

심리적 부검을 통한 전북지역 자살 실태에 관한 연구

이 만 석 김 명 식 권 호 인[†]

전북 지방경찰청

전주대학교 상담심리학과

본 연구의 목적은 심리부검을 통해 전북지역의 자살실태를 파악하는 것이었다. 연구대상은 2013년 5월부터 2014년 4월까지 1년간 전북지역에서 발생한 자살사망자 중 심리적 부검에 동의한 42건의 사례로, 사망자의 직계가족을 대상으로 반구조화된 심리면담을 실시하였다. 그 결과 자살 사망자중 71%가 과거의 자살시도 경험이 있었으며, 50%에서 자살가족력이 보고되었다. 자살의 추정원인으로는 정신 질환(38%)이 가장 빈번하였으며, 그 다음으로는 대인 관계 문제(31%), 가정 문제(11%)순이었다. 사망자가 진단받은 정신 질환은 우울증이 가장 빈번하였는데, 대부분이 과거에 치료를 받았지만 사망 당시에는 치료를 받지 않았던 것으로 나타났다. 이러한 결과는 자살이 정신 질환과 정신질환에 대한 적절한 개입 실패와 연관되어 있음을 시사한다. 또한 과거 자살시도나 자살 가족력이 있는 대상에 대한 집중적 자살 예방개입의 중요성을 시사한다. 끝으로 본 연구의 의의, 제한점에 대해 논의하였다.

주요어 : 자살, 심리부검, 정신질환, 지역 자살실태

[†] 교신저자 : 권호인, 전주대학교 상담심리학과, 전북 전주시 완산구 천잠로 303
Tel : 063-220-4666, Fax : 063-220-2051, E-mail : hikwon14@jj.ac.kr

우리나라에서 자살은 일상화된 일이 되고 있다. 2013년 국내 자살률은 인구 10만 명당 28.5명으로, 2011년에 비해 약 11% 감소하였지만, 여전히 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 가장 높은 수치이며, 전체 회원국의 평균 자살사망률에 비해 2배가 넘는 수치이다(통계청, 2014). 더욱 심각한 것은 다른 회원국의 자살률은 갈수록 감소하고 있으나, 한국의 자살률은 지속적으로 증가하는 추세에 있다는 것이다. 전체 연령의 사망원인 순위에서 자살은 4위로, 교통사고보다 2배 이상 높은 수치이다. 특히, 연령별 사망원인을 감안하면, 10대-30대 사망원인 1위, 40대와 50대에서는 2위를 차지하고 있다. 전라북도의 2013년 자살률은 인구 10만 명당 24.5명으로 전국 평균 25.1명과 유사한 수준이나 꾸준한 증가 추세에 있다(통계청, 2014).

사람은 혼자 살다가 홀로 죽는 존재가 아니다. 한 사람의 삶은 부모와 주변 사람들, 학교, 사회, 국가 등 많은 사람과 자원의 투입 및 투자에 의해 이루어진다. 한 사람이 자살하게 되면 남은 가족과 친구, 친지들은 죄책감, 원망 등의 심각한 후유증을 겪게 된다. 또한 삶이 자살로 끝날 수 있다는 것을 보여줌으로써 다른 사람들에게 자신의 삶도 그렇게 끝낼 수 있다는 생각을 심어주는 파급효과를 초래한다(도순원, 2012). 더욱이 자살은 사회적으로도 많은 부담이 되는 사회현상이다. 우리나라에서 자살 사망의 사회·경제적 비용은 연간 최소 1조 2천억 원에서 최대 3조 1천억 원 정도로 추정된다(정상혁, 2005).

자살의 심각성에 대처하기 위해서는 자살의 본질적인 원인이 무엇인지 밝히는 심리 부검이 우선적으로 필요하다. 심리 부검(psychological autopsy)이란 자살 사망자에 대해

정보를 수집하여 자살의 원인을 규명하는 방법이다. 즉 어떤 사람이 자살했을 때, 자살사망자의 가족 구성원이나 친척, 친구, 직장 동료 등 가까운 사람들과의 심층면접을 비롯하여, 자살사망자의 일기 등 생전의 개인적인 기록과 의료 기록, 검시관의 진술, 경찰 조서 등을 수집하여 왜 그 사람이 자살할 수밖에 없었는가를 과학적으로 규명하는 것이다(제영모, 2004). 심리 부검을 통한 자살 연구는 자살사망자의 전 인생사를 살펴봄으로써, 그의 성격특성과 생활방식, 대인관계, 스트레스 대처법 등 세부적인 사항들을 연구하여 정교한 자살예방정책을 수립하는데 도움이 된다. 법의학적으로는 의문의 죽음과 자살 사이의 관련성을 밝혀내고, 보건학적으로는 자살연구와 국가 또는 지역사회 차원의 자살예방 활동을 지원한다. 또한 법률적으로는 자살이 의심되는 민사 또는 형사소송에서 자살에 대한 가능한 원인들을 재구성하여 상대측의 법적과실을 입증하는 것을 지원하기도 한다. 예를 들어, 특정한 조직 내의 업무 방식과 일의 양이 사망자로 하여금 자살을 선택할만한 스트레스를 야기하였다는 것이 심리적 부검을 통하여 입증되면, 그 조직은 민사적 책임을 지게 된다(Bartol & Bartol, 2004).

핀란드, 미국 등 자살예방 선진 국가에서는 심리적 부검제도의 도입을 통하여 국가 차원의 자살예방대책이 실효를 거둘 수 있었다. 핀란드의 경우 1987년 자살률이 인구 10만 명당 30.3명으로 세계 1~2위의 자살률을 기록하였는데, 심리적 부검제도를 기반으로 구축한 자살예방 프로그램을 통해 20여년 만에 자살률을 절반 수준으로 낮추었다(자살예방협회, 2009). 미국은 최초로 심리적 부검에 대해 연구한 나라로서 심리적 부검을 통한 자살예방

정책을 실시하여 자살률이 1990년 10만 명당 19명 수준에서 2000년 14명 수준으로 감소하였다(자살예방협회, 2009). 이러한 이유로 다양한 국가에서 자살을 예방하기 위하여 심리적 부검을 이용하고 있다.

2000년대 들어 일본, 대만, 중국, 홍콩 등을 비롯한 아시아권에서 심리적 부검 연구가 증가하였다. 아시아는 대다수의 국가들이 급격한 사회 경제적 변화를 겪었으며, 1997년 아시아 경제위기 이후 홍콩, 한국, 일본, 대만과 태국은 자살률의 증가를 경험한 바 있다(Chang, Gunnell, Sterne, Lu, & Cheng, 2009). 한 예로 대만에서 113명의 자살사망자를 226명의 대조군과 비교한 연구 결과, 상실 사건, 직계 가족의 자살행동, 주요 우울장애, 정서적으로 불안정한 성격장애, 약물 의존의 다섯 가지 위험요인이 보고되었다(Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000). 중국의 대규모 통제 연구 결과에서는 높은 우울증상, 과거의 자살시도, 급격한 스트레스, 낮은 삶의 질, 만성 스트레스, 사망과 임박한 시점의 심한 대인관계 갈등, 자살 행동의 가족력 등이 주요 위험요인으로 파악되었다(Philips et al., 2002). Chen, Wu, Yousuf과 Yip(2011)은 아시아 지역에 대한 일련의 심리부검연구를 검토한 후, 정신질환, 물질/알콜 남용, 과거의 자살시도 등은 서구와 마찬가지로 자살의 주요 위험 요인이기는 하지만 서구에 비해 아시아권에서는 치명적 자살 수단에 대한 접근성, 급성 생활사건(예; 가족 갈등, 직장이나 재정 문제 등)이 더 중요한 역할을 한다고 제안하였다. 자살이 그 지역의 사회경제적이고 문화적 측면을 반영하는 사회 현상이라는 점을 감안할 때 향후 국가 및 지역 차원에 대한 심리부검 연구의 필요성은 자명한 일이다.

최근 국내에서도 심리부검에 대한 연구가 점차 확대되고 있다. 한 예로, 제영묘(2004)는 자살 당시에 자살자의 90% 이상에서 한 가지 이상의 정신질환을 가지고 있다고 보고했으며, 한국 자살예방협회(2009)는 국내에서 처음으로 정신의학적 심리부검 모델을 시도하였다. 이후 서종한, 이창환, 김경일, 김성혜(2012)는 사례-대조 심리적 부검연구를 통하여 한국 자살 사망자의 특징을 연구하였다. 그 결과 자살사망자는 대조군에 비해 정신질환이 있는 경우가 유의하게 많았으며, 이중 우울증이 가장 빈번하다고 보고하였다. 또한 자살사망자는 학교나 직장에서 분명한 적응 문제가 있었고 무직기간이 길며, 자신의 어린 시절을 불행하다고 회상하는 경향이 있었다고 보고하였다. 한편 이창룡(2013)은 국내외의 심리 부검 프로토콜을 검토하여 우리나라 실정에 맞는 프로토콜을 제안하였다. 최근 보건복지부(2014)는 72건의 자살사망 사례에 대해 유가족의 심층 면담, 유서 분석 조사 등의 심리적 부검을 활용하여 자살실태조사를 발표하였다. 이 조사에 따르면, 과거에 자살시도 경험이 있는 사람은 그렇지 않은 경우에 비해 자살 위험성이 25배 증가하며, 자살의 주된 원인은 우울감 등 정신과적 증상이 37.9%, 대인관계 스트레스 31.2%, 경제적 문제 10.1% 순으로 나타났다. 그러나 아직까지 국내 심리부검은 사례에 대한 체계적 접근의 한계, 유가족 협조를 구하는데 어려움 등으로 활성화되지 못한 실정이다(권호인, 김란, 방수영, 홍현주, 권용실, 2014). 더욱이 국내의 높은 자살률과 증가추세는 다양한 지역과 표본을 대상으로 한 심리부검 연구의 필요성을 시사한다. 또한 자살이 개인 뿐 아니라 개인이 속한 지역의 사회 문화적 특수성을 반영하는 사회 현상임을 감안

할 때, 자살률을 감소시키기 위해서는 그 지역적 특성을 반영한 심리부검과 예방개입이 필수적이라고 할 수 있다.

이에 따라 본 연구는 심리 부검을 통하여 전북지역에서 발생한 자살의 원인과 실태에 대하여 파악하고자 한다. 이를 통해 전북지역에서 발생하는 자살의 경향성을 체계적으로 파악하고, 자살의 위험요인을 규명함으로써, 지역과 중앙 자살 예방정책의 수립에 도움이 되고자 한다.

방 법

연구 대상

본 연구에서는 전북광역 정신건강 증진센터와 전북경찰청의 협조를 얻어 2013년 5월부터 2014년 4월까지 1년간 전라북도에서 발생한 자살사망자의 현황을 확보한 후, 유족에게 연락하여 심리 부검에 대해 설명하였다. 이 중 서면으로 면담에 동의한 42명이 연구 대상이었다. 성별은 남성이 24명(57.1%), 여성이 18명(42.9%)으로 유사했고, 연령대별로 10대는 5명(11.9%), 30대 10명(23.8%), 40대 7명(16.7%), 50대 10명(23.8%), 60대 6명(14.3%), 70대 4명(9.5%)이 포함되었다. 20대 사망자는 없었다. 학력은 고졸이 가장 빈번하였으며(47.6%), 결혼 여부는 기혼이 22명(52.4%)로 가장 빈번하였다. 종교는 기독교가 가장 빈번하였으며(40.5%) 월 소득 100만원 이하인 저소득층(48%)이 가장 빈번하게 나타났다. 사망 발생 후 면담 시기는 3개월에서 12개월 이내였다. 연구 대상의 인구통계학적 특성은 표 1에 제시하였다.

표 1. 연구대상의 인구통계학적 특성

		(N=42)	%
성별	남성	24	57.14
	여성	18	42.86
연령	10대	5	11.90
	30대	10	23.81
	40대	7	16.67
	50대	10	23.81
	60대	6	14.29
	70대	4	9.52
학력	초졸	10	23.81
	중졸	3	7.14
	고졸	20	47.62
	대졸이상	9	21.43
결혼여부	미혼	14	33.33
	기혼	22	52.38
	이혼	2	4.76
	사별	2	4.76
	별거	2	4.76
종교	무교	13	30.95
	기독교	17	40.48
	불교	7	16.67
	천주교	3	7.14
	기타	2	4.76
	소득수준	0~100	20
100~200		2	4.76
200~300		8	19.05
300~400		2	4.76
1000~2000		2	4.76
2000~3000		6	14.29
4000~5000		2	4.76

연구절차

본 연구에서는 먼저 자살사망자의 유족에게 전화를 하여 면담자 소개와 면담의 취지를 설명하고, 면담에 대한 동의를 얻은 후에 유족을 방문하여 면담을 실시하였다. 정보제공자의 심적 안정을 위하여 주거지나 정보제공자가 원하는 장소를 선정하였다. 면담 전에 정보제공자에게 면담자의 신분에 대하여 간단히 소개한 뒤, 면담의 목적과 취지, 비밀과 익명성의 보장, 면담이 진행되는 과정, 정보제공자의 권리, 예상 소요시간 등을 충분히 설명한 후, 면담동의서에 서명한 경우만 심리적 부검의 면담이 진행되었다. 면담자는 전북 광역 정신건강증진센터의 사회복지사 1인과 연구자 총 2인이었으며, 사전에 심리부검에 대한 훈련과 교육에 참여한 후 면담을 실시하였다.

면담의 진행은 정보제공자가 자살사망자에 대하여 알고 있는 내용을 연대기적으로 자유롭게 진술이 이루어지게 한 후, 반 구조화된 면담을 통하여 세부 사항들을 수집하였다. 면담 대상은 사망자의 배우자(59.52%), 부모(30.95%), 성인 자녀(9.52%)로 모두 직계가족이었다.

측정도구

심리적 부검에 필요한 정보는 자살사망자의 가족과 지인들을 포함하여 최소 1인의 진술을 면담을 통해 수집하였다. 또한 경찰 조사기록, 유서, 병원 기록 등은 유가족의 승낙을 얻어 수집 후 검토하였다.

반 구조화 면담 진행 시 이용한 ‘심리면담 조사표’는 부산광역자살예방센터와 전북광역 정신보건센터, 부산경찰청, 전북경찰청에서 사

용한 면담양식으로 사망당시의 상황, 경제적 여건, 학력과 결혼 상태, 사망당시의 음주 여부, 신체질환의 정도, 정신질환 및 치료 상황, 과거 자살시도경험이나 자살 가족력, 정신건강의학과적 가족력, 학교나 직장에서의 적응 문제, 주변에 신뢰하는 사람의 유무, 어린 시절 신체 및 성 학대 여부 등 총 30가지 항목으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 심리면담 조사표 내용 중 신뢰하는 사람의 유무, 주변인 및 학대 여부 등에 대한 항목을 제외하였다.

분석방법

본 연구에서는 수집된 자료의 통계 분석을 위해 SPSS 18.0 프로그램을 사용하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도분석을 사용하였다. 발생지역 및 발생시각, 자살시도 및 자살가족력, 원인과 방법, 정신질환과 치료여부 등을 각각의 성별과 연령에 따라 특성을 파악하기 위하여 교차 분석을 실시하였다. 교차분석에서 유의한 결과가 도출된 경우 사후분석을 위해서 Pearson's residual의 잔차 구조를 통해 집단 간 상관성을 검토하였다. 본 연구 대상의 연령 비교를 위해 10대를 청소년층으로 30대에서는 50대까지는 중장년층으로 60대부터 70대까지는 노년층으로 분류하였다. 20대는 연구 대상에 포함되어 있지 않았다.

결 과

자살사망자의 자살행동 특징

전체 표본의 자살행동 특징은 표 2에 제시

표 2. 자살 사망자의 자살 행동 특징

		(N=42)	%
발생 장소	집(거주지)	30	71.43
	길거리	2	4.76
	기타	10	23.81
발생 시간	00~06시	6	14.29
	06~12시	10	23.81
	12~18시	14	33.33
	18~24시	10	23.81
	미상	2	4.76
음주여부	유	16	38.10
	무	26	61.90
급성 신체질환 여부	유	1	2.38
	무	41	97.62
동거가족여부	유	27	64.29
	무	15	35.71
가족왕래	유	17	40.48
	무	25	59.52
적응문제	유	14	33.33
	무	28	66.67
과거 자살시도	유	30	71.43
	무	12	28.57
자살가족력	유	21	50.00
	무	21	50.00
자살 추정 원인	가정문제	5	11.90
	대인관계문제 (이성 문제 포함)	13	30.95
	신체적 질병문제	4	9.52
	경제적 또는 직업문제	4	9.52
	정신질환	16	38.09
자살 방법	목매	12	28.57
	음독	12	28.57
	투신	12	28.57
	익사	2	4.76
	가스중독	4	9.52

하였다. 발생장소는 아파트, 주택 등 주거지가 가장 빈번하였다(71.43%). 발생 시각은 전 시간대에 걸쳐 비교적 고른 편이었는데, 새벽보다는 활동 시간대(06~24)에 발생한 것으로 나타났다. 약 38%의 사망에서 음주가 있었다고 보고되었으며, 신체 질환은 2.38%로 낮은 빈도로 보고되었다(80.95%). 또한 동거 가족이 있는 경우, 적응 문제가 관찰되지 않는 경우가 더 빈번하였다.

자살과 관련하여 가장 두드러진 요인은 과거 자살시도와 자살가족력이었다. 과거 자살시도가 있는 경우는 전체 표본의 71.4%로 나타났다. 자살 가족력도 약 반수에서 관찰되었다. 이 두 가지 요인을 바탕으로 성별과 연령대에 따른 교차분석을 실시하였다. 성별에 따른 교차분석 결과 남녀 모두 과거 자살시도가 빈번하였으며(남성 75.0%, 여성의 66.7%), 자살가족력이 있는 경우는 남성이 여성에 비해 빈번하였으나(남성 표본의 58.3%, 여성의 38.9%), 두 집단 간 차이는 유의하지 않았다($\chi^2(1, n=42)=3.20, ns$; $\chi^2(1, n=42)=.35, ns$).

청소년층은 과거 자살시도는 전무했지만(100.0%) 자살 가족력은 높은 편이었다(80.0%). 중장년층은 과거 자살시도 경험이 빈번한 편이었으며(81.5%), 자살가족력도 빈번하였고(51.9%), 노년층은 과거 자살시도 경험이 빈번한 반면(80.0%), 자살가족력은 상대적으로 낮은 편이었다(30.0%). 연령에 따른 과거 자살시도의 빈도 분석 결과 연령 차이는 유의하게 나타났다($\chi^2(2, n=42)=14.20, p<.01$). Pearson's residual의 잔차 구조를 통해 집단 간 상관성을 사후 검토한 결과, 중장년층과 노년층의 과거 자살시도가 청소년층에 비해 유의하게 높은 것으로 나타났다. 반면 자살 가족력의 연령 차이는 유의하지 않았다($\chi^2(2, n=42)=2.17, ns$).

자살의 원인을 살펴본 결과 정신질환이 가장 빈번하였으며(38.09%), 대인관계문제(30.95%), 가정 문제(11.90%)의 순으로 나타났다. 남성의 경우 대인관계문제(507%)가 가장 높은 반면, 여성의 경우 정신건강의학과적 문제(61.1%)가 전체 문제 중 가장 큰 원인으로 작용하였다. 성별에 따른 자살 원인 빈도 분석 결과는 유의하였다($\chi^2(1, n=42)=11.13, p<.01$). Pearson's residual의 잔차 구조를 통해 집단 간 상관성을 사후 검토한 결과 대인관계문제는 남성이 여성보다 빈번한 반면, 정신질환은 여성이 남성에 비해 빈번하게 나타났다.

자살의 원인에 대한 연령별 분석 결과 청소년층의 자살 원인으로는 대인관계 문제(60%), 가정문제(40.0%), 순이었다. 반면 중장년층은 정신질환(44.4%), 대인관계문제(18.5%), 경제 및 직업 문제(14.8%)순이었다. 노년층에서는 대인관계문제(50.0%), 정신건강의학과적 문제(40.0%), 신체적 질병문제(10.0%)순으로 나타났다. 연령에 따른 자살 원인 차이의 빈도 분석 결과는 유의하지 않았다($\chi^2(2, n=42)=13.38, ns$).

자살 사망자가 사용한 방법은 목매, 음독, 투신이 각각 28.6%로 고른 빈도로 나타났으며, 가스중독과 익사는 상대적으로 낮은 빈도로 나타났다. 남성의 경우 목매가 가장 높은 빈도인 반면(33.3%), 여성은 음독과 투신이 가장 높게 나타났다(모두 33.3%). 10대의 경우 투신(60%)과 높은 곳에서 투신 후 익사(40%)만이 보고된 반면, 중장년층에서는 목매(37.0%), 음독(29.6%) 순으로, 노년층에서는 음독(40%)과 투신(40%)순으로 나타났다. 그러나 성별 및 연령에 따른 자살방법의 빈도분석 결과는 유의하지 않았다($\chi^2(1, n=42)=6.61, ns; (\chi^2(2, n=42)=14.47, ns$).

표 3. 정신질환과 치료력

	(N=28)	%
정신질환		
주요우울장애	22	52.38
알콜 중독	4	9.52
치매	2	4.76
치료력		
치료 중	5	11.90
과거치료 현재 중단	23	54.76

정신의학적 질병력과 치료력

사망자가 과거에 정신질환에 대해 진단을 받았는지에 대해 살펴본 결과는 표 3에 제시하였다. 전체 표본 중 66.67%가 정신질환을 진단받은 적이 있었는데, 사망자의 반수가 우울증 진단을 받았던 것으로 나타났다(52.38%). 그 다음으로는 알콜 중독(9.52%), 치매(4.76%)가 보고되었다. 또한 사망자의 반수 정도가 과거에 정신과적 치료를 받았으나 사망 당시에는 치료를 중단한 상태였던 것으로 나타났다. 성별에 따른 정신질환과 치료력의 빈도분석 결과는 유의하지 않았다($\chi^2(1, n=28)=1.64, ns; \chi^2(1, n=28)=5.28, ns$). 연령에 따른 정신질환 빈도 분석 결과는 유의하게 나타났다($\chi^2(2, n=28)=19.09, p<.01$). 사후 분석 결과 청소년층과 장년층이 노인층에 비해 우울증이 유의하게 높았다. 치료력에 있어서 연령에 따른 차이는 유의하지 않았다($\chi^2(2, n=28)=5.49, ns$).

논 의

본 연구는 전북 지역에서 발생한 자살의 실

태를 파악하고자 하는 목적으로 수행되었다. 이를 위해 2013년부터 2014년까지 1년 동안 동 지역에서 발생한 총 42건의 자살 사망자의 유족을 대상으로 한 면담을 통해 자살 원인과 방법, 과거 자살 시도 및 자살가족력, 정신질환과 치료여부 등을 파악하였으며, 성별과 연령대에 따라 비교 분석하였다.

본 연구 결과 대다수의 자살이 자신의 주거지에서(71.43%), 새벽보다는 활동시간대(06~24)에 발생하였다. 향후 국내 자살행동의 특징에 대한 대규모 표본을 통한 조사가 필요한 것으로 보인다.

자살 사망자의 57%가 남성이었으며, 연령대는 20대를 제외하고 10대부터 70대까지에 걸쳐 있었다. 학력은 고졸이, 월 소득이 100만원 이하인 빈곤층이 가장 빈번하였다. 본 연구에서 나타난 저소득층의 높은 자살 빈도는 국내의 선행 조사와 일치하는 결과이다(보건복지부, 2014). 특히 본 연구의 자살 사망자중 월 소득이 100만원 이하인 저소득층이 47.6%로 가장 빈번하였다는 결과는 주목할 만하다. 향후 자살 사망에 있어서 빈곤의 영향에 대한 보다 분명한 탐색이 필요한 것으로 보인다. 또한 경제적 빈곤이 정신질환 및 대인관계 스트레스 등 본 연구에서 도출된 위험 요인과 어떤 상호작용을 통해 자살 위험성을 증가시키는지에 대한 보다 심층적 연구가 필요한 것으로 보인다.

본 연구 결과의 성비는 국내 전체 자살 통계의 성비가 2:1와 비교할 때 남녀비가 유사하고 평균 학력은 높게 나타났다. 또한 본 연구대상의 자살 방법으로는 목매, 음독, 투신이 동일하게 나타나서 다른 지역에 비해 음독과 투신의 비율이 높은 편이다(자살예방협회, 2011). 이 같은 결과는 전복 자살 사망의

지역적 특수성을 시사하며, 향후 대규모 표본을 대상으로 한 탐색이 필요할 것으로 보인다.

본 연구 결과 과거 자살시도는 높은 자살 위험 요인으로 나타났다. 이러한 결과는 과거 자살시도가 자살과 매우 밀접한 관련이 있고(Cavanagh, Owens, & Johnstone, 1999; Hawton, Smith, Rue, Haw, Clements, Barbour et al., 2002), 과거 자살시도자의 사망위험이 38.4배, 국내의 경우 25배에 이른다는 선행연구와 일치하는 것이다(Harris & Barraclough, 1997, 보건복지부, 2014). 또한 본 연구 결과 자살 가족력을 가진 사람들의 비율이 50%로 높게 나타났는데, 이 결과 역시 서구 및 아시아권의 선행 연구 결과와 일치하는 것이다(Philips et al., 2002; Cheng et al., 2000). 본 연구에서는 10대 사망자에 비해 30대 이상의 사망자에서 자살 시도가 있는 경우가 더 빈번하게 나타났다. 이러한 결과는 10대 사망자는 중장년층에 비해 연령이 낮기 때문일 수도 있으며, 한편으로는 10대 사망자의 자살 방법의 치명성과 관련될 가능성이 있다. 향후 청소년에 비해 중장년층이 반복적 자살 시도를 통해 사망에 이르는지에 대한 후속적 탐색이 필요할 것으로 보인다.

자살의 원인에서는 정신 질환과 대인관계 문제가 유사한 정도로 빈번하였는데, 이러한 결과는 다른 국가에 비해 대인관계 문제가 주요 자살 사유라는 최근의 결과와 일치하는 것이다(보건복지부, 2014). 본 연구에서는 자살 원인에 있어서 성차가 발견되었는데, 흥미롭게도 남성의 경우 대인관계문제가 더 빈번한 반면, 여성의 경우 정신질환이 더 빈번한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 성별에 따라 위험요인의 비중이 달라질 수 있음을 시사한다. 향후 자살 예방에 있어서 대인관계 갈등

관리가 주요 요소로 포함되는 것에 대한 고려가 필요하다.

마지막으로 본 연구 표본의 67%가 정신질환 진단을 받은 적이 있었고, 이는 남녀, 모든 연령대에서 관찰되었다. 다만 우울증은 모든 연령에서 가장 빈번하였고, 노인의 경우에는 치매와 알콜 중독이 관찰되었다. 이 같은 결과는 정신 질환이 자살에 강력한 영향을 미친다는 기존 연구와 일치한다(Gau & Cheng, 2004; Hales & Yudofsky, 2003). 또한 국내 다른 조사결과보다 정신질환의 진단비가 높은 수치이다(서종한 등, 2012). 그러나 과거에 정신질환을 진단받은 사람들의 대부분이 사망 당시에는 치료를 중단했던 것으로 나타났다. 이러한 결과는 정신과에 내원한 환자들을 대상으로 적절한 정신과적 개입을 하는 것이 궁극적으로 자살 예방을 위해서 필요하다는 것을 시사한다. 또한 이들 대다수가 이미 이전에 자살을 시도했다는 본 연구 결과를 감안 할 때, 적절한 정신과적 치료와 함께 자살 시도자에 대한 사례관리 프로그램을 확립하는 것 역시 필수적인 자살예방개입이 될 수 있을 것으로 보인다. 현재 국내에 자살시도자를 대상으로 한 사례관리가 시작되고 있으나 정신질환에 대한 사회적 낙인은 여전히 장애물로 작용하고 있다(Kleiman, 1997). 정신과적 서비스에 대한 접근성을 높이는 것과 함께 정신질환에 대한 낙인을 감소시키려는 전 사회적인 노력이 절실히 필요한 것으로 보인다. 또한 본 연구에서 10대에서는 과거의 자살시도가 관찰되지 않았다는 결과는 의료 체계 이전에 지역사회나 학교 기반 자살예방개입의 필요성을 보여 주는 것으로 판단된다.

본 연구에서는 몇 가지 제한점이 존재한다. 첫째, 자살사망자의 유족에게 의존하여 정보

를 수집하는 연구방법이기에 자살사망자에 대한 유족의 주관적인 생각의 영향을 배제할 수 없었다. 둘째, 정보제공자가 설문에 직접 기입하는 방식이 아닌 면담자가 면담을 실시한 후 획득된 정보를 기록하므로 정보제공자의 정보가 축소되거나 확대되며, 오염될 가능성이 있었다. 셋째, 수집한 사례가 전북지역에서 발생한 자살사망자이고, 사례의 수가 많지 않으며, 특히 20대 자살사망자는 반영이 되지 못하여 모든 연령을 대표하는데 어려움이 있었다. 그러므로 연구결과를 일반화하는데 제한점으로 작용할 수 있다. 넷째, 본 연구 대상의 과거 정신 질환은 파악했으나 사망 당시의 정신과적 진단을 추정하지 못했다. 따라서 사망 당시의 정신과적 상태에 대한 정확한 판단에는 한계가 있었다. 마지막으로 본 연구에서는 대조군이 포함되어 있지 않아서 자살 위험요인에 대한 분명한 확증에 어려움이 있었다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 전북 지역에서 발생하는 자살에 대하여 실증적으로 연구함으로써 지역적 자살의 실태를 파악했다는 의미가 있었다.

자살은 사망자 자신과 남아있는 가족, 주변 지인들을 포함하여 사회·국가적으로 심각한 손실을 초래하므로 예방을 위한 노력은 필수적일 것이다. 본 연구 결과에서 알 수 있듯이 자살은 한 사회의 문화와 지역적 특수성을 포함하는 복합적인 사회현상이다. 향후 다양한 지역 뿐 아니라 국가 차원의 심리부검이 필요할 것으로 보이며, 지역과 중앙이 밀접하게 협력하는 자살관리 시스템을 구축하려는 노력과 투자가 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

- 권호인, 김 란, 방수영, 홍현주, 권용실 (2014). 청소년 자살자에 대한 심리적 부검 방법론에 대한 고찰. *소아청소년 정신의학*, 25(3), 121-127.
- 도순원 (2012). 심리부검의 의의와 사례에 관한 연구. *경북대학교 수사과학대학원 석사학위논문*.
- 문국진 (1991). 자살의 증명과 심리부검. *대한법의학회지* 15(1), 1-13.
- 보건복지부 (2014). 2013년 자살실태조사 요약 보고서.
- 서중환, 이창환, 김경일, 김성혜 (2012). 한국 자살사망자 특징: 사례-대조 심리적 부검 연구. *한국심리학회지: 일반*, 31(2), 323-344.
- 신성원 (2005). 심리부검 연구의 실무적 활용 및 윤리적 고려사항, *한국범죄심리연구*, 1(1), 231-252.
- 이구상, 최민정, 김수정, 박재영, 이명수, 서지혜, 이소영 (2012). 자살사망자의 축약 심리적 부검에 관한 연구. *정신보건*, 3(1), 18-24.
- 이창룡 (2013). 한국형 심리적 부검 프로토콜 활용에 관한 연구. *경기대학교 대학원 석사학위논문*.
- 정상혁 (2005). 우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구. *국립서울병원 국립정신보건교육연구센터 용역보고서* 11, 1-128.
- 제영묘 (2004). 자살과 정신 장애. *생물치료정신의학* 10(1), 3-10.
- 통계청 (2014). 2013년 사망원인 통계.
- 한국자살예방협회 (2009). 자살사망자 심리적 부검 및 자살시도자 사례관리서비스 구축 방안. 보건복지부.
- 한국자살예방협회 (2011). 자살예방기본계획. 한국자살예방협회.
- Asgård, U., & Carlsson-Bergström, M. (1991). Interviews with Survivors of Suicides: Procedures and Follow-up of Interview Subjects. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 12, 21-33.
- Barracough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A Hundred cases of suicide: Clinical aspects. *The British Journal of Psychiatry*, 12, 355-373.
- Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (2004). *Introduction to Forensic Psychology: Research and Application*, California: SAGE Publication.
- Beskow, J., Runeson, B., & Asgård, U. (1990). Psychological Autopsies: Methods and Ethics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 307-323.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cavanagh, J. T., Owens, D. G., & Johnstone, E. C. (1999). Life events in suicide and underestimated death in South-East Scotland: A case-control study using the method of psychological autopsy method. *Psychological Medicine*, 29, 1141-1149.
- Chang, S., Gunnell, D., Sterne, J. A. C., Lu, T., & Cheng, A. T. A. (2009). Was the Economic Crisis 1997-1998 Responsible for Rising Suicide Rates in East/Southeast Asia? A Time-Trend Analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand.

- Social Science & Medicine*, 68, 1322-1331.
- Chen, Y. Y., Wu, K. C., Yousuf, S., & Yip, P. S. (2012). Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic Reviews* 34, 129-144.
- Cheng, A. T. A., Chen, T. H. H., Chen, C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry* 177, 360-365.
- Gau, S. S., & Cheng, A. T. (2004). Mental illness and accidental death: Case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry*, 185, 422-428.
- Hales, R. E., & Yudofsky, S. C. (2003). *The American Psychiatric Publishing textbook of clinical psychiatry. 4th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Press, 1459-1463.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hawton, K., Smith, S., Rue, J., Haw. C., Barbour, F., Clements, A., et al. (2002). Suicide in Female Nurses in England and Wales. *Psychological Medicine*, 32, 239-250.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttune, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Kuoppasalmi, K. I., et al. (1993). Mental Disorders and Comorbidity in Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150, 935-940.
- Isometsä, E. T. (2001). Psychological Autopsy Studies-A Review. *European Psychiatry*, 16, 379-385.
- Kleinman, A. M. (1977). Depression, somatization and the "new cross cultural psychiatry". *Social Science Medicine*. 11, 3-10.
- Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L. Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, 360, 1728-1736.
- 논문 투고일 : 2015. 01. 15
1차 심사일 : 2015. 01. 29
게재 확정일 : 2015. 03. 30

Suicide in Jeonbuk region: Psychological autopsy study

Man Seok Lee

Jeonbuk Provincial Police Agency

Myung Shig Kim

Department of Counseling Psychology

Hoin Kwon

Jeonju University

This study is aimed to analyse the causes and characteristics of suicide in jeonbuk region using psychological autopsy. Psychological autopsy is a technique to get comprehensive analysis on suicidal death by collecting data from interviewing suicide victim's family, relatives, and friends added with additional data of police report, hospital records, and suicide victim's lifetime records for objective evidence. For the data from 42 cases(male 24, female 18) of suicides that occurred between May 2013 and April 2014 with agreement for psychological autopsy, we analyzed a survey that recorded by interviewers who had a consultation based on half-structured psychological interview panel. As the result, out of 42 cases, 30(71%) had previous suicidal attempts and 21(50%) had a family history of suicides. Psychiatric disorders(38%) was the most common cause of suicide followed by interpersonal problems(31%). Among psychiatric problems, depressive disorder was the most common. many suicide victims had previously received psychiatric treatments but discontinued the therapy later on. The results showed that suicide is strongly related to mental disorders and psychiatric therapy should be continued until full recovery. Preventive efforts should focus on persons who have a history of previous suicidal attempts and have a family history of suicide. Implications of these findings are discussed and directions for future research are advanced.

Key words : Suicide, Psychological autopsy, Psychiatric disorders, Jeonbuk region