

자살사망자의 축약 심리적 부검에 관한 연구

The semi-psychological autopsy study of suicides

이구상¹, 최민정², 김수정¹, 박재영¹, 이명수¹, 서지혜², 이소영³

GS Lee MSW, MJ Choi MSW, SJ Kim MSW, JY Park MSW, MS Lee MD, MPH, JH Seo MSW, SY Lee MSW.

초 록

- **연구목적** : 본 연구는 축약 심리적 부검을 통한 자살사망자의 자살 원인과 특성을 밝혀내고자 하였다.
- **연구방법** : 2009년 1월 28일부터 2012년 12월 4일까지 약 3년 11개월간 서울시자살예방센터를 통해 유입된 자살사망자 상담 내용 163건 중 본 연구에 부합하는 31건과 자치구 정신보건센터에서 유입된 3건을 정리하여 계량적 분석을 실시하였다. 설문지 작성은 상담원이 상담을 모두 종결한 후 설문지에 기록하는 방법으로 진행하였으며, 설문지의 구성은 크게 자살사망자의 일반적 인 특성(18문항), 의학적 특성(5문항), 지지체계(지지체계 5문항), 자살상황(18문항)으로 구성되었다.
- **연구결과** : 설문에 응한 대상자의 자살사망자와 관계는 배우자가 14명, 부모 7명, 그리고 자녀가 7명 이었다. 자살사망자 34명 중 16명이 사망 당시 질환을 앓고 있었으며, 이 중 15명은 정신질환으로 대부분 증상이 심각한 수준에 있었던 것으로 나타났다. 또한 자살사망자 중 과거 정신질환 진단 경험자는 총 17명으로 나타났는데, 우울증이 11명으로 가장 많았으며, 다음으로는 조현 병이 5명, 물질남용이 1명으로 나타났다. 자살사망 전 특성에서는 과거 자살시도경험자는 8명 이었으며, 자살사망 이유로는 경제적 문제가 가장 높았고, 자살사망 수단으로는 목매이 20명으로 가장 높은 것으로 나타났다.
- **결 론** : 자살은 정신질환 및 정신건강 문제의 심각성과 매우 밀접한 관련이 있었으며, 경제적, 대인 관계적 문제도 관련이 높았다.
- **주요용어** : 자살, 심리적 부검

Abstract

- **Objective** : This study was done to analyze cause and characteristics of suicide deaths by semi-psychological autopsy.
- **Methods** : We analyzed 31 suicide deaths among 161 suicide cases which were recruited to Seoul Suicide Prevention Center from Jan. 28, 2009 to Dec. 4, 2012. Three cases from community mental health centers were added to the final analysis. The questionnaire was filled up by counselor after finishing interview. The questionnaire was composed of general characteristics(18 items), medical characteristics(5 items), supporting system(5 items), suicide related questions(18 items).
- **Results** : The relationship between interviewees and suicide victims was spouses(N=14), parents (N=7), sons and daughters(N=7). 16 of 34 suicide victims was in the medical condition at the time of suicide death and among them 15 cases had mental illness and 14 of them was in the serious condition. 17 victims had been diagnosed by mental illness. The most common mental illness was depression(11 cases) followed by schizophrenia(5 cases) and substance addiction(1 case). 8 of suicide victims had a prior history of suicide attempt. The most common socio-environmental cause of suicide was economic problems and the most common suicide method was hanging(20 cases).
- **Conclusion** : Suicide deaths were very closely related to the presence and severity of mental illness, economic status and interpersonal problems.
- **Keyword** : suicide, psychological autopsy

1_ 서울시자살예방센터
2_ 강서구정신보건센터
3_ 성북구정신보건센터

I. 서론

2012년 통계청이 발표한 '2011년 사망원인 통계 결과'에 따르면, 지난 한해 15,905명이 자살로 사망한 것으로 나타났다. 이는 2010년 15,566에 비해 339명이 증가하였고, 인구 10만 명당 자살률도 31.2명에서 31.9명으로 크게 증가하는 등 우리나라의 자살률이 2006년 이후로 지속적인 증가추세를 보이고 있다.

자살은 그저 한 개인이 이 세상에 살다가 스스로 죽어서 없어지는 일이라고 간단히 볼 수도 있다. 그러나 그것은 사실 그렇게 간단한 문제가 아니다. 사람은 스스로 태어나 혼자 살다가 홀로 죽는 그런 존재가 아니기 때문이다(한국자살예방협회, 2008). 가족, 친구, 직장 동료 등에 이르기까지 많은 사회적 관계 속에서 살아가는 인간에게 자살이 발생하면 남은 가족들이나 주위 사람들에게 심각한 정신적·심리적·사회적 경제 손실을 발생시키게 될 수도 있다. 정상혁(이화여자대학교 산학협력단, 2005)은 연간 발생하는 자살사망자로 인해 최대 3조 856억이라는 막대한 사회경제적 손실을 초래할 수 있다고 보았으며, 원시연(2010)은 정상혁의 연구보다 많은 최대 4조 952억 원의 사회경제적 손실을 예측하기도 하였다.

이처럼 자살을 예방한다는 것은 막대한 사회경제적 손실을 감소시키는 것뿐만 아니라 가족이나 친구, 직장 동료 등이 겪을 수 있는 정신적·심리적 고통을 예방할 수 있다. 이를 위해서는 자살의 발생 원인을 파악하고, 그 원인을 제거하는 것이 무엇보다 중요하다 하겠다. 그러나 자살로 사망한 사람들에게 자살을 선택하게 된 이유를 정확하게 확인할 수 없기 때문에, 원인을 찾는 데에는 분명 한계가 발생하지만, 지금까지의 자살에 영향을 미치는 주요 요인은 크게 3가지의 이론적 관점으로 이해하려는 노력이 있었다. 첫째로는 심리적 차원에서 자살사망의 원인으로 바라보는 관점으로, Freud는 아끼는 사람의 상실로 인한 슬픔과 고통이 분노와 공격성으로 표출되어 자살을 한다고 보았으며, Adler는 무관심한 사회 때문에 다른 사람을 해치는 것을 자신에게 상처를 입히는 것과 동일시하여 자살을 한다고 보았다(한국자살예방협회, 2008).

둘째로는 자살의 원인을 사회 현상에 있다고 보는 사회학적 관점으로, 에밀 뒤르켐(2008)은 자살은 사회 간의 차이와 개인과 사회 간의 다양성에 의해 발생한다고 보았는데, 이를 사회적 통합과 사회적 조정으로 설명하였다. 또한 자살에는 4가지의 유형이 있는데, 이기적 자살, 이타적 자살, 아노미적 자살, 운명론적 자살로 구분하여 설명하였다.

마지막으로는 생물학적 관점인데, Hales와 Yudofsky(2003)는 자살과 관련성을 보이는 많은 요인 중 정신질환은 그 어떠한 것보다 자살에 강력한 영향을 미친다고 보았다. 특히 자살사망자의 뇌에서 세로토닌 활성화의 감소 현상이 발생하였는데, 세로토닌은 불안이나 우울, 충동성이나 공격성과 매우 밀접한 관련이 있다(한국자살예방센터, 2008). 또한 Roy와 Segal(2001)의 연구에 의하

면, 일관성 쌍생아의 자살수행과 자살행동이 이란성 쌍생아에 비해 높게 나타나는 등 생물학적 관점에서의 유전적 성향도 배제할 수 없는 자살의 원인으로 관심을 끌고 있다.

그러나 그 어떠한 이론도 자살의 원인을 모두 설명하는데 한계점을 가지고 있으며, 이를 보완하기 위한 노력들이 지속되고 있다. 그 중 가장 대표적인 모델로는 Mann 등(1999)의 스트레스 취약성 모델(stress diathesis model)로, 선천적으로 생물학적 혹은 유전적으로 취약한 사람이 생애주기에서 겪게 되는 사건이나 스트레스 요인에 의해 자살로 이어지게 되는데, 단순히 하나의 현상에 의해 자살이 발생하는 것이 아니라 복합적인 문제에 의해 발생된다는 것이다. 실업률과 자살률은 매우 높은 상관관계를 가지고 있으나 모든 실업자가 자살하지 않는 현상이나 자살사망자의 약 80%는 우울증 때문이라고 보는 견해가 많으나(보건복지부, 2005), 우울증 환자 중 약 10%만이 평생 자살시도를 경험한다는 것이 대표적인 예라 할 수 있다.

이처럼 자살의 원인을 찾기 위한 많은 노력이 진행되어왔지만, 명확한 원인을 찾는다는 것은 현실적으로 매우 어렵다. 이러한 상황임에도 불구하고 많은 전문가들은 자살의 원인을 규명하기 위한 끊임없는 노력을 멈추지 않았고, 최근에는 자살사망자의 지인을 통한 정보 수집으로 자살의 원인에 체계적으로 접근해 갈 수 있는 방식인 심리적 부검(Psychological autopsy)으로 자살의 원인에 좀더 다가서고 있는 실정이다.

심리적 부검(Psychological autopsy)이란 자살사망자에 대해 수집된 포괄적인 후향적인 정보를 가지고 자살의 원인에 대해 연구하는 방법이다. 즉, 어떤 사람이 자살하게 되었을 때, 그 주변에 있는 사람들과의 인터뷰 및 유서 등 모든 활용 가능한 자료를 수집하여 왜 그 사람이 자살을 할 수밖에 없었는가를 과학적으로 규명하는 것이다(제영모, 2004). 즉, 자살 사망자의 유품 등에 남겨진 자살사망 이유에 대한 단서나 가족, 친구, 이웃, 직장 동료 등으로부터 수집될 수 있는 다양한 정보 등을 통해 자살의 원인을 객관적으로 밝히는 과정이라 할 수 있다.

문국진(1991)은 심리적 부검으로 그 행위의 이유를 설명하고 무엇이 그 행위의 원인이 되었는가를 밝히는데 유효하다고 보았는데, 첫 번째는 왜 그러했는가로 죽음의 종류는 확실한데, 그 이유가 불명하거나 의문의 여지가 있는 경우 심리부검으로써 고인의 생존 시의 인생관, 심리적 변화, 동기, 실존적 위험의 유무 등을 밝힐 수 있다. 둘째로는 이 사람은 어떻게 해서 사망하였는가, 또 그때 사망하게 된 것은 무슨 이유 때문인가 등의 사회심리학적 이유를 설명할 수 있으며, 마지막으로는 사인은 확실하나 사망의 종류가 확실치 않을 때 심리적 부검만이 이 문제를 해결할 수 있다고 보았다.

최초의 심리적 부검은 뉴욕경찰의 연속적인 자살의 원인 규명을 위한 전문가 중심의 조사였고, Edwin Shneidman(1965)이 처음으로 심

리적 부검이라는 용어를 사용하게 되었다(한국자살예방협회, 2009).

이후 많은 나라에서 심리적 부검이 실시되었는데, 가장 대표적인 나라는 핀란드로 1987년 4월부터 1988년 3월까지 자살로 사망한 1,397명을 대상으로 국가 차원의 심리적 부검을 실시하였으며, 일본은 1993년과 2000년대에 심리적 부검사업을 실시하였다(한국자살예방협회, 2009).

우리나라의 경우는 '군의원사 진상규명 등에 관한 특별법'에 따라 군의원사진상규명위원회가 설치되고 유족에 의해 접수된 진정사건 600건 중 자살관련 364건에 대한 조사를 실시하여 자살의 원인을 규명하기 위한 심리적 부검과 유사한 형태의 조사를 실시하였으며(군의원사진상규명위원회, 2009), 한국자살예방협회(2009)가 보건복지가족부의 지원을 받아 한국형 심리적 부검 조사체계 개발 및 도구 개발을 실시함과 동시에 6개월간 인천, 경기도, 강원도 소속 12개 경찰서와 3개의 정신보건센터의 협조를 얻어 총 15건의 자살 의심 사례를 발굴하였고, 이중 7사례의 심리적 부검을 실시하였다. 또한 서종한 등(2012)은 자살사망자와 타살로 사망한 대상자에 대한 집단 간 비교를 통해 한국자살사망자의 특징을 파악하기 위한 심리적 부검을 실시하기도 하였다.

이처럼 우리나라에서는 심리적 부검이 모델 개발이나 경찰 등에 의해 진행되는 기초적인 수준에 불과한 상황이다. 심리적 부검이 현실적으로 어려운 이유는 자살에 대한 사회의 부정적 인식으로 인해 지인이나 가족의 자살을 공개적으로 표현하기를 꺼리며(Gau, S. S.&Cheng, A.T., 2004), 유족에 전적으로 의존하게 되는 정보 획득은 감정적으로 치우쳐 정보의 왜곡으로 이어 질 수 있는 가능성이 매우 높다.

결국 자살예방센터 및 정신보건센터가 기존에 실시하고 있는 애도 상담 및 자조모임 서비스를 제공하면서 심리적 부검을 실시한다면, 자살의 원인을 밝힘과 동시에 자살유족이 겪는 상실감 및 심리적 외상을 감소시키는 의미 있는 결과를 가져올 수 있겠으나 현재는 이러한 체계적인 서비스가 미미한 실정에 있다. 이에 따라 기존의 유족 서비스와 심리적 부검을 통합하는 과정에 대한 많은 노력과 연구가 지속되어야 할 필요가 있다.

따라서 본 연구에서는 1) 자살예방 서비스 기관의 서비스를 이용하는 유족을 통해 자살원인을 보다 체계적으로 파악하고, 2) 체계적인 지역사회 자살예방사업 추진을 위한 향후 과제를 모색해보고자 하였다.

II. 연구방법

2009년 1월 28일부터 2012년 12월 4일까지 서울시자살예방센터를 통해 유입된 자살사망자 상담내용 163건 중 본 연구에 부합하

는 31건과 자치구 정신보건센터에서 유입된 3건을 포함하여 총 34건을 선택하였다.

설문지 작성은 전화 또는 내소, 방문상담을 통해 상담자(정신보건 전문요원)가 구두로 질문한 후 유족이 답변한 내용을 상담원이 상담을 종료한 후 설문지에 기록하는 방식으로 진행하였다.

설문지는 한국자살예방센터(2009)에서 개발한 자살사망자 심리적 부검을 기초로 계량적 측정이 가능할 수 있도록 수정·보완하였다.

설문지의 구성은 크게 자살사망자의 일반적인 특성(18문항), 의학 적 특성(5문항), 지지체계(지지체계 5문항), 자살상황(18문항)으로 구성되었다.

자료 분석을 위하여 PASW 18.0(Predictive Analytics SoftWare)통계 프로그램을 이용하였다. 수집된 자료의 구체적인 통계처리방법은 자살사망자의 일반적 특성과 의학적 특성, 지지체계, 자살상황을 살펴보기 위해 빈도분석을 실시하였다.

연구의 제한점은 첫째로 자살 유족에게 의존하여 정보를 수집하는 연구방법으로 자살사망자에 대한 보다 객관적인 자료 수집에는 한계가 있었다. 둘째로는 편의에 의한 표집방법으로 자살사망자의 대표성을 확보하는데 어려움이 있었다. 마지막으로 조사대상자인 자살유족이 직접 기입하는 방식이 아닌 상담을 통해 획득된 정보를 기록하므로 기록한 상담원의 주관적 관점이 모두 제거되었다고 보기 어렵다.

III. 연구결과

1. 자살사망자의 일반적 특성

자살사망자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

자살사망자와의 관계는 부부가 40.0%였으며, 부모와 자녀가 각 20%로 나타났다.

성별에 있어서는 여성이 55.9%, 남성이 44.1%였고, 연령대는 40세-49세가 35.3%, 50세-59세가 20.6%로 나타났다. 종교유무에 있어서는 있음이 47.1%, 없음이 38.2%로 나타났으며, 유형에 있어서는 종교 있음 대상자 중 기독교가 62.5%를 차지했다.

자살사망자의 동거인 여부에 있어서는 있음이 88.3%라고 응답하였다. 주거형태에 있어서는 자택이 58.8%로 나타났다. 자살사망자의 직업은 학생이 26.5%로 가장 많았으며, 자영업이 20.6%로 다음 순을 차지하였다.

★ 표 1. 자살사망자의 일반적 특성

구분		빈도	백분율
정보제공자의 관계	배우자	14	40.0
	부모	7	20.0
	자녀	7	20.0
	형제	4	11.4
	친척	1	2.9
	친구	1	2.9
성별	남	19	55.9
	여	15	44.1
연령대	29세이하	10	29.4
	30-39	3	8.8
	40-49세	12	35.3
	50세이상	7	20.6
	무응답	2	5.9
종교	기독교	10	29.4
	천주교	2	5.9
	불교	4	11.8
	없음	13	38.2
	무응답	5	14.7
동거유무	있음	30	88.3
	없음	2	5.9
	무응답	2	5.8
주거형태	자택	20	58.8
	전세	2	5.9
	월세 등의 임대	4	11.8
	기타	2	5.9
	무응답	6	17.6
직업	회사원	3	8.8
	자영업	7	20.6
	주부	5	14.7
	학생	9	26.5
	전문직	3	8.8
	무직	1	2.9
학교 및 직장생활 만족여부	기타	6	17.6
	매우만족	1	2.9
	만족	1	2.9
	보통	12	34.3
	조금불만족	6	17.1
학교 및 직장생활 적응여부	매우불만족	6	17.1
	무응답	9	26.7
	매우 높았음	2	5.7
	조금 높았음	1	2.9
	보통	13	37.1
대인관계 수준	약간 낮았음	5	14.3
	매우 낮았음	4	11.4
	무응답	10	28.6
	매우 많았음	1	2.9
	조금 많았음	1	2.9
학교 및 직장생활 적응여부	보통	16	45.7
	약간 적었음	4	11.4
	매우 적었음	5	14.3
	무응답	7	22.8
	무응답	7	22.8

학교 및 직장생활 만족여부에서는 만족했었다는 응답이 5.8%인 반면, 불만족스러웠다는 응답이 34.2%로 나타났으며, 학교 및 직장생활 적응여부에 있어서도 적응수준이 높았다는 응답이 8.6%인 반면, 적응수준이 낮았다는 응답이 25.7%로 자살사망자의 다수는 사회생활에 있어서 보통 또는 그 이하의 수준을 유지하는 것으로 나타났다.

대인관계의 수준에 있어서도 많았다는 응답은 5.8%에 불과한 반면, 적었다는 응답은 25.7%로 대인관계의 양은 적었던 것으로 나타났다.

2. 조사대상자의 건강 및 정신건강 관련 특성

자살사망자의 건강 및 정신건강 관련특성은 <표 2>와 같다. 의료보장의 경우 건강보험이 91.2%로 나타났으며, 대상자의 자살사망 당시 질환유무의 경우, 47.1%가 있었다고 답변하였으며, 없었다고 답변한 대상자는 44.1%로 나타났다. 특히 질환 있음을 응답한 대상자 중 정신질환이 93.7%로 나타났다. 자살사망 당시 질환의 심각수준여부에 대한 질문에는 87.6%가 심각한 수준이었다고 응답하였다. 전체 조사대상자의 정신과 치료력은 52.9%로 자살사망자가 사망당시 또는 과거 절반 이상이 정신질환으로 치료를 받은 경험이 있는 것으로 나타났으며, 이 중 57.9%는 우울증의 진단을 받아 가장 높은 빈도를 차지하였다.

★ 표 2. 자살사망자의 건강 및 정신건강 관련 특성

구분		빈도	백분율
의료보장	건강보험	31	91.2
	의료급여종	1	2.9
	차상위	1	2.9
	기타	1	2.9
사망당시 질환유무	있음	16	47.1
	없음	15	44.1
	무응답	3	9.8
사망당시 질환종류 (N=16)	신체질환	1	6.3
	정신질환	14	87.4
	신체및정신질환	1	6.3
	매우심각함	7	43.8
사망당시질환 심각성여부 (N=16)	조금심각함	7	43.8
	보통	2	12.6
	약간심각하지않음	0	0
	전혀심각하지않음	0	0
정신과 치료력	있음	18	52.9
	없음	15	44.1
	무응답	1	2.9
정신과 진단력명 (N=18)	물질남용	1	5.3
	우울증	11	57.9
	조현병	5	26.3
	무응답	2	10.5

3. 조사대상자의 자살 관련 특성

자살사망자의 자살 관련 특성은 <표 3>과 같다.

자살사망자의 과거 자살시도경험 여부에서는 44.1%가 자살시도경험이 없다고 응답하였으며, 23.5%는 자살시도경험이 있다고 응답하였다. 자살사망자의 사망 당시 시도 장소는 주택내가 73.5%였으며, 공로가 8.8%인 것으로 나타났다. 사망 당시 동거자가 함께 있었는지 여부에서는 55.9%가 동거자가 없었다고 응답하였다. 자살사망자의 유서여부는 35.3%가 유서를 남긴 것으로 나타났으며, 사망 당시 음주여부는 14.7%만 음주상태였던 것으로 나타났다. 자살이유는 경제적 문제가 29.4%로 가장 많았으며, 다음 순으로는 가족과의 불화와 성격이나 신변비관이 각 14.7%로 나타났다. 자살사망 당시 수단은 목땀이 58.9%이며, 다음 순으로는 투신이

26.5%로 나타났다. 자살경고신호 여부에서는 있었다라고 응답한 사람은 47.1%로 나타났다.

IV. 고찰

자살예방 서비스 기관의 서비스를 이용하는 유족을 중심으로 한 자살원인을 보다 체계적으로 파악하고, 체계적인 지역사회 자살예방 사업 추진을 위한 향후 과제를 모색해보고자 하였다.

그 결과 자살사망자는 사회적응의 만족 및 적응, 대인관계 수준이 전반적으로 낮은 것으로 나타났는데, 많은 연구에서도 밝혀진 바와 같이 자살사망자에게서 대인관계 및 사회지지체계, 사회적응 등의 어려움을 겪는 경우가 빈번하다(Jie Zhang et al., 2010).

또한 자살사망자는 신체 및 정신질환을 앓고 있는 경우가 많았으며, 정신질환이 대다수를 차지하는 것으로 나타났다. 이는 자살과 정신질환은 그 어떠한 것보다 자살에 강력한 영향을 미친다(Hales & Yudofsky, 2003; Gau, S.S. & Cheng, A.T., 2004; Jie Zhang et al., 2010)는 외국의 연구결과와도 일치하고 있다. 또한 자살사망당시에 있어서도 정신질환의 심각성 수준이 대부분 높은 상태였고, 증상의 심각성에 따라 자살의 위험성이 높아지는 것으로 나타났다. Hagnell 등(1981)도 정신질환 특히 우울증의 정도가 심할수록, 자살 시도나 자살로 사망할 가능성이 매우 높다는 연구결과를 발표했다.

정신과 진단 구분에 있어서는 우울증이 가장 많았는데, Harris와 Barraclough(1997)의 연구에서 주요우울장애인이 일반인에 비해 자살로 사망할 확률이 매우 높다는 연구결과와 일치하는 것으로 우울증이 자살에 강력한 영향을 미친다는 기존 자살 위험요인의 결과와 크게 다르지 않았다. 그 외에도 정신질환 진단 구분에 있어서 조현병이 다음 순을 차지하였는데, 조현병이 모든 연령대에서 자살에 영향을 미치는 요인이며(문기태, 2006), 정신분열병 환자의 약 50%가 자살을 시도하고 10%가 자살로 사망에 이르는 연구와 일치하는 결과를 얻을 수 있었다(민성길 외, 2000). 그 외에도 물질남용의 응답이 있었는데, 알코올 중독 등도 자살에 영향을 미치는 주요 요인으로 보고되고 있다(Harris & Barraclough, 1997). 이처럼 자살의 원인을 분석함에 있어서 정신질환은 매우 중요한 자살사망 원인으로 파악하고 있고, 본 연구를 통해서도 정신질환이 자살과 깊은 관련성을 갖고 있음을 확인할 수 있었다.

자살사망자의 자살 관련 특성에서는 자살시도는 자살사망과 매우 밀접한 관련이 있으며(Tidemalm et al., 2008), 자살시도자의 사망표준화위험비가 38.4에 이른다고 보고되고 있는데(Harris & Barraclough, 1997), 본 연구에서도 자살사망자의 시도 비율이 높은 것으로 나타나 자살시도가 자살 위험요인임을 확인할 수 있었다. 또한 자살이유에 있어서는 경제적 문제에 의한 자살률이 높

★ 표 3. 자살사망자의 자살 관련 특성

구분	빈도	백분율
과거자살 시도경험	예	23.5
	아니오	44.1
	무응답	32.4
사망장소	주택내	73.5
	산업장	2.9
	공로(도로나 차도)	8.8
	기타	8.8
사망당시 동거자 거주유무	없었음	55.9
	방에 같이 있었음	2.9
	집에 같이 있었음	26.5
	집 근처에 있었음	2.9
유서유무	있음	35.3
	없음	50.0
	무응답	14.7
사망시 음주여부	있음	14.7
	없음	47.1
	무응답	38.2
자살이유	경제적문제	29.4
	직장생활적응문제	2.9
	친구·동료와 불화	2.9
	가족과의 불화	14.7
	성격이나 신변비관	14.7
	기타	29.4
자살수단	무응답	5.9
	목땀	58.9
	투신	26.5
	익사	2.9
	차도	2.9
	기타	5.9
경고신호	무응답	2.9
	있음	47.1
	없음	35.3
경고신호	있음	47.1
	없음	35.3
	무응답	17.6

은 것으로 나타났는데, 실업률과 자살률의 상관관계가 높으며, 경제수준 및 생활수준, 직업, 수입이 자살과 밀접한 관련성을 가지고 있다는 연구결과와 미추어 볼 때 경제적 요인이 자살과 밀접한 관련이 있다는 것으로 확인할 수 있었다(Chen et. al., 2006). 자살사망 수단으로는 목매이 가장 많았는데, 통계청의 자살사망원인 통계에서의 자살사망자의 수단과 큰 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다.

V. 결론

본 연구의 결과를 토대로 몇 가지 논의해 볼 사항은 다음과 같다.

첫째로 지금까지 다양한 형태의 심리적 부검이 국내에서 실시되었으나, 가장 큰 문제는 부검이 실시되는 과정에서 발생하는 유족에 대한 심리적 서비스 없이 진행되었다는 것이다. 한국자살예방협회(2009)도 심리적 부검이 성공적으로 추진되기 위해서는 자살사망자 유가족이나 지인들의 반응을 섬세하게 모니터링하고 이들이 겪고 있을 마음의 상처나 죄의식, 불안감 등을 적절하게 치유할 수 있는 환경의 조성이 우선적으로 필요하며, 이를 위해 자살유족 서비스를 제공하고 있는 기관을 중심으로 사업을 추진하였다. 이처럼 자살사망자의 사망원인을 밝히기 위한 목적이라 하더라도 남겨진 자살유족과 지인에 대한 서비스 없이 심리적 부검은 오히려 유족에게 큰 상처와 자살고위험군을 양성할 수 있기 때문에 유의할 필요가 있다. 이를 위해서는 자살유족 서비스에 대한 체계적인 마련이 선행되어야 하며, 이후 자살유족을 대상으로 한 심리적 부검과 자살유족 상담서비스를 병행하는 모형을 추진해 나아가야 할 것이다.

둘째로는 자살사망의 주요 원인 중 하나가 정신질환이라는 것은 기존연구와 본 연구에서 유사한 결과를 얻어냈는데, 이구상 등(2010)의 연구에서 확인된 바와 같이 정신질환자의 자살시도력과 자살사고가 높은 반면 지역정신보건시설의 자살위험성에 대한 대응방안 및 체계는 아직까지 미흡한 실정이다. 2011년 서울시 내 지역정신보건시설(정신보건센터, 알코올상담센터, 이용시설, 입소시설, 주거시설)을 이용한 대상자의 인구 10만 명당 자살사망률을 단순 계산하면 약 212.1명으로 서울시 전체 인구 10만 명당 자살사망률 26.9명의 약 7.88배에 이르는 것으로 나타났는데, 현재 지역정신보건기관의 자살고위험군인 정신질환자 관리의 중요성을 단적으로 보여주는 예라 하겠다. 또한 현재 등록되어있지 않은 정신질환자의 자살사망자수는 파악조차 불가능하나 자살사망률은 지역정신보건시설의 이용자 자살률을 상회할 것으로 추측되는데, 정신질환자의 지역사회 내 관리를 위한 조기발견과 관리가 매우 중요할 것으로 보인다.

마지막으로는 자살사망자의 원인은 매우 다양하나 가장 대표적으로는 경제적 문제와 대인관계의 갈등이다. 현재 자살예방센터가 시

도 및 시군구 단위로 운영되고 있으나 자살사망원인에 대한 개입을 모두 추진하는데에는 한계가 있다. 단적인 예로 경제적 문제 등은 자살예방센터나 정신보건센터가 직접 해결하기에는 어려움을 갖게 된다. 결국 자원과의 긴밀한 협조를 통해 문제를 해결할 수 있으며, 역으로 경제적 문제를 해결하기 위한 국가적 고용 및 복지서비스가 잘 갖추어져 있다면, 자살사고로 이어지지 않을 수 있다. 우선 국가와 지방자치단체는 고용 및 복지, 가정문제 해결을 위한 체계에 대한 전반적인 점검을 통해 일상생활에서 발생하는 스트레스 요인을 최소화하여 1차 자살예방을 실시하고, 스트레스 요인과 취약성으로 인해 발생하는 자살과 관련해서는 자살예방 및 정신보건 영역에서 2차 자살예방을 실시하는 다원화 전략이 무엇보다 필요하다.

자살예방을 위한 원인을 밝히기 위한 심리적 부검은 다양한 국가에서 실시하였으나 그 결과는 크게 다르지 않다. 다만 이러한 연구결과를 어떠한 방식으로 국가나 지방자치단체가 정책에 반영하고 적용하느냐에 따라 자살률의 감소라는 소기의 성과를 얻을 수도 있고, 그렇지 않을 수도 있다. 결국 지금까지 진행되었던 심리적 부검을 통해 이미 우리가 수립할 수 있는 자살예방 대책은 대부분 소개되어 있으며, 이제는 이것을 어떻게 활용해 나아갈 것인가 대해보다 심도있는 고민이 필요할 것으로 판단된다.

VI. 참고문헌

1. 군의문사진상규명위원회(2009). 군의문사진상규명위원회 종합 보고서.
2. 문국진(1991). 자살의 증명과 심리부검. 대한법의학회지. 15(1):3.
3. 민성길 외(2000). 제4개정판 최신정신의학. 일조각.
4. 보건복지부(2005). 자살예방 5개년 종합대책.
5. 서종환 · 이항환 · 김경일 · 김성혜(2012). 한국자살사망자특징: 사례-대조심리적 부검 연구. 한국심리학회지. 31(2):323~344.
6. 이구상 · 서영미 · 남은경 · 김동욱 · 김지은 · 이명수(2010). 서울시 정신질환자 자살 관련 실태에 관한 연구. 정신보건. 서울시 정신보건센터. 1:19-26.
7. 에밀 뒤르켐(2008). 자살론. 청아출판사.
8. 원시연(2010). 자살예방대책관련법의 의의와 효과분석. 국회입법조사처.
9. 정상혁(2005). 우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구. 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터.
10. 제영모(2004). 자살과 정신장애. 생물치료정신의학. 10(1):3-11.
11. 통계청(2012). 2011년 사망원인 통계 결과.
12. 한국자살예방협회(2008). 자살의 이해와 예방. 학지사.
13. 한국자살예방협회(2009). 자살사망자 심리적 부검 및 자살 시도자 사례관리서비스 구축방안.
14. Chen, E.Y.H., Chan, W.S.C., Wong, P.W.C., Chan,

- S.S.M., Chan, C.L.W., Law, Y.W., Beh, P.S.L., Chan, K.K., Cheng, J.W.Y., Liu, K.Y., Yip, P.S.F.(2006). Suicide in Hong Kong: A case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*. 36(6):815-825
15. 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.
16. Harris, E.C., Barraclough, B.(1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *British journal of psychiatry*. 170:205-228.
17. Gau, S.S., Cheng, A.T.(2004). Mental illness and accidental death. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry*. Nov:185:422-428.
18. Hales, R.E., Yudofsky, S.C.(2003). *The American Psychiatric Publishing textbook of clinical psychiatry*. 4th ed. 1459-463. American Psychiatric Press.
19. Jie Zhang, Shuiyuan Xiao, Liang Zhou(2010). Mental Disorders and Suicide Among Young Rural Chinese: A Case-Control Psychological Autopsy Study, *Am J Psychiatry*. 167:773-781.
20. Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G.L., Malone, K.M.(1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 156(2):181-189.
21. Hagnell, Jan Lanke, Birgitta Rorsman(1981). Suicide Rates in the Lundby Study: Mental Illness as a Risk Factor for Suicide. *Neuropsychobiology*. 7:248-253.
22. Roy, A., Segal, N.L.(2001). Suicidal behavior in twins: a replication. *J Affect Disord* 66(1):71-74.