

ORIGINAL ARTICLE

J Korean  
Neuropsychiatr Assoc  
2015;54(2):222-227  
Print ISSN 1015-4817  
Online ISSN 2289-0963  
www.jknpa.org

## 컬럼비아 대학 자살 심각성 평가 척도의 신뢰도 및 타당도 연구 : 알코올 의존장애 환자를 중심으로

인제대학교 의과대학 서울백병원 정신건강의학과실,<sup>1</sup> 인제대학교 스트레스연구소,<sup>2</sup> 벌교삼호병원<sup>3</sup>

배도희<sup>1,2</sup> · 우종민<sup>1,2</sup> · 손명하<sup>2</sup> · 이창수<sup>3</sup>

### The Reliability and Validity of the Korean Version of Columbia-Suicide Severity Rating Scale in Alcohol Dependent Patients

Dohee Pai, PhD<sup>1,2</sup>, Jong-Min Woo, MD, MPH, PhD<sup>1,2</sup>,  
Myoung Ha Son, MD<sup>2</sup>, and Changsoo Lee, MD<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Seoul Paik Hospital, Inje University School of Medicine, Seoul, Korea

<sup>2</sup>Stress Research Institute, Inje University, Seoul, Korea

<sup>3</sup>Beolgyo Samho Hospital, Boseong, Korea

**Objectives** This study was designed to evaluate the reliability and validity of the Korean version of Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) in alcohol-dependent patients.

**Methods** The participants were 31 patients with alcohol dependence disorder. All participants were tested using the Korean version of C-SSRS. To test the concurrent validity, Beck Hopelessness Scale, Beck Depression Inventory, and Scale for Suicidal Ideation were applied. Reliability and validity were assessed by comparison of cronbach- $\alpha$  coefficients, Pearson's correlation coefficients.

**Results** The Korean version of C-SSRS was proved to be a reliable and valid method for assessment of suicidal risk by verification of internal consistency and concurrent validity.

**Conclusion** These results support that the Korean version of C-SSRS is a reliable and valid tool for prediction of suicidal risk in a clinical setting.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54(2):222-227

**KEY WORDS** C-SSRS · Suicide · Validity · Reliability.

**Received** August 2, 2014  
**Revised** September 10, 2014  
**Accepted** February 16, 2015

**Address for correspondence**  
Jong-Min Woo, MD, MPH, PhD  
Department of Psychiatry,  
Seoul Paik Hospital, Inje University,  
School of Medicine, 9 Mareunnae-ro,  
Jung-gu, Seoul 100-032, Korea  
**Tel** +82-2-2270-0063  
**Fax** +82-2-2270-0344  
**E-mail** jongmin.woo@gmail.com

## 서 론

세계보건기구(World Health Organization)와 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development)의 통계자료를 보면, 최근 한국의 자살률은 세계적으로 가장 높은 수준이며 그 증가율도 가장 높다.<sup>1,2)</sup> 자살은 죽음을 스스로 원해서 치명적인 행동을 통해 사망에 이른 것으로 정의할 수 있는데, 자살사고(suicidal idea)와 자살도구 접근, 자살기도(suicidal attempt)를 거쳐 완료(completed suicide)에 이르는 일련의 과정으로 볼 수 있다.<sup>3)</sup> 1명의 자살 사망자가 발생한 경우, 그 20배에 달하는 자살기도자가 있으며,<sup>4)</sup> 훨씬 더 많은 사람이 자해를 시도하였거나 자살사고 및 자살 의도를 갖고 있다고 볼 수 있다.<sup>5)</sup> 그러나 기존에 자살이란 용어 자체가 '사망에 이른 자살(completed suicide or suicide)' 뿐 아니라 자살의 위험성이나 막연한 자살사고, 의도

적 자살사고나 계획, 자살기도, 자살의 여러 가지 측면을 모두 포괄하는 소위 '자살경향성(suicidality)'에 이르기까지 다양하게 통용되었기 때문에, 그 위험성을 명확하게 파악하고 소통하는 데에 문제가 있었다.<sup>6)</sup>

최근 정신건강의학과 영역에서도 자살에 대한 연구가 늘어나고 있고 자살의 위험성을 정확히 평가하여 효과적으로 개입하려는 많은 노력들이 이루어지고 있다.<sup>7,8)</sup> 하지만 현실적으로 임상 환경에서 환자의 자살가능성을 파악하는 것은 매우 어려운 일이고 자살기도를 예측하기도 어렵다.<sup>9)</sup> 자살에 대한 생각은 자살기도자가 확신하기 어렵고 양가적인 경우가 있으므로 면담만으로 판단하기 어렵기 때문에, 보다 객관적으로 환자를 평가하고 자살가능성을 예측하기 위해서 체계적인 평가도구를 이용할 필요성이 있다.<sup>8)</sup>

자살예측을 목적으로 하는 척도들 중에서 국내에서 한국판으로 번안되고 표준화된 것들을 살펴보면, Beck 등<sup>10)</sup>이 개

발한 Beck 우울 척도(Beck Depression Inventory, 이하 BDI)<sup>11)</sup>와 Beck 무망감 척도(Beck Hopelessness Scale, 이하 BH-OP),<sup>12-14)</sup> Beck 자살생각척도(Scale for Suicidal Ideation, 이하 SSI)<sup>13-15)</sup> 등이 있다. 그밖에 청소년의 자살사고를 측정하는 데 유리하다고 알려진 척도로서 Reynolds의 자살생각척도(Suicidal Ideation Questionnaire)와 자살위험성 예측척도(Suicide Probability Scale) 등이 있다.<sup>8)</sup>

자살위험성을 평가하기 위한 도구들은 질적인 도구와 양적인 도구로 나뉘어서 생각해 볼 수 있다. 질적인 평가도구는 전문가가 비교적 구조화된 설문지를 통해 자살위험성을 평가하는 형태의 평가도구이고, 양적인 평가도구는 자기보고식 검사를 의미한다.<sup>16)</sup> 위에 언급하였던 척도들은 모두 자기보고식 척도들이다.

두 가지 형태의 자살위험성 평가도구들은 각각 장, 단점이 있다. 우선 자기보고식 도구들은 검사자 입장에서 소요되는 시간이 적고, 비용이 적게 들며, 간편하고, 동시에 다수를 상대로 실시할 수 있으며, 더 쉽게 정기적으로 이용할 수 있다.<sup>11,16)</sup> 자기보고식 검사에서 임상적 면접보다 자살생각을 더 쉽게 드러낸다는 보고도 있다.<sup>17)</sup> 반면 전문가가 직접 자살위험성을 평가하는 도구들은 피검자의 이해 정도에 의한 영향을 덜 받고, 더 심층적인 자료를 얻을 수 있다는 장점이 있다.<sup>16)</sup>

최근 미국 식품의약국(Food and Drug Administration)은 약물 사용과 자살 발생의 관계에 대한 연구과정에서 후향적으로 자살위험성을 평가하는 도구로 컬럼비아 대학 자살심각성 평가척도(Columbia-Suicide Severity Rating Scale, 이하 C-SSRS)를 제안하였다.<sup>6,18-21)</sup> C-SSRS는 정해진 문항에 따라 피검자를 직접 면담하여 자살사고와 행동에 대해 평가하는 일종의 질적 평가도구이다. C-SSRS는 임상적으로 외래 방문시 사용하도록 제작되어 선별적으로 자살위험성 평가를 할 수 있고, 검사 분량이 적고 실행이 용이하여 검사에 대한 순응도가 높다. 또한 C-SSRS는 임상 환경에서 검사자의 시간적, 물리적인 부담을 줄일 수 있는 장점이 있다.<sup>6,18,20)</sup> 그리고 자살위험성 평가 외에도 약물연구, 역학적 연구 등의 다양한 임상환경에서 적용이 가능하여 임상적인 활용도 역시 높다고 할 수 있다.<sup>20)</sup>

C-SSRS는 원저자가 한국어를 포함한 50여 가지 언어로 번역하여 배포하고 있으나<sup>21)</sup> 아직 한국어판은 한국에서 연구용이나 임상용으로 널리 활용되지 못하고 있다. 이에 본 연구에서는 많은 장점과 임상적 활용도를 갖고 있는 C-SSRS의 한국어판에 대한 신뢰도와 타당도를 평가하고자 하였으며, 특히 자살위험률이 높은 임상집단을 대상으로 자살위험성 평가도구로의 가능성을 확인하고자 하였다. 대부분의 정신과적 질환들은 자살위험성을 갖고 있지만, 그 중에서도 알

코올 사용장애 환자의 자살률은 매우 높은 편으로 자살 기도의 평생 유병률이 40%에 이르는 것으로 알려져 있다.<sup>22)</sup> 알코올은 개인의 생각과 정서, 행동에 매우 큰 영향을 미치고 지각, 판단, 기억과 같은 중요한 인지과정을 손상시킨다.<sup>23)</sup> 특히 뇌의 탈억제를 유발하여 음주상태에서는 충동적인 자살 시도가 이루어질 가능성이 높다.<sup>24)</sup> 따라서 본 연구는 자살과 밀접하게 관련이 있는 알코올 의존장애 환자들을 중심으로 C-SSRS 한국판의 효용성을 확인하고자 하였다.

## 방 법

### 참가자

연구참가자들은 2010년 4월 1일부터 10월 31일까지 서울 소재 대학병원 정신건강의학과에 입원한 환자들 중 정신건강의학과 전문의 2인이 정신장애의 진단 및 통계 편람, 제4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) 기준에 따라 알코올 의존장애로 진단을 내린 20세 이상의 성인들로, 총 31명(남자 30명, 여자 1명)이었다. 이들은 연구에 참가하기 전, 연구목적과 진행과정에 대한 설명을 듣고, 사전 동의서를 작성하였다. 또한 연구 참여기간 동안 타 신체적 질환에 대한 치료 없이 오직 정신건강의학과 질환에 대해서만 치료를 받았다.

연구참가자들은 자기보고식 척도인 BHOP, BDI, SSI를 작성하였고, 이후 연구자와 직접 면담하면서 C-SSRS를 이용하여 자살위험성을 평가받았다.

### 도 구

컬럼비아 대학 자살심각성 평가척도(Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)<sup>6,18-20)</sup>

정신질환의 치료과정에서 발생할 수 있는 자살문제를 후향적으로 추적평가하기 위한 목적으로 개발된 구조화된 질문지이다. 본 연구에서는 C-SSRS의 원저자들이 한국어로 번역한 것을 이용하였다.

C-SSRS는 자살생각과 자살행동을 구분하여 측정하며, 자살생각(suicidal ideation, 이하 S-I), 자살생각의 강도(intensity of ideation, 이하 IOI), 자살행동(suicidal behavior, 이하 S-B), 실제 자살기도가 있던 경우만 답변(answer for actual attempts only)하는 하위지표들로 이루어져 있고 각 지표별로 서로 다른 질문지 구조를 갖고 있다.

S-I는 자살생각의 심각도를 측정하기 위한 하위지표로 1=죽고 싶은 소망, 2=비특이성 적극적 자살생각, 3=실행의도가 없이 어떤 방법(계획이 아닌)들을 생각하는 적극적 자

살생각, 4=구체적인 계획 없이, 어느 정도 실행 의도가 있는 적극적 자살생각, 5=구체적인 계획과 의도가 있는 적극적 자살생각 중 해당되는 항목에 모두 표시하도록 되어 있으며, 최종적으로 가장 심각한 수준의 자살생각 항목을 최종 점수로 삼는다. S-I에서 4(구체적인 계획 없이, 어느 정도 실행 의도가 있는 적극적인 자살생각)나 5(구체적인 계획과 의도가 있는 적극적인 자살생각)에 응답한 경우는 심각한 자살 사고를 나타내며 심층적인 평가나 정신건강의학과적 혹은 응급 의학적 접근이 필요하다.<sup>20,25)</sup>

IOI는 자살생각의 강도를 측정하기 위한 하위지표로 자살 충동을 가장 강하게 느낀 시점을 기준으로 자살생각의 빈도, 지속시간, 통제가능성, 저지요인, 자살생각의 이유 등 총 5개의 문항에 대해 응답하도록 되어 있다. 각 문항은 5점 척도로 구성되어 있으며 IOI의 총점 범위는 5점에서 25점이다.<sup>20)</sup>

S-B는 자살행동을 측정하기 위한 하위지표로, 실제적 자살기도, 중단된 자살기도, 방해된 자살기도, 자살준비행동, 평가기간 동안의 자살행동 등의 항목으로 구성된 명목 척도이며 각 항목에 대해 예, 아니오로 응답하도록 되어 있다.

마지막으로 실제 자살기도가 있던 경우만 답변(answer for actual attempts only)하는 지표는 직전 S-B 지표에서 '평가기간 동안의 자살행동' 문항에 '예'라고 응답한 사람을 대상으로만 실시한다. 이 하위지표는 실제 자살기도의 치명성에 대해 확인하기 위한 것으로, 실제적 치명성과 잠재적 치명성으로 나누어 평정한다. 실제적 치명성은 '0=신체적 손상이 없거나 매우 경미한 신체적 손상'부터 '5=사망'까지 6점 척도로 구성되어 있으며, 잠재적 치명성은 실제적 치명성에서 0이라고 평정한 경우에 한하여 '0=상해를 초래할 가능성이 없는 행동'부터 '2=의학적 치료에도 불구하고 사망으로 이어질 가능성이 있는 행동'까지의 3점 척도로 되어 있다. 본 연구에서는 평가기간 동안 실제 자살행동을 보인 연구참가자가 없어, 마지막 하위지표는 분석에 사용하지 않았다.

#### Beck 무망감 척도(Beck Hopelessness Scale, BHOP)<sup>12-14)</sup>

BHOP는 미래에 대한 부정적이고 비관적인 생각을 측정하는 자기보고식 척도이다. 총 20문항으로 각 문항은 예, 아니오로 채점되며, 총점의 범위는 0점에서 20점이다. 본 연구에서는 Shin 등<sup>14)</sup>이 번안한 것을 사용하였으며 보고된 Cronbach- $\alpha$ 값은 0.893이었다.

#### Beck 우울증척도(Beck Depression Inventory, BDI)<sup>10,11)</sup>

BDI는 우울증의 인지적, 정서적, 신체적, 행동적 증상들을 측정하는 자기보고식 척도이다. 총 21문항으로 각 문항은 증상의 심한 정도에 따라 0점에서 3점으로 채점되며, 총점 범

위는 0점에서 63점이다. Lee와 Song<sup>11)</sup>이 우울증 환자를 대상으로 시행한 연구에서 번안한 것을 사용하였고 Cronbach- $\alpha$  값은 0.85였다.

#### Beck 자살생각척도(Scale for Suicidal Ideation, SSI)<sup>13,15)</sup>

SSI는 자살에 대한 생각을 측정하는 자기보고식 척도이다.<sup>15)</sup> 총 19문항으로 각 문항은 증상의 심각도에 따라 0점에서 2점으로 채점되며, 총점의 범위는 0점에서 38점이다. 원래 번구조화된 면접을 위한 형태로 제작된 검사인데, 국내에서는 Shin 등<sup>13,14)</sup>이 자기보고형 질문지로 변형하여 번역한 것을 많이 사용해 왔다. 본 연구에서도 Shin 등이 번안한 것을 사용하였으며 Shin 등<sup>14)</sup>의 연구에서 산출된 Cronbach- $\alpha$ 값은 0.916이었다.

#### 자료분석

C-SSRS의 신뢰도를 검증하기 위해 Cronbach- $\alpha$  계수로 내적 일치도를 확인하였고, 공준타당도 검증을 위해서 C-SSRS의 하위항목 점수 및 전체 점수와 BHOP, BDI, SSI 점수 간의 관계를 Pearson 상관분석을 통해 살펴보았다. 또한 C-SSRS 점수를 토대로 분류한 자살위험군과 자살비위험군이 자살과 관련된 인구사회학적 변인들에서 차이가 있는지를 확인하기 위해 Fisher's exact 검증을 실시하였다. 모든 자료는 SPSS 12 한글판 프로그램(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하여 분석하였다.

## 결 과

#### 참가자의 인구학적 특징

연구참가자의 평균연령은 46.97세( $\pm 8.20$ )이며 평균 교육년수는 9.42년( $\pm 3.23$ )이었다. 또한 알코올문제로 인한 평균 입원횟수는 3.52회( $\pm 4.27$ )였다.

#### 신뢰도 및 타당도 검증 결과

연구참가자들을 대상으로 C-SSRS 척도의 IOI 문항들의 내적일치도(Cronbach- $\alpha$  계수)를 확인한 결과 0.895로 안정적인 수준이었다.

또한 C-SSRS와 다른 자살관련 측정도구와의 상관관계를 알아보기 위해 척도들 간의 Pearson 상관계수를 산출하였다. 표 1에 제시된 바와 같이, C-SSRS의 하위지표들은 기존의 자살생각척도인 SSI와 0.428~0.647에 이르는 양호한 상관관계를 보였고, 우울을 측정하는 BDI 문항 중 자살에 대한 생각을 묻는 문항(9번 문항)과는 0.499~0.655의 의미있는 상관관계를 보였다. C-SSRS의 하위지표인 S-I와 IOI는 BDI 총점

과는 각각 0.494, 0.571에 이르는 유의미한 상관관계가 있었고, 미래에 대한 부정적인 생각과 예측을 측정하는 BHOP와는 각각 0.458, 0.471의 상관관계를 보였다. 그러나 C-SSRS의 하위지표인 S-B는 BDI와 BHOP와의 상관이 0.294, 0.173으로 둘 다 유의하지 않았다. 또한 BDI 문항 중 수면과 같은 신체적 증상과 관련된 문항(16번 문항)과 C-SSRS 하위지표 간에는 상관관계가 나타나지 않았다.

#### 자살과 관련된 인구사회학적 변인과 C-SSRS 간의 관계

일반적으로 C-SSRS의 S-I 지표에서 4 혹은 5로 응답한 대상자는 자살위험군으로 고려된다.<sup>25)</sup> 이 같은 기준에 따라 본 연구에서는 31명의 참가자 중 8명이 자살위험군으로 분류되었다. 이를 토대로 C-SSRS로 변별한 자살위험군과 자살비위험군이 자살과 관련된 인구사회학적 변인들에서 차이가 있는지를 확인하였다. 표 2에 제시된 바와 같이 Fisher's exact 검정 결과, 두 집단은 흡연 유무, 종교 유무에 대해서는 차이가 나타나지 않았으며, 배우자 유무, 고정직업 역시 유의미한 차이가 없었다. 반면 자살위험군은 자살비위험군에 비해 자살의 가족력 유무에서 통계적으로 유의미한 차이가 있었다(표 2).

## 고 찰

본 연구에서는 구조화된 면담을 통하여 자살위험성을 평

**Table 1.** Correlations between C-SSRS and other scales

	S-I	IOI	S-B
SSI	0.647**	0.647**	0.428*
BHOP	0.458**	0.471**	0.173
BDI	0.494**	0.571**	0.294
BDI-suicide ideation	0.527**	0.655**	0.499**
BDI-sleep	0.225	0.145	0.178

\* :  $p < 0.05$ , \*\* :  $p < 0.01$ . C-SSRS : Columbia-Suicide Severity Rating Scale, S-I : Suicidal ideation, IOI : Intensity of ideation, S-B : Suicidal behavior, SSI : Scale for Suicidal Ideation, BHOP : Beck Hopelessness Scale, BDI : Beck Depression Inventory

가하는 도구인 C-SSRS의 한국어판에 대한 신뢰도와 타당도를 알코올 의존장애 환자들을 대상으로 후향적으로 확인하였다.

신뢰도를 검증한 결과, C-SSRS 척도 중 IOI 하위지표의 내적 일치도는 상당히 높은 수준이었다. 또한 타당도를 검증하기 위해 C-SSRS와 BHOP, BDI, SSI 척도와의 상관관계를 확인한 결과, C-SSRS의 하위지표인 S-I와 IOI는 세 척도들과 통계적으로 유의한 상관관계를 보였다. 특히 자살위험성을 평가하기 위해 고안된 SSI와 가장 강력한 상관관계를 보였으며, BDI 중 자살생각을 측정하는 문항과도 상당히 높은 상관관계를 나타냈다. 이는 C-SSRS가 자살위험성 평가척도로서 타당성 있는 척도임을 지지하는 결과라고 할 수 있다. 반면 BDI 중 수면처럼 우울과 관련된 신체적 증상을 측정하는 문항과는 유의하지 않은 상관관계를 보이고 있어, C-SSRS의 변별타당도 역시 확인되었다.

무엇보다 가장 특징적인 결과는 C-SSRS의 하위지표 중 자살행동을 평가하는 S-B는 SSI 및 BDI의 자살생각 문항과는 유의미한 상관이 있었지만, BDI와 BHOP와는 상관관계가 유의하지 않았다는 점이다. 이는 S-B가 우울이나 무망감 같은 정서적 문제와 실제 자살가능성을 보다 명료하게 변별해주는 지표일 가능성을 시사하며, 향후 자살위험집단 구분에 효용성이 클 것으로 보인다.

한편 C-SSRS를 통해 분류한 자살위험군과 자살비위험군이 자살관련 인구학적 변인들에서 차이가 있는지를 분석한 결과, 종교 유무나 흡연 유무, 배우자 유무, 고정 직업 유무에서는 집단 간 차이가 나타나지 않았다. 이는 배우자가 없는 것과 실직상태가 자살의 주요한 위험요인으로 특히 남성에게 좀더 강력한 영향력을 미친다는 선행연구<sup>26,27)</sup>와 일치하지 않는 결과였다. 그러나 본 연구의 연구참가자수가 상당히 적어 통계적으로 유의하지는 않았지만, 자살위험군이 자살비위험군에 비해 배우자가 없고, 실직상태에 있는 비율은 모두 높은 것으로 나타났다. 따라서 선행연구와 배치되는 결과는

**Table 2.** Comparison of sociodemographic characteristics between suicide risk group and non-risk group

Variable	Category	Suicide risk group (n=8)	Non-risk group (n=23)	Statistics	p value
Smoking	Yes : n (%)	6 (75.0)	20 (87.0)	$\chi^2=0.627$	0.583
	No : n (%)	2 (25.0)	3 (13.0)		
Religions	Present : n (%)	3 (37.5)	13 (56.5)	$\chi^2=0.860$	0.433
	Absent : n (%)	5 (62.5)	10 (43.5)		
Marital status	Live with spouse : n (%)	0 (0.0)	4 (17.4)	$\chi^2=1.597$	0.550
	Live without spouse : n (%)	8 (100.0)	19 (82.6)		
Full-time job	Present : n (%)	1 (12.5)	11 (47.8)	$\chi^2=3.122$	0.108
	Absent : n (%)	7 (87.5)	12 (52.2)		
Family history of suicide	Yes : n (%)	3 (37.5)	1 (4.3)	$\chi^2=5.805$	<0.05
	No : n (%)	5 (62.5)	22 (95.7)		



아닌 것으로 판단된다. 인구학적 변인들 중 자살위험군과 자살비위험군 간의 차이가 유의하게 나타난 변인은 자살의 가족력이었다. 이는 자살의 가족력이 자살의 대표적인 위험요인이라는 연구결과<sup>26,27)</sup>와 부합되는 결과로, 자살의 가족력이 있는 알코올 환자들을 좀더 주의깊게 살펴봐야 할 필요성이 있다고 하겠다. 또한 비록 연구참가자수가 매우 적음에도, 자살위험군과 자살비위험군 간에 자살의 가족력이라는 강력한 변인이 차이가 있었다는 점은 C-SSRS가 자살위험성 평가도구로서의 어느 정도 가치가 있음을 지지해주는 것이라 하겠다.

본 연구의 제한점은 첫째, 연구참가자의 규모가 작고 한정된 지역에서만 시행된 것을 들 수 있다. C-SSRS의 특성을 좀더 명확히 확인하기 위해서는 더 많은 인원을 대상으로 다양한 지역에서 연구가 이뤄질 필요가 있을 것이다.

둘째, 상대적으로 심한 정신 병리를 가지고 있는 환자군에서 검사에 대한 순응도 문제로 인해 검사-재검사 과정을 수행하지 못한 것을 들 수 있다. 해당 과정에 대한 상관관계 분석에서 일부 문항들은 결과를 확인할 수 없었는데, 비록 대다수의 문항에서는 결과를 얻을 수 있었고 전체적인 상관관계는 가능할 수 있었다고 하더라도, 환자군에서 동일한 과정을 거쳤다면 결과는 달라졌을 수도 있다. 환자군에 대한 검사-재검사 연구를 시행하기 위해서는 더 많은 노력이 필요하겠지만 더 의미 있는 결과를 얻기 위해서는 필요한 과정이라고 생각한다.

셋째, 연구참가자들의 인구학적 분포의 문제점을 들 수 있다. 한국에서의 신뢰도와 타당도 연구라는 취지를 감안한다면 실제 인구 구성에서 보이는 양상과 동떨어진 성비의 극단적인 불균형이나 연령 비율의 편중은 향후 후속 연구에서 반드시 개선해야 할 점이라고 생각된다.

## 결 론

본 연구는 알코올 의존장애 환자군을 대상으로 한국어판 C-SSRS의 신뢰도와 타당도를 알아보고 국내에서의 자살위험성 평가도구로서의 가능성을 확인하기 위해 이루어졌다. 그 결과 기존에 국내에서 사용되고 있는 자살위험성 평가도구들 못지않게 우수한 신뢰도와 타당도를 보였다. 이러한 결과는 한국어판 C-SSRS가 국내 임상에서 자살위험성 평가도구로서 유용하게 사용될 수 있는 가능성을 시사한다.

하지만 그러한 가능성을 더 분명히 하기 위해서는 추후에 다양한 지역에서 모집된, 다양한 정신건강의학과적 질환집단이 포함된, 인구학적 조건을 일반 인구 분포에 맞춘, 더 많은 인원을 대상으로 하는 연구가 필요할 것이다.

**중심 단어 :** 컬럼비아 대학 자살 심각성 평가 척도 · 자살 · 신뢰도 · 타당도.

## Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

## REFERENCES

- 1) who.int [homepage on the Internet]. Suicide rates data by country. [cited 2015 Jun 2]. Available from: <http://who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEv>.
- 2) oecd.org [homepage on the Internet]. Suicide rates. [cited 2015 Jun 2]. Available from: <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>.
- 3) Bae SB, Woo JM. Suicide prevention strategies from medical perspective. J Korean Med Assoc 2011;54:386-391.
- 4) WHO Worldwide Initiative for the Prevention of Suicide. WHO Suicide Prevention. Geneva: World Health Organization;2011.
- 5) Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet 2012;379:2373-2382.
- 6) Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry 2007;164:1035-1043.
- 7) Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins;2007.
- 8) Kwak KP, Song CJ, Sakong JK, Lee KH. Assessment and prediction of suicide risk. DongGuk J Medicine 2004;11:83-94.
- 9) The Korean Association for Suicide Prevention. The understanding and prevention of suicide. Seoul: Hakjisa;2007.
- 10) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-571.
- 11) Lee YH, Song JY. A study of the reliability and the validity of the BDI, SDS, and MMPI-D scales. Korean J Clin Psychol 1991;10:98-113.
- 12) Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974;42:861-865.
- 13) Shin MS. An empirical study of the mechanism of suicide: validation of the scale for escape from the self [dissertation]. Seoul: Yonsei University;1992.
- 14) Shin MS, Park KB, Oh KJ, Kim JS. A study of suicidal ideation among high school students: the structural relation among depression, hopelessness, and suicidal ideation. Korean J Clinical Psychology 1990;9:1-19.
- 15) Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol 1979;47:343-352.
- 16) Lee HS, Kwon JH. Validation for the Beck scale for suicide ideation with Korean university students. Korean J Psychol Gen 2009;28:1155-1172.
- 17) Kaplan ML, Asnis GM, Sanderson WC, Keswani L, De Lencuona JM, Joseph S. Suicide assessment: clinical interview vs. self-report. J Clin Psychol 1994;50:294-298.
- 18) Posner K, Melvin GA, Stanley B, Oquendo MA, Gould M. Factors in the assessment of suicidality in youth. CNS Spectr 2007;12:156-162.
- 19) Mundt JC, Greist JH, Gelenberg AJ, Katzelnick DJ, Jefferson JW, Modell JG. Feasibility and validation of a computer-automated Columbia-Suicide severity rating scale using interactive voice response technology. J Psych Res 2010;44:1224-1228.
- 20) cssrs.columbia.edu [homepage on the Internet]. Typical schedule of assessments-research and clinical trials. [cited 2015 Jun 2]. Available from: [http://cssrs.columbia.edu/clinical\\_trials.html](http://cssrs.columbia.edu/clinical_trials.html).
- 21) cssrs.columbia.edu [homepage on the Internet]. Translations. [cited 2015 Jun 2]. Available from: [http://cssrs.columbia.edu/translations\\_cssrs.html](http://cssrs.columbia.edu/translations_cssrs.html).

- 22) Roy A. Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *J Affect Disord* 2003;77:267-271.
- 23) Wojnar M, Ilgen MA, Jakubczyk A, Wnorowska A, Klimkiewicz A, Brower KJ. Impulsive suicide attempts predict post-treatment relapse in alcohol-dependent patients. *Drug Alcohol Depend* 2008;97:268-275.
- 24) Borges G, Rosovsky H. Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *J Stud Alcohol* 1996;57:543-548.
- 25) Mundt JC, Greist JH, Jefferson JW, Federico M, Mann JJ, Posner K. Prediction of suicidal behavior in clinical research by lifetime suicidal ideation and behavior ascertained by the electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *J Clin Psychiatry* 2013;74:887-893.
- 26) Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003;160:765-772.
- 27) Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1617-1628.