

2. 서울시 정신질환자 자살 관련 실태에 관한 연구

The survey of suicide related events in community mental health facilities in Seoul

이구상, 서영미, 남은경, 김동욱, 김지은, 이명수

G.S. Lee, Y.M. Seo, E.K. Nam, D.W. Kim, J.E. Kim, M.S. Lee

초 록

- **연구목적:** 서울시 정신보건시설에 등록된 정신질환자의 자살 실태를 파악하고, 자살 문제를 해결하기 위한 지역사회 정신보건기관의 역할과 향후 과제에 대해 모색해보고자 하였다.
- **연구방법:** 2010년 6월 28일부터 2010년 9월 28일까지 서울시 소재 정신보건센터, 알코올상담센터, 사회복귀시설의 서비스를 등록하여 이용하고 있는 정신질환자를 대상으로 설문지를 시행하였다. 총 106기관에 배포하여 75기관(회수율: 70.8%) 회수하였고, 최종적으로 정리된 설문지는 4,218개였다.
정신질환자의 인구사회학적 특성과 정신보건 관련 특성, 자살 관련 특성을 살펴보기 위해 빈도분석을 실시하였고, 정신질환자의 일반적 특성에 따른 자살실태를 살펴보기 위해 교차분석을 실시하였다.
- **연구결과:** 여성이 52.4%였고, 의료급여가 54.3%로 절반이상을 차지하였다. 69.5%가 동거하는 가족이 없으며, 교육 수준은 고졸이 43.8%로 가장 많았다. 26.4%가 자살을 시도한 경험이 있으며, 그 중 약물에 의한 자살 시도가 34.1%로 가장 높았다. 조사대상자의 20%가 현재 자살에 대한 생각을 가지고 있으며, 이 중 24.3%는 구체적인 자살 계획도 가지고 있는 것으로 나타났다. 자살을 구체적으로 계획하고 있는 이유로는 질환 및 장애가 29.6%로 가장 높았다.
- **결론:** 연구 결과 서울시 소재 지역 정신보건기관의 서비스를 이용하는 정신질환자의 자살 문제가 심각한 것으로 드러났다. 이에 따라 지역사회 정신보건 기관 관계자들이 자살에 대한 인식을 새롭게 하고 이에 대한 적극적인 노력이 필요하며, 자살 실태 파악을 통해 정신질환자의 자살예방을 위한 구체적인 방안이 마련되어야 할 것이다.
- **주요용어:** 자살, 정신질환, 지역사회 정신보건

Abstract

- **Objective:** The purpose of this study was to establish the standard guidelines for suicide prevention and intervention of community mental health facilities through analysing current suicide events.
- **Methods:** Survey was performed to the enrolled patients of community mental health centers, alcohol counseling centers and social rehabilitation facilities, the number of facilities were 106, the response rate was 70.8% and we finally included 4,218 answers. The survey was done between June to September 2010. We used frequency analysis to see demographic, psychiatric and suicidal characteristics and used cross-tabulation to correlate psychiatric features to suicidal ones.
- **Results:** Females were 52.4% and medicare patients were 54.3%. 69.5% of patients were living alone and high school graduates were most common(43.8%). 26.4% of enrolled patients have experienced suicide attempts and among them, 34.1% did attempt by drug overuse. One fifth of surveyed patients have suicide ideation currently and among them, 24.3% have plan for suicidal attempt. 29.6% of patients were considering suicide because of there illness and disabilities.
- **Conclusion:** We can find out the suicidal risks of mental illness patients who use community mental health services are very serious. We should prepare proper detection and intervention program for suicide of serious mental illness.
- **Keyword:** suicide, mental illness, community mental health services

I. 서론

통계청이 발표한 ‘2009년 사망원인 통계 결과’에 따르면, 지난 한해 15,413명이 자살로 사망한 것으로 나타났다. 전년대비 약 20%의 자살 사망률이 증가한 것인데, 우리나라의 자살률은 매년 가파른 상승세를 보이고 있어 사회적으로 큰 문제로 대두되고 있는 상황이다.

이러한 문제의 심각성을 해결하기 위해 국가는 2005년 ‘자살예방 5개년 종합대책’을 수립하고, 자살률 감소라는 목표를 달성하기 위한 노력을 진행하였으나, 2006년을 제외하고 자살률이 지속적으로 증가(24.0명(’03)→25.2명(’04)→26.1명(’05)→23.0명(’06)→24.8명(’07)(단 ’06년 이전은 5세 이상))하는 한계를 경험하였다. 이에 따라 2008년 12월에는 ‘2차 자살예방종합대책(보건복지가족부, 2008)’을 수립하여 2013년까지 인구 10만 명당 자살사망률을 20명 미만으로 낮추는 것을 목표로 사업을 추진 중에 있다. 그러나 2010년 자살예방 사업을 위한 순수 사업비가 약 7억 3천 5백만원 이라는 현실에서 잘 보여주고 있듯이 실천에 있어서 많은 어려움이 뒤따르고 있다. 하지만 별도의 예산을 책정하지 않고도 현재의 정신보건 서비스 체계 내에서 자살예방을 위한 실천은 가능하며 이에 따라 자살률감소라는 가시적인 성과도 낼 수 있을 것으로 생각된다.

예를 들어 자살과 관련성을 보이는 많은 요인 중 정신질환은 그 어떠한 것보다 자살에 강력한 영향을 미친다고 알려져 있는데(Hales & Yudofsky, 2002), 특히 자살의 약 80%는 우울증에 의해 발생되며(보건복지부, 2005), 정신분열병, 양극성 장애, 알코올 중독 등도 자살에 영향을 미치는 주요 요인으로 보고되고 있다(Harris & Barraclough, 1997). 또한 정신질환자의 경우 자살시도 후 재시도로 사망하는 경우가 매우 높아 정신질환자의 자살시도 후 사후관리가 무엇보다 중요하다(Tidemalm et al., 2008).

이처럼 자살예방을 위한 주요 대상을 선정하고 사업을 추진하는데 있어서 정신질환이라는 요인은 어떠한 대상에게 사업의 우선순위를 부여할 것인지에 대한 근거가 될 수 있다.

최근 시·도 단위의 광역형 정신보건센터와 시·군·구 단위의 정신보건센터 그리고 사회복지시설에서는 정신질환의 1차 예방, 2차, 3차 예방에 이르기까지 다양한 사업을 진행하고 있어 정신질환자의 자살 감소를 위한 예방적 서비스를 제공하고 있다고 볼 수도 있으나, 용인정신병원 건강증진사업지원단(2009) 연구에 따르면, 정신보건센터 79개 소 중

약 30.4%가 등록 관리되고 있는 정신질환자의 자살 시도에 대한 실태를 파악하고 있지 못하다고 응답하였으며, 22.8%의 기관은 자살로 인해 사망한 정신질환자가 있는지 파악하고 있지 못하다고 응답하였다.

이처럼 정신질환자의 자살의 심각성에 비해 현재까지의 지역사회 정신보건기관의 대처는 미흡한 것이 현실이다. 정신질환자의 자살에 대해 보다 체계적으로 개입하기 위해서는 무엇보다 현재 정신보건기관에서 서비스를 제공받고 있는 정신질환자의 자살 실태를 파악하는 것이 무엇보다 중요하며, 이를 토대로 정신질환자를 위한 맞춤형 서비스를 개발하고 추진해 나갈 필요가 있으리라 생각된다.

따라서 본 연구에서는 1) 서울시에 거주하고 있는 정신질환자의 자살실태를 파악하고, 2) 자살 문제를 해결하기 위한 지역사회 정신보건기관의 역할과 향후과제에 대해 모색해보고자 하였다.

II. 이론적 배경

1. 정신질환과 자살

1) 정신분열병과 자살

대부분의 정신질환은 자살 위험성을 높이는 성향이 매우 강하여(Hales & Yudofsky, 2002), 일반 인구에 비해 자살 사망률이 매우 높다(Sadock et al., 2002). 특히 정신분열병은 모든 연령대에서 자살에 영향을 미친다(문기태, 2006).

정신분열병 환자의 약 50%가 자살을 시도하고 10%가 자살로 사망에 이르며, 일반인에 비해 매우 높은 자살 사망률을 보인다(민성길 외, 2000; Harris & Barraclough, 1997).

자살로 사망하는 정신분열병 환자의 주요 위험요인인 질병의 초기, 퇴원 직후, 잦은 입원, 자살 시도가 있는 경우, 병식이 있는 경우, 질병을 앓기 이전에 좋은 기능과 지능을 가진 경우에 자살이 증가하며, 그 외 남성, 젊은 나이, 미혼, 우울 증상에 대한 취약성, 사회적 고립 등을 느낄 때 많이 발생하게 된다(Westermeyer et al., 1991; Rossau & Mortensen, 1997).

특히 정신분열병에서 나타나는 우울증은 자살의 주요 요인으로(Bowers & Astrachan, 1967), 다수의 정신분열병 환자들이 우울증이나 자살에 대한 생각을 가지고 있다(윤명자 등, 1980). 또한 정신분열병 환자가 자살시도 한 후 자살로 사망할 확률이 높은 것으로 보고되고 있는데, 특히 남성이 여성에

비해 약 1.5배나 높은 것으로 나타났다(Tidemalm et al., 2008).

남윤영(2003)은 정신분열병 환자 중 자살시도군과 비시도군의 비교 연구 결과에서 정신분열병 환자 중 자살을 시도한 집단은 시도하지 않은 집단보다 망상, 의심/피해의식을 포함한 양성증상과 우울증상이 더 높고, 충동적인데, 자살행동을 예측할 수 있는 이러한 주요 요인을 감소시키는 것이 정신분열병 환자의 자살을 감소시킬 수 있는 방안이라고 보았다.

2) 양극성 장애와 자살

양극성 장애 환자의 연간 자살률은 약 1%로, 전 세계의 일반 인구 집단의 연간 자살률인 0.015%의 약 60배에 달한다(Baldessarini et al., 2006).

특히 조증 삽화의 경우보다 우울 삽화일 경우(Isomets et al., 1995) 그리고 질병의 초기에 자살 시도와 자살로 인한 사망이 많이 발생하는데, 평균 3회의 자살시도 후 최종 사망하며, 일반인에 비해 자살로 인한 사망 위험이 약 30배 높은 것으로 보고되고 있다(Baldessarini et al., 2006).

Tidemalm 등(2008)은 자살 사망위험성이 높은 일반 자살 시도자보다 양극성 장애의 보정 위험비(adjusted hazard ratio)가 남성은 3.5배, 여성은 2.5배 더 높은 것으로 나타나 자살시도 경험에 있는 양극성 장애 환자의 자살 위험의 심각성을 지적하고 있다.

또한 치료하지 않은 양극성 장애 환자의 자살 사망률은 다른 정신질환보다 훨씬 높으며(Goodwin & Jamison, 1990), I 형 양극성 장애의 경우 주요우울장애보다 자살위험도가 높다(민성길 외, 2000).

문기태(2006)의 연구에서도 양극성 장애는 정신분열병과 함께 모든 연령대에서 자살에 영향을 미치기도 하며, 나이가 들어감에 따라 상대적으로 정신분열병, 알코올 중독에 비해 영향력이 더 높게 나타난다고 보고하고 있다.

특히 양극성 장애 환자의 경우 다른 정신질환에 비해 충동적으로 자살시도를 하는 경우가 많은 것으로 나타났다(Elliott et al., 1996).

3) 알코올 중독과 자살

알코올 중독 환자의 자살에 의한 표준화 사망률은 일반인보다 매우 높은 수준이다(Harris & Barraclough, 1997).

또한 알코올 중독은 자살 시도를 증가시키며(Gomberg, 1989), 알코올 중독과 우울증이 동시에

있을 때 자살 위험이 더욱 높게 나타나는 경우가 많다(Blow et al., 2004). 자살 시도의 경우 과도한 음주상태, 알코올 중독 가족력 등이 있을 때 더 빈번하게 발생 한다(Roy et al., 1990).

자살사망자의 약 15~25%가 알코올 중독 및 약물 중독으로 추정되고 있으며(Risk Management Foundation Harvard Medical Institutions, 1996), Henriksson 등(1993)의 연구에서는 자살사망자의 약 20~50%가 알코올 중독 문제를 가지고 있다고 보고하였다. 이처럼 알코올 중독은 자살의 위험성을 증가시키는 주요 요인이므로 알코올 중독 환자를 위한 보다 적극적인 개입이 요구된다.

4) 우울증과 자살

Harris & Barraclough(1997)는 주요우울장애인이 일반인에 비해 자살로 사망할 확률이 매우 높다고 보고하였다. 또한 우울증 환자의 10~15%가 자살로 사망하며, 우울증의 정도가 심할수록, 자살시도나 자살로 사망할 가능성이 매우 높다(Hagnell et al. 1981).

우울증으로 진단 받은 환자의 2~15%가 자살로 사망하는 것으로 알려져 있으며(용인정신병원 건강증진사업지원단, 2009), 우울증으로 인한 무망감 정도가 자살 행동의 91%를 예측할 수 있을 정도로 우울증과 자살은 매우 밀접한 관련성을 가지고 있다(Beck et al., 1985).

Tidemalm 등(2008)은 자살 사망위험성이 높은 일반 자살 시도자보다 우울증의 보정위험비(adjusted hazard ratio)가 남성은 1.4배, 여성은 1.7배 로 큰 차이는 없었으나, 인구기여분(Population attributable fraction)에 있어서는 남성은 3.1배, 여성은 9.3배로 자살시도 우울증 환자의 자살 위험의 심각성을 지적하고 있다.

그러나 항우울제 처방이 늘어날수록 자살률은 감소하는데, 연령층이 높을수록 강력한 상관관계를 보이는 것으로 나타났다(Kalmar et al., 2008).

다시 말해 우울증 치료를 위해 항우울제를 안정적으로 투약하게 된다면 자살의 감소를 기대해 볼 수도 있겠으나, 우리나라의 경우 90일 항우울제 약물치료 유지율은 약 23.8%에 머무르고 있는 상황이다(용인정신병원 건강증진사업지원단, 2009).

2. 지역사회 정신보건 영역에서의 자살예방

자살시도자의 약 95%는 정신장애의 진단이 가능하며(박재황, 1999), 자살 사망자의 71~90%에서 주요 정신장애 진단이 가능하였는데, 기분장애가

54~87%, 알코올을 포함한 약물사용이 3~42%로 정신질환자의 자살의 위험성을 설명해주고 있다(Conwell et al., 1996). 결국 지역사회 정신보건기관에서 서비스를 제공하고 있는 주요 대상자의 자살 위험성이 그 만큼 높다는 것을 반증하고 있기도 하다.

특히 자살 시도력이 있는 정신질환자의 경우 재 시도 하여 사망할 확률이 그 어떤 집단보다 높은데, 특히 1년 이내 재시도로 사망하는 경우가 매우 높은 수준에 있다(Tidemalm et al., 2008). 또한 정신질환자가 재발하여 입원치료를 받고 퇴원한 후 3개월 안에 자살로 사망하는 경우가 매우 많은데, 그 중에서도 퇴원한 지 일주일 안에 자살로 사망하는 사람이 가장 많다(Meehan et al., 2006). 이는 정신질환자의 재발과 자살시도는 자살 사망으로 이어질 가능성이 높은 요인 중 하나라고 설명 할 수 있다.

우리나라의 제2차 자살예방종합대책(2008), 영국의 National Suicide Prevention Strategy for England(2002), 호주의 National Suicide Prevention Strategy(2010)은 정신질환자의 자살의 위험성을 인식하고 정신질환 및 자살시도자 등의 집중적인 지역사회 내 관리의 필요성을 강조하였다.

Sami Pirkola 등(2009)은 체계적인 지역정신보건 서비스는 입원치료보다 더 낮은 자살률을 나타냈다고 보고하였고, Simmonds 등(2001)은 지역사회 내에서 정신보건 서비스를 받는 정신질환자의 자살률이 감소하였고, 입원기간을 줄였으며, drop-out을 낮춘다는 결과를 발표하기도 하여 정신질환자의 자살예방을 위한 지역사회 내 정신보건 서비스의 중요성을 강조하기도 하였다.

이처럼 자살위험성이 높은 정신질환자의 자살률 감소를 위해 지역사회 내 정신보건기관의 역할이 무엇보다 중요하다. 자살 위험성이 높은 정신질환자를 어떻게 지속적으로 평가하고, 개입 할 것인지에 대한 대안이 마련된다면, 단기적으로는 우리나라 자살률 감소라는 목표를 부분적으로나마 달성할 수 있을 것이라 생각된다.

III. 연구방법

2010년 6월 28일부터 2010년 9월 28일까지 총 3개월간 서울시 소재 정신보건센터, 알코올상담센터, 사회복귀시설의 서비스를 등록하여 이용하고 있는 정신질환자를 대상으로 조사를 시행하였다. 다만 자치구 정신보건센터의 경우 서울시 정신보건 정보

시스템(SMHIS)에 등록 되어 있는 정신질환자 중 관리 구분이 유지관리, 집중관리인 대상자로 한정하였다. 설문지 회수가 되지 않은 기관에 대해서는 전화로 설문지 회수를 요청하였다.

총 106기관에 배포하여 75기관(회수율: 70.8%) 회수하였으며, 4,283개의 회수된 설문지 중 무응답이 많아 분석이 불가능한 65개 설문지를 제외하고 최종적으로 정리된 설문지는 4,218개였다.

본 연구의 취지 및 설문 방법은 서울특별시 보건정책과 담당 공무원을 통해 공문으로 발송하였고, 설문지는 별도로 서울시자살예방센터에서 우편 발송하였으며, 작성이 완료된 설문은 우편을 통해 서울시자살예방센터로 회수되었다.

설문지 작성에 있어서는 정신질환자를 담당하고 있는 정신보건전문요원(사례관리자)이 구두로 질문한 후 대상자가 답변한 내용을 정신보건전문요원(사례관리자)이 설문지에 기록하는 방법으로 진행하였다.

설문지 구성은 크게 일반적인 특성, 정신보건 관련 특성, 자살 관련 특성으로 구분하였다. 일반적인 특성에는 성별, 연령, 의료보장, 동거 가족, 학력으로 구성되었으며, 정신보건 영역에 있어서는 진단명, 발병 시기, 입원 횟수, 약물치료 유무, 정신보건기관 등록일로 구성하였다. 자살 관련 특성으로는 자살 시도 경험, 자살 시도 수단, 자살 시도 시기, 자살생각, 자살사고 이유, 자살계획, 친척 자살 경험으로 구성하였다.

자료분석을 위하여 SPSS(Statistical Package for Social Science) 11.0 통계 프로그램을 이용하였다. 수집된 자료의 구체적인 통계처리방법은 다음과 같다.

첫째, 정신질환자의 인구사회학적 특성과 정신 보건 관련 특성, 자살 관련 특성을 살펴보기 위해 빈도분석을 실시하였다. 둘째, 정신질환자의 일반적 특성에 따른 자살 실태를 살펴보기 위해 교차분석을 실시하였다.

연구의 제한점은 첫째로 본 연구에서는 조사대상을 서울시 소재 자치구 정신보건센터, 사회복귀시설, 알코올상담센터로 한정하였는데, 현재 정신보건서비스를 이용하지 않거나 서비스를 거부하고 있는 정신질환자의 경우 연구대상에서 제외되어 연구결과를 서울시 전체 정신질환자에게 일반화하는데 한계가 있다. 둘째로는 정신질환의 특성상 발생될 수 있는 정신과적 증상으로 인한 사고나 인지의 장애를 사전에 충분히 고려하는데 한계가 있다.

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

성별에 있어서는 여성이 52.4%, 남성이 47.6%였고, 연령대는 40대가 29.1%, 50대가 21.5%로 나타났다. 의료보장에 있어서는 의료급여가 54.3%로 절반이상을 차지하였으며, 건강보험이 38.4%로 나타났다. 동거가족유무에서는 69.5%가 동거하는 가족이 없다고 답했으며, 26.0%만이 가족과 동거하고 있다고 답하였다. 교육 수준에 있어서는 고졸이 43.8%로 나타났으며, 다음 순으로는 대학중퇴 이상이 18.7%, 초졸 이하가 17.3%였다(표1).

표 1. 조사 대상자의 일반적 특성			
구분		빈도	백분율
성별	남성	2,006	47.6
	여성	2,209	52.4
	무응답	3	0.1
연령대	20대 이하	550	13.0
	30대	896	21.2
	40대	1,228	29.1
	50대	907	21.5
	60대 이상	637	15.1
	무응답	3	0.1
의료보장	건강보험	1621	38.4
	의료급여	2,292	54.3
	차상위	33	0.8
	기타	3	0.1
동거가족 유무	있음	269	6.4
	없음	1,098	26.0
	함께	2,931	69.5
	무응답	4,029	95.5
	무응답	189	4.5
학력	초졸 이하	728	17.3
	중졸	646	15.3
	고졸	1,848	43.8
	대 중퇴 이상	787	18.7
	무응답	209	5.0

2. 조사대상자의 정신보건 관련 특성

정신과 진단 구분에서는 52.6%가 정신분열병으로 나타났으며, 다음 순으로는 주요우울장애가 21.3%, 알코올중독이 10.2%로 나타났다. 현재 정신과 약물 치료 유무에서는 80.0%가 약물치료를 유지하고 있으며, 16.1%는 약물을 복용하지 않고 있는 상태라고 답하였다(표2).

표 2. 조사대상자의 정신보건 관련 특성			
구분		빈도	백분율
진단구분	정신분열병	2,220	52.6
	분열정동장애	88	2.1
	양극성장애	233	5.5
	주요우울장애	900	21.3
	알코올중독	431	10.2
	기타	289	6.9
	무응답	57	1.4
약물복용 여부	복용함	3,376	80.0
	복용안함	680	16.1
	기타	1	0.0
	무응답	161	3.8

3. 조사대상자의 자살 시도 경험 특성

과거 자살시도 경험 유무에 있어서는 조사대상자의 26.4%가 자살을 시도한 경험이 있는 것으로 나타났다.

자살시도 경험자(N=1,114(26.4%))의 자살 시도 방법에 있어서는 약물에 의한 자살시도가 34.1%로 가장 높았으며, 다음 순으로는 투신 17.8%, 홍기 15.5%, 목매 12.9%, 독극물 8.7%로 나타났다. 마지막 으로 자살을 시도한 시점은 16.3%가 1년 이내에 시도를 경험한 것으로 나타났으며, 마지막 시도 시 음주유무에서는 23.8%가 음주상태에서 자살을 시도한 것으로 나타났다(표3).

평균 자살시도 횟수에서는 2.4(SN=3.82)회였으나 최빈값은 1회였으며, 최소값은 1회, 최대값 90회로 나타났다.

표 3. 조사대상자의 자살 시도 경험 특성			
구분		빈도	백분율
과거자살 시도경험	예	1,114	26.4
	아니오	3,084	73.1
	무응답	20	0.5
과거자살 시도방법 (중복응답)	홍기	267	15.5
	목매	222	12.9
	투신	307	17.8
	약물	588	34.1
	독극물	151	8.7
	기타	192	11.0
자살시도시 음주여부 (N=1,114)	예	265	23.8
	아니오	820	73.6
	무응답	29	2.6
자살시도 (N=1,114)	1년 이상	779	69.9
	1년 이내	182	16.3
	무응답	153	13.8

4. 조사대상자의 자살 사고 특성

자살 생각 유무에 있어서는 20%(N=845)가 자살에 대한 생각을 가지고 있다고 응답하였다. 이 중 여성이 61.4%(N=519)였고, 40대가 26.4%(N=223)

로 가장 높았으며, 의료보장은 의료급여가 59.1%(N=499)로 절반이상 차지하였고, 66.7%(N=564)가 독거 상태에 있는 것으로 나타났다. 진단 구분에서는 주요우울장애가 42.8%(N=845)로 가장 높게 나타났으며, 45.3%가 과거 자살 시도가 있다고 응답하였고, 이 중 24.3%(N=205)는 구체적인 자살 계획도 가지고 있는 것으로 나타났다. 자살을 구체적으로 계획하고 있는 이유로는 질환 및 장애가 29.6%로 가장 높았으며, 다음 순으로는 경제적 어려움이 23.7%, 외로움·고독이 11.3% 등으로 나타났다. 자살 계획 유형으로는 약물이 27.6%로 가장 높았으며, 다음 순으로는 투신이 19.9%, 목매이 13.0% 등으로 나타났다(표4).

자살 사고가 있는 대상자(N=845)의 자살 생각 수준은 (0점: 자살사고 매우 낮음~10점: 자살사고 매우 심함) 평균 4.77점(SN=2.39)이고, 최빈값은 5점으로 나타났다.

구분		빈도	백분율
자살사고	예	845	20.0
	아니오	3,332	79.0
	무응답	41	1.0
자살구체계획유무(N=845)	예	205	24.3
	아니오	634	75.0
	무응답	6	0.7
구체자살계획이유(중복응답)	경제적 어려움	61	23.7
	이성문제	4	1.4
	질환 및 장애	76	29.6
	직장문제	2	0.8
	외로움·고독	29	11.3
	가정불화	26	10.1
	기타	25	9.8
	무응답	34	13.3
구체자살계획유형(중복응답)	홍기	22	8.4
	목매	34	13.0
	투신	52	19.9
	약물	72	27.6
	독극물	9	3.5
	기타	30	11.5
	무응답	42	16.1

5. 조사대상자의 자살 관련 환경적 특성

친척(4촌 이내) 중 자살한 사람이 있다고 응답한 조사대상자는 7.1%로 나타났으나, 자살 시도경험자 중 친척의 자살 경험은 12.2%였으며, 자살 생각을 하고 있는 대상자 중 친척 자살 경험은 13.6%, 자살을 구체적으로 계획하고 있는 대상자 중 친척 자살 경험은 12.2%로 나타났다(표5).

표 5. 조사대상자의 자살 관련 특성

구분		빈도	백분율
친척자살경험	예	300	7.1
	아니오	3,841	91.1
	무응답	77	1.8
자살시도경험자 친척자살경험(N=845)	예	103	12.2
	아니오	730	86.4
	무응답	12	1.4
자살사고자 친척자살경험(N=1,114)	예	151	13.6
	아니오	944	84.7
	무응답	1,095	1.7
자살구체계획자 친척자살경험(N=1,114)	예	25	12.2
	아니오	175	85.4
	무응답	5	2.4

6. 일반적 특성에 따른 자살 관련 특성

조사대상자의 일반적 특성에 따른 자살 시도 경험에서는 성별(p<0.01), 연령대(p<0.01), 동거유무(p<0.001)가 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났으며(표6), 조사 대상자의 일반적 특성에 따른 자살 사고에서는 성별(p<0.001), 연령대(p<0.001), 동거유무(p<0.05), 학력(p<0.001)이 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다(표7).

성별을 통제한 일반적 특성에 따른 자살시도 경험에서는 남성의 경우 연령대(p<0.05), 동거유무(p<0.001), 학력(p<0.05)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으나, 여성은 연령대(p<0.05), 동거유무(p<0.001)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

성별을 통제한 일반적 특성에 따른 현재 자살 사고에서는 남성의 경우 연령대(p<0.001), 동거유무(p<0.01), 학력(p<0.001)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으나, 여성은 연령대(p<0.001), 학력(p<0.001)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

표 6. 일반적 특성에 따른 자살 시도 경험

구분		자살시도경험		X ²
		있음	없음	
성별	남성	487 (11.6%)	1,508 (35.9%)	8.969**
	여성	627 (14.9%)	1,573 (37.5%)	
연령대	20대이하	122 (2.9%)	426 (10.1%)	14.118**
	30대	255 (6.1%)	636 (15.2%)	
	40대	357 (8.5%)	866 (20.6%)	
	50대	222 (5.3%)	682 (16.2%)	
	60대이상	158 (3.8%)	474 (11.3%)	
동거	있음	360 (9.0%)	734 (18.3%)	30.180***
	없음	710 (17.7%)	2,212 (55.1%)	

** p<0.01 *** p<0.001

표 7. 일반적 특성에 따른 현재 자살 사고

구분		자살사고		X ²
		있음	없음	
성별	남성	326 (7.8%)	1,657 (39.7%)	33.868***
	여성	519 (12.4%)	1,672 (40.1%)	
연령대	20대이하	97 (2.3%)	450 (10.8%)	65.446***
	30대	135 (3.2%)	752 (18.0%)	
	40대	223 (4.7%)	994 (23.8%)	
	50대	195 (4.7%)	703 (16.8%)	
	60대이상	195 (4.7%)	433 (10.4%)	
동거	있음	242 (6.1%)	844 (21.1%)	4.117*
	없음	564 (14.1%)	2,345 (58.7%)	
학력	초졸이하	206 (5.2%)	517 (13.0%)	52.681***
	중졸	140 (3.5%)	502 (12.6%)	
	고졸	336 (8.4%)	1,497 (37.6%)	
	대중퇴이상	112 (2.8%)	668 (16.8%)	

* p<0.05 *** p<0.001

7. 진단 구분에 따른 자살 관련 특성

조사대상자의 진단 구분에 따른 자살 시도 경험(p<0.001)과 현재 자살 사고(p<0.001)에서 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다(표8)(표9).

표 8. 진단 구분에 따른 자살 시도 경험

구분		자살시도경험		X ²
		있음	없음	
진단구분	정신분열병	514 (12.4%)	1,695 (40.9%)	68.770***
	분열정동장애	34 (0.8%)	53 (1.3%)	
	양극성장애	72 (1.7%)	160 (3.9%)	
	주요우울장애	322 (7.8%)	578 (13.9%)	
	알코올중독	101 (2.4%)	328 (7.9%)	
	기타	58 (1.4%)	229 (5.5%)	

*** p<0.001

표 9. 진단 구분에 따른 현재 자살 사고

구분		자살사고		X ²
		있음	없음	
진단구분	정신분열병	267 (6.5%)	1,932 (46.8%)	319.044***
	분열정동장애	10 (0.2%)	77 (1.9%)	
	양극성장애	42 (1.0%)	189 (4.6%)	
	주요우울장애	362 (8.8%)	536 (13.0%)	
	알코올중독	92 (2.2%)	333 (8.1%)	
	기타	62 (1.5%)	222 (5.4%)	

*** p<0.001

8. 친척 자살 경험에 따른 자살 관련 특성

조사대상자의 친척 자살유무에 따른 자살 시도 경험(p<0.001)과 현재 자살 사고(p<0.001)에서 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다(표10)(표11).

표 10. 친척 자살 경험에 따른 자살 시도 경험

구분		자살경험		X ²
		있음	없음	
친척자살 경험유무	있음	151 (3.6%)	149 (3.6%)	94.907***
	없음	944 (22.8%)	2,897 (70.0%)	

*** p<0.001

표 11. 친척 자살 경험에 따른 현재 자살 사고

구분		자살사고		X ²
		있음	없음	
친척자살 경험유무	있음	103 (2.5%)	196 (4.7%)	41.057***
	없음	730 (17.6%)	3,108 (75.1%)	

*** p<0.001

V. 고찰

본 연구는 서울시 소재 지역사회 정신보건기관을 이용하는 정신질환자의 자살 실태 및 특성을 살펴보고 이에 대한 대안을 모색하고자 하였다.

그 결과 서울시 소재 지역사회 정신보건기관의 서비스를 이용하는 정신질환자의 자살 문제가 심각한 것으로 나타났다. 조사 대상자의 26.4%가 자살 시도를 경험하였는데, 이는 전홍진 등(2010)의 연구에서 일반인의 자살 시도율이 3.2%로 나타난 것에 비해 8배나 높은 것으로 나타나 그 문제의 심각성이 매우 큰 것으로 보인다.

자살시도 방법에 있어서는 약 43%가 약물 및 독극물로 자살을 시도하였으나 사망에 이를 가능성이 높은 치명적인 방법인 목매이나 투신도 높은 비율을 보였다. 특히 목매이나 투신의 경우, 약물 및 독극물에 의한 자살시도보다 3.2배에서 6.2배 높은 보정 위험비(adjusted hazard ratio)를 보이므로 과거 자살 시도 방법에 따른 위험성에 대한 보다 면밀한 평가가 이루어야 한다(Runeson et al., 2010). 자살 시도만으로 집중적인 관리가 필요하나 어떠한 방법으로 시도하였느냐에 따라 관리의 강도와 횟수 등을 조절할 수 있을 것이라 생각된다.

1년 이내 자살시도자가 전체 자살시도 대상자의 약 16.3%인데, Tidemalm 등(2008)의 연구와 같이 정신질환자의 자살 시도기간이 1년 이내인 경우 재시도에 의한 자살사망 가능성이 높다. 외국의 경우도 1년 이내에 자살 재시도의 가능성이 높은 만큼 집중적인 사례관리를 통해 재시도를 막기 위한 노력을 기울이고 있다.

조사대상자 중 20%는 현재 자살생각을 가지고 있으며, 이 중 24.3%는 구체적인 계획도 가지고 있는 것으로 나타났는데, 통계청의 사회조사(2010)에 의하면, 지난 1년간 자살충동을 경험한 대상이 7.7% 수준임을 비교해 볼 때 조사대상자의 자살 사고는 매우 높은 편이라 할 수 있다. 이러한 자살 사고의 감소를 위해 다양한 방안이 마련되어야 하는데, 다행스러운 것은 최근 들어 다양한 이론을 토대로 정신질환자를 위한 자살예방 서비스가 일부 적용되고 있다는 것이다.

자살을 구체적으로 계획한 이유에 대해서는 질환 및 장애에 의한 고통을 가장 많이 호소하였는데, 정신질환의 특성상, 증상뿐만 아니라 사회적 기능의 손상도 수반되는 경우가 대부분이므로 정신질환자는 심리·사회·환경적 상실감과 고통을 경험하게 될 가능성이 매우 높다.

결국 정신질환의 자살예방을 위한 근본적인 접근으로 정신질환자가 느끼게 되는 상실감이나 무망감, 절망감, 사회기능 저하를 해결할 수 있는 방안이 절대적으로 필요하다. 이를 위해 지금까지 지역사회 정신보건기관에서 시도해왔던 재활 중심의 서비스를 자살예방의 관점에서 수정·보완한다면 정신질환자의 자살 감소를 기대할 수 있으리라 생각된다.

VI. 결론

지금까지의 내용을 통해 얻은 결론은 정신질환과

자살은 매우 밀접한 관련이 있다는 것이다. 그러나 지금까지의 지역사회 정신보건기관은 정신질환자에 대한 자살의 위험성을 막연하게나마 인식하였지만 이를 예방하기 위한 실천이나 위기상황에 대한 대처에 미흡했던 것이 사실이다.

이제는 지역사회 정신보건기관 관계자들이 자살에 대한 인식을 새롭게 하고 이에 대한 적극적인 수용과 노력을 해야 할 것이며, 그 기본은 기관의 서비스를 제공받고 있는 대상자의 자살시도 및 자살사고 등에 대한 실태를 파악하는 것부터가 될 것이다. 본 연구를 통해 정신질환자의 자살 실태 파악과 미래지향적인 방안을 고민할 수 있는 기회가 마련되기를 바란다.

VII. 참고문헌

- 남윤영(2003). 정신분열병 환자의 병식, 우울증, 절망감, 충동성이 자살행동에 미치는 영향. 연세대학교 석사학위 청구논문.
- 문기태(2006). 질병 및 인구사회학적 요인이 자살에 미치는 영향. 연세대학교 박사학위 청구논문.
- 민성길 외(2000). 제4개정판 최신정신의학. 일조각.
- 박재황(1999). 응급센터에 내원한 자살기도자에 대한 임상 분석. 대한응급의학회.
- 보건복지가족부(2008). 제 2차 자살예방 종합대책.
- 보건복지부(2005). 자살예방 5개년 종합대책.
- 용인정신병원 건강증진사업지원단(2009). 자살고위험군 등에 대한 대상별 사례관리 표준 개발.
- 윤명자, 김용식(1980). 만성 정신분열증환자의 난폭행위에 대한 임상적 고찰. 신경정신의학 제19권 3호 181-188.
- 통계청(2010). 2009년 사망원인 통계 결과.
- 통계청(2010). 2010 사회조사 결과(가족, 교육, 보건, 안전, 환경).
- Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Maria Kovacs, Betsy Garrison(1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 142:559-563.
- A Roy, D Lamparski, J DeJong, V Moore, M Linnoila(1990). Characteristics of alcoholics who attempt suicide. *Am J Psychiatry*. 147:761-765.
- Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L(2006). Suicide in bipolar disorder: Risk and management, *CNS Spectr*, 11(6),465-471.
- Bo Runeson, Dag Tidemalm, Marie Dahlin, Paul Lichtenstein, Niklas Langstrom(2010). Method of attempted suicide as predictor of subsequent

- successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 340:c3222.
- Bowers M.B. and Astrachan B.M.(1967). Depression in acute schizophrenic psychosis. *Am J Psychiatry*. 123:976–979.
- CD Rossau, PB Mortensen(1997). Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case–control study. *The British Journal of Psychiatry*. 171: 355–359.
- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED(1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*. 153:1001–1008.
- Dag Tidemalm, Niklas Långström, Paul Lichtenstein, Bo Runeson(2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow–up. *BMJ*. 337:a2205.
- Department of Health(2002). National suicide prevention strategy for England.
- EC Harris, B Barraclough(1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a meta–analysis. *British journal of psychiatry*, 170:205–228.
- Elliott AJ, Pages KP, Russo J, Wilson LG, Roy–Byrne PP(1996). A profile of medically serious suicide attempts. *The Journal of clinical psychiatry*, vol.57, 567–571.
- ET Isomets, ME Heikkinen, MJ Marttunen, MM Henriksson, HM Aro and JK Lonnqvist(1995). The last appointment before suicide: is suicide intent communicated?. *Am J Psychiatry*. 152:919–922.
- Frederic C. Blow, Laurie M. Brockmann, Kristen Lawton Barry(2004). Role of Alcohol in Late–Life Suicide. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol 28 48S–56S.
- Gomberg ES(1989). Suicide risk among women with alcohol problems. *American Journal of Public Health*. vol.79, No.10:1363–1365.
- Goodwin F.K., Jamison K.R.(1990). Manic–Depressive Illness, New York, Oxford University Press.
- Hales RE, Yudofsky SC(2003). The American Psychiatric Publishing textbook of clinical psychiatry. 4th ed. (p1459–463). American Psychiatric Press.
- Hong Jin Jeon, Jun–Young Lee, Young Moon Lee, Jin Pyo Hong, Seung–Hee Won, Seong–Jin Cho, Jin–Yeong Kim, Sung Man Chang, Hae Woo Lee, Maeng Je Cho(2010). Unplanned versus planned suicide attempters, precipitants, methods, and an association with mental disorders in a Korea–based community sample. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 127, Issue 1, Pages 274–280.
- Janet Meehan, Navneet Kapur, Isabelle M. Hunt, Pauline Turnbull, Jo Robinson, Harriet Bickley, Rebecca Parsons, Sandra Flynn, James Burns, Tim Amos, Jenny Shaw, Louis Appleby(2006). Suicide in mental health in–patients and within 3 months of discharge, *British journal of psychiatry*. 188:129–134.
- Jason B. Luoma, Catherine E. Martin, Jane L. Pearson(2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *Am J Psychiatry*. 159:909–916.
- MM Henriksson, HM Aro, MJ Marttunen, ME Heikkinen, ET Isometsa, KI Kouppasalmi, JK Lonnqvist(1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 150:935–940.
- NSW Department of health(2010). NSW Suicide Prevention Strategy 2010–2015.
- Olle Hagnell, Jan Lanke, Birgitta Rorsman(1981). Suicide Rates in the Lundby Study: Mental Illness as a Risk Factor for Suicide. *Neuropsychobiology*. 7:248–253.
- Risk Management Foundation Harvard Medical Institutions(1996). Guidelines for Identification, Assessment, and Treatment Planning for Suicidality.
- Sadock BJ, Sadock VA(2002). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. (p915–917). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sami Pirkola, Reijo Sund, Eila Sailas, Kristian Wahlbeck(2009). Community mental–health services and suicide rate in Finland: a nationwide small–area analysis. *Lancet*. 373:147–153.
- Sandor Kalmar, Katalin Szanto, Zoltan Rihmer, Sati Mazumdar, Kartin Harrison, J.John Mann(2008). Antidepressant Prescription and Suicide Rates: Effect of Age and Gender. *Suicide and Life–Threatening Behavior*. vol. 38, 363–374.
- Shaeda Simmonds, Jeremy Coid, Philip Joseph, Sarah Marriott, Peter Tyrer(2001). Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 178:497–502.
- Westermeyer JF, Harrow M, Marengo JT(1991). Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 179(5):259–266.