

한국형 심리부검 기반 이차원적 자살유형 연구: 자살행동과 자살위험요인을 중심으로*

육 성 필¹⁾

서 중 한[†]


본 연구는 심리부검을 통해 완결된 자살자의 자살행동과 자살위험요인을 탐색하고 이를 지표로 자살 유형을 살펴보는 데 목적이 있다. 또한 각 유형에 영향을 미치는 영향요인을 이차적으로 살펴보고자 하였다. 본 연구를 위해 128명의 완결된 자살자와 관련 유가족과 지인을 대상으로 심리부검 면담을 실시했고 유형 분석에 필요한 지표변수를 최종 선정하였다. 자살위험요인 지표변수로 정신장애, 자살/자해, 중대한 신체변화, 배우자간 갈등, 직장/학교 내 적응 및 관계문제, 실직/해고, 사업실패, 무직, 심각한 재정적 문제가 선정되었다. 자살행동 지표변수로 자살 의지표현, 자살유서, 구조도움요청, 자살시간/장소/방법, 과거 자살/자해 시도, 자살자 최초발견이 선정되었다. 잠재계층분석(Latent Class Analysis)과 3단계 분석 방법(3-step method)을 이용하여 유형을 분석하였고 각 유형에 대한 차이를 규명하고자 외부변수(경제적 변화, 동거, 스트레스 존재/변화, 관계변화, 가족 중 정신장애/알코올문제/신체질병, 학교/직장 만족)를 활용하였다. 분석 결과 자살행동을 기반으로 한 유형 분석에는 5가지 계층(경제문제, 적응문제, 복합문제, 정신과문제, 사건반응), 자살위험요인을 기반으로 한 유형 분석에서는 3가지 계층(주거지-자살시도-가족발견형, 비주거지-비자살시도-지인발견형, 주거지-비자살시도-가족발견형)이 탐색되었다. 자살행동 기반 3가지 유형 간에는 성별, 결혼상태, 동거여부, 관계변화에서 유의미한 차이를 보였고 특히 유형 3(주거지-비자살시도-가족발견형)의 경우 다른 유형에 비해 동거중인 상태로, 기혼자일 가능성이 높고 대인관계 갈등이 두드러졌다. 자살위험요인 기반 5가지 유형 간에는 경제적 변화, 동거, 스트레스, 관계변화, 가족 관련 문제, 학교/직장 만족도에서 차이를 보였는데 특히 유형3(복합문제)은 상대적으로 가족 관련 문제는 없으나 개인적인 스트레스 발생과 악화가 두드러졌다. 향후 해당 유형과 유형별 영향요인에 맞는 자살예방과 위기개입 방안이 필요할 것으로 보인다.

주요어 : 자살, 심리부검, 유형, 잠재계층, 자살위험요인, 자살행동, 위험요인

* 본 연구 논문은 보건복지부에 제출한 용역 보고서(제목: 한국형 심리부검체계 구축, 2014, 2015)에 수록된 자료를 활용하였고 「심리부검 연구 절차와 수집된 자료」 등은 연구용역 결과보고서 수록된 절차에 준해 기술(일부 수정 및 편집)하였음.

1) 서울상담심리대학원대학교 교수

† 교신저자 : 서중한, 영남대학교 심리학과 부교수, (38541) 경북 경산시 대학로 280, E-mail : jonghansea@yu.ac.kr

 Copyright ©2023, The Korean Psychological Association of Culture and Social Issues
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

심리부검이 사용되는 최초 동기는 사망의 유형(자살, 타살, 사고, 자연)을 감정적으로 판단하기 위해서였다. LA 카운티 부검의(coroner)였던 커피(Curphey) 박사는 부검과정에서 사망의 유형을 판단하기에 불명확한 사례, 즉 의문사 혹은 불분명한 사망사건(equivocal death)을 많이 경험했다(Shneidman, 1981). Los Angeles Suicide Prevention Center (LASPC)에서 근무하던 Litman과 Shneidman에게 도움을 요청했고 이들은 관련 자료를 검토한 후 주 정보제공자인 유가족(생존자) 등을 순차적으로 면담하였다. 이를 바탕으로 자살 위험성이 높거나 혹은 낮다는 소견을 제출함으로써 자살, 타살, 사고사, 자연사 등의 가능성을 추정하였다. 이러한 특성을 반영하여 심리부검을 임상적 사후조사과정이라고 하기도 한다(Knoll, 2008).

두 번째로 심리부검은 자살원인을 심층적으로 탐색하기 위해 이루어진다. 대표적으로 자살률이 높았던 핀란드의 경우 1987년 자살예방프로젝트 진행 중 자살원인을 심층적으로 살펴보기 위해 약 1년간 1,397건의 심리부검 조사가 이루어졌다. 이후 도출된 결과를 근거로 구체적인 자살예방정책이 진행되었고 그 결과 자살률이 30.2명에서 16.4명으로 감소하는 효과를 보았다(Partonen, 2020). 특히 자살예방프로젝트가 효과가 있었던 것은 자살사망사유형을 구분하여 각 유형에 따라 차별적인 개입을 실시했기 때문이었다.

세 번째로 심리부검은 자살 위험성이 가장 높은 유족에게 도움을 줄 수 있는 치료도구가 된다(Henry & Greenfield, 2009). 유가족의 진술에 따르면 심리부검 이후 과도한 자책감과 자기 처벌적 심리로부터 한결 긴장감을 완화시켜 주고 사후 상담을 자연스럽게 이어주는 징검다리 역할을 한다고 하였다. 과거 실시한

연구에서 심리부검을 통해 25%의 유가족이 죽음의 의미를 찾게 되었고 자신만의 제한된 원인규정에서 벗어나도록 도움을 주었다고 보고하였다(Henry & Greenfield, 2009). 또한 유가족에게 자발적 지원을 이끌어내고 사회적 고립을 완화시키는 데 도움을 줄 수 있다. 심리부검이라는 과정 자체가 이타성을 띄고 이루어지기에 심리부검의 참여는 향후 자살예방 등 사회에 긍정적인 기여할 수 있다는 이타적 감정을 자리 잡게 한다. 이는 유가족으로 하여금 건설적인 방식으로 상실을 애도케 하는데 길을 열어 줄 수 있다.

국내 자살률이 높고 국가차원에서의 예방책이 마련되고는 있으나 지난 10년간 자살로 인한 사망률이 떨어지지 않고 있다. 반면 국가적 차원의 노력이 무색할 만큼 특정 세대, 예컨대 노년과 청소년 자살률이 OECD 국가에서 가장 높은 수준이다(한국생명존중희망재단, 2021). 본 연구에서는 심리부검이라는 과학적 방식을 활용하여 한국에서 나타나는 자살위험요인과 이에 근거한 자살유형을 심층적으로 살펴보고자 하였다. 심리부검을 통해 밝혀진 위험요인이라 할지라도 하위유형의 구분 없이는 자살예방을 위한 차별적 접근이 어려울 수 있다. 각 자살유형에 따라 자살원인과 촉발사건, 자살행동 특징이 달라질 수 있기에 맞춤형의 접근이 절실한 시점이다.

국내·외 심리부검 문헌 고찰

국외 심리부검은 앞서도 소개를 했지만 LA 자살예방센터(LASPC)에서 처음 시작됐다(Shneidman, 1981). 이후 워싱턴대학교 의과대학 Robins 교수가 지역사회에서 일어난 자살사건 134건을 중심으로 심리부검을 실시했다

(Robins, Gassner, Kayes, Wilkinson, & Murphy, 1959). 현대적 의미로 받아들여지는 프로젝트로 당시 표준화된 면담 방식과 정신장애 진단 및 통계 편람(DSM I; APA, 1952)을 적용하여 정신장애를 판단하였다. 주요 결과로는 남성이 여성보다 2배가 높고, 정신과적 문제 94%, 특히 기분장애나 알코올 사용 장애의 57~86%로 자살관련성이 가장 높은 것으로 확인하였다(Robins et al., 1959).

이후 심리부검은 50년에 걸쳐 북미를 중심으로 본격적으로 연구되기 시작했고 유럽을 거쳐 이스라엘, 일본, 한국 등으로 확대되어 본격적으로 연구가 이루어지기 시작했다. 공식적으로 핀란드 연구가 가장 성공적인 사례로 알려지고 있으며 과학적인 절차와 도구를 이용하여 체계적으로 이루어진 대단위 프로젝트였다(Shneidman, 1981). 영국(1966), 이스라엘(1991), 대만(1995), 인도(1999), 중국(2002년), 일본(2012) 등 아시아 등에서도 심리부검이 점진적으로 이루어졌다(나경세, 백종우, 윤미경, 김현수, 2015). 일본에서는 도쿄 정신의학연구소 학자가 부검의와 심리부검을 시작했지만 유가족 개인정보 상충으로 인해 난항을 겪다 2007년 일본 국립정신보건연구소 주도로 총 50건의 심리부검으로 완결되었다. 결과를 살펴보면 대상자는 우울증 46%, 조현병 26%, 물질사용문제와 기타 정신질환 3% 이었던 것으로 보고됐다. 이외의 일본 심리부검 리뷰논문을 통해서 자살자의 우울증 비율이 더 높은 수준임을 지적하고 있다(Hirokawa et al., 2012). 중국의 경우도 대단위로 심리부검이 2000년대 초반에 이루어졌다. 대표적인 학자는 예모리대학교 Michael Phillips 교수였고 중국 현지에 맞는 심리부검 프로토콜을 구조화하여 실시과정에 적용했으며 전체 519명을 표집했다. 주

요 결과는 농촌지역으로 갈수록 노인자살률이 급증했고 특히 사회심리적 스트레스 요인이 큰 영향을 주고 있음을 밝혔다. 추가 연구에서 기분장애, 자살시도, 자해시도 등도 자살위험요인으로 작용하고 있음을 지적했다(Chieu et al., 2004). 결과를 서양과 비교했을 때 정신장애 비율이 상대적으로 낮게 보고되었다(서양 90% vs. 중국 76%; Zhang, Conwell, Zhou, Jiang, 2004).

국내에서 처음 심리부검이 실시된 것은 2006년 군의문사진상규명위원회에서 진정 건을 대상으로 이뤄졌다. 군내 진정된 자살사건 346건에 대하여 심리부검이 이루어졌고 주로 심리학자와 범죄학자에 의해 자살사망자의 심리적, 사회적 요인들을 중심으로 조사가 이루어졌으나 표준화된 프로토콜과 평가도구가 없었다(권호인, 고선규, 2016; 이만석, 김명식, 권호인, 2015).

이후 2009년 한국자살예방협회에서 일반인들을 대상으로 4건에 대하여 심리부검을 실시했으며 자살사망자의 성격, 대인관계, 과거이력을 서술적으로 기술한 사례연구가 있다(한국자살예방협회, 2009). 기술된 사례 모두 정신과적 문제가 존재했고 대인관계에서 어려움을 만성적으로 호소하고 있었다. 체계적인 방식과 이를 위해 제작된 문항 등을 중심으로 실시한 최초의 연구이다. 서종한, 이창환, 김경일, 김성혜(2012)의 연구에서 사례(56건)-대조(36건) 연구를 적용하여 사례-통제군 간 비교를 통해 자살위험요인을 살펴보았다. 주요결과를 보면, 사례 집단은 우울장애(33.9%), 알코올 및 약물 남용(10.7%), 조현병(7.1%) 등을 보고하였고 과거 자살 및 자해시도, 자살 직전 생애스트레스 경험이 통제 집단에 비해 유의미하게 높았다. 특히 학교, 직장에서의 적응

문제가 두드러졌다.

서울시자살예방센터에도 34건의 심리부검을 축약적 방식으로 진행했다. 그 결과 조사 대상자 중 47.1%가 과거 진단 받은 장애가 존재했고 이 중 93.7%가 정신과적 진단이었다(이구상 등, 2012). 구체적으로 우울증이 57.9%, 조현병 26.3%, 물질사용문제 5.3%였다. 자살시도 57.9%, 자살직전 음주 14.7%를 보고했다. 특히 대상자의 24.9%는 경제적 어려움을 경험하고 대인관계 문제 중 가족 간의 갈등과 단절이 존재했고 18세 미만의 학생인 경우 성적과 신변 비관이 14.7%로 드러났다. 경기광역 자살예방센터에서도 심리부검 연구를 진행하였고 총 30건의 사례를 대상으로 분석이 이루어졌다. 그 결과 대상자가 자살 직전 96.7%가 스트레스를 느꼈고 극심한 수준의 경우도 83.3%에 달했다. 스트레스와 이에 대한 대처에서 40%정도가 심각한 문제를 보였고 경제적 변화로 인한 어려움도 40% 경험한 것으로 밝혀졌다. 기타 신체질병 50%, 알코올 20%, 어린 시절 학대로 인한 불행 50%를 확인하였다(백은아, 2014).

국가차원에서 심리부검은 2014년 본격적으로 시작되었고 현재 각 지역 자살예방센터와 업무협약 등을 통해 전국적으로 심리부검이 이루어지고 있다. 2021년부터는 생명존중 희망재단으로 통합되어 심리부검이 신청자에 한해 운영되고 있다(최진화 등, 2021). 주요 결과로는 대상자(129명) 중 정신장애(87.5%), 가족관련 스트레스(64%), 경제적 문제(60.9%), 직업관련 스트레스(53.6%), 부부관련 스트레스(41.2%), 신체건강 스트레스(31.5%)를 경험하고 있었다. 대상자 중 51.9%는 정신건강문제로 치료를 받았고 50.9%는 가족 중 알코올 문제, 45.3%는 자살시도 혹은 가족 중 자살사망

자가 있었다.

자살유형과 선행연구

국의 연구에서는 대표적으로 에밀 뒤르켐(Emil Durkheim)의 고전적 자살유형은 사회구조적 환경이 개인의 자살행동에 미치는 원인을 기반으로 세분화하여 소개했다(Durkheim, 1897). 첫째 이기적 자살 유형은 개인이 사회가 암울해지면서 어떤 이상적 목적성이 상실되고 더 이상 희망을 기대할 수 없을 때 나타나는 최선의 선택이 자살이라 본다. 둘째 이타적 자살 유형은 사회적 이상을 추구하는 과정에서 개인의 희생이 필요한 경우 자신을 포기하고 좀 더 의미지향적인 목표에 몰입하게 될 때 나타나게 된다. 셋째 아미노적 자살 유형은 어떤 사회가 급작스런 변화와 격동 속에서 개인이 거부할 수 없는 가치관과 정체성의 혼란으로 인해 발생하며 이로부터 벗어나기 위해 나타난다. 마지막으로 숙명론적 자살 유형은 과거 봉건 사회에서의 노예처럼 통제되고 적절한 보상과 삶의 의미를 더 이상 기대하지 못할 때 발생하게 되며 다분히도 아미노적 자살 유형과 대비되는 유형이라 볼 수 있다.

현재까지 심리학적 모델로 주목을 받고 있는 자살유형은 스트레스-취약성 모델(stress-vulnerability model; Zubin, & Spring, 1977)에 기반 하여 청소년, 성인(노인 포함)을 대상으로 한 유형 분류 시도이다(박상철, 조용범, 1999; 김효창, 2006; 김효창, 손영미, 2006). 대표적으로 자살 관련 취약성(위험요인)과 촉발사건(사건 전 자살 관련된 촉발사건)을 중심으로 유형을 구분했다. 구체적으로 취약형, 사건반응형, 복합형 자살 유형으로 구분하였고 지속적

인 스트레스와 촉발 사건이 완결된 자살에 어떤 식으로 영향을 미치는지 세부적으로 기술하였다(김기환, 전명희, 2000). 취약형은 만성적 수준에서 개인, 가족, 환경, 사회체계에서의 취약 변인들을 복합적으로 갖고 있었고 특정 기여 사건 없이도 자살가능성이 높은 균을 일컫는다. 두 번째 사건반응형은 다시 충동형과 지연형으로 나뉘지는데 충동형은 취약성요인이 높지 않은 조건에서 특정 촉발 사건(예, 트라우마 경험 등)을 겪으면서 이에 대한 반응으로 급성적으로 자살에 이르게 되는 유형이다. 지연형은 충격적인 사건 경험 이후 일정 기간 동안 뚜렷한 대안책을 찾지 못하다가 이에 지속적으로 좌절하며 자살이 완결되는 유형이다. 마지막으로 복합형은 복잡/지속적인 스트레스 상황에 놓인 조건에서 특정 촉발 사건(트리거)으로 인해 자살하게 되는 유형이다. 이 복합형의 경우가 가장 일반적이며 이미 만성적인 스트레스를 경험하는 단계에서 사전 자살 동기와 의도가 어느 정도 있었고 자살위험성이 고조되는 유형이라 볼 수 있다.

비교적 최근에는 자살자가 아닌 일반인을 대상으로 자살생각, 자살행동, 자해행동 정보를 근거로 자살위험의 하위유형 구분을 시도했다(최진영, 유 비, 김기현, 최윤선, 함혜옥, 2020). 이 연구에서는 크게 낮은 자살위험형은 낮은 수준의 자살행동 수준을, 높은 자살생각형은 자살생각이 특이하게 높은 경우를, 자살 시도 및 자해행동형은 자살행동 중 시도와 자해 위험성이 고조된 상태를, 자살생각 및 시도형은 대부분 위험지표에서 높은 수준을 보이는 유형으로 구분하였다. 최근 서종한, 최선희, 김경일(2018)이 심리부검을 통해 수집된 사례를 이용하여 자살을 크게 4가지로 구분하였고 각 특징을 세부적으로 규명하였다. 심리

부검 조사 과정을 통해 축출된 자살위험요인을 준거 변인으로 선정하여 급성스트레스형, 만성스트레스형, 정신과적 문제형, 자해 및 자살시도 혼합형으로 구분하였다. 급성스트레스 유형은 과거에 지속적인 스트레스 경험이 없었던 사람이 특정 촉발사건을 겪으면서 자살에 이르게 되는 유형으로 앞서 인용한 사건반응형(김효창, 2006)과 비슷하다. 만성스트레스형은 과거 특이한 정신과적 문제가 현저하게 나타나지는 않았지만 만성적으로 스트레스/생활사건이 누적되는 과정에 특정 촉발/기여 사건에 의해 자살행동을 하는 유형으로 복합형(김효창, 2006)과 비슷하다. 정신과적 문제형은 정신과적 진단을 오랜 기간 받고 인지·기능적 손상이 심한 상태에서 정서적 불안정이 높아지면서 자살행동을 하는 경우로 취약형(김효창, 2006)과 비슷하다. 마지막으로 오랜 기간 비의도적 반복적인 자해와 자살시도를 경험하는 상태에서 한 번의 자해시도로 인해 치명상을 입고 자살에 이르게 되는 경우로 Joiner (2005)와 Nock 등(2009)이 제기한 비의도적 자해시도와 비슷한 맥락에 있다. 타인으로 부터의 관심과 회피, 내적으로 특정 감정에 대처하기 위한 방식으로 나타나며 실제 자살 의도가 없는 경우(non-suicidal intention)로 일종의 자살 제스처(gesture) 과정에서 고통에 대한 내성을 갖게 되면서 발생한 경우이다(서종한, 조병철, 이가애, 김경일, 2017).

연구 목적과 필요성

다만, 앞서 개관한 대부분 연구는 자살행동과 자살위험요인 구분 없이 이질적 지표를 혼합하여 분석하였기에 유형 구분에 대한 고유한 설명력이 다소 떨어지거나 불명확하게 나

타날 가능성이 존재했다. 뿐 만 아니라 두 유형 간에 관련성과 각 요인에 따른 세부적인 특성을 차별적으로 확인할 수 없었다는 한계점이 있다. 따라서 본 연구에서는 자살행동 특징과 자살관련 위험요인을 기반으로 자살자 유형을 세부화하고 각 유형의 특성을 구체적으로 살펴보고자 하였다. 자살행동과 자살관련 위험요인에 따른 유형분석은 이후 자살의 패턴을 구체적으로 이해하게 하며 각 유형 간 관련성과 개별 세부 특징에 따라 선택적인 치료와 개입에 대한 단서를 제공할 수 있을 것으로 보인다. 국내 이뤄진 실증 연구를 중심으로 심리부검 문헌(서중환 등, 2012; 서중환 등, 2018; 서중환, 육성필, 조운정, 홍현기, 김경일, 2018; 박지영, 2020; 한국자살예방협회, 2009; 한국생명존중희망재단, 2020, 2021)과 그간 자살유형 분석에 활용을 변인(김효창, 2006; 김효창, 손영미, 2006; 서중환 등, 2018; 최진영 등, 2020)을 근거로 탐색적 수준에서 자살행동과 자살 위험요인을 지표 변수로 선정하였다.

첫 번째로 자살위험요인(정신장애, 가족 중 자살/자해, 중대한 신체변화, 배우자 간 갈등, 직장/학교 적응, 직장/학교 관계, 실직해고, 사업실패, 무직, 심각한 재정적 문제)을 주요 지표 변수로 선정하여 계층 수준을 살펴보았다. 각 자살유형에 대한 특징을 살펴보고 대표적인 외생변인(성별, 결혼상태, 동거, 신뢰하는 사람, 나이, 월평균 소득, 무직 기간, 절친 관계 변화, 경제적 변화, 동거, 스트레스 존재, 스트레스 변화, 인간 관계변화, 가족 중 정신장애, 가족 중 알코올 문제, 가족 중 신체질환, 학교직장 만족)이 각 계층에 어떤 영향을 주며 차이가 있는지를 조사하였다. 비슷한 방식으로 자살행동 관련 지표 변수(자살의지 표현,

자살유서, 자살직전·후, 구조도움 요청, 자살 시간, 자살 장소, 자살 방법, 과거자해 시도, 과거자살 시도, 자살자 최초발견)를 이용하여 자살행동 기반의 계층을 살펴보고자 하였다. 자살위험요인과 동일한 외생변인을 활용하여 각 유형에 미치는 수준을 조사하였다. 또한 교차분석을 통해 유형 간 어떤 관련성을 나타내고 있는지도 살펴보았다. 따라서 자살행동 관련 요인과 자살위험요인 유형 간에 관련성 규명을 통해 실질적으로 자살을 예방하기 위한 시사점을 찾고자 하였다.

방 법

연구 대상

본 연구 대상 모집을 위해 각 자살예방센터와 정신건강증진센터, 그 이외 기관 담당자가 사례관리 중인 유가족/관련 지인(정보제공자 역할)에게 심리부검 과정과 목적을 소개했으며 참여에 동의한 최종 대상자에 한해 면담을 실시했다. 참여를 동의한 대상자에 한해 관련 연구에 대한 소개를 구체적으로 진행했으며 이후 연구 참여 동의서를 작성한 다음 심리부검 프로토콜에 따라 이루어졌다. 자세한 내용은 면담 절차에 기술되었다.

본 연구에서 유가족 등 정보제공자 면담을 통해 획득된 자살 사망자(자살자) 중 남성 79명(64.8%), 여성 43명(35.2%), 전체 122명이 최종적으로 분석에 활용되었다. 평균 나이 44.07세(표준편차 14.82)였다(14세~84세). 기혼(동거, 재혼, 사실혼 포함) 59명(48.4%), 사별 3명(2.5%), 기혼 중 별거(개별 주거지) 5명(4.1%), 이혼 12명(8.8%), 미혼(과거 결혼/사실혼 경력

전혀 없음) 43명(35.2%)이었다. 거주 형태로는 자택(본인 소유) 49명(40.2%), 전·월세 45명(36.9%), 부모와 동거 16명(13.1%), 공공시설 및 기숙사 7명(9%), 기타 5명(4.1%)이었다. 직업 유무와 유형을 살펴보면 자살 당시 45명(36.9%)이 무직이었고 47명(38.5%)이 과거 무직 기간이 12개월 초과한 경우였다. 직업을 가졌을 경우 전일제 직업 55명(71.4%), 파트타임 등 일정하지 않은 시간제 22명(28.6%)이었다. 월평균 소득의 경우 50만원 이하가 12명(9.8%), 100만원 이하 7명(5.7%), 200만원 이하 30명(24.6%), 300만원 이하 13명(10.7%), 301만원 이상 23명(18.9%)이었다. 학력의 경우 초졸 이하 16명(13.1%), 중졸 이하 18명(14.8%), 고졸 이하 48명(39.3%), 대졸 이하 34명(27.9%), 대학원 2명(1.6%)이었다. 성비에 따른 차이는 연구 참여자 모집 과정(지원자에 한해 면담실시)에서 임의표집 방식으로 인해 발생했으며 성비 차이에 대한 한계점은 연구의 제한점 기술하였다.

심리부검 프로토콜과 면담절차¹⁾

본 연구에 사용된 사례를 위해 심리부검 프로토콜을 마련하였고 이에 따라 심리부검 면담을 구조화한 후 실시했다. 실제 연구자가 각 기관의 자살 관련 담당자를 대상으로 심리부검 면담 교육과 사례 지도를 실시했으며 교육받은 담당자가 본 연구자들과 함께 2인 1조가 되어 면담을 진행했다. 자발적 참여 의사가 있는 사람들을 대상으로 일정을 조율하여 면담 장소를 순차적으로 조정했다. 면담장소

는 생존자의 자택, 인근 밀실 카페 등에서 대부분 이루어졌으며 면담 종결 이후에는 각 자살예방센터 유가족 지원팀과 연구진에서 사례 관리와 모니터링을 담당했다. 정보제공대상자는 최소 2-3개월 이상의 애도 기간(Conner et al., 2012; Brent, Perper, Kolko, Zelenak., 1988)을 두었고 유가족의 상태를 고려하여 연구 책임자가 결정했다.

면담과정을 구조화하기 위해 국내외 심리부검 문헌(서종한 등, 2012; 서종한, 김경일, 2014; Conner et al., 2012)을 기반으로 한국형 심리부검 프로토콜을 구성했다. 프로토콜 면담과정은 크게 3단계(시작-중-후)로 구성하였다. 면담을 본격적으로 시작하기 전 대상자에게 심리부검 조사원에 대한 소개와 근황에 관한 질문으로 라포를 형성했고 이후 연구의 목적과 취지, 전체 진행과정, 연구목적에 위한 개인정보사용, 심리부검으로 인한 이익과 손실, 사례비 지급, 사후관리 등에 대해 순차적으로 설명했다. 면담은 크게 자유기술 부분과 기술을 통해서 확인되지 않은 정보 혹은 질문이 필요하다고 판단되는 부분을 위주로 확인 질문과 응답 위주로 진행하게 된다. 심리부검 체크리스트의 항목에서 추가적으로 확인해야 할 부분은 선택적으로 탐색 질문을 하도록 하였다(Isometsa, 2001). 따라서 면담과정에서는 지시적 멘트, 폐쇄형 질문, 성급한 원인 설명 등은 되도록 지양하도록 했으며 대리정보제공자 스스로가 조망력을 갖고 탐색할 수 있도록 했다. 면담이 끝난 뒤에는 사후사례 관리를 통해 유가족이 면담 이후 느낄 수 있는 불편감을 해소할 수 있도록 도움을 주었고 필요에 따라 해당 기관에 추가 상담을 받을 수 있도록 했다. 심리부검 면담 시 특별히 윤리와 개인정보 보호 예컨대 면담의 접속시기와 방법,

1) 본 연구에서 기술된 심리부검 프로토콜과 면담절차는 기존 제출된 연구 용역 결과 보고서에 잘 수록되어 있다(자세한 내용은 보고서를 참고).

비밀과 익명성 보장, 개인정보동의, 연구자 신분공개, 사후관리, 조사원에 대한 감독관리에 각별한 주의를 두었다.

측정도구와 참고자료

심리부검체크리스트

심리부검체크리스트는 서종한과 김경일(2014)이 개발한 것으로 크게 6가지 요인으로 구성되어 있다(일반정보, 자살행동/사망정보, 신체/정신건강 상태, 주변인 정보, 자살자 언어정보, 보호요인). 해당 요인으로는 일반정보 요인(65문항; 각 문항별 세부 하위 문항별도), 자살행동 및 사망정보 요인(11문항), 신체 및 정신건강 상태(17문항), 주변인 관련 정보(19문항), 자살자 언어정보(3문항), 보호요인(4문항) 등이다(서종한, 김경일, 2018). 일반정보 요인은 정보수집 방법과 대리정보제공자의 기본정보, 직업력, 경제력, 군 경력/여성관련, 성격과 생활 방식 등을 담고 있다. 자살행동 및 사망정보 요인은 자살행동 관련 정보, 사망 전 위험상황 노출 및 자살행동 정보 등에 대한 정보를 나타낸다. 건강상태 요인은 자살자의 신체건강, 정신건강 등과 관련된 모든 기술을 나타낸다. 주변인 정보 요인은 지인, 가족, 이성/배우자 등의 정신건강, 신체건강, 자살행동 등과 관련된 정보를 담고 있다. 마지막으로 언어정보와 보호요인은 유서, 편지 등 다양한 기록물과 남겨진 자료 등을 통해 언어적 특성을 파악하는 영역이며 보호요인은 생전 자살자의 사회적 지원과 지지체계 등을 다루고 있다.

지표변수 선정

본 연구에서 유형분석을 위해 지표변수 선

정은 심리부검체크리스트 변인 중 그간 실증적 수준에서 자살행동과 직접적인 관련성이 있는 것들을 중심으로 선정했다. 본 연구자가 선정한 지표 변수로써 자살행동(자살시도, 자해 등)은 서종한 등(2012), 서종한 등(2018)의 심리부검 사례-대조 연구에서 주요한 통제집단 고려한 승산비) 자살행동 변인으로 다루어지고 있으며 생명존중희망재단(구 '중앙심리부검센터')에서 발간하는 심리부검체크리스트에서 자살행동 세부 항목을 포함하고 있다(중앙심리부검센터, 2017, 2018, 2019; 생명존중희망재단, 2020, 2021). 자살 위험요인 변인은 기존 국내 문헌에서 유의미한 위험요인으로 밝혀진 것들이다. 한국생명존중희망재단(2020, 2021)이 진행한 심리부검 연구와 서종한 등(2012)의 연구에서는 정신질환(우울증 등), 자살관련 가족력(가족 중 자살행동), 중대한 신체건강 존재 유무와 변화, 친밀한 이성 관계(배우자/사실혼/연인 간 갈등)와 지인 간 대인관계 문제, 직장/학교 등 적응 문제, 실직 해고 등 사업 실패, 이로 인한 무직 및 심각한 재정적 문제 등을 주요한 자살위험요인으로 보고하고 있다.

참고자료

심리부검에 활용한 정보는 2가지 방식으로 획득되었고 크게 개인 제공 정보와 기관 열람 자료이다. 유가족 혹은 대리정보제공자가 직접 제공한 개인제공 정보는 자살자가 작성한 메모, 일기장, 글귀, 유서, 편지, SNS 작성 글 등을 말한다. 기관 열람 자료는 경찰, 국과수, 병원, 보험사 등을 통해 얻을 수 있는 자료이다. 예컨대, 경찰수사보고서, 부검 및 검시 기록, 병원 의무기록, 보험기록, 상담 및 정신과 진단 기록, 치료 관련 기록 등이다. 해당자료는 유관 기관의 협조를 얻어 열람할

수 있었다.

자료분석

본 연구에서 자살위험요인과 자살행동에 따른 잠재계층을 확인하기 위해 잠재계층분석(Latent Class Analysis; 이하 LCA)을 실시했고 일부 외부변수(보조변수, 성별, 결혼상태, 동거, 신뢰하는 사람, 나이, 월평균소득, 무직기간, 절친 관계변화, 경제적 변화, 동거, 스트레스 존재, 스트레스 변화, 인간 관계변화, 가족 중 정신장애, 가족 중 알코올문제, 가족 중 신체 질병, 학교직장 만족)의 효과성을 검증했다. 도출된 특정 개수의 집단과 관련이 있을 것으로 예상되는 관찰 가능한 변수를 모형에 포함하여 차이 검증을 실시했으며 분류오류를 고려하여 3단계 접근(3-step method; Block, Croon, & Hagenaars, 2004)을 활용했다. 3단계 접근법은 혼합모형에서 공변인 혹은 원격 결과변수를 모형에 포함하여 차이검증을 실시하는 과정에서 분류오류 가능성(Steinley & Brusoo, 2011)을 통제할 수 있는 새롭게 개발된 비교적 최신 방식이다(Asparouhov & Muthen, 2014).

구체적인 절차는 몇 가지로 나누어 이루어진다. 가장 먼저 잠재계층 지표변수를 참고(절대적 지표는 아님)하여 이론적 설명력이 높으며 해석 가능성이 용이한 계층 수를 만든다. 이 과정에서 잠재계층 사후분포를 기반으로 분류 오차를 반영하게 되며 가장 가능성이 큰 계층변수를 잠정적으로 선정하게 된다. 이후 예측변수를 통해 최종적으로 선정된 계층에 대한 다항로지스틱 회귀분석을 실시한다. 따라서 모형선택과 외부변수의 효과 추정을 순차적으로 실시하게 된다.

LCA 모형선택은 잠재계층의 여러 경쟁 모

형들 중 n 개의 잠재계층을 가진 최종 모형을 선택하게 되는데 이 과정에서 다양한 적합도 지수를 참고하게 된다. 모형선택에 중요한 기준은 간명성(parsimony)과 가장 중요한 모형 해석가능성(model interpretability)이다. 간명성은 모든 조건이 동일하다는 가정에서 더 복잡한 모델보다 더 단순한 모델을 선호함을 의미한다. 예컨대 자료를 적절하게 설명하는 범위 내에서 최대한 간결해야 한다(Muthen, 2003). 모형 해석가능성은 유용한 통계모형은 해석이 쉬워야 한다는 점이다. 통계적 기준으로는 정보지수(information criterion, 이하 IC)는 내재 혹은 비내재 구분 없이 모두 사용 가능하며 복잡성과 샘플 수에 대해서만 별점을 부여하는 방식이다. IC 값이 더 작은 모형일수록 더 나은 모형이라 할 수 있다. 본 연구에서는 AIC(Akaike's Information Criterion; Akaike, 1974), BIC(Baysian Information Criterion; Schwarz, 1978), aBIC(adjusted Baysian Information Criterion; Sclove, 1987), Entropy, 조정된 차이검증(LMR-LRT), 모수적 부트스트랩 우도비 검증(BLRT) 등을 고려하여 잠재계층 수를 결정하였다(Nylund et al., 2007).

지수는 값이 작을수록 더 나은 모형을 나타내며 일반적으로 BIC 지수가 잠재계층 수를 결정하는 데 중요하다. aBIC는 샘플수가 통제된 BIC이며 Entropy($0 < E < 1$)는 잠재계층 분류의 불확실성을 나타내며 값이 1에 가까울수록 분류오류가 낮음을 의미한다. 통상 .8이상이면 적합하다고 본다(Muthen, 2003). 모형비교 검증 중 LMR-LRT는 내재관계에 있는 서로 다른 개수의 두 잠재계층 모형을 비교하는 데 사용하며 BLRT는 부스트래핑 기법을 통해 각 모형의 가능도를 직접 계산하여 비교한다(Muthen

& Muthen, 2007). 유의미하게 모형 적합도가 향상되었는지를 검증하게 되며 p 값의 유의성을 보고 k-1개의 모형을 기각하고 k개 모형을 선택할지 결정하게 된다(McLachlan & Peel, 2000).

결 과

잠재계층

자살위험요인 기반 잠재 계층 분류

최적의 잠재 계층 수를 결정하기 위해 계층 수를 6개까지 순차적으로 늘려가며 모형 간 비교 검증을 진행했다. 잠재 계층별 모형적합지수는 표 1에 구체적으로 기술되어 있다. 잠재계층별 모형적합지수를 살펴보면 AIC, BIC 모두 2점 차이로 거의 증감을 보이지 않고 있다. 6개 계층에서 갑자기 증가하는 추세를 볼 수 있다. Entropy는 2개 계층에서 가장 높은 수준(.972)을 보였다가 5개 계층에서 다시 .80 이상의 적합 수준을 보였다. 차이검증(LMR-LRT)과 우도비검증(BLRT) 모두에서는 전 계층 수간에 의미한 차이를 보이지 않았다.

따라서 연구자가 계층의 설명력, 해석 가능성, 과거 문헌에서의 유형 구분 수준과 계층 수, 허용 가능한 Entropy 수준(>.80) 등을 종합적으로 고려하여 최종 5개 계층을 최종적으로 선정했다.

표 2에서 제시된 것과 같이 각 변수의 반응 수준과 이론적 틀을 고려하여 각 계층의 이름을 선정하였다. 첫 번째 유형인 ‘경제문제’ 유형은 자살자가 상대적으로 무직(73.1%), 이후의 심각한 재정적 문제(86.1%) 등을 경험하고 있었다. 두 번째 ‘적응문제’ 유형은 직장 과 학교에서의 적응문제(100%)와 다른 유형보다 높은 직장 과 학교에서의 관계문제(31.7%)가 두드러졌다. 세 번째 ‘복합(혹은 만성적)문제’ 유형은 정신장애문제(100%), 가족 중 자살/자해(100%), 배우자간 갈등(66.7%), 사업실패(100%), 무직(100%) 등 전 생애에서 만성·복합적으로 문제를 보였다. 네 번째 ‘정신과 문제’ 유형은 대표적으로 정신장애 관련 문제(100%)뿐 아니라 다른 유형에 비해 신체적 변화가 상대적으로 두드러졌다. 이와 관련하여 직장 과 학교에서의 적응(67.1%) 등의 문제도 보였다. 다섯 번째 사건반응 유형은 직장이나 학교의 적응에서 확인한 문제를 보이지는 않으나 다양한

표 1. 자살위험요인에 따른 잠재계층 분류기준

N	N.P	G ²	Df	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMR-LRT	BLRT
2	21	112.407	1832	1209.166	1268.050	1201.653	.972	.089	.428
3	32	113.195	1832	1211.915	1301.644	1200.467	.791	.307	.666
4	43	108.813	1832	1211.743	1332.315	1196.358	.789	.124	.666
5	54	113.983	1832	1210.018	1361.435	1190.698	.813	.423	.375
6	65	113.983	1832	1215.393	1397.655	1192.138	.812	.295	.500

주. N.P = number of parameters estimated; LMR-LRT = 조정된 차이검증; BLRT = 모수적 부트스트랩 우도비 검증

표 2. 자살위험요인 기반 잠재계층별 문항반응확률

지표변수		경제문제 13(10.6%)	적응문제 58(47.5%)	복합문제 3(2.4%)	정신과 문제 14(11.4%)	사건반응 34(27.8%)
정신장애문제	없음	74.1	77.5	0	0	76.9
	있음	25.9	22.5	100	100	23.1
가족 중 자살/자해	없음	100	78.9	0	62.9	80.8
	있음	0	21.1	100	37.1	19.2
중대한 신체변화	없음	85.5	100	100	53.3	76.1
	있음	14.5	0	0	46.7	23.9
배우자간 갈등	없음	74.5	70.1	33.3	90.6	74.0
	있음	25.5	29.9	66.7	9.4	26.0
직장/학교 적응문제	없음	56.8	0	0	32.9	100
	있음	43.2	100	100	67.1	0
직장/학교 관계문제	없음	81.5	68.3	100	85.1	100
	있음	18.5	31.7	0	14.9	0
실직해고	없음	56.3	91.4	100	48.3	100
	있음	43.7	8.6	0	51.7	0
사업실패	없음	87.1	82.5	0	100	84.4
	있음	12.9	17.5	100	0	15.6
무직	없음	26.9	100	0	76.5	87.5
	있음	73.1	0	100	23.5	12.5
심각한 재정적 문제	없음	13.9	77.9	66.7	100	83.0
	있음	86.1	22.1	33.3	0	17.0

사건(생활스트레스 등)의 누적으로 인해 자살에 이르는 경우를 말한다. 7개 영역의 자살위험요인에서 어려움을 나타내고 있다. 즉 전반적인 위험요인을 경험하고 있는 상태이다.

자살행동 기반 잠재계층 분석

자살행동 요인(9가지)을 기반으로 최적의 잠재계층 수를 결정하기 위해 계층 수를 6개까지 순차적으로 늘려가며 모형 간 차이 검증을

했다. 잠재계층별 모형적합지수는 표 3에 구체적으로 기술되어 있다. 주요 결과를 살펴보면 AIC, BIC, aBIC 모두 3계층까지는 감소하였다가 4층에서 갑자기 증가하는 추세를 볼 수 있다. Entropy는 모든 계층에서 적합한 수준의 범위(>.834)를 보여주었다. 조정된 차이검증(LMR-LRT)과 우도비검증(BLRT) 모두에서는 3계층이 이전 계층 수간에 유의미한 차이를 보였다. 따라서 자살위험요인에 기반을 계층의

표 3. 자살행동 요인에 따른 잠재계층 분류기준

	N.P	G ²	Df	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMR-LRT	BLRT
2	27	385.175	2265	1491.767	1567.476	1482.108	.834	.021	.000
3	41	312.995	2253	1484.726	1599.691	1470.058	.950	.009	.080
4	55	306.642	2242	1484.293	1638.514	1648.615	.956	.730	.050
5	69	285.121	2228	1493.668	1687.146	1687.952	.959	.943	.363
6	83	266.628	2215	1496.687	1731.421	1468.992	.964	.986	.458

주. N.P = number of parameters estimated; LMR-LRT = 조정된 차이검증; BLRT = 모수적 부트스트랩 우도비 검증

표 4. 자살행동 기반 잠재계층별 문항반응확률

지표변수		주거지-자살시도- 가족발견형	비주거지-비자살시도- 지인발견형	주거지-비자살시도- 가족발견형
		40(32.7%)	49(40.1%)	33(27%)
자살의지표현	없음	15	35.8	9.1
	있음	85	64.2	90.9
자살유서	없음	70.6	51.4	61.9
	있음	29.4	48.6	38.1
자살직전 구조도움요청	없음	16.9	22.7	18.8
	있음	83.1	77.3	81.2
자살시간	새벽(~06:00)	31.8	45.5	50.4
	오전(~12:00)	16.5	13.1	13.7
	오후(~18:00)	35.7	35.1	20.4
	저녁(~24:00)	15.9	6.3	15.5
자살장소	주거지	100	19.9	81.7
	비주거지	0	80.1	18.3
자살방법	끈 등 질식사	77.9	43.2	66.6
	투신	18.3	19.7	3.1
	음독/중독	3.8	37.1	30.4
과거자해시도	없음	63.9	88.8	93.9
	있음	36.1	11.2	6.1
과거자살시도	없음	0	72.1	100
	있음	100	27.9	0
자살자 최초발견	가족 중	82.2	0	99.5
	(비가족 중)지인	6.2	59.3	0
	비면식 등	11.6	40.7	.5

설명력, 과거 문헌에서의 유형구분 수준, 허용 가능한 Entropy 수준(>.80), 차이검증 등을 종합적으로 고려하여 본 연구에서는 최종 3개 계층을 최종적으로 선정하였다.

표 4에서 제시된 것과 같이 각 변수의 반응 수준을 고려하여 각 계층의 이름을 최종적으로 선정하였다. 첫 번째 ‘주거지/자살시도/가족발견(적극적 추구)’ 유형은 상대적으로 자살의지(85%), 자살직전·후 구조도움요청(83.1%), 주거지(100%), 끈 등을 이용한 질식(77.9%), 과거 자살시도(100%), 자살직후 최초 발견자가 가족(82.2%)인 경우가 많았다. 두 번째 ‘비주거지-비자살시도-지인발견’ 유형은 상대적으로 자살의지(64.2%), 자살직전·후 구조도움요청(77.3%), 비주거지(80.1%), 끈 등을 이용한 질식(43.2%), 자살직후 최초 발견자가 가족 이외의 지인(59.3%) 혹은 행인 등 비면식(40.7%)인 경우가 많았다. 세 번째 ‘주거지-비자살시도-가족발견’ 유형은 상대적으로 자살의지(90.9%), 자살직전·후 구조도움요청(81.2%), 주거지(81.7%), 끈 등을 이용한 질식(66.6%), 과거 자살시도 없음(100%), 자살직후 최초 발견자가 가족(99.5%)인 경우가 많았다.

결과적으로 유형과 상관없이 자살의지를 표현할 뿐 아니라 자살유서를 작성하고 도움을 요청하는 비율이 매우 높다. 주거지에서 발생하는 경우는 약 60%가 된다. 이는 기존의 연구결과와 같이 자살하려는 사람은 경고신호를 나타내고 가족들이 발견하는 경우가 많기 때문에 가족들에게 적절한 교육을 제공하는 것이 필요하고 동시에 유가족으로서 경험하는 어려움에 대한 적절한 도움을 제공하는 것이 필요하다.

자살위험요인 및 자살행동 기반 잠재계층 간 상호비교분석

표 5는 자살행동과 자살위험요인을 기반으로 최종 선정된 계층 간 비교분석한 결과이다. 구체적으로 살펴보면 주거지-자살시도-가족발견형은 적응문제, 정신과문제, 사건반응이 많이 해당되고 비주거지-비자살시도-지인발견형은 적응문제, 사건반응이 많이 해당되고 주거지-비자살시도-가족발견형은 적응문제, 사건반응이 많이 해당되었다. 자살위험요인에 기반하여 자살행동을 보면 평소 적응문제를 경험하고 급성적인 사건반응으로 인해 자살하는

표 5. 자살행동 및 자살위험요인 기반 잠재계층 교차분석

유형	1. 경제문제	2. 적응문제	3. 복합문제 (탄성적)	4. 정신과문제	5. 사건반응	$\chi^2/e.s.$
1. 주거지-자살시도- 가족발견형 40(32.7%)	2(5)	18(45)	2(5)	10(25)	8(20)	
2. 비주거지-비자살시도- 지인발견형 49(40.1%)	5(10.2)	24(48.9)	1(1.04)	2(4.08)	17(34.6)	16.208*/ .258
3. 주거지-비자살시도- 가족발견형 33(27%)	6(18.1)	16(48.4)	0	2(6.06)	9(27.2)	

주. * $p < .05$; e.s. = Cramer's V

경우가 많은 것으로 볼 수 있다. 즉 한국인의 자살행동은 일상생활에서 경험하는 스트레스에 대한 체계적인 관리가 중요함을 나타내는 것으로 보인다.

잠재계층과 공변인(개인심리적 변인과 사회적 변인)간 관련성 분석

잠재계층 모형에서 개인적 변인(성별, 나이, 경제적 변화, 월평균소득, 무직기간, 결혼, 동거여부, 학력)과 사회적 변인(스트레스 존재와 변화, 신뢰하는 사람, 절친 관계, 인간관계 변화, 가족관련 변인 중 정신장애, 알코올 문제, 신체질병, 신체질병 심각성, 지인 자살 시도, 학교직장만족도)을 공변인(covariates)으로 추가한 조건모형을 3-step 방식(모형 선택과 외부변수의 효과추정을 순차적으로 실시하는 방식; Vermunt, 2010)에 따라 분석한 결과는 표 6 제시되어 있다.

자살행동 기반 잠재계층에서 참조집단은 마지막 계층(유형3)인 '주거지-비자살시도-가족발견형'이다. 표 6에서는 참조집단 간 차이가 유의미한 공변인만 제시하였다. 여성일수록 참조집단인 유형1(주거지-자살시도-가족발견형)

집단에 속할 가능성이 높았고($b=1.546$) 절친한 친구와 멀어질수록 유형3(참조집단)에 속할 가능성이 높았다($b=-1.089$). 기혼일수록($b=-1.240$), 동거일수록($b=-1.300$), 절친한 관계와 멀어질수록($b=-1.407$) 유형3(비주거지-비자살시도-지인발견형)에 속할 가능성이 높았다. 자살행동에 있어 성별, 친구와의 관계, 결혼상태를 고려하여 주거지/비주거지, 가족발견/지인발견에 영향을 주는 것으로 나타났다.

표 7은 자살행동을 기반으로 분석한 3개 잠재계층에 대한 사회인구학적 차이를 분석한 결과이다. 성별비율로 보면 유형1(58.1%), 미혼의 경우 유형2(62.8%), 비동거인 경우 유형2(66.7%), 신뢰하는 사람이 없는 경우 유형1(44.4%)이 가장 높게 나타났다. 나이, 소득, 무직기간, 절친 관계변화 모두 3계층 간 유의미한 차이를 보였다(각 $F=7.622$, $F=15.052$, $F=7.784$, $F=2.462$).

자살위험요인 기반 잠재계층에서 참조집단은 마지막 계층(유형5; '사건반응')이다. 표 8에서는 분석 후 유의미한 변인들만 제시하였다. 유형1 간 비교에서 스트레스가 심각할수록($b=-2.002$) 유형5에 속할 가능성이 높았다. 유형2

표 6. 자살행동 기반 잠재계층별 다항 로지스틱 회귀분석결과

외부변수 (공변인변수)	자살행동 기반 잠재계층			
	1		2	
	b	S.E.	b	S.E.
성별	1.546**	.528	-.600	.571
결혼상태	.607	.597	-1.240*	.498
동거여부	.242	.786	-1.300*	.629
절친 관계변화	-1.089*	.474	-1.407**	.496

주. 참조집단: 유형3(주거지-비자살시도-가족발견형) 집단; 성별(1=남자); 결혼상태(1=미혼); 동거여부(1=비동거); 절친 관계변화(1=가까워짐); * $p < .05$, ** $p < .01$

표 7. 자살행동 기반 잠재계층별 사회인구학적 차이분석 결과

외부변수 (원격결과변수)	자살행동 기반 잠재계층						e.s or F-test
	1		2		3		
	n	%	n	%	n	%	
성별(여자)	25	58.1	9	20.9	9	20.9	.405***
결혼상태(미혼)	7	16.3	27	62.8	9	20.9	.350***
동거여부(비동거)	4	16.7	16	66.7	4	16.7	.268*
신뢰하는 사람(없음)	24	44.4	16	29.6	14	25.9	.236*
나이M(SD)	4.10	1.215	3.57	1.486	4.06	1.345	7.622*
월평균소득M(SD)	4.92	1.998	4.15	2.070	3.81	2.442	15.052**
무직기간M(SD)	2.32	.944	1.68	.915	2.00	.961	7.784*
절친 관계변화M(SD)	2.28	.456	2.20	.553	2.57	.504	2.462*

주. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; e.s = Cramer's V

표 8. 자살위험요인 기반 잠재계층별 다항 로지스틱 회귀분석결과

외부변수 (공변인변수)	자살위험요인 기반 잠재계층							
	1.경제문제		2.적응문제		3.복합문제		4.정신과문제	
	b	S.E.	b	S.E.	b	S.E.	b	S.E.
경제적 변화	-.964	.586	-2.042	1.166	-1.22*	.627	-20.493***	.000
동거여부	.191	.736	-.452	1.267	1.210*	.658	-564.906***	.000
스트레스 존재	.914	.615	1.179*	.785	1.048*	.628	1.041*	1.005
스트레스 변화	-2.002**	.622	-3.180*	1.192	-1.686	.578	-2.439**	1.191
인간 관계변화	-.247	.177	.017	.151	-.373*	.151	.030	.265
가족중정신장애	-.361	.293	-.936*	.419	-.354	.335	-1.049*	.495
가족중알코올문제	-.549	.611	-2.020**	.720	-2.035**	.599	-.574	.984
가족중 신체질병	-.455	.766	-1.735*	.789	-1.462*	.689	-.348	1.281
학교직장 만족	.153	.305	-.652*	.379	.234	.292	.718*	.417

주. 참조집단: 마지막 5번째 집단(사건반응형); 경제적 변화(1=없음); 동거여부(1=비동거); 스트레스 존재(1=없음); 스트레스 변화(1=없음); 인간 관계변화(1=혼자); 가족 중 정신장애(1=없음); 가족 중 알코올문제(1=없음); 가족 중 신체질병(1=없음); 학교/직장만족(1=불만족); * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

(적응문제) 간 비교에서 스트레스가 존재할수록($b=1.179$) 유형2(적응문제)에 속할 가능성이 높아졌다. 스트레스가 심할수록($b=-3.180$), 가족 중 정신장애($b=-.936$)가 존재할수록, 알코올문제($b=-2.020$)가 있을수록, 신체질병($b=-1.735$)이 심할수록, 학교직장 만족도($b=-.652$)가 높을수록 유형5(사건반응형)에 속할 가능성이 높았다.

유형3(복합문제) 간 비교에서 동거($b=1.210$)할수록, 스트레스($b=1.048$)가 존재할수록 유형3(복합문제)에 속할 가능성이 높았다. 인간관계가 많을수록($b=-.373$), 가족 중 알코올문제($b=-2.035$)가 존재할수록, 신체질병($b=-1.462$)이 많을수록, 경제적 손실($b=-1.22$)이 심할수록 유형5(사건반응형)에 속할 가능성이 높았다. 마지막으로 유형4(정신과문제) 간 비교에서 스트레스($b=1.041$)가 존재할수록, 학교직장 만족($b=.718$)이 높을수록 유형4(정신과문제)에 속할 가능성이 높았다. 반대로 동거($b=-564.606$)할수록, 경제적 손실($b=-1.462$)이 심할수록, 가족 중 정신장애($b=-1.049$)가 존재할수록 유형5(사건반응)에 속할 가능성이 높았다.

논 의

본 연구를 통해 자살자의 자살행동과 위험요인을 준거로 유형을 분석하고 각 유형에 존재하는 심리학적 특징을 심층적으로 살펴보았다. 본 연구 결과 자살행동 기반의 유형은 3가지(주거지 자살 시도 가족발견형, 비주거지 비자살 시도 지인발견형, 주거지 비자살 시도 가족발견형), 자살위험요인 기반은 5가지(경제문제형, 적응문제형, 복합문제형, 정신과문제형, 사건반응형)로 구분 지을 수 있었다. 자살

행동과 위험요인 유형 간의 관련성 탐색은 자살의 근본적인 원인을 이해하는 데 도움을 줄 수 있을 것으로 기대된다. 마지막으로 자살유형에 대한 사회심리적 특성을 기반으로 자살예방과 위기관리에 대한 시사점을 탐색적으로 살펴보았다.

자살 유형구분과 심리적 특성

심리부검 연구를 통해 전 생애에 걸쳐 발생하는 자살행동과 위험요인을 구체적으로 탐색할 수 있었다. 본 연구의 유형분석은 자살패턴이 공통점도 존재하지만 동시에 천편일률적으로 나타나는 것이 아니라 다양한 위험요인과 자살행동이 상호작용하며 그 독특성을 띄고 있음을 알 수 있었다. 예컨대 오랜 기간 고통을 경험하는 고위험군 집단뿐 아니라 과거 위험성이 전혀 없어 보였던 사람의 경우도 급성으로 절망감과 무기력감에 빠져들어 자살위험성이 극단적으로 고조되는 경우도 존재했다. 이런 유형은 과거에는 흔치 않았던 것으로 한국 사회에서 청년, 장년, 노인 대상자 등 세대 구분 없이 점진적으로 증가하는 추세이다(서중환 등, 2018). 한규석(2018)은 한국 사회의 독보적인 자살의 이유를 한국 사회의 독특한 문화와 연결 짓는데 대표적으로 관계중심의 상호작용문화, 1인 가족형태의 변화, 치열한 경쟁의식과 양극화, 이로 인한 상대적 박탈감, 사회적 지지 및 지원 체계의 결핍 등이 영향을 주었을 것으로 보고했지만 이에 대한 구체적인 탐색이 필요해 보인다.

본 연구에서 자살행동 자체가 갖는 의미와 위험요인 간 관련성을 중심으로 살펴보았다. 예컨대 자살과 관련된 의지표현, 자살 시도, 자살 시간, 자살 위치, 자살 방법, 구조요청과 최초 발견 등의 정보는 자살행동을 이해하는 데 다

양한 단서를 제공할 수 있다. 유형에 상관없이 자살의지와 구조요청은 공통적으로 높게 나타났으나 주변인은 민감하게 이를 감지하지 못했을 뿐 아니라 실제 자살 가능성과 연결 짓지 못했다.

유형1의 경우 주변인에게 적극적으로 자살 암시와 의지를 피력한 경우라 볼 수 있다. 가족 간 관계에서의 어려움을 추정할 수 있고 또 자살현장에서 자살자를 마지막으로 발견한 사람도 가족 중 한 명이었다. 반복적인 자살 시도가 존재했고 다른 유형보다 과거 자해 시도도 많이 존재했다. 자살위험요인 유형 간 관련성을 살펴보면 적응과 정신과 문제유형과 관련성이 높았다. 특히 만성적 수준에서 많은 어려움을 겪고 있는 복합적 문제의 경우가 많았던 것으로 보인다. 이런 경우 완결된 자살은 모두 실제 주거지에서 이루어졌고 구조요청도 다른 유형에 비해 적극적으로 표현됐다. 김효창(2006), 김효창과 손영미(2006)가 자살자를 대상으로 구분한 복합형 자살과 더 가깝다고 볼 수 있다. 지속적인 스트레스, 일정 수준의 자살의지, 사건 등 직간접적인 영향이 존재함을 알 수 있다. 비슷한 수준에서 서종한 등(2018)은 혼합 유형으로 구분했는데 장기간 겪는 스트레스와 문제가 누적되며 정신과적 문제가 자살에 영향을 미친다는 점은 다소 유사하다. 따라서 이 유형은 가족의 주의와 적극적 지원이 중요하다. Joiner(2005)와 Van Orden 등(2010)의 대인관계이론에서 주장한 바와 같이 가족에게 짐이 된다는 의식 소위 부채 의식과 상통하는 부분이 있으며 Durkheim(1897)의 이타적 자살과 비슷한 맥락 속에 있다. 과거 자해 및 자살시도는 물론 정신과적 문제(우울증, 강박증, 충동성 등; 김종두, 1998)(우울증, 강박증, 충동성 등)(김종두, 1998)

와도 깊이 연루되어 있다. 김종두(1998)가 제기한 의학적 모델에서의 정신증은 가족 간 단절, 지원의 상실, 직장 내 적응 등 다양한 영역에서의 기능적 손상과 사회적 역할을 단절케 하며 이는 다시 정서적 우울감과 무기력감, 절망감, 무망감을 느끼게 함으로써 자살관념을 고조시킬 수 있다(Joiner, 2005; Joiner et al., 2015; Shneidman, 2004)

유형2는 다른 유형에 비해 상대적으로 자살 의지 표현이 낮았지만 자살유서를 남겨 놓는 경우가 많았다. 국내 자살자가 유서를 남겨 놓는 경우 통상 30% 미만으로 보고하고 있다(서종한 등, 2012). 다만 본 유형에서는 완결된 자살행동과 관련성이 높은 과거 자살/자해시도는 상대적으로 낮았다. 다른 유형에 비해 자살 직전 도움에 대한 직간접적인 구조요청과 관련된 단서도 다소 낮았다. 자살 사건 현장이 산, 강가, 다리 밑, 하천, 맨홀 등 비주거지에서 발생했기에 질식사 이외에도 다양한 자살방식을 선택했고 따라서 피해자를 맞닥뜨린 사람은 가족이 아닌 지인이나 비면식 관계에 있는 주변 행인이었다. 이 유형은 직장에서의 적응 문제를 가장 많이 보고하였고 급성적 수준에서의 사건들을 직면하는 것으로 나타났다. 유형1과 비슷하게 만성적 수준에서의 스트레스도 전 생애에 걸쳐 나타났지만 유형1보다는 전체적으로 위험성이 낮은 수준이었다. 서종한 등(2018)에서 제시한 만성적 스트레스 유형과 견주어 볼 수 있다. 유형2에서처럼 정신과적 증상과 문제 경험이 낮은 상태에서 전 생애에 걸쳐 다양한 생애 스트레스를 지속적으로 느끼며 심리적 고통을 받아 오던 사람이 급격한 절망, 관계 단절, 법적 문제, 경제적 어려움, 직장·학교 적응 문제 등이 결정적 촉발요인으로 작용하며 자살경로(suicidal trajectory)

상 위험성을 악화시킨 경우이다. 즉 일정 수준의 만성적인 어려움을 가지고 있는 경우라도 급성의 스트레스를 경험하지 않으면 자살행동을 하지 않을 수도 있다는 것이다. 지속적인 스트레스는 결국 Juhnke, Granello, Lebrón-Striker(2007)의 대표적인 10가지 위험징후 중 절망감, 무기력감, 무망감을 느끼게 하며 자살행동으로 나아가게 한다. 김기환과 전명희(2000)가 제시한 취약형과도 비슷한 내용을 공유하고 있으며 생애 기간 자살위험성이 공존하는 과정에서 누적된 스트레스가 결정적 선행사건과 맞물려 자살이 촉발되는 경우라 말할 수 있다. 이 유형은 결국 거시적 체계에서의 문제(지역사회 차원의 지원과 개입)가 두드러졌고 사회적 개입을 통해 심리적 고통을 상쇄해 줄 수 있는 완충 지점이 필요함을 의미한다.

마지막으로 유형3은 자살 전 의지표현이 다른 두 유형보다 더 두드러졌고 사전 구조요청과 관련된 단서 표현 및 노출(예, 전화로 마지막 인사를 전함 등)도 잦았다. 자살자 주거지에서 많은 경우 자살이 완료되었고 주로 끈과 중독(약물, 니코틴 등) 등으로 사망했다. 유형1과는 달리 과거 자해나 자살시도가 거의 없는 상태에서 발생했고 오랜 기간 동거 중인 가족에 의해 발견됐다. 이 유형은 적응문제와 가장 강한 관련성을 보였다. 특히 직장 내에서의 어려움, 업무와 관련된 고통, 상사와 동료 간 관계 갈등을 많이 호소했다. 다음으로 사건반응, 예컨대 인사조치, 급격한 관계 단절, 이별 등의 특정 촉발 혹은 결정적 사건과 맞물려 자살위험성이 고조되었다. 만성적 복합문제 사례가 적었던 것으로 보아 급성적 스트레스를 경험하며 비교적 짧은 기간 자살위험성이 고조되는 유형이다. 대표적으로 초기 자

살유형 연구라 볼 수 있는 김종두(1998)의 강박증 혹은 충동적 유형 자살과 비슷하다. 그 간에 뚜렷한 자살동기가 존재하지 않았던 사람이 결정적 생애사건으로 인해 과도하게 죽음에 몰입하게 되거나 순간 자살 충동을 느끼며 갑자기 자살이 완결된다는 점이다. 서종한 등(2018)이 제시한 급성스트레스 혹은 김효창(2006)의 사건반응형과 유형과도 비슷한 맥락이다. 본 연구의 유형2와 유사하게 과거 만성적 문제가 두드러지지는 않으나 자살사망일을 기점으로 비교적 최근 급격한 생애 상실과 단절을 경험하면서 자살 관련 소인이 증대되고 있는 상태이다. 그 과정에서 사업실패, 직장 내 업무 혹은 인사 관련 사건, 이와 관련된 법적 문제, 가까운 대인관계의 심각한 갈등이나 단절 이후의 고립 등이 촉발되어 자살에 이르게 된 것이라 볼 수 있다. 즉, 만성적인 문제 유무와 상관없이 일상생활에서의 스트레스가 자살행동에 있어 중요한 요인임을 나타내는 것이다. 따라서 본 유형은 짧은 기간 최근 자살위험성이 가장 높게 나타나기에 즉시 개입이 필요하며 적극적인 대처계획과 위험성(재)평가 등이 이루어져야 한다. 적절하게 위기 상황을 넘기게 되면 이후 재발생률이 현저히 떨어져 생존할 수 있는 경우이다.

자살예방과 시사점

본 연구를 통해 확인한 것과 같이 자살행동과 위험요인에 따른 차별적인 자살예방과 위기관리 계획이 마련되어야 할 것이다. 자살자마다 다른 자살경로와 위험요인의 유형, 빈도수, 심화 수준을 보이기에 개별사례적(idiographic) 수준과 그에 따른 관리전략을 수립할 필요가 있다. 다만 개별 수준의 위험성을 이해함에 있어 개인의 특성이나 경험하는

스트레스를 중심으로 이해하는 것도 중요하지만 가족을 포함한 체계적인 생태학적 접근이 필요함을 확인하였다.

정신과적 문제와 관련된 유형에서 가장 두드러지게 보이는 증상은 에피소드(episode)가 동반되는 우울증이었다. 물론 공식적 진단을 통해 우울증이 존재하지 않는 경우도 많았지만 대다수 사례에서 최소한 우울감을 보고하고 있었고 자살 직전에는 절망감을 보였다. 하지만 자살자의 불안정성을 만성적 수준에서 확인하였음에도 본인뿐 아니라 가족조차도 대수롭지 않게 여겼다는 점이다. 대부분 자살의지와 간접적인 구호요청 단서가 꾸준히 있었음에도 자살 직전까지도 자살 가능성과 직접적으로 연결시키지 못했다. 한국사회에서의 자살이라는 단어가 갖는 급기적 속성, 가족 내 불명예, 특히 정신질환이 마치 미친 사람으로 여겨지고 있는 사회적 편견과 낙인, 불편한 사회적 시선은 여전히 존재했으며 가족구성원들조차도 적극적인 개입과 조치를 머뭇거리게 한다. 설령 가족구성원이 자살자의 문제를 지각하고 있더라도 어떻게 도움을 찾고 문제를 해결할 수 있을지 접근 상의 어려움도 호소하고 있었다. 대표적인 자살 위험징후인 우울감에 대한 이해와 사전 민감도를 높일 수 있는 기회를 제공하며 사회적 인식의 전환이 필요하다.

전 생애를 걸쳐 만성적 혹은 복합적 문제를 겪는 자살 고위험군인 경우 개인, 가족, 지역 사회 시스템 등 다(중)체계적 개입과 대처가 필요하다. 안타깝게도 이런 유형의 자살행동 특징은 자살이 완결된 이후 가족이나 가까운 지인에 의해 발견되는 경우가 많았다. 오랜 기간 스트레스를 경험하는 경우 가족들조차도 ‘앞으로 나아질 거야, 조금만 견뎌봐’ 식으로

대수롭지 않게 자살자를 상대하며 무덤덤했다. 그 과정에서 자살 직전의 경고신호인 위험징후(warning sign)를 상당 부분 놓쳤다. 특히 급격한 한국사회의 가족 체계 변화와 함께 1인 가족 비율과 비동거 경향성이 높아지면서 가족 간 함께 할 수 있는 시간의 결핍, 사회·개인적 지지 체계 와해, 의사소통의 급격한 단절 등으로 소외감과 상실감을 더 깊게 자주 느끼게 되었다(한규석, 2018). 노인층, 그 중에서도 빈곤층의 경우는 주변 가족에게 더 이상 짐이 되지 않기를 바람과 가족해체와 불화, 자식세대 간 갈등과 실망에서 자살사고를 많이 경험하는 것으로 이타적 자살과 연결 지을 수 있다(Durkem, 1897). 국내 65세 이상의 노인자살률이 유독 높은 이유에 대한 심층적인 조사와 이에 대한 적극적인 대처가 필요해 보인다.

특히 자살자와 함께 동거하는 주변인들(친족과 배우자 등)조차도 자살예방센터 혹은 정신건강증진센터 등 국가가 위탁하여 운영하는 기관에 대한 제대로 된 인식이 없었고 이들 기관에 대해 신뢰도와 접근성이 대체로 낮았다(서종한, 김경일, 2014; 중앙심리부검센터, 2017, 2018). 예컨대 실제 자신과 가족의 문제 해결에 도움이 될 수 있는지에 대한 의구심, 사생활과 개인정보 노출에 대한 심리적 부담감, 전문성에 대한 불신이 존재했을 뿐 아니라 구체적으로 도움추구 행동과 방법에 대한 절차를 알지 못했다. 국가적인 차원에서 자살예방에 대한 흥미 유발식의 일회성 언론보도와 홍보영상은 존재했지만 자살위험성이 고조된 대상자와 자살생존자를 지원할 수 있는 교육 홍보영상과 기획 보도로는 이어지지 않았다(생명존중희망재단, 2020, 2021). 자살생존자에 대한 지원이 절실했다. 주 정보제공자가 특히 유가족인 경우 사후 취약성이 높

아졌을 뿐 아니라 이에 따른 사후 돌봄과 지원을 적절히 제공받지 못했다. 유가족의 경우 자살자와 어떤 관계인지, 사후 얼마간의 시간이 지났는지에 맞춰 생존자에 대한 사후 개입이 주도적으로 이뤄질 필요가 있다. 심리부검은 자살생존자에게 도움의 손길을 마련할 수 있는 중요한 기회여서 이후 자살예방 기관과 연계하여 세밀한 서비스 프로토콜 개발이 필요해 보인다.

본 연구에서 구별된 사건반응형인 경우는 급성스트레스 유형(서중환 등, 2018)과 비슷했다. 전 생애 기간 자살위험성이 다소 낮은 상태에서 특정 연속적 사건으로 인해 불안정성이 급격하게 고조되기에 사례개입 우선순위가 높으며 개입의 긴박성이 높아지게 된다. 일반적으로 과거 만성적인 어려움을 겪고 있는 대상자가 특정 트리거(촉발사건)를 계기로 자살하는 경우가 많았으나 최근에는 자살위험성이 낮았음에도 불구하고 연속적으로 발생하는 주요 생애 스트레스(예, 직장에서의 적응과 대인관계 문제)로 인해 자살하는 경우가 증가 추세에 있다(최진화 등, 2021). 실제로 기존의 정신과적 문제나 취약성 등에 기반한 자살예방 노력은 만성적이거나 장기적인 자살을 예측하는 데는 효과적이지만 급성의 자살예방에는 효과적이지 못할 수 있다. 따라서 본 연구의 급성 혹은 촉발사건을 중심으로 한 접근이 급성의 자살행동을 예방하는데 도움이 될 것이다. 기관 전문가들은 단순 보험계리적 평가척도에 일방적으로 의존하기보다는 개별기술적 수준에서 위기관리 위험성 판단이 신중하게 이루어져야 한다. 유형에 따라 자살행동이 어떤 경로(trajecory)를 보여주는지 시나리오를 그려 관리계획을 마련하는 구조화된 전문가 판단 모델(structured professional judgement)을 참고

할 필요가 있다(서중환, 김경일, 2018).

자살위험성 게이지(gauge)라 불리는 사전 자살위험징후(red flag; 대표적으로 IS·PATH·WARM; Juhnke et al., 2007)를 민감하게 포착하는 방법은 사전교육을 통해서 가능하다. 예컨대 자살행동을 한 사람이 정신과적 문제와 신체적인 문제를 나타내는 것을 고려할 때 1차 진료기관의 전문가 대상의 자살행동에 대한 교차-민감성(cross-sensitivity)을 높일 필요가 있다. 마지막으로 자살위험성을 경감시킬 수 있는 보호요인의 탐색과 활용이다. 국내 다양한 연구에서는 가족의 적극적인 지원과 시의적절한 대처가 버퍼링 역할을 한다고 지적한다. 동거여부를 떠나 주기적인 만남과 접촉은 유대감을 높여 심리적 고통을 경감시키는 중요한 매개변인 역할을 한다(계갈다나, 박재연, 2017). 특히 노인인 경우 사회적 혹은 가정 내 유대감 상승이 자신에 대한 가치감과 존재의 의미, 삶에 대한 의미 혹은 살아야 할 이유로 작용하는 중요한 기제로 보고하고 있다(서인균, 정유선, 2010).

본 연구의 유형 분석의 가장 큰 시사점은 연구자의 자의적 해석을 넘어서서 간명지수와 모형적합 지수 등을 참고하여 체계적으로 자살유형을 분석한 점이다. 기존의 많은 유형 연구에서 적용한 위계적 군집분석, K-Means 군집분석 등의 한계점은 잘 알려진 사실이다(Everitt, 1979). 예컨대 연구자의 주관적 판단에 의한 집단 개수를 정하거나 특정 관찰치가 오직 한 집단에만 속하기 때문에 인간행동의 다양성을 반영하지 못한다. 특히 군집분석에서는 자살자의 유사성과 거리를 이용하여 군집을 분류하기 때문에 명목척도를 사용할 수 없다. 반면에 잠재계층분석은 응답반응의 유사성에 기반을 두고 있으며 통계적 절차에 따라

집단의 개수 결정이 이루어졌다. 무엇보다도 각 자살자가 단순히 하나의 집단에 할당되는 것이 아니라 각 집단에 속할 확률도 제공한다는 점이다. 지금까지의 대다수 연구에서는 자살 위험요인을 기반으로 유형을 분석한 것이 일반적이었다. 차별적으로 본 연구에서는 자살행동이라는 측면과 자살위험요인을 상호독립적으로 구분하여 유형을 살펴본 점, 이 둘 간의 관련성을 탐색하여 자살예방 시사점을 찾고자 했다. 본 연구에서는 분명 자살행동에 따른 자살위험요인의 유형에 차이가 있었으며 두 유형 간에 상호작용 효과를 심층적으로 조망할 필요가 있다.

본 연구의 한계점은 사례 수가 모집단을 대표하기에는 확실히 부족하다는 점이다. 심리부검 특성상 표집의 취약성으로 인해 상당한 어려움이 존재하며 연구 절차에서 모든 사례에 따른 최소 1인 이상의 면담이 함께 이루어져야 하다 보니 상당한 시간과 인력이 투입될 수밖에 없다. 본 연구에서는 세대차, 지역차, 성별차를 통제하지 못했다. 앞서도 지적한 바와 같이 사례 수의 부족으로 구분의 의미가 없었다. 본 연구에서 자살자 대리정보제공자 모집 중 일부 사례는 5년이 지난 경우가 있었다. 대리정보제공자의 기억 감퇴와 인출 오류 등을 이유로 많은 연구에서 5년 이내의 자살자에 한해 심리부검을 실시할 것을 권고하고 있다(서종한 등, 2012; Brent et al., 1988). 본 연구에서는 사례 수의 제한으로 인해 8년까지 사후사례를 일부 포함시켰다. 향후 연구에서는 상당한 시간이 지난 사례에 대한 오염 정도를 살펴볼 필요가 있으며 연구 결과에 어떤 영향을 미칠지를 함께 살펴볼 필요가 있다.

참고문헌

- 권호인, 고선규 (2016). 심리부검에 대한 고찰과 제언. *한국심리학회지: 문화 및 사회문제*, 22(4), 623-641.
- 김기환, 전명희 (2000). 청소년 자살의 특성과 유형에 관한 연구. *한국아동복지학*, (9), 127-152.
- 김종두 (1998). 자살에 대한 이론적 접근. *교육논총*, 2, 307-332.
- 김효창 (2006). 성인자살의 특성과 자살 유형에 관한 연구, *한국심리학회지: 문화 및 사회문제*, 12(1), 15-33.
- 김효창, 손영미 (2006). 노인 자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. *한국심리학회지: 문화 및 사회문제*, 12(2), 1-19.
- 나경세, 백종우, 윤미경, 김현수 (2015). 심리부검: 우리나라에서 향후 방향에 대한 검토 및 고찰. *신경정신의학*, 54(1), 40-48.
- 박상철, 조용범 (1999). 자살, 예방할 수 있다. *상담과 선교*, 7(4), 130.
- 박지영 (2020). 성 소수자 청소년 A는 왜 자살했는가?: 질적 심리부검을 통한 학급 내 집단 괴롭힘과 A의 행동결정과정 분석. *청소년복지연구*, 22(4), 1-36.
- 백은아 (2014). 경기도 심리적 부검. *한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집*, 5, 197-208.
- 서인균, 정유선 (2010). 노인의 보호요인이 위험요인과 자살생각에 미치는 영향. *보건과 복지*, 12, 97-114.
- 서종한, 김경일 (2014). 2014 한국형 심리부검 조사. 서울: 보건복지부.
- 서종한, 김나애, 김경일 (2018). 사망유형 분석을 위한 자살위험요인 탐색: 사례-대조 심

- 리부검 연구를 중심으로. *한국범죄학*, 12(3), 25-49.
- 서중환, 육성필, 조운정, 홍현기, 김경일 (2018). 전문가를 위한 한국형 심리부검. 서울: 박영스토리.
- 서중환, 이창환, 김경일, 김성혜 (2012). 한국 자살사망자 특징: 사례-대조 심리부검 연구. *한국심리학회지: 일반*, 31(2), 323-344.
- 서중환, 조병철, 이가애, 김경일 (2017). 생태순간평가(EMA) 일기법 기반 자살패턴 분석: 성별 차이를 중심으로. *한국자료분석학회*, 19(3), 1535-1556.
- 서중환, 최선희, 김경일 (2018). 심리부검 기반 자살유형 연구. *보건사회연구* 38(2), 350-393.
- 이구상, 최민정, 김수정, 박재영, 이명수, 서지혜, 이소영 (2012). 정신보건: 자살사망자의 축약 심리적 부검에 관한 연구. *정신보건-서울시정신건강증진센터*, 3(1), 18-24.
- 이만석, 김명식, 권호인 (2015). 심리적 부검을 통한 전북지역 자살 실태에 관한 연구. *한국심리학회지: 문화 및 사회문제*, 21(2), 119-130.
- 중앙심리부검센터 (2017). 심리부검 면담 결과 보고서. 서울: 보건복지부
- 중앙심리부검센터 (2018). 심리부검 면담 결과 보고서. 서울: 보건복지부
- 중앙심리부검센터 (2019). 심리부검 면담 결과 보고서. 서울: 보건복지부
- 중앙자살예방센터 (2020). 자살통계 자료집. 서울: 보건복지부
- 제갈다나, 박재연 (2017). 대학생 자살생각에 영향을 미치는 가족적 측면의 위험요인과 보호요인. *청소년학연구*, 24(2), 413-444.
- 최진영, 유 비, 김기현, 최윤선, 함혜옥 (2020). 청소년 자살위험의 유형화와 심리사회적 특성연구. *사회복지연구*, 51(2), 57-96.
- 최진화, 이구상, 유혜림, 서지혜, 김은지, 전홍진 (2021). 유족과의 면담을 통한 자살자 심리부검과 경찰 수사기록 조사를 통한 자살자 심리부검 결과 비교. *신경정신의학*, 60(1), 61-69.
- 한국생명존중희망재단 (2020). 심리부검 면담 결과 보고서. 서울: 보건복지부
- 한국생명존중희망재단 (2021). 심리부검 면담 결과 보고서. 서울: 보건복지부
- 한국생명존중희망재단 (2021). 2021 자살예방백서. 서울: 보건복지부
- 한국자살예방협회 (2009). 자살사망자 심리부검 및 자살시도자 사례관리 서비스 구축방안. 서울: 보건복지부.
- 한규석 (2018). *사회심리학의 이해* 4판. 서울: 학지사
- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE transactions on automatic control*, 19(6), 716-723.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2014). Auxiliary variables in mixture modeling: Three-step approaches using M plus. *Structural equation modeling: A multidisciplinary Journal*, 21(3), 329-341.
- Bolck, A., Croon, M., & Hagenars, J. (2004). Estimating latent structure models with categorical variables: One-step versus three-step estimators. *Political Analysis*, 12(1), 327.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Kolko, D. J., & Zelenak, J. P. (1988). The psychological

- autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3), 362-366.
- Chiu, H. F. K., Yip, P. S. F., Chi, I., Chan, S., Tsoh, J., Kwan, C. W., ... & Caine, E. (2004). Elderly suicide in Hong Kong - a case controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 299-305.
- Conner, K. R., Houston, R. J., Swogger, M. T., Conwell, Y., You, S., He, H., ... & Duberstein, P. R. (2012). Stressful life events and suicidal behavior in adults with alcohol use disorders: Role of event severity, timing, and type. *Drug and alcohol dependence*, 120(1-3), 155-161.
- Durkheim, E. (1897). *Suicide: A sociological study*. Paris: Alcan.
- Everitt, B. S. (1979). Unresolved problems in cluster analysis. *Biometrics*, 169-181.
- Henry, M., & Greenfield, B. J. (2009). Therapeutic effects of psychological autopsies: The impact of investigating suicides on interviewees. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30(1), 20-24.
- Hirokawa, S., Kawakami, N., Matsumoto, T., Inagaki, A., Eguchi, N., Tsuchiya, M., ... & Takeshima, T. (2012). Mental disorders and suicide in Japan: a nation-wide psychological autopsy case - control study. *Journal of affective disorders*, 140(2), 168-175.
- Isometsa, E. T. (2001). Psychological autopsy studies - a review. *European psychiatry*, 16(7), pp.379-385.
- Joiner, T. E., Buchman-Schmitt, J. M., Chu, C., & Hom, M. A. (2017). A sociobiological extension of the interpersonal theory of suicide. *Crisis*, 38(2), 69-72.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Juhnke, G. A., Granello, P. F., & Lebrón-Striker, M. A. (2007). *IS PATH WARM? A suicide assessment mnemonic for counselors (ACAPCD-03)*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Knoll IV, J. L. (2008). The psychological autopsy, part I: applications and methods. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(6), 393-397.
- McLachlan, G., & Peel, D. (2000). Mixtures of factor analyzers. In *Proceedings of the Seventeenth International Conference on Machine Learning*.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), 78-83.
- Partonen, T. (2020). A new national suicide prevention programme in Finland. *Psychiatria Fennica*, 51, 10-15.
- Robins, E., Gassner, S., Kayes, J., Wilkinson, R. H., & Murphy, G. E. (1959). The Communication of suicidal intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *American Journal of Psychiatry*, 115(8), 724-733.
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The annals of statistics*, 461-464.
- Sclove, S. L. (1987). Application of model-selection criteria to some problems in multivariate analysis. *Psychometrika*, 52(3), 333-343.
- Shneidman, E. S. (1981). The psychological

- autopsy. *Suicide Life Threat Behavior*, 11(4), 325-340.
- Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Steinley, D., & Brusco, M. J. (2011). Evaluating mixture modeling for clustering: recommendations and cautions. *Psychological methods*, 16(1), 63.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). *The interpersonal theory of suicide*. *Psychological review*, 117(2), 575-600.
- Zhang, J., Conwell, Y., Zhou, L., & Jiang, C. (2004). Culture, risk factors, and suicide in rural China: A psychological autopsy case control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 430-437.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103-126.
- 논문 투고일 : 2022. 10. 20
1 차 심사일 : 2022. 11. 23
2 차 심사일 : 2022. 12. 18
게재 확정일 : 2023. 01. 05

The Study of the Two-Dimensional Suicidal Type Based on Psychological Autopsy: A Focus on Suicidal Behaviors and Suicidal Risk Factors

Sung-pil Yook¹⁾

Jonghan Sea²⁾

¹⁾Seoul Graduate School of Counseling Psychology

²⁾Department of Psychology, Yeungnam University

The current study aimed to explore the suicidal behaviors and risk factors of completed suicides using psychological autopsy and use them as index variables to classify suicidal types. In addition, this study looked into the influential factors that affect each suicidal type. related to suicidal behaviors and suicidal risk factors by psychological autopsy. In addition, the distinctions among the classes were analyzed. For this, psychological autopsies were conducted on the families and the close ones of 128 completed suicides. Then, the index variables were finally chosen for classifying suicidal types. The selected index variables for suicidal risk factors were mental disorders, suicide/self-harm, significant changes in physical appearance, marital conflict, adjustment and relationship issues at work/school, unemployment/layoff, jobless status and serious financial problems. The selected index variables for suicidal behaviors were expressing their suicidal attempts, writing suicidal notes, asking for help, the time/place/method of suicidal behavior, past suicidal/self-harm experience and the first person who witnessed the suicide. The Latent Class Analysis(LCA) and the 3-step method were used for classifying suicidal types. Then external variables(financial changes, cohabitation, existence of stressors, changes in stress level or relationships and family members with mental disorder/alcohol problems/ physical disorders, and work/school stisfaction) were applied for distinguishing classes. As a result, 5 classes(financial problems, adjustment problems, complex problems, psychiatric problems, and response to event[s]) were revealed on suicidal behaviors and 3 classes(residence- suicidal attempt- found by family, nonresidence- nonsuicidal attempt- found by acquaintances, residence- nonsuicidal attempt- found by family) were presented on suicidal risk factors. External variables such as gender, marital status, cohabitation, changes in relationships significantly differentiated among the 3 classes. Especially, class 3(residence- nonsuicidal attempt- found by family) tended to cohabit with others, were married, and had a significantly high level of interpersonal conflicts. When comparing the 5 classes of suicidal risk factors, auxiliary variables such as economic changes, cohabitation, stress, relationship changes, and family-related problems, and school/work satisfaction significantly differentiated the 5 classes. Especially class 3 (complex problems) experienced comparatively less family-related problems, but showed an aggravating level of personal stress. Suicial prevention strategies should be provided considering the characteristics of each class and the influential factors.

Key words : suicide, psychological autopsy, types, latent class analysis, suicidal risk factors, suicidal behaviors