	116.00	.128		
TRT(negative treatment indicators)	68.40±14.80	59.59±13.85	3.66	.064		

**Table 6.** Comparisons of MMPI-2 supplementary scales between suicide attempters and non-attempters

Scale	Suicide attempters(n=15)		Non-attempters(n=22)		F or U	p value
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD		
MMPI-2 supplementary scales						
A(anxiety)	65.87± 7.71	60.64± 9.11	1.56	.220		
R(repression)	45.07± 7.12	51.00± 9.12	1.00	.323		
Es(ego strength)	36.93± 6.68	37.82± 8.86	162.00	.924		
Do(dominance)	41.27± 7.50	39.45± 8.22	144.50	.522		
Re(social responsibility)	43.27±10.61	47.68± 9.60	.086	.771		
Mt(college maladjustment)	69.33± 8.08	65.14± 9.79	.49	.49		
PK(post-traumatic stress disorder)	71.60± 7.32	62.64± 8.72	5.69	.023		
MDS(marital distress)	62.80± 6.45	57.09± 9.48	107.00	.069		
Ho(hostility)	58.67± 6.65	53.18±10.57	1.03	.317		
OH(overcontrolled-hostility)	48.33± 6.72	50.45± 6.96	140.50	.445		
MACR(macandrew alcoholism-revised)	59.87±11.09	52.82±10.75	1.74	.196		
AAS(addiction admission)	61.27±12.88	47.41± 7.86	14.82	.000		
APS(addiction potential)	59.53±11.76	57.14±10.47	.07	.801		
GM(masculine gender role)	40.13± 7.42	40.86± 8.05	.03	.876		
GF(feminine gender role)	51.07± 9.13	51.82± 9.05	.05	.826		

연구 결과, 인구학적 특성에서 성별 비율의 집단 간 차이는 유의하지 않았으나 두 집단 모두에서 여성의 비율이 높았는데, 이는 우울증의 유병률이 남성보다 여성에게서 두 배 정도 높은 현상을 반영한 것으로 보인다.<sup>3)</sup> 자살 행동은 성별에 따라 다른 특징을 보이는 것으로 알려져 있으므로<sup>29)</sup> 추후 연구에서는 성별 비율을 균등하게 하거나, 남녀를 나누어 각각의 특성을 나눠서 살펴보는 것이 필요하겠다. 아울러 자살시도군은 비시도군보다 경계선성격장애, 연극성성격장애와 같은 군집 B 성격 장애의 비율이 더 높았으며, 이는 이전 연구와 일치하는 결과이다.<sup>30)</sup> 또한 자살시도군은 비시도군보다 평균 연령이 유의하게 낮았고 미혼인 경우가 많았는데, 이는 자살로 인한 죽음이 연령이 높아질수록 증가하는<sup>2)</sup> 것과는 상반된 결과이다. 이에 대한 한 가지 가능성으로는 자살시도자와 자살희생자가 서로 다른 특성을 보이기 때문일 수 있겠다. Fremouw 등<sup>31)</sup>에 따르면 자살 시도 자체는 젊은 층에서 더 많지만, 자살로 인한 죽음은 나이가 많을수록 증가한다. 또한 자살희생자는 절망감과 무력감을 주로 호소하며, 치명적인 수단을 사용하는 반면 자살시도자는 외부에 대한 분노와 적대감을 주로 보이고 자살의 수단이 덜 치명적이다. 본 연구의 결과는 자살 희생자보다는 자살시도자의 특성을 반영하는 것으로 볼 수 있으며, 비록 자살시도자와 희생자의 심리적 특성에는 차이가 있더라도 자살시도는 자살로 인한 사망의 가능성을 높이는 위험한 행위이므로, 자살시도자의 특성을 파악하여 자살 시도를 예방하는 것도 의의를 가진다고 생각된다.

우울 증상의 심각도 차이를 살펴보기 위해 자기보고식 검사와 임상가가 평정 척도를 실시한 결과, 자살시도군은 우울 증상을 비시도군보다 더 심각하게 보고하였지만, 임상가의 객관적인 관찰 상에서 증상의 심각도는 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 이로 볼 때, 자살시도군은 객관적으로 관찰되는 증상의 심각도는 비시도군과 비슷할지라도 주관적으로는 우울 증상을 보다 심각하게 지각하고, 심리적 고통을 외부에 더 많이 호소하는 것으로 여겨진다.

집단 간에 MMPI-2 척도들의 평균 점수를 비교한 결과, 타당도 척도에서는 자살시도군이 비시도군에 비해 F(비전형) 척도와 F(b)(비전형 후반부)척도 점수가 더 높았다. 본 연구에서는 타당도 척도의 점수가 유효한 범위에 있는 프로파일만을 포함했음에도 이와 같은 양상이 나타나는 것은 자살시도자들이 비시도자에 비해 더 많은 심리적 문제를 보고하고 도움을 청하는(cry for help) 경향이 있으며, 자신의 문제에 대해 실제보다 더 비관적으로 인식하여 적응 상의 어려움을 호소하는 것으로 해석할 수 있겠다.

임상척도 분석 결과, 자살시도군과 비시도군 모두 2번과 7번 척도에서 평균 T점수가 65점 이상으로 상승하였다. 2-

7/7-2 프로파일은 여러 연구를 통해 우울증 환자의 특징적인 MMPI-2 프로파일로 알려져 있다.<sup>32,33)</sup> 본 연구에서는 4번과 8번 척도도 두 군 모두에서 60점 이상으로 상승하였으며, 이는 우울증 환자들이 우울감과 불안 이외에 분노와 혼란감도 경험하고 있음을 시사한다. 이에 더해 자살시도군은 6번 척도의 평균 T점수가 비시도군보다 유의하게 높았고 65점 이상으로 상승한 2-6-7 프로파일을 나타냈다. 6번이 65점 이상 상승한 사람들은 타인의 견해에 예민하며, 의심이 많고 경계하는 경향이 강하다. 아울러 자기 고통의 원인이 외부에 있다고 생각하여, 적대감과 분노를 경험하기도 한다. 따라서 2-6-7 프로파일을 보이는 사람들은 외적으로 보이는 불안하고, 우울한 모습 이면에 외부에 대한 불신과 적개심, 분노가 내재되어 있으며, 대인관계에서 부정적인 경험이 많을 것이라고 볼 수 있다. 전통적으로 자살과 관련된 MMPI 척도는 우울증을 시사하는 2-7/7-2 프로파일, 공격성, 분노와 관련된 4번 척도, 혼란감과 소외감을 나타내는 8번 척도, 행동화 경향과 관련된 9번 척도이다.<sup>14)</sup> 본 연구에서는 우울증으로 진단된 두 군 모두 2, 4, 7, 8번 척도에서 높은 점수를 나타낸 것으로 보아, 상기 척도들은 자살시도군의 특성보다는 우울증의 일반적인 특성을 반영할 가능성이 있겠다. 본 연구에서는 6번 척도의 높은 점수가 의미하는 타인에 대한 불신과 적개심이 자살시도자와 비시도자를 구분하는 특성으로 나타났다.

각 척도들 간에 높은 상관을 보이는 임상 척도의 문제점을 해결하고 수렴 타당도 및 변별 타당도를 향상시키기 위해 개발된 재구성 임상 척도 결과, 자살시도군은 RC1(신체증상 호소)척도 상에서 비시도군에 비해 유의하게 높은 점수를 보였다. 이는 자살시도군이 여러 가지 신체 증상을 호소하고, 신체 기능에 높은 주의를 기울이며, 심리적 혹은 대인 관계적 곤란을 겪을 때 신체 증상을 드러낼 가능성이 높은 것으로 해석될 수 있겠다. 아울러 자살시도군은 내용 척도 중 DEP(우울)척도와 HEA(건강염려)척도 상에서 비시도군보다 유의하게 높은 점수를 나타냈다. 내용 척도는 안면 타당도가 높기 때문에 이 척도의 높은 점수에 반영되는 특성들은 수검자가 검사자에게 알리고 싶어 하는 것들이다. 따라서 자살시도자들은 비시도자들보다 자신의 슬픔과 우울, 부적절감 및 죄책감, 자살 사고 등을 보다 적극적으로 알리고자 하는 것으로 볼 수 있겠다. 이는 자살시도군이 비시도군에 비해 주관적으로 지각된 우울 증상을 더 심각하게 보고한 것과 비슷한 결과이다. 또한 DEP척도에서는 ‘자살 사고’를 하위 척도로 포함하고 있는데, 하위 척도 분석 결과 자살시도군은 비시도군에 비해 높은 자살 사고를 보이고 있었다( $U=90.50, p=.016$ ). 즉 과거 자살시도자들은 현재의 우울 삽화 기간 동안에도 자살에 대해 더 많이 생각하는 것으로 보이며, 자살 재시도의 가능성이 높은 것으로 여겨진다. HEA척도는 재구성 임상 척도의

RC1(신체증상 호소)과 중복되는 문항이 많아 비슷한 패턴을 보인 것으로 생각된다.

보충 척도에서는 자살시도군이 PK(외상후스트레스장애), AAS(중독 인정)척도에서 비시도군에 비해 유의하게 높은 점수를 보였다. PK 척도에서의 높은 점수는 과거의 외상적 경험뿐만 아니라 현재의 강한 정서적 고통감, 원치 않는 혼란스러운 생각, 외부로부터 제대로 이해받지 못하며 학대받고 있다는 느낌을 포함한다. 아울러 AAS 척도는 물질남용과 관련된 명백한 내용을 포함하고 있으며, 자살시도군은 비시도군에 비해 물질 관련 문제를 더 많이 경험하는 것으로 여겨진다.

이상의 결과를 종합하면 첫째, 우울장애 환자군 내에서도 자살시도자들은 주관적인 우울감과 심리적 고통감을 비시도군보다 강하게 호소하고 있었다. 즉 증상의 심각도에 관한 객관적인 평정치 상에서 두 군 간의 차이가 유의하지 않았음에도, 자살시도군은 자신의 우울 증상을 보다 심각하게 지각하고 있었다. 또한 MMPI-2 척도에서도 더 많은 심리적 문제와 적응 상의 어려움을 보고하며, 자신이 처한 상황에 적절히 대처하지 못할 것이라고 비판하고 자신감이 저하되어 있었다. 하지만 불안과 관련된 측정치에서는 집단 간 차이가 나타나지 않았다.

둘째, 자살시도자들은 비시도자들에 비해 타인에 대한 신뢰가 부족하고 자신이 박해를 받는다고 지각하며 타인을 쉽게 경계하는 것으로 나타났다. 또한 타인에 대한 분노와 적대감이 내재되어 있으며, 대인 관계 적응 상의 어려움을 경험하고 있을 가능성이 높겠다.

셋째, 자살시도자들은 비시도자들보다 더 많은 신체 증상을 호소하고, 자신의 신체 상태와 기능에 높은 주의를 기울이는 것으로 나타났다. 아울러 정서적 스트레스 상황에서 신체적 증상을 나타낼 가능성도 높은 것으로 보인다. 또한 자살시도자들은 물질 사용과 관련된 문제를 더 많이 경험하는 것으로 여겨진다.

따라서 임상 현장에서는 우울장애 환자의 자살 위험성을 평가할 때에 임상가가 평정한 우울 증상의 객관적 심각도뿐만 아니라, BDI, MMPI-2의 DEP(우울)척도 등을 활용하여 주관적으로 지각된 우울 증상의 심각도를 고려하는 것이 필요하겠다. 아울러 타인에 대한 분노와 적대감을 보고하거나 대인관계 문제를 겪고 있는 경우, 신체 증상 호소와 신체화 경향이 두드러지는 경우, 물질 남용 문제를 보이는 경우에는 자살 시도의 가능성에 주의를 기울여야 하겠다. 또한 이러한 특성을 파악하기 위해 상기 기술된 MMPI-2 척도들을 면밀히 살피는 것이 필요하겠다.

본 연구의 의의와 한계점은 다음과 같다. 첫째, 우울증 환자군 내에서 자살 시도의 위험성이 높은 환자의 심리적 특성을 밝히는 데 도움을 제공하였으며 특히 현재 우울 삽화를 보

이고 있는 환자를 대상으로 하여 자료의 타당도가 높은 것으로 보인다. 하지만 입원 환자군만을 대상으로 하고 있어 전체 우울장애 환자군의 특성을 반영하지 못할 가능성이 있겠다. 둘째, 임상 현장에서 널리 사용되는 MMPI-2에서 자살 위험성과 관련된 지표가 무엇인지 정보를 제공함으로써 자살 위험성이 높은 환자의 특성을 파악하는 데 도움을 줄 것으로 생각된다. 향후 우울증 환자에서 자살 위험성을 탐색 할 시에는 환자가 상기 기술된 특성을 보이는 지 보다 주의 깊게 살펴야 하겠다. 한계점으로는 첫째, 포함된 사례에는 여성의 비율이 유의하게 높았고, 집단 간 평균 연령이 불균형하였다. 추후에는 보다 큰 집단을 대상으로, 자살 관련 요인들을 연령대와 성별을 나누어 분석하는 것도 필요하겠다. 둘째, 우울 삽화의 초발 연령이나 삽화의 기간 및 횟수 등과 같은 우울증의 특성, 다른 정신과적 장애의 공병, 자살 시도의 횟수와 치명성 등에 대한 고려가 충분히 이루어지지 않았으며 향후 이와 관련된 연구가 필요하겠다.

## REFERENCES

- (1) **Hawton K, Heeringen K, editors.** The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley;2002.
- (2) **Korea National Statistical Office.** Annual report on the cause of death statistics of 2009. Seoul, Korea;2009.
- (3) **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th Ed.), Washington DC.: American psychiatric press;1994.
- (4) **Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KL, Lönnqvist JK.** Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993;150: 935-940.
- (5) **Goodwin FK, Jamison KR.** Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press;1990.
- (6) **Sher L, Mann JJ.** Neurobiology of suicide. In: Soares JC, Gershon S, editors. The handbook of medical psychiatry. New York: Marcel Dekker;2002.
- (7) **Mann JJ.** The neurobiology of suicide. *Nature Med* 1998;4:25-30.
- (8) **McGirr A, Renaun J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, Turecki G.** An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *J Affect Disord* 2007; 97:203-209.
- (9) **Mann JJ, Currier D.** Biological predictors of suicidal behavior in mood disorders. In D. Wasserman & C. Wasserman(Eds.), *Oxford textbook of suicide prevention. A global perspective.* Oxford, UK: Oxford University Press;2009. p.335-341.
- (10) **Conrad R, Walz Frank, Geiser F, Imbicrowicz K, Liedtke R, Wegener I.** Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research* 2009;170:212-217.
- (11) **Beck AT, Steer RA, Ranieri WF.** Scale for Suicide Ideation:

- psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol* 1988;44:499-505.
- (12) **Beck AT, Weissamn A, Lester D, Trexler L.** The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult and Clin Psychol* 1974;42:861-865.
- (13) **Gil S.** Suicide attempters vs. ideators. Are there differences in personality profiles? *Arch Suicide Res* 2005;9:153-161.
- (14) **Sullivan GR, Bongar B.** Psychological Testing in Suicide Risk Management. In: Simon, RI, Hales, RE, editors, *Textbook of Suicide Assessment and Management*. Washington DC, American Psychiatric Publishing;2006. p.177-196.
- (15) **Kaplan ML, Asnis GM, Sanderson WC, et al.** Suicide assessment: Clinical interview vs self-report. *J Clin Psychol*;1994. p. 294-298.
- (16) **Beck AT, Steer RA.** Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10- year prospective study of suicide attempters. *J Affect Disord* 1989;17:203-209.
- (17) **Marc Daigle.** MMPI Inmate Profiles: Suicide Completers, Suicide Attempters, and Non-Suicidal Controls. *Behav Sci Law* 2004; 22:833-842.
- (18) **First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW.** Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders(SCID-I), 한 오수, 홍진표 역, Seoul: Hana Medical Books;2000.
- (19) **First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS.** Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders(SCID-II). 김철권 역, Hana Medical Books; 2005.
- (20) **Han K, Kim J, Lim J, Lee J, Min B, Moon K.** Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Manual-Revised Edition. Seoul: Maumsarang Co.;2011.
- (21) **Harkness AR, McNulty JL.** The Personality Psychopathology Five(PSY-5): Issue from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In Strack S, Lorr M, editors, *Differentiating normal and abnormal personality*. New York: Springer; 1994.
- (22) **Wiggins JS.** Content dimensions in the MMPI. In J.N. Butcher, editor, *MMPI: Research developments and clinical application*. New York: McGraw-Hill;1969. p.127-180.
- (23) **Lee Y, Song J.** A study of reliability and the validity of the BDI, SDS, and MMPI-D Scales, *Korean J Clin Psychol* 1991;10:98-113.
- (24) **Shin MS, Kim JS, Park KB.** The cut-off score for the Korean version of Beck depression inventory. *Korean J Clin Psychol* 1993;4:561-571.
- (25) **Cho Y, Kim EJ.** Psychometric properties of the Korean version of the Anxiety Control Questionnaire. *Korean J Clin Psychol* 2004;23:503-518.
- (26) **Yi JS, Bae SO, Ahn YM, Park DB, Noh KS, Shin HK, Woo HW, Lee HS, Han SI, Kim YS.** Validity and Reliability of the Korean Version of the Hamilton Depression Rating Scale(KHDRS). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2005;44:456-465.
- (27) **Hamilton M.** The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-55.
- (28) **Kim CY.** Psychiatric assessment instruments. Seoul: Hana Medical Books;2001.
- (29) **Qin P, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB.** Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000;177:546-550.
- (30) **Oldham JM.** Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006;163:20-26.
- (31) **Fremouw WJ, de Perczel M, Ellis TE.** Suicide risk: Assessment and response guidelines. New York: Pergamon Press;1990.
- (32) **Vincent KR, Castillo, I, Hauser, RJ, Zapzta JA, Cohn CK, O'shanick GJ.** MMPI code type and DSM-III diagnoses, *J Clin Psychol* 1983; 39:829-842.
- (33) **Han K, Lim J, Min B, Lee J, Moon K, Kim J.** Korean MMPI-2 Standardization Study. *Korean J Clin Psychol* 2006;25: 533-564.

**연구목적**

우울장애 환자군 내에서 과거 자살 시도 여부에 따라 정서적 및 심리적 특성의 차이를 보이는 지 분석하고자 하였다.

**방 법**

정신건강의학과 입원 환자 중 주요우울장애와 달리 분류되지 않는 우울장애로 진단된 37명을 과거 자살 시도 여부에 따라 자살시도군(N=15 ; 40.54%)과 비시도군(N=22 ; 59.46%)으로 분류하였다. BDI, BAI, HDRS, HARS, MMPI-2를 사용하여, 두 집단의 증상 심각도와 심리적 특성을 비교하고자 하였다.

**결 과**

자살시도자들은 우울 증상의 임상가 평정치인 HDRS 상에서는 비시도자들과 유의한 차이를 보이지 않았으나 BDI에서는 유의하게 높은 점수를 나타냈다. 아울러 MMPI-2 소척도 중 F, Fb, Pa, RC1, DEP, HEA, PK, AAS 상에서 비시도자들에 비해 유의하게 높은 점수를 나타냈다. 이는 자살 시도의 과거력이 있는 우울장애 환자들이 현재의 삽화 중에도 객관적인 증상의 심각도와는 별개로 비시도자들에 비해 더 심한 주관적 고통감과 자살 사고를 경험하고 있으며, 타인에 대한 적대감과 불신을 더 많이 호소하고, 신체 증상에 대한 호소와 물질 사용과 관련된 문제도 더 많이 보고하는 것으로 해석될 수 있다.

**결 론**

본 연구 결과는 우울장애 환자 중 자살 시도의 과거력이 있는 환자들이 그렇지 않은 환자들과 구분되는 정서적 및 심리적 특성을 가지고 있음을 시사한다. MMPI-2는 그러한 특성을 변별하여 자살 위험성을 평가하는데 유용성을 가지는 것으로 보인다.

**중심 단어** : 자살 시도 · 자살 위험성 · 우울 장애 · MMPI-2.