한국심리학회지 : 문화 및 사회문제
Korean Journal of Culture and Social Issues
2024, Vol. 30, No. 4, 407~453.
http://dx.doi.org/10.20406/kjcs.2024.11.30.4.407

OPEN ACCESS

한국형 심리부검 매뉴얼(K-PAM; Korea-Psychological Autopsy Manual) 개발과 타당화 연구*

박 소 향[1)] 서 동 기[2)] 육 성 필[3)] 김 경 일[4)] 서 종 한†

본 연구는 한국형 심리부검 매뉴얼(가칭 K-PAM)의 문항과 실시 평가체계를 구성하고 이를 타당화 하는 데 목적이 있다. 본 연구를 위해 2가지 연구를 설계하여 진행하였다. 연구 1에서 K-PAM 1차본을 구성하였다. 이를 위하여 기존 국내외 심리부검 문헌 탐색과 컨설팅을 진행하였고, 이후 내용 전문가들 간의 논의를 통해 최종적으로 60문항을 구성하였다. 연구 2에서는 37개의 심리부검 사례를 활용하여 60문항에 대한 신뢰도와 타당도를 조사하였다. 본 연구의 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, K-PAM은 적절한 수준의 준거 타당도를 지니는 것으로 확인되었다. 둘째, 평가자 간 신뢰도를 검증한 결과 전반적으로 적정 수준의 일치도를 보였다. 셋째, 검사-재검사 분석 결과 적절한 수준의 상관관계를 보여 시간의 흐름과 관계없이 신뢰로운 평가 도구임을 입증하였다. 넷째, G 연구를 실시한 결과 K-PAM의 문항이 전체 점수에 가장 큰 영향을 끼치는 것으로 나타났다. 마지막으로 D 연구를 실시한 결과 최소 4명의 평가자 수를 확보하는 것이 중요함을 확인하였다. 본 연구는 표준화된 특성(Conner et al., 2022)을 반영하여 신뢰도와 타당도가 확인된 심리부검 도구를 제시했다는 것에 큰 가치를 가진다.

주요어 : 한국형 심리부검 매뉴얼(K-PAM), 심리부검, 일반화가능도 이론, 신뢰도, 타당도

* 본 연구에 도움을 주신 조윤정, 홍현기, 황순찬, 권일용, 하지원, 임형수 선생님께 감사의 말씀을 전함.
1) 영남대학교 심리학과 석사, E-mail: sohyang80@gmail.com
2) 한림대학교 사회과학대학 심리학과 부교수, E-mail : wmotive@hallym.ac.kr
3) 서울상담심리대학원대학교 교수, E-mail: ysp62@hanmail.net
4) 아주대학교 심리학과 교수, E-mail: kyungilkim@ajou.ac.kr
† 교신저자 : 영남대학교 심리학과 부교수, 경북 경산시 대학로 280, E-mail: jonghansea@yu.ac.kr

Copyright ©2024, 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.

2022년 국내에서 자살로 사망한 인구는 12,906명, 자살률은 인구 10만 명 당 25.2명이었다. 자살사망은 전체 인구의 여러 사망 원인 중 6위를 차지하였고, 10~30대에서 1위, 40대, 50대에서 2위, 60대에서 5위인 것으로 나타났다(통계청, 2023a). 2020년 국내 자살률은 24.1명으로 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development; OECD) 중 최상위 수준이었는데, 이를 2위 리투아니아의 18.5명과 비교하였을 때 상당히 높은 수치임을 알 수 있다(통계청, 2023b). 그리고 국내 성인을 대상으로 최근 1년 내에 적어도 한 번 이상 경험한 자살 관련 행동에 대해 조사한 결과, 1.3%가 자살생각을 한 적이 있고, 0.5%가 구체적인 자살계획을 세웠으며, 0.1%가 자살시도를 한 적이 있는 것으로 밝혀졌다(보건복지부, 2022).

이처럼 국내의 자살 관련 문제는 매우 심각한 수준을 보이고 있다. 따라서 자살은 더 이상 개인의 문제가 아닌 범국가적 문제로 인식된다. 이를 해결하기 위해 국내에서 나타나는 자살의 특징을 과학적으로 파악하여 실질적으로 효과 있는 자살예방정책을 강구할 필요가 있다.

심리부검(Psychological Autopsy)은 고인의 사망 전 환경과 생활모습, 고인을 죽음에 도달하게 만든 사건과 행동을 재구성하는 사후조사 과정이다(Shneidman, 1981). 1930년대에 발생한 뉴욕 경찰 93명의 연속적인 자살에 대한 원인을 규명하고자 했던 시도를 최초의 심리부검으로 보고 있다. 이후 1958년 부둣가 추락 사건을 조사하면서 Edwin Shneidman가 '심리부검'이라는 용어를 최초로 사용하였다. 심리부검을 실시하는 목적에는 크게 네 가지가 있다(Ebert, 1987). 첫 번째 목적은 심리부검이 개발된 목적으로, 사망의 종류(Mode of Death)를 결정하기 위함이다. 사망의 종류는 사망의 원인과는 다르며, 자연사(Natural), 사고사(Accident), 자살(Suicide), 타살(Homicide)의 앞 글자를 딴 NASH 분류체계를 따른다. 의학적 사인은 부검을 통해 밝힐 수 있으나 사망의 종류를 결정하는 것은 죽으려는 의도가 있었는지에 대한 문제이다. 사망 종류는 보험금 지급, 범죄 수사, 의료 과실 소송 등 여러 분야에 영향을 미칠 수 있는데, 특히 사고사와 자살은 그 경계의 구분이 어려워(문국진, 1991; 신성원, 2005; 서종한 외, 2012) 사망 종류의 분류가 모호할 수 있다. 이럴 경우 부검을 통한 사인과 더불어 사망 당시 사망자의 심리상태를 식별하여 사망의 종류를 정확하게 파악하는 것이 중요하다. 두 번째 목적은 자살위험의 촉발요인을 밝히는 것으로, 사망의 종류는 확실하나 그 이유가 불명확한 경우 사망자가 언제, 어디서, 왜, 어떻게 자살했는지 이해하는 데 도움을 준다. 이 질문에 답하기 위해서는 자살사망자의 삶에서 중요한 사건과 그들 간의 연결, 자살과의 연결을 확인해야 한다. 이를 통해 구체적인 자살동기와 사회·심리적인 자살경로를 파악할 수 있다. 세 번째는 자살의도가 있는 다양한 수준의 행동 패턴을 식별하여 자살을 예방하는 데 도움이 될 정보를 얻는 것으로, 복잡성, 다양성, 개별성이 높은 자살이라는 개념에 대해 개별기술적으로 이해할 수 있으며, 이들을 통합하여 사례 간의 공통적인 위험요인이나 패턴을 발견한다. 이는 추후 자살 고위험군의 자살위험성을 평가하고 사전 개입에 이용할 수 있다. 또 규범정립적인(nomothetic) 수준에서 자살을 규명하여 자살예방 정책 수립의 근거로 사용할 수 있다. 네 번째 목적은 자살위험성이 높은

사람들의 위험성을 평가하고 사전에 개입, 치료하는 것이다. 특히 심리부검 면담은 유가족의 애도반응을 도우며, 심리적인 지지와 해소감을 제공하여 자살로 인한 2차 피해를 방지하는 치료적 가치가 있다.

심리부검과 자살예방

심리부검은 LA의 자살예방센터(Suicide Prevention Centre)에서 시작되었다(Shneidman, 1981). 현대적 의미의 심리부검은 워싱턴대학교 의과대학의 Robins 교수가 표준화된 면담과 정신장애 진단 및 통계 편람(DSM-Ⅰ)을 이용하여 134건의 심리부검을 실시한 것에서 시작됐다(Robins et al., 1959). 이후 장기간 북미를 중점으로 본격적인 심리부검 연구가 수행되었고 여러 국가로 확대되었다(육성필, 서종한, 2023).

또한 심리부검은 자살연구를 위한 데이터를 수집하는 데에 사용할 수 있는 도구로(Knoll, 2008), Kelly와 Mann(1996)은 심리부검이 자살사망자에게서 나타나는 자살의 주요 위험요인을 신뢰롭게 검증하는 방법임을 확인하였다. 이때 수집한 다양한 데이터를 기반으로 효과적인 자살예방정책을 수립하고 계획할 수 있다(Shneidman, 1969; 서종한, 2015).

실제로 국외 연구에서 심리부검이 자살예방정책을 수립하는 데에 효과적임을 입증하였다(Selkin & Loya, 1979; Partonen, 2020). 핀란드의 경우 약 1년 간 1,397건의 심리부검 연구를 진행하였고 해당 연구결과를 바탕으로 효과적인 자살예방정책을 수립하였다. 핀란드 심리부검 연구에서는 대다수의 자살사망자가 최소 하나 이상의 정신장애를 경험하고 있었고 대표적으로 우울증과 알코올 관련 장애였다. 이에 맞춰 핀란드 정신보건원은 우울장애에 대한 조기 발견과 선제적 치료, 알코올 관련 기능 장애를 보이는 사람들에 대한 국가적 지원과 정책을 마련하였다. 그리고 우울장애에 대한 대중의 인식 수준을 높이고 적절한 대처 등에 대한 교육을 실시하였다. 그 결과 30.2명이었던 자살률이 16.4명으로 크게 감소하게 되였다(Partonen, 2020).

아시아에서는 대표적으로 중국에서 대단위의 심리부검을 실시하여 자살예방정책에 필요한 다양한 탐색적 시도를 진행하였다. 이를 위해 Philips 외(2002)와 이후 후속 연구(Zhang et al., 2004; Chiu et al., 2004)에서 북경 등 23개 지역 519건의 심리부검을 체계적으로 진행하였다. 그 결과, 자살사망자의 사회인구학적 특징을 대조군 집단과 비교했을 때 유의미한 차이가 있음을 도출하였다. 대표적으로 과거 우울증 등 기분장애, 자살시도와 자해시도, 자살직전 경험한 높은 수준의 스트레스가 존재하였고, 특히 눈여겨볼 만한 점은 대인관계에서의 심각한 상실과 갈등이 있었다. 그리고 Chiu 외(2004)의 연구에서 기분장애 특히 우울장애와 과거 자해경험이 자살위험요인과 긴밀한 관련성이 있음을 보고하였다.

이 외에도 홍콩, 일본 등 아시아의 다양한 나라에서 각각의 실정에 맞는 심리부검을 실시하고 있다. 대표적으로 2000년대 중반 자살대책기본법 제정 이후 일본 국립보건정신연구소를 중심으로 일본 실정에 맞는 표준화된 심리부검 도구를 개발하여 심리부검을 진행하였고 2007년까지 50건의 심리부검 실시하였다. 그 결과 심리부검 연구를 통해 자살사망자의 경우 정신장애 비율이 대조군(자살생존군)에 비해 5배 이상 높게 나타났다(Hirokawa, Kawakami, et al., 2012). 이에 따라 자살예방과

고위험군에 대한 위기개입과 사후 대응 체계를 체계적으로 수립하여 추진하고 있다.

국내에서도 심리부검 결과를 바탕으로 한 효과적인 자살예방정책을 제안하는 연구가 이루어졌다(서종한 외, 2018; 육성필, 서종한, 2023). 대표적으로 서종한, 최선희, 외(2018)은 78건의 심리부검 결과를 바탕으로 원스톱 지원 시스템, 가족과 주변인에 대한 심리치료, 정신질환자 케어 및 치료체계 가이드라인 교육 등의 자살예방정책을 제안하였다. 육성필과 서종한(2023)은 128건의 심리부검 결과를 바탕으로 국내 자살사망자의 유형을 구분하였고 유형에 따른 차별적인 자살예방정책의 필요성을 논하였다.

이외에도 심리부검에 대한 여러 국내 연구가 진행되었다(박주상 외, 2009; 이구상 외, 2012; 한국자살예방협회, 2009). 국내 심리부검의 시작은 군의문사진상규명위원회 산하 심리부검 자문소위원회이다(박주상 외, 2009). 군복무 중에 발생한 의문사에 대한 조사를 목적으로 하였다. 하지만 체계적인 방법론의 부재로, 표준화된 심리부검 프로토콜과 구조화된 평가도구 없이 조사가 이루어졌다. 이후 보건복지부와 한국자살예방협회가 협력하여 Philips 외(2002)가 개발한 면담 도구를 국내 상황에 적합하게 수정 후 보완하여 연구를 진행하였다(한국자살예방협회, 2009). 국내에서 최초로 체계적인 면담 도구를 활용한 연구라는 데 의의가 있으나 7건의 사례 중 4건만을 보고하여 사례 수가 적었다. 이외에도 여러 연구가 이루어졌으나 각 연구들은 개별 연구자나 광역정신건강증진센터가 중심이 되어 그들의 관심에 따라서 상이한 심리부검 문항 및 도구를 사용하였다(권호인, 고선규, 2016).

최근에는 한국생명존중희망재단(구, 중앙심리부검센터)에서 대단위의 프로젝트를 실시하였다. 2015년부터 2021년까지 실시한 심리부검 면담을 분석하였고, 그 결과 면담에 참여했던 952명 중 906명(95.2%)에게서 사별 후 일상생활에서의 변화, 특히 심리상태의 변화(97.0%)가 두드러졌다. 그리고 83.3%는 우울증상을 경험하거나 복합비애(시간이 지나도 사별의 고통이 경감되지 않고 오래 지속되는 고통) 등 정신건강에 심각한 위협을 받은 것으로 나타났다. 심리부검 면담의 주요 대상자가 되는 유가족은 자살위험성이 매우 높은 자살 고위험군으로(이민아 외, 2010), 고인의 아픔을 미리 알지 못했고 자살을 막지 못했다는 죄책감으로 인해 극도로 불안정한 상태가 된다(정아원 외, 2020). 그러나 심리부검 면담을 통해 자신만의 제한된 원인규정에서 벗어나 고인의 죽음에 대한 더 현실적인 조망과 건강한 애도가 가능해지며(서종한, 2015, 2018; 권호인, 고선규, 2016), 감정에만 매몰되지 않고 고인의 죽음을 객관적으로 정리할 수 있어 높은 만족도를 보인다(한국생명존중희망재단, 2023).

심리부검 도구 표준화 연구와 구조화된 전문가 판단(SPJ) 모델

국외에서 주로 사용하고 있는 심리부검 도구로는 LA 자살예방센터 (Litman, 1968; Shneidman, 1981)의 도구, 미국질병통제예방센터(Centers for Disease Control and Prevention; CDC)에서 제작한 자살판정을 위한 실증적 기준(Empirical Criteria for the Determination of Suicide; ECDS; Jobes et al., 1991), 군에서 운용중인 AR 600-63(미육군 규정, Army Regulation; US Department of the Army, 1988), 브라질 연구자인 Werlang과 Botega(2003)가 계량심리적으로

타당화한 SSIPA(Semi-structured Interview for PA)가 대표적이다. 좀 더 구체적으로 살펴보도록 하자.

첫째, CDC에서 제작한 자살판정을 위한 조작적 기준(Operational Criteria for the Determination of Suicide; OCDS)이다. 자살, 타살, 사고사 등 사망종류를 판정할 때 심리부검 조사자의 정확도를 향상시키는 것이 핵심 목표이다. '자기파괴성(self-infliction)'과 '의도(intention)'의 두 가지 측면을 명확하게 측정하는 22개의 문항으로 구성되어 있다(Rosenberg, 1988). 다만 조작적 수준의 준거여서 타당성이 떨어진다는 지적에 따라 자살판정에 대한 실증적 기준(ECDS)을 제안하였다(Jobes et al., 1991). OCDS의 22개 항목에 심리부검과 관련된 기존의 문헌을 검토하여 통계적으로 검증된 33개 항목을 더하여, 총 55개 항목을 개발한 후 '자기파괴성(죽음을 초래한 자살행동을 스스로 실행)'과 '자살의도'를 충분히 반영하는 16개 항목만 선택하여 새롭게 개발한 자살판정의 기준이다. 기존의 연구방법을 개선하고 '자기파괴성'과 '의도'의 계량화가 가능한 점수 체계를 갖추고 있다. Section A에는 의도(Intention)와 자기파괴성(Self-infliction)에 대한 항목 13개, Section B에는 자기파괴성(Self-infliction only)에 대한 항목 2개, Section C에는 의지(Intention only)에 대한 항목 1개로 구성하여 각 항목별로 확인한 결과가 Section A+Section B와 Section A+Section C의 총점이 전부 3을 넘으면 자살, 하나라도 2 이하면 사고사로 구분하고 있다.

Army Regulation(AR) 600-63은 미 군대 건강증진 프로그램(Army Health Promotion)으로, 자살사망자에 대한 정보를 상부에 알리고, 군인들을 위한 자살예방 프로그램을 개발하는 데 그 목적이 있다. '자살 분류에 대한 조작적 기준'을 만들어 심리부검을 적극적으로 추진하고 있는데, 이때의 자기파괴성은 죽음을 스스로 행하는 증거(신체적 부검, 독성학적, 심리학적 소견, 유서 등)를 의미하며, 의도는 자기를 죽일 의지, 죽기를 소망함, 자살 초래할 결과에 대해 알고 있다는 증거, 죽음에 대한 준비, 난망에 대한 표현, 죽는 방법, 자살시도 여부, 정신질환 여부 등을 포함한다.

특히 국외에서는 Werlang과 Botega(2003)가 제시한 반-구조화된 심리부검 면담(The Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy; SSIPA)을 따르는 편인데 본 도구는 4가지 모듈(스트레스 요인, 동기, 치명성, 의도)로 구성되어 있다. 각 모듈에 따라 조사원이 반구조화된 면담을 진행하며, 각각의 모듈 평가자 간 신뢰도(ICC)를 구체적으로 보고한 최초의 연구이자 표준화된 도구이다. 이와는 별도로 수사기관에서는 심리부검에 대한 실질적인 지침과 항목을 제공해 주는 Ebert (1987)의 권고 절차를 따르는 편이다. 개인정보, 심리관련 변인, 자살 전 정신건강, 자살행동, 약물사용 등, 현장분석, 관계인 변인 등 매우 포괄적 수준의 출처와 문항을 담고 있는 것이 특징이다.

최근에는 Conner 외(2021)에서 선행 사례-대조 심리부검 연구를 기반으로 16개 평가 기준 항목을 선택하여 심리부검 방법론에 대한 내·외적타당도(예, 평가자 간 신뢰도와 타당도)를 확인하였다. 그 결과, 개별 항목 자체가 높은 수준의 평가자 간 신뢰도를 보여 활용 가능성을 증명하였다. 이 연구에서는 심리부검 표준화를 계량심리적 수준에서 전문가들의 평가 일치성과 자살 관련 준거 척도 간 상관을 핵심적으로 검증하였다.

국내 연구에서 사용하는 도구는 크게 세 가지 정도이다. 1) 서종한, 육성필, 외(2018)이 체계적 문헌 고찰과 Phillips 외(2002)의 연구를 기반으로 만든 한국형 심리부검매뉴얼, 2) 구 중앙심리부검센터(현, 한국생명존중희망재단) 주도로 만들어진 K-PAC 3.0, 그리고 3) 서울시 자살예방센터(SSPC) 외(2023)에서 제작한 서울형 심리부검 체크리스트 등이 있다. 한국형 심리부검체크리스트(Korea-Psychological Autopsy Checklist; K-PAC) 3.0은 아시아권 국가에서 활발히 사용하는 중국 북경자살예방센터(Beijing Suicide Research and Prevention Center) Phillips의 도구를 2009년 보건복지부의 위탁으로 한국자살예방협회가 우리나라 실정에 맞게 수정 후 보완하는 것에서 시작되었다(최진화 외, 2021) 이후 국내외 심리부검 도구를 수집하고 문헌을 체계적으로 조사하여, 공통 문항을 추출하는 방식으로 반구조화된 면담도구인 K-PAC을 수정・보완하였다. 2020년부터는 K-PAC 3.0 버전을 사용하고 있으며, 면담자 간의 평정오류를 줄이기 위해 자료수집 및 관리체계(K-PAC eCRF)를 전산화하여 데이터의 오류를 줄이고 정확성을 높이고 있다. 다만 본 도구의 전체 구성을 보면 평가 구성에서 구체적인 행동 지침과 평가 과정에 필요한 구체적인 가이드라인이 존재하지 않는다. 가장 큰 문제는 실제 면담자(평가자) 간 신뢰도와 외부 준거 타당도와 문항 간 내적 일관성 등이 검증된 바가 전혀 없다는 것이다.

서울형 심리부검 체크리스트는 자살관련 정신건강 전문가 집단에서 문항(5요인 하위 15개 요인)을 최종적으로 구성하여 제작하였다. 이 도구는 일선에서 정신건강 전문요원들이 활용할 수 있도록 구조화된 면담을 기반으로 제작(매뉴얼 책자)하였다. 하지만 Conner 외(2021)에서 지적한 바와 같이 각 문항에 대한 구체적인 근거를 찾을 수 없고 문항의 신뢰도와 타당도를 확인할 수 없어 추가적인 연구가 필요한 실정이다.

서종한과 김경일(2014)의 보건복지부와 함께 실시한 심리부검 실증 연구에서 사용한 도구는 서종한 외(2013)가 기존 한국자살예방협회(2009)에서 사용한 면담도구를 수정 및 보완한 것으로, 확장된 심리부검 도구였다. 문항이나 구성을 수정하고 보완했을 뿐만 아니라 참고한 근거와 출처가 명확하다는 장점이 존재하였다. 하지만 앞서 서울형 심리부검 체크리스트와 비슷하게 각 문항의 신뢰도와 타당도를 검증하지 않았다는 한계점이 있다. 심리부검 도구가 내재적 구성도를 갖춘 과학적인 도구가 되기 위해서는 도구의 문항이나 구성에 대한 근거와 출처가 명확해야 할 뿐 아니라 각각에 대한 통계적 검증이 필요한 상황이다.

따라서 본 연구에서 심리부검 도구의 표준화와 관련 개념적 정의는 앞서 국내외 연구에서 공통적으로 지적한 것처럼 다음과 같다(권호인, 고선규, 2016; Jobes et al., 1991; Werlang & Botega, 2003; Phillips et al., 2004, 2007; 대표적으로 Conner et al., 2021). 첫째, Jobes 외(1991)와 Phillips 외(2004, 2007), 서종한, 최선희, 외(2018)에서 지적한 바와 같이 국내외 실증 연구 문헌 탐색과 기존 자살 관련 문헌 고찰 등을 통해 한국 자살 현상과 맥락을 잘 반영하는 근거기반의 문항을 선정해야 한다. 따라서 자살과 관련성이 높은 근거 있는 문항 축출과 이에 대한 근거와 출처가 투명하게 공개될 필요가 있다. 둘째, Conner 외(2021)와 Werlang과 Botega(2003)가 핵심적으로 제기한 바와 같이 심리부검 도구 표준화 과정에서 실증적으로 검증된 자살 관련 문항 구성, 문항

내·외적 타당도 검증, 문항 혹은 요인을 기반으로 평정한 평가자(전문가) 간 신뢰도(ICC)를 확인할 필요가 있다.

심리부검 표준화는 자살연구와 자살예방 실무 등에 다양한 이점을 가져다줄 수 있다(권호인, 고선규, 2016; 나경세 외 2015; 신수원, 서종한, 2022). 권호인과 고선규(2016)는 심리부검 연구가 다양한 연구자에 의해 특정 지역을 중점으로 나뉘어서 개별적으로 수행되고 있는 점을 지적하며 표준화된 심리부검 도구가 개발될 경우, 실제 핀란드, 일본, 중국과 같이 대단위로 심리부검이 이루어져 일관성 있는 국가연구가 가능할 수 있음을 지적하였다. 신수원과 서종한(2022)은 심리도구의 표준화는 정보의 불확실성을 해소하고 문항의 타당성을 답보함으로써 현재 행정기관, 수사 및 감정 기관, 법원 민형사에 증거능력이 있는 신뢰로운 심리부검 과정과 결과를 제공할 수 있다고 지적하였다.

여러 선행 연구에서 공통으로 지적하는 바와 같이 표준화된 심리부검 도구는 심리부검의 결과가 연구자에 따라서 상이하게 이해되는 현상을 막고 각 연구의 결과를 상호 대응하여 비교·대조하게끔 한다. 이를 통해서 많은 심리부검 결과가 축적(데이터베이스화)된다면 일반화 가능성이 높은 유의미한 결과를 도출할 수 있다는 장점을 가지게 된다. 그리고 각 연구자가 상호 동일한 심리부검 도구를 활용하는 경우 수집되는 정보와 정보의 형태 및 양에서 편차가 발생을 막고 연구결과의 신뢰성을 증진시킬 수 있다. 무엇보다도 심리부검 도구와 같이 면담 기반의 평가 도구에는 평가자들 간의 기대나 편견, 경험 차이 등이 반영될 수밖에 없는데(서종한, 2022). 평가자에 상관없이 일관적인 값을 도출할 수 있다는 사실은 심리부검 결과에 대한 신뢰성을 높여 자살예방에 실질적인 대안을 찾는 데 중요한 역할을 할 것이다.

국내외 심리부검 진행절차(AAS, 2008; Knoll, 2008; 한국생명존중희망재단, 2023)는 일반적으로 사례의뢰 및 접촉, 사례면담 목적 설정(사망유형 검증 혹은 자살원인 분석, 대책 및 예방안 마련 등), 사례 관련 대리정보제공자(proxy informants) 접촉과 사전정보제공, 심리부검 조사원 지정(교육과 윤리 교육은 사전 실시), 심리부검 면담 일정 조율, 심리부검 면담 실시(개인정보동의서 작성), 심리부검 면담 사후 관리, 심리부검 관련 정보 면담자(통상 2인 참여) 간 조율과 이후 코딩, 심리부검 자료분석과 보고서 작성 순이다. 다만 법, 수사 및 감정 기관(국방부, 경찰, 검찰, 법원, 인권위, 국정원, 군사망사고진상규명위원회)은 사례가 이미 선정된 후 개별 심리부검 전문가 혹은 감정 기관에 의뢰되며 자살사망자의 자살동기와 영향 요인에 대한 사후 과학적 탐색을 목적으로 이루어진다. 따라서 심리부검의 표준화된 절차와 진행 과정, 다양한 2차 정보에 좀 더 기반을 두어 면담을 진행하며 개별기술적 수준(idiographic)에서 사실 확보에 노력을 기울이는 편이다. 그 이외의 자살예방기관(한국생명존중희망재단, 각 광역 혹은 지역별 정신건강증진센터)은 자살원인과 이에 따른 예방과 사후 관리에 초점을 두고 있기에 가급적 많은 사례 수를 기반으로 하는 규범정립적 수준(nomothetic)에서 진행된다. 따라서 가급적 많은 수를 대상으로 하는 포괄적인 심리부검 도구가 필요하며 면담 과정을 임상적 수준에서 구조화하려는 경향성을 띤다. 대표적으로 심리부검은 지역 관련성에 상관없이 이루어지는 대량(mass)과 특정 지역을 중심으로 관련성이

높은 사례를 중심으로 이루어지는 포인트(point) 군집분석 방식으로 나눌 수 있다.

결국 심리부검 최종 보고서를 작성하는 과정은 면담자, 전문가의 최종 의사결정 판단에 기반을 두고 있다. 이와 관련하여 Range(2005)는 계량적인 평가 결과에만 의존하여 의사결정을 내리기보다 전문가의 임상적 및 전문가적 판단을 최대한 적용하여 자살관련 위험성과 향후 관리 방안을 수립해야 함을 제시하였다. 이에 따라 구조화된 전문가 판단 모델(structured professional judgement model; SPJ; Kropp & Hart, 2000; Hart & Cooke, 2013)이 개발되어 임상 현장에서 폭넓게 적용되고 있는 추세이다. SPJ는 면담 기반의 평가에 참여한 평가자(전문가)의 자율적인 의사결정에 과학적 지식과 운용 방식에 도움을 주기 위해 개발된 근거기반의 안내지침이며 운용규정이다(Hart, 1998). 북미를 중심으로 개발된 SPJ는 의학에서 종종 활용되고 있으며 최근 들어 심리평가와 의사결정에 임상적 지침과 권고안을 제공하기 위해 심리학계에 많이 활용되는 추세이다(Webster et al., 2002). SPJ를 기반으로 활용되고 있는 대표적인 평가 도구로 자살위험성 평가(SAMI; Zapf, 2006), 수형자 자살위험성평가(RISP-20; 서종한, 김경일, 2018), 자살위험성 평가 및 관리(SDV-20; Layden, 2017)가 개발된 이후 임상 실무에서 폭넓게 적용되고 있다.

이외에 법위험성평가에서도 SPJ를 적용하여 폭력 및 성폭력 위험성 평가(HCR-20 V3; Douglas et al., 2013), 스토킹 평가 및 관리 가이드(Kropp et al., 2011), 배우자 폭력 위험성 평가(SARA V3; Kropp et al., 1995, 2008) 등을 개발하여 교정 및 임상 장면에서 활용하고 있다.

본 연구목적

본 연구는 [가칭] 한국형 심리부검 매뉴얼(Korean-Psychological Autopsy Manual; K-PAM) 개발과 타당화를 목적으로 하였다. 구체적인 내용을 매뉴얼에 담을 수 있도록 개발하였고 크게 두 가지 목적을 가진다. 첫 번째는 사망사건이 모호한 경우 자살 가능성을 판단하기 위한 것으로 초기 심리부검 도구들의 개발 의도를 반영하고자 하였다. 두 번째로 만일 사망유형이 자살로 판단되었을 때 자살동기, 자살에 대한 개입 및 관리의 적절성, 향후 자살예방과 관련된 제안 등을 평가자(내용 전문가)가 담을 수 있도록 하였다.

본 심리부검 도구 개발과정은 기존 심리검사 도구 개발과정과 전체적으로 비슷하였다(김명기 외, 2020). 일반적으로 문헌을 기반으로 탐색적 수준에서 문항을 추출하고 이후 전문가 그룹(내용 전문가) 등을 통해 문항의 내용 타당성을 재차 검증하였다. 이후에는 계량심리적 검증 방식을 활용하여 내적일관성, 신뢰도와 타당도 등을 체계적으로 조사하는 방식이었다(서재삼, 황순택, 2006). 따라서 본 연구는 크게 연구 1과 2로 구분하여 진행하였다. 연구 1에서는 매뉴얼에 포함할 심리부검 문항을 선정하기 위해서 심층적인 문헌 고찰을 실시하였다. 이후 내용 전문가 그룹을 구성하여 구조화된 전문가 판단 모델 기반(SPJ; Hart et al., 2003)의 평가체계와 문항 구성에 대해 자문회의(주요 내용은 3단계)를 5회에 걸쳐 진행했으며 세부적인 내용에 대해 피드백을 받았다. 최종적으로 이를 반영하여 잠정적으로 심리부검 문항과 평가체계를 구성하였다.

연구 2에서는 심리부검 사례를 중심으로 K-PAM의 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 첫

째, K-PAM 4개 하위영역과 최종 전문가 소견에 대한 평가자 간의 신뢰도를 살펴보기 위해 급내상관계수(Intraclass correlation coefficient; ICC)를 분석하였다. 구체적으로 평가자 단일 신뢰도와 평가자 평균 신뢰도로 구분하여 K-PAM 결과에 대한 평가자 간의 일치성을 조사하였다. 둘째, 검사-재검사(test-retest) 신뢰도를 확인하였다. 이를 위해 동일한 평가자들이 한 달 간의 시간 간격을 두고 K-PAM을 재평가하였고 평가 간의 일치성을 바탕으로 시간경과에 따른 신뢰도를 분석하였다. 셋째, K-PAM의 구성개념 타당도를 검정하기 위해 K-PAM 4개 하위영역(만성요인, 촉발요인, 임상요인, 급성요인), 최종 전문가 소견, 총점 간의 상관관계를 조사하여 변별타당도를 분석하였다. 그리고 K-PAM 4개 하위영역, 최종 전문가 소견, 총점과 자살행동척도 개정판(Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised; SBQ-R), 우울 증상 지수 - 자살 하위척도(Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale; DSI-SS) 간의 상관관계를 조사하여 수렴타당도를 조사하였다. 넷째, K-PAM의 평가 모형을 탐색하기 위해 일반화가능도 이론을 사용하였다. 구체적으로 여러 평가자에 의해 심리부검이 수행되고 있는 현 상황에서 오차를 최소화하고 안정적인 결과를 도출할 수 있는 심리부검 조건을 확인하였다. 본 연구에서는 다양한 연구방법을 활용하여 K-PAM의 신뢰도와 타당도를 검증하고자 하였는데 각 연구방법은 다음의 목적을 가진다. ICC는 평가자들 간의 신뢰도 검증을 위해, 검사-재검사 신뢰도는 시간경과에 관계없이 동일한 평가자가 일관성 있게 평가하는 실질적인 신뢰도를 검증하기 위해 실시하였다. 일반화가능도는 K-PAM^{V}의 신뢰성 향상을 위한 심리부검 조건을 결정하고자 실시하였다. 본 연구는 심리부검을 위한 표준화된 도구를 개발하고 타당화하는 시작점이라는 데에 의의를 가지며, 나아가 심리부검 도구에 대한 기초적인 평가 틀(assessment framework)을 마련하는 데에 중요한 참고자료로 활용되기를 기대한다.

연구1: K-PAM 문항 구성과 실시 평가체계 구성

방 법

연구진행과 절차

심리부검 실시 매뉴얼에 포함할 문항을 개발하기 위해 크게 4단계 과정으로 진행하였다. 첫 번째 단계, 국내외에서 대표적으로 사용되고 있는 심리부검 도구 관련 문헌과 내용 전문가 자문을 중심으로 문항을 탐색하여 예비 문항을 탐색적으로 구성하였다. 두 번째 단계, 예비 문항을 중심으로 연구자 내 논의 과정을 거쳐 1차 K-PAM 심리부검 항목 리스트를 구성하였다. 구성과 평가체계는 구조화된 전문가 판단 모델(SPJ; 국외 문헌 Hart et al., 2003; Zapf, 2006; Layden, 2017; 국내 문헌에는 서종한, 김경일, 2018)에 기반하여 심리부검 도구 평가체계를 구성하였다. 세 번째 단계, 학계와 기관 내 내용 전문가 자문위원을 구성하여 델파이 기법(Adler & Ziglio, 1996)을 사용하여 심리부검 항목과 세부 항목 리스트에 대한 검증 작업을 진행하였다. 네 번째 단계, 관련 내용 전문가의 피드백을 반영하여 최종본을 구성하였다.

1단계: 국내외 심리부검 도구 관련 문항 고찰

국외 문헌에서 가장 오래된 심리부검 도구 항목은 LA자살예방센터에서 연구한 Litman (1968)의 사망유형 판단 결정적 준거이다. Litman(1968)은 자살을 결정할 때, 일반적으로 사용 가능한 결정적인 준거(증거 혹은 기준)를 최초로 제안하였다. 대표적인 준거로는 자살 사망자에게서 나타나는 일상생활 영역에서의 극심한 이탈, 죽음을 준비하고 예비하는 명확한 증거, 죽음 직전에 죽고 싶다는 표현, 과거 자살 시도나 위협 이력, 과거 정신장애 경력, 최근 우울 증상 혹은 다른 정신장애, 알코올이나 기타 물질 남용, 최근 심각한 남용 등이다. 최근 유의미한 생애 스트레스 경험, 최근 정신건강전문가의 도움 거절, 자살시도 중 구호(구조될 가능성)로부터 빠져나오기 위한 여러 가지 시도 등이 대표적인 문항의 예들이다.

이후 미국자살학협회(American Association of Suicidology; 이하 'AAS') 회장이었던 Shneidman (1976)은 심리부검으로 자살을 결정할 때에 살펴보아야만 하는 최소한의 지표로 16가지 검토 정보를 뒤이어 제시했다. 대표적으로 1) 이름, 연령, 혼인상태, 주소, 직업, 종교 등 기본적인 배경 정보, 2) 자살 원인 및 방법 등 사망 관련 구체적인 정보, 3) 혼인상태, 형제·자매, 신체질환, 정신과 치료, 심리치료, 자해 및 자살시도 등의 과거 자살 이력, 4) 암, 기타 치명적 질환, 자살, 사망시 연령 등 가족 사망 관련 정보, 5) 최근 대인관계와 일상적인 생활양식, 6) 스트레스원과 이유, 불안정성에 관한 전형적 반응, 정서적 혼란/변화, 7) (지난 며칠에서 12개월 사이)최근 나타난 모든 혼돈, 긴장감 및 중압감, 어려움 등과 관련된 정서적 정보. 8) 생활방식, 사망에 직접적 혹은 간접적으로 영향을 끼친 알코올/약물 사용, 대인관계의 질, 9) 자살환상·자살관념, 꿈, 사고, 불길한 느낌, 무서움, 10) 취미나 습관, 식사습관, 성적 패턴, 달라진 일상적 사건 혹은 패턴 등 죽기 전 발생한 변화, 11) 성공, 승진, 향후 계획 등과 같은 삶에 대한 정보, 마지막으로 12) 자살치명성과 의도, 사망자의 자살 소식을 접한 유가족의 반응과 대응, 독특한 특징, 주변인 진술 등이다.

국가 기관차원에서는 1988년 미국질병통제예방센터(CDC)의 Rosenberg는 총 22개 항목으로 구성된 자살판정에 관한 조작적 기준(OCDS)을 권고했다. 기준은 다음과 같다. 1) 자살생각과 관련된 증거, 최근에 갑작스러운 심정 변화를 겪었다는 증거, 2) 중등도 우울증이나 정신장애를 겪었다는 증거, 3) 무기력감을 주변인에게 표현했다는 증거, 4) 긴장감이 높은 상황과 실제/잠재적 상실에 대한 표현이 존재했다는 증거, 5) 가까운 가족으로부터 불안정성을 전반적으로 경험했다는 증거, 6) 최근 대인관계 갈등/상실을 겪었다는 증거, 7) 취약한 신체 건강을 지녔다는 증거 등이다. 이후 Jobes 외(1991)는 실제 연구 등을 통해 밝혀진 실증적 지표를 기반으로 한 기준(ECDS; Jobes et al., 1991) 16가지를 축약하여 제시했다. 이 실증적 기준 항목에서는 Jobes 외(1991)는 자해(자기파괴적 행동)와 의도로 크게 두 가지로 나누어 살펴보았다. 구체적으로 1) 자해와 관련된 병리학적 증거, 2) 독성학적 증거, 목격자 증언, 3) 조사 증거, 4) 심리적 증거, 5) 사망자 표현, 죽음에 대한 희망 암시, 임박한 죽음을 드러냈다는 증거, 6) 사망수단이 가지는 잠재적인 치명성을 인지했다는 증거 등을 주요 지표로 소개했다.

Ebert(1987)는 사망유형을 알아내고자 기존

표 1. 국내외 심리부검 도구 주요 문헌

문헌	도구 및 주요 특징	주요 특징과 핵심 문항
Robins 외 (1959)	▪ **세인트루이스 후향적 사망조사 도구** ▪ 최초 심리부검 기반의 조사 반영 ▪ DSM 기반 평가체계 구성	▪ 자살사망자에 대한 사회인구학적 특성 반영 ▪ 자살사망자에 대한 정신장애 진단 최초 적용 ▪ 기분장애와 알코올장애
Litman (1968)	▪ **리트먼 결정적 준거(증거)** ▪ 자살판단 최초의 기준 제시 ▪ LAPC(LA자살예방센터)에서 기준 사용	▪ 일상생활 이탈, 자살 예비과정, 자살직전 죽고 싶다는 언어적 표현, 과거자살시도력, 정신장애, 최근 우울증상/다른 정신장애 심화 ▪ 물질사용문제와 최근 심각성, 생애 스트레스, 최근 정신건강전문가 도움 거절, 자살시도 중 구조회피 행동
Shneidman (1976)	▪ **슈나이드먼 자살판정 검토 정보** ▪ 경험적 사례와 경험을 기반으로 심리부검 검토 준거 규명	▪ 사회인구학적 기본배경 정보(결혼, 나이 등) ▪ 자살에 대한 구체적 정보(방법, 자해/자살시도) ▪ 가족관련정보, 최근 대인관계/생활양식, 스트레스 ▪ 최근 기분변화 등 정서적 정보, 알코올과 약물사용 ▪ 자살관념과 환상, 이와 관련된 꿈과 두려움 ▪ 자살전 일상적인 삶과 일의 변화와 정보 ▪ 자살의도, 치명성, 유가족 반응과 진술 등
Ebert (1987)	▪ **에버트 심리부검 가이드라인** ▪ 구체적인 항목제시보다 실무적인 안내지침 제공	▪ 7개 영역 전체 24개 하위 항목 구성 ▪ 개인정보, 심리학적 변인, 사망 전 정신상태, ▪ 자살행동, 검시 및 부검관련 변인, 현장분석 변인, 대인관계 변인
Rosenberg (1988)	▪ **자살판정을 위한 조작적 기준** (Operational Criteria for the Determination of Suicide; OCDS) ▪ 타당성 및 신뢰성을 중점으로 개발한 평가도구	▪ 자해와 의도를 측정하는 22개의 문항 ▪ 자살 관련 생각, 계획, 행동 정보 ▪ 우울증, 정신장애 관련 정신과적 정보 ▪ 상실, 불안정성, 최근 대인관계, 신체 건강 취약성 ▪ 조작적 수준에서 문항 선정
Jobes 외 (1991)	▪ **자살판정에 대한 실증적 기준** (Empirical Criteria for the Determination of Suicide; ECDS)	▪ 55개 항목에서 자해와 의도를 충분히 반영하는 16개 항목만 선택 ▪ 자해를 예고하는 병리학·독성학·심리학적 증거, 사망자의 진술, 목격자(주변인) 증언 등 ▪ 사망수단이 지닌 잠재적 치명성을 자살사망자가 인지했다는 증거
Phillips et al. (2002; 2004; 2007)	▪ **북경 심리부검 조사도구** ▪ 동양문화에 적화된 세부 문항 구성 ▪ 국가프로젝트로 대단위 활용	▪ 전체 3개 상위 영역 12개 하위 영역으로 세분화 ▪ 사회인구학적 변인, 정신/심리적 변인, 신체질환 변인 ▪ 대인관계, 자살행동, 삶의 스트레스 등 환경적 변인 강조

표 1. 국내외 심리부검 도구 주요 문헌 (계속)

문헌	도구 및 주요 특징	주요 특징과 핵심 문항
Werlang & Botega (2003)	▪ **반구조화된 심리부검 면담도구 (SSIPA)** ▪ 평가자 간 높은 신뢰도, 심리부검 도구에 대한 최초의 평가자 간 신뢰도 검증 연구라는 것에서 의의 ▪ AAS 심리부검 체크리스트 근거로 활용	▪ 전체 4가지 모듈, 전체 20문항을 순차적으로 탐색 ▪ 모듈1, 자살 촉발사건 및 스트레스 요인 ▪ 모듈2, 자살 동기 ▪ 모듈3, 자살 관련 치명성 ▪ 모듈4, 자살관련 의도 ▪ 소결: 전문가 전체 요약 및 결론 ▪ 심리부검 체크리스트 표준화 과정에서 결정적 역할
Berman (2005)	▪ **심리부검 프로토콜 체크리스트** ▪ 기존 심리부검 도구 중 가장 포괄적인 수준에서의 다층적 영역과 문항을 구성 ▪ AAS(Berman이 당시 사무총장)에서 보완하여 프로토콜 활용 중	▪ 전체 14개 영역 각 영역당 6~10 하위요인 구성 ▪ 자살장소와 자살행동 특성 ▪ 사회인구학적 특성, 자살관련 가족력, 애착/사회적 지지 ▪ 최근 증상 및 행동, 정서적 반응과 변화, 치료접근성 ▪ 자살 촉발요인, 생활양식 등 사건반응적 특성 반영 ▪ 정신과적 이력, 신체건강, 물질사용문제
DA 미육군규정 600-63 (AR 600-63)	▪ **미군 건강증진 프로그램 내 세부 지침(심리부검 항목)** ▪ 자살사망자 정보의 상부 보고와, 자살예방 프로그램을 개발하는 것을 목적	▪ 실무지침서 미육군 팜플릿 600-24(건강증진, 위험감소, 자살예방) 내 기술, 현재는 심리부검 용어 대신 행동분석검토로 기술 ▪ 자해: 죽음을 스스로 행한 증거(신체적 부검, 독성학적, 심리학적 소견, 유서 등) ▪ 의지(자신을 죽일 의도); 명백한 표현 및 비언어적 표현, 암시적 의지 및 간접적인 의지에 대한 표현
AAS(미국 자살학협회) (2008)	▪ **AAS 심리부검 조사원 자격 과정 (PACT) 중 심리부검 체크리스트 가이드라인** ▪ 매년 영역과 항목 등을 업그레이드	▪ AAS 주관 심리부검 조사원 자격과정(PACT) 중 사용 ▪ 매년 실증 및 문헌 조사 등을 통해 수정 및 보완 ▪ AAS 자격과정 중 공식 도구로 활용
한국생명존중희망재단 (2023)	▪ **한국형 심리부검 체크리스트 (K- PAC 3.0)** ▪ 기존 문헌에 기반하여 핵심 및 공통 문항을 뽑아 고안 ▪ 반구조화 문항들과 질적 자료를 취합하여 구성 ▪ 지속해서 업그레이드	▪ 정보제공에 대한 정보: 일반적인 정보, 심리적 및 정서적 상태, 유족 반응과 대처를 반영 ▪ 자살사망자 정보: 일반적인 정보, 자살행동과 사망 관련 정보 ▪ 직업이나 경제적 상황, 성격, 범죄이력, 성장과정 방면, (신체・정신)건강관련 정보 등으로 구성
서종한과 김경일 (2014)	▪ **심리부검 체크리스트(PAC) 매뉴얼** ▪ 서종한과 김경일(2014)에서 제작하여 서종한, 최선희, 김경일(2018) 수정 보완	▪ 전체 6개 영역과 전체 119문항으로 구성 ▪ 자살사망자 일반정보: 고용, 경제적 문제, 군 과거력 등 ▪ 자살행동 정보: 자살행동, 자살노출 등 ▪ 신체취약성, 정신건강문제, ▪ 자살관련 가족력, 대인관계문제, 그 이외의 보호요인

문헌을 조사하였고, 이후 가장 광범위한 문항을 포함하는 심리부검 가이드라인과 체크리스트를 개발했다. Ebert는 가장 폭넓은 항목을 심리부검에 포함하였고, 언어적 사인을 내포한 노트부터 사망 현장에서 찾을 수 있는 사소한 사망 정보까지 모든 내용을 포괄하는 세부적인 가이드라인을 권고하였다. 이에 따라 심리부검 표준화에 대한 시도로써. 심리부검의 체계성을 크게 향상시켰다는 긍정적인 평가를 받았다. Ebert의 심리부검 가이드라인은 총 24개의 세부 영역으로 구성되어 있으며 자살 전에 발생한 일을 재구성하는 부분부터 자살의 사망 이력까지 포괄하고 있다. 구체적으로 1) 개인정보 관련 변인(6영역): 가족의 사망 이력, 가족력, 혼인생활, 교육 및 직업, 음주문제, 2) 심리학적 관련 변인(7영역): 심리 내적 및 외적 스트레스, 기분 상태, 동기 평가, 심리학적 평가, 몰입했던 일/환상/죽음에 관해 지니고 있었던 정서 평가, 3) 사망 전에 가지고 있었던 정신 상태를 알려주는 검사 결과, 심리학적 평가, 4) 자살행동 평가 관련 변인(2영역): 자살 방법에 대한 친숙성(혹은 근접성), 자살 전 행동, 5) 약물전력, 검시·부검과 관련된 변인(3영역): 병원기록, 복용 약물, 검시 보고서, 6) CSI 현장분석 관련 변인(4영역): 사망 전 발생한 일, 행동들에 대한 재구성, 수사 보고서, 현장분석 결과, 7) 관계 평가 관련 변인(1영역): 가족, 친구나 지인 등 주변 사람들과 대인관계 평가 등이다.

AAS에서는 심리부검면담조사원 자격과정을 운영하고 있으며 사무총장이었던 Berman(2005)이 권고한 심리부검 항목을 대다수 반영한 기준을 반영하여 사용하고 있다. 과정 중에 심리부검 프로토콜 체크리스트라고 지칭하며 14개 영역(예: 추천되는 서류와 참고자료, 자살 장소, 사회인구학적 특징, 최근 증상 및 행동, 정신과적 이력, 신체건강, 약물남용, 자살관련 가족이력, 자살촉발요인, 애착/사회적 지원, 감정적 반응과 변화, 생활양식과 특징, 치료 접근성, 다른 필요 영역 등)으로 구성하여 각 영역 별 하위요인 6~10개 정도로 세부화 시켰고 전체 140개 수준의 문항을 담고 있다.

동양에서는 북경자살예방센터의 Phillips 외(2002)가 개발한 심리부검 조사도구가 대표적이며 현재 중국, 일본, 홍콩 등에서 문화에 받는 도구를 사용하고 있다(Phillips et al., 2002). 2002년, 2005년, 2008년 3번에 걸쳐 중국에서 나타난 농촌의 특정 지역과 도시 외곽 지역, 전 지역에서 발생한 자살 사건을 중점으로 해당 심리부검 도구를 사용하였고, 동양에서 주요한 자살변인이라고 알려진 문항들을 내포하고 있다. 구체적으로 살펴보면 SCID(Structured clinical interview for DSM-IV), QOL(Quality-of-life Score) 등을 이용해 심리적 특성(만성/급성 스트레스, 사망 전 2주간 우울증, 사망 전 정신질환, 심리적 문제로 인한 의료도움, 사망 한 달 전 약물 사용, 만성·급성적 스트레스, DSM IV Axis I 질환)을 살펴보았다. 그리고 혼인상태, 학력 등과 같은 기초적인 사회·인구통계학적 변수(연령, 성별, 결혼, 거주지, 학력, 직업, 수입, 신체장애 등), 생애 사건과 대인환경 등 자살에 영향을 끼치는 주요 변인들을 내포하고 있다. 특히 동양에서 주요한 자살요인으로 밝혀진 자살 관련 가족력, 자살·자해 이력, 신체질환의 영향력 등의 문항을 담고 있다. 대인환경과 생활사건, 이전 자살 시도, 유가족 자살행위 이력, 지인등 주변인 자살행위(자해/자살) 노출, 사망 한 달 전 삶의 질, 가족 이외의 사회적 활동 수준 변화 독거여부, 의료전문가와의 접촉, 사망자의 신체질환이

가족에게 미치는 영향 문항 등이 주요한 것으로 나타났다(Phillips et al., 2002).

다만 실증연구로 신뢰도가 검증된 문헌은 Werlang과 Botega(2003)의 연구가 유일하다. 여러 전문가는 심리부검 도구의 하나로 반구조화된 면담(SSIPA)을 지속적으로 권고하였다(AAS, 2008; Knoll, 2008; Werlang & Botega, 2003). SSIPA의 질문들은 자살의 다양한 측면을 평가하는데 자살 예측요인 및 스트레스 요인(precipitators and stressor), 자살동기요인(motivation), 치명성(lethality), 의도(intentionality)의 4가지 모듈, 69개 문항으로 자살행동을 평가한다. 첫 번째 모듈은 자살 관련 촉발사건 및 스트레스 요인과 관련된 질문 들이다[예: 1) 자살 직전 죽음과 관련하여 경함한 사건(일) 무엇이 있는가? 2) 고인이 경험한 사건들이 극단적인 선택을 할 정도의 스트레스를 유발시켰거나 감정적으로 좌절감이나 함몰을 느낄만한 것이었나? 3) 죽기로 결심하는 데 영향을 준 다른 사건들이 있는가? 등]. 두 번째 모듈은 동기와 관련된 질문이다[예: 1)생전에 죽고 싶어 하는 심리적인 원인이나 이유는 무엇이었나? 2)자살평가 항목을 두어 근접한(인과적) 원인을 살펴볼 수 있게 함]. SPJ 접근을 바탕으로 제작된 대표적인 평가 도구는 자살위험성평가(RISP-20, 서종한, 김경일, 2018)와 한국성폭력위험성평가 도구(RSVP; 서종한 외, 2017)가 있다.

2단계: 구조화된 전문가 판단 모형 적용

본 연구에서는 SPJ 접근에 따라 크게 6단계 수준으로 평가체계를 구성하였다. 1단계, 면담과 자료 등 관련 정보를 수집하는 단계이다. 2단계, 해당 문항이 생애 전반에 존재하는지 여부, 3단계, 해당 문항이 사망 당시 존재했고 직간접적으로 사망에 영향을 주었는지 관련성 여부, 4단계 최근 촉발 사건(스트레스, 생활사건 등)에 대한 영향 평가, 5단계, 사망유형 분석, 6단계, 최종 전문가 소견 순이다. 6단계인 최종 전문가 소견 내 문항은 Ebert(1987)와 Werlang과 Botega(2003)의 문헌을 참고하였다(자살에 대한 종합적인 이유와 사망유형 규명). 구체적으로 최종 전문가 소견 항목으로는 자살의도와 치명성 평가(a.결과에 대한 의식적 이해, b.고통스러운 삶을 끝내고자 하는 목적성, c.자해에 따른 치명적 결과를 의식적으로 기대, d.치사율이 높은 자살방식 실행, e.개입/구조 가능성 최소화 방식을 시간대와 장소 선정, f.적극적인 준비 등 사전계획, f.주변인에게 죽음/사망/자살에 대한 언어적 표현 등 대화), 자살 관련 결정적 선행사건 평가, 자살 가능성 평가, [자살인 경우] 자살 이유와 동기(기술), 대안적으로 설명할 수 있는 사망유형(자살이 아니라고 판단한 경우; 타살, 사고사, 자연사, 판단불능), 자살사망자에 대한 개입과 관리의 적절성 평가, 향후 자살예방 관리전략 제안(기술) 등이다. 표 2에 자세한 내용을 기술하였다.

3단계: 내용전문가 위원회 구성 및 1차 초안 내용 검토

문헌과 전문가 자문 등에 기초하여 1차 초안을 완성하였다. 크게 3가지 영역과 18개 위험요인 문항을 중심으로 탐색적 수준에서 선정하였다. 구체적으로 만성요인은 자해/자살시도력, 고용/적응, 자살관련 가족력, 대인관계, 알코올 사용과 기능문제, 정신병력, 충동성/적대성, 외상경험, 치료/관리 반응 등 9개 하위

표 2. K-PAM 단계별 특성과 세부 기술

단계[1)]	내용	세부 기술
1단계	관련 자료수집	▪ 심리부검 면담과 제공된 자료 수집
2단계	문항 존재 여부 평가	▪ 문항에 대해 전 생애를 기반으로 존재 여부(presence)를 평가 ▪ 2수준 코딩 체계; 있음, 없음 ※ 확정적, 잠정적 추가 선택(비전문가 평가 시 잠정적; 전문가 평가시 확정적)
3단계	관련성 평가	▪ 문항 중 사망자의 죽음 간 직간접적인 관련성(relevance)을 평가 ▪ 3수준 코딩 체계; 높음, 보통, 낮음
4단계	생활사건 스트레스 영향 평가	▪ 최근 발생한 생활사건 혹은 스트레스가 사망에 어느 정도 영향을 주었는지 평가. ▪ 사건 전 사망자의 기능, 사건으로 인한 사망자의 기능, 사건 이후 사망자의 기능, 사망일을 기점으로 이후에 예상되는 기능을 비교하여 변화의 정도를 기술적으로 파악
5단계	사망유형 판단과 사례개념화	▪ 문항을 기준으로 사망유형(NASH; 자살, 타살, 사고사, 자연사, 판단불능) 판단 ▪ 행동이론(action theory; Hart & Logan, 2011)을 근거로 자살동기, 탈억제, 불안정화 요인을 구성하여 사례개념화 실시
6단계	최종 전문가 소견	▪ 자살의도와 치명성 관련 7가지 세부 평가(낮음, 보통, 높음) ▪ 자살 관련 결정적 선행사건 평가(낮음, 보통, 높음) ▪ 자살 가능성(낮음, 보통, 높음), 자살이라면,; 자살 동기 평가, 자살이 아니라면; 대안적으로 설명 가능한 다른 사망유형을 제안(타살, 사고사, 자연사, 판단불능) ▪ 자살사망자에 대한 개입/관리의 적절성 평가(부적절, 보통, 적절, 생략) ▪ 향후 자살 예방 관리전략에 대한 제언(모니터링, 치료개입, 관리감독, 보호조치, 보호요인 탐색)

1) 단계별 세부 기술과 구체적인 지침을 위하여 170쪽 분량의 매뉴얼 책자를 구성하였음; 자세한 내용은 서종한, 육성필, 외 (2018) 참고

문항으로 세분화하였다. 임상요인은 최근 정신증과 사고장애, 최근 우울증 증상과 수면장애 등 2개 하위문항으로 세분화하였다. 마지막으로 급성요인은 개인적지지, 최근 불안정성, 스트레스와 대처, 자살생각과 의도, 자살계획과 리허설(사전시연), 자살시도와 처치(저지/개입) 등 6개 하위문항으로 구성하였다. 반응 수준은 2수준(있음, 없음)으로 코딩하도록 하였으며 과거 전생애를 기반으로 한 평가(존재여부)와 최근 자살행동 간 관련성을 중심으로 한 평가(관련성)로 구분하였다(평가체계는 표 2 참고).

1차 초안을 기반으로 전문가 자문회의를 통해 최종 문항 선정과 평가 체계를 수정하였다.

1차 선정된 문항을 중심으로 한국심리학회 산하 자살예방 및 위기관리 위원회 소속 심리학자(교수급 3인), 경찰청 검시관(2인)과 범죄분석요원(2인), 대한정신의학회 소속 정신과의사(1인), 국립과학수사연구원 법심리과 연구원(1인), 경찰대학 치안정책연구소 연구원(2인), ** & **자살예방센터장(2인)을 중심으로 기존 영역 구분에 따른 문항에 대해 5차례의 자문 회의를 거쳐 관련 내용을 논의하였다. 논의 과정은 본 연구의 책임자가 문헌을 기반으로 위험요인을 포괄적으로 구성하여 도구 내 항목 등을 포함한 1차 원고를 준비하였다. 이후 2차례 대면 회의와 3차례 비대면 회의를 진행하였고 각 원고에 대한 구체적인 피드백을 받아 수정본에 반영하였다. 5차례 논의 과정에서 제기된 제안점과 이에 대한 전문가 집단의 논의 결과는 다음과 같다. 가장 먼저 유명인 및 사회적 이슈 등과 관련된 사회적 영향력을 위험요인에 반영할 필요가 있다는 의견이 있었다. 국내 사회적 유명인이 미치는 자살 영향은 타 국가에 비해 높기에 영향력 탐색의 필요성을 반영할 필요가 있었다. 두 번째로 자살(직)전 자살행동에 직간접적으로 기여한 촉발요인(예, 트리거) 등에 대해서도 개별적인 위험요인으로 두어 심층적으로 살펴볼 필요가 있음을 제안하였다. 세 번째, 1차 초안 기준 18개 하위 위험요인에 대한 문항이 포괄적이므로 기존 문헌(이전의 심리부검 도구 영역과 하위영역 구분)에 따라 세부 하위 문항으로 더욱 구체화할 필요가 있다는 지적이었다. 또한 구조화된 전문가 판단 기반(SPJ)의 평가도구이기에 평가 지침(구체적인 행동지표 등 제시)을 명확하게 할 필요가 있다는 의견이었다. 네 번째 본 하위 위험요인 문항 이외에 추가적인 기타 위험요인 문항을 포함할 필요가 있다는 지적이었다. 획일적으로 구조화된 문항 구성이 아니라 기존 심리부검 도구에 포함되지 않는 다양한 변산성(본 요인 이외)을 포함할 필요가 있고 이를 위해 기타 위험요인 항목을 둬서 전문가가 반영할 여지를 살려야 했다. 예컨대 심리부검에서 실증적으로 연구된 위험요인 문항을 대다수 포함했으나 한국적 맥락에서 확인되지 않은 다양한 잠재 자살 위험요인이 존재할 수 있기에 추가적인 위험요인 항목을 두어 평가자가 자유롭게 추가할 수 있게 하자는 의견이었다. 다섯 번째, 각 위험요인 문항 및 세부 문항의 반응 체계는 이분형 응답보다 3수준(있음, 부분적, 없음)으로 평가하여 대리 정보제공자로부터 얻은 정보 자체의 모호성을 반영해 주자는 의견이 있었다. 여섯 번째, 매뉴얼 혹은 가이드라인(안내지침 형식)을 제작하여 세부적인 평가 행동 지침을 반영해야 할 필요성을 지적하였다. 마지막으로 평가자가 임상적 배경지식이 없는 경우 1) 잠정적 혹은 2) 확정적으로 구분하여 임상요인과 정신병력을 평가하되 이후 잠정적인 경우 관련 전문가에게 검토를 받도록 하는 것이 좋다는 의견이었다. 평가자가 정신건강 전문가인 경우 확정적으로 그 이외의 교육과정을 이수했으나 관련 전공 지식이 없는 경우 잠정적으로 평가하도록 하는 것이 좋다는 의견이었다.

4단계: 최종 위험요인 문항 구성과 세부 문항 관련 근거

최종 위험요인 문항은 기존의 연구(Sherman & Morschauser, 1989; Fremouw et al., 1990; AAS, 2008; 서종한, 김경일, 2018; 김성혜 외, 2015)와 전문가 위원회의 피드백에 따라 4개 위험

표 3. K-PAM 영역, 위험요인 문항 및 세부 하위문항과 관련 근거

영역 (수)	위험요인 문항(수)	세부 하위 문항	문항 관련 근거 논문
만성 (10)	**H1.자해 및 자살 시도력(3)**	a.자살시도이력, b.자살의도 c.자해이력	1~13
	H2.고용상태와 적응(2)	a.고용, b.적응수준	1, 4, 7, 9, 11, 12, 13
	H3.자살 관련 가족력(3)	a.가족 내 자살행도 이력, b.가족 내 정신병력, c.가족 내 우울증	7, 9, 11, 12, 13
	H4.대인관계(2)	a.이성(친밀한 이성 관계 중; 연인관계 등), b.비이성(그 이외의 관계 중; 가족, 지인 관계 등)	1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13
	H5.약물・알코올 사용과 이로 인한 기능 손상(2)	a.약물 혹은 알코올 사용, b.이로 인한 기능손상	1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13
	H6.정신병력(4)	a.정신병적 장애, b.주요 기분장애, c.경계선, 반사회성 성격장애, d.기타 정신장애	1~13
	H7.충동적 태도와 공격적 행동(2)	a.충동적 태도, b.적대적 태도/공격적 행동	4, 7, 9, 11, 12, 13
	H8.외상경험(2)	a.18세 미만 피해경험과 외상, b.역기능적 양육경험	4, 7, 9, 10, 11, 13
	H9.유명인 및 사회적 이슈		2, 9, 13
	H10.치료 및 관리 반응(2)	a.적절한 치료개입과 순응, b.관리에 대한 반응	2. 4, 9, 10, 11, 12, 13
	기타 추가 위험요인		
촉발 (1)	**T1.최근 중요한 상실 경험 (신체질병 등)(3)**	a.급격한 건강상실, b.심각한 관계 단절/갈등/상실 c.급작스런 실직	1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
	기타 추가 위험요인		
임상 (2)	**C1.최근 정신증과 이로 인한 사고장애(3)**	a.정신증, b.정신증으로 인한 사고장애, c.기타 정신장애	1~13
	C2.최근 우울증 증상과 수면장애(2)	a.우울증상, b.수면장애(악몽포함)	1~13
	기타 추가 위험요인		
급성 (6)	**A1.개인적 지지**		1, 3, 4, 7, 9, 11, 12, 13
	A2.최근 불안정성(3)	a.정서 불안정성 , b.인지 불안정성, c.행동 불안정성	2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 13
	A3.스트레스와 대처		1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
	A4.자살생각 및 의도(2)	a.자살생각, b.자살의도	1~13
	A5.자살계획 혹은 리허설 (2)	a.자살계획, b.사전 리허설	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13
	A6.자살시도와 처치(2)	a.자살시도. b.자살시도 저지/개입	1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 13
	기타 추가 위험요인		

볼드체는 1차 초안 주요 내용; 1: Robins 외 (1959), 2: Litman (1968), 3: Shneidman (1976), 4: Ebert (1987), 5: Rosenberg (1988), 6: Jobes 외 (1991), 7: Phillips(2002), 8: Werlang & Botega (2003), 9: Berman (2005), 10: US Department of the Army (1988), 11: AAS(2008년 버전 기준), 12: 한국생명존중희망재단(2023), 13: 서종한, 김경일 (2014, 2018)

요인으로 구분하였고 각각은 세부적인 하위 위험요인을 포함하고 있다. 표 3에 하위영역, 위험요인 문항 및 세부 문항을 구체적으로 제시했으며 이와 관련된 근거를 세부적으로 제시하였다. 또한 단계별 평가를 위해 책자를 발간하여 평가자의 평가 과정을 돕도록 하였으며 구체적인 근거를 찾아 국내외적으로 비교하였다.

첫 번째, 만성요인(Historic; H)은 자살사망자가 전 생애에 걸쳐 경험한 심리·사회적 적응 이력의 특징을 나타낸다. 만성요인은 과거 몇몇 특정 시기에 한 개인에게 존재했을지 모르는 핵심적이고 주요한 자살위험요인을 나타내기 위한 것이다. 이 위험요인은 개인의 현재와 미래의 자살위험성을 이해하는 데 중요한 관련성을 갖는다는 점에 주목할 필요가 있다. 평가자들은 각 만성 위험요인의 적절한 평가를 성실하게 기록해야 할 뿐만 아니라, 위험성 평가에서 각 위험요인이 대상자가 보였던 자살행동과의 최근 관련성을 고려해야 한다.

과거에 있었던 이력 때문에 특정요인(즉, 수년 동안 약물을 남용해온 사람)에서 높은 평가를 받아왔더라도 최근 징후와 증상의 심각성, 다양성, 만성, 변화 궤도를 반영하여 해당 요인과 자살행동 간의 관련성(relevance)을 평가해야 한다. 개념적 수준에서 10개의 위험요인을 대략적인 범주 여러 개에 넣는 것은 유익할 수 있다: (1) 적응이나 삶에서의 문제; (2) 정신건강과 관련된 문제; 그리고 (3) 과거 자살성 등이다. 예컨대, 직장, 학교, 가정 등 삶에서의 적응문제는 H2(고용과 적응; 배은주, 2010; 김미점, 조한익, 2015; 서인균, 이연실, 2017), H4(대인관계; 서종한 외, 2012: 박수진, 김종남, 2017), H9(유명인 및 사회적 이슈; Sherman & Morschauser, 1989; 이승선, 김연식, 2008; 박종익 외, 2013), H8(외상경험; 김보미, 유성은, 2012; 장은량, 유성은, 2014), 정신건강과 관련된 문제는 H5(약물 혹은 알코올 사용과 이로 인한 기능손상; Trine et al, 2009; Kaplan, 2013; Takeuchi, 2017), H6(정신병력; 정승화, 2017; Blaauw et al., 2005), H10(치료 및 관리감독 반응; 도상금, 최진영, 2003; 서종한 외, 2012). 마지막으로 과거 자살 관련 행동은 H1(자살 및 자해력; Blaauw et al., 2005; Daigle et al., 2006; 서종한 외, 2012), H3(자살 관련 가족력; 황순찬, 2015; Brent et al., 1998, 1989, 2003; Qin et al., 2002; Runeson, & Åsberg, 2003; Tremeau et al., 2005), H7(충동적 태도와 공격적 행동; 김규식, 이윤호, 2014; Corruble et al., 1999) 등에 반영할 수 있다.

두 번째, 촉발요인(Triggering; T)으로 최근 중요한 상실 경험이다(T1; Wilson et al., 1995; Van orden et al., 2008; 이지연 외, 2005, 이민아 외, 2010). 이 문항은 3개의 세부 문항을 포함하고 있다. 급격한 건강상실(T1-a), 심각한 관계 상실(T1-b), 급작스러운 실직(T1-c) 등이다. 세 번째 임상요인(Clinical; C)은 최근을 기점으로 자살사망자가 경험한 심리·사회적 적응의 특징을 나타낸다. 최근 자살사망자가 통제된 환경에 있고 오랫동안 그러한 환경에서 지내왔더라도 심리·사회적 적응에 있어서 특별한 특징을 보인다면, 항상 중요하게 고려해야 한다. 대표적으로 C1(최근 정신증과 이로 인한 사고장애), C2(최근 우울증 증상과 수면장애), 기타 추가 문항 등이다.

촉발 및 임상요인을 코딩하기 위한 기간의 범위는 평가 일을 기준으로 몇 주 전, 몇 달 전과 같은 최근(혹은 당해 년)이다. 자살사망자가 이 위험요인에 대하여 최근 이 문제가 있었는가?"라는 질문에 답할 수 있는 부분이

다. 대부분의 위험요인이 잠정적으로 동적(만성 척도의 일부 요인들을 포함하여)이지만, 비교적 짧은 기간 동안 변화를 포착하도록 의도하였다. 몇몇 경우 변화는 매우 짧은 기간(예: 며칠)에 걸쳐 나타날 수 있으나 다른 경우에는 변화가 더 점진적(예: 몇 달)일 수 있다. 동적 위험에 초점을 두는 것은 최근 심리부검 평가에서 강조하는 것과 상응하는데, 자살예방 개입과 관리에 관련된 항목이 평가에 반영되었기 때문이다(Andrews, 2012; Douglas & Skeem, 2005; Dvoskin & Heilbrun, 2001; Mulvey & Lidz, 1998).

촉발 및 임상요인을 코딩하는 평가자들은 평가의 목적 및 특성, 대상자(사망자)의 삶의 상황과 지난 몇 주 혹은 몇 달에 걸쳐 적응에서 나타나는 주요변화, 정보 가용성 등을 고려하여 평가 기간을 특정해야 한다. 하지만 여러 장면에 일률적으로 적용할 수 있는 평가틀은 존재하지 않는다. 몇몇 대상자들은 과거에 평가를 받은 적이 없을 수 있으며 혹은 평가를 받았다고 가정하더라도 현재 평가자들이 평가의 결과를 알 수 없거나 접근하지 못할 수도 있다. 따라서 이에 대한 몇 가지의 원리를 제공하고자 한다.

최적의 기간은 평가 전 1개월에서 6개월 이하이다. 평가 기간이 한 달 이내의 경우 평정이 어려울 수 있는데 이는 평가자가 의존할 수 있는 몇몇 사건은 비교적 드물게 일어나고, 매일 혹은 매주 관찰되리라고 기대할 수 없기 때문이다. 중요한 행동을 관찰하는 것이 불가능할 때도 있다. 이와 반대로 평가 기간이 6개월 이상이 될 때 평가자는 시간에 따른 변화를 무시하게 되고 “평균” 혹은 “전형적인” 평가를 선호하게 되는 경향성이 있다는 점이다.

마지막으로 급성요인(Acute; A)들은 자살사망자의 정보를 바탕으로 최근 [개인]사회적 지지(A1; Compton et al., 2005; Greening & Stoppelbein, 2002; Polvi, 1997; Thompson et al., 2002; Conwell et al., 2002; 홍예진, 박주희, 2015)와 불안정성(A2; Juhnke, 2007; Van Orden et al., 2010; 추경진, 이승연, 2012), 스트레스와 대처(A3; Wang et al., 2007; 박효미, 이혜순, 2013), 최근 경험한 자살관련 행동(A4～A6; 의도, 계획, 시도; Sherman & Morschauser, 1989; 전홍진, 2011; 중앙자살예방센터, 2017) 등 심리적 적응 특징을 나타낸다. 급성요인의 코딩 기간은 사망 직전 혹은 몇 주에서 몇 달 전처럼 가까운 기간에 걸쳐 나타난 일을 종합적으로 고려한다. 평가자는 “사망자가 평가 시점과 함께 최근에 자살과 관련된 행동이 있는가? 혹은 최근 자살위험성을 높인 요인은 무엇인가?”에 대한 답을 찾기 위해 노력해야 한다.

급성요인은 평가자가 즉각적 수준에서 자살과 관련된 위험요인이 있었는지 주의를 집중하도록 만든다. 따라서 최근 자살사망자가 최근의 스트레스와 생활사건에 의해 경험하는 인지, 정서, 행동의 불안정성이 어느 정도인지 생각해 볼 수 있다. 또한 스트레스와 대처, 문제해결능력과 이들을 적절하게 뒷받침해 준 개인 혹은 사회적 지지체계가 어떤지에 대해 살펴보게 한다. 특히 자살과 관련된 최근의 변화 자살계획, 자살의도, 사전 리허설, 실제 자살시도와 저지(누군가에 의해 완결되기 전 사전 개입) 등이 어떠했는지도 면밀하게 살펴보아야 한다.

급성요인을 코딩하기 위해, 평가자들은 평가 특성과 목적, 대상자(사망자)의 최근 지내오던 과거 몇 주 혹은 몇 달의 적응에서 변화, 관련된 임상적 혹은 법적 이정표 등(예, 정신

과 의사의 면담 예정일)을 기준으로 “가까운 과거”를 산정할 수 있다. 이상적인 기간은 대략 사망 직전에서 6개월 사이로 정할 수 있다. 평가자는 기간이 12개월 이상일 경우 대상자(사망자)의 구체적인 계획을 확인하거나 판단하는 데 어려움을 겪는다. 따라서 이에 대한 몇 가지의 지침을 제공하고자 한다.

앞서 전문가 회의 과정에서 제기된 바와 같이 최종 위험요인 문항에 일부에는 두 개 이상의 세부 문항이 존재한다. 세부 문항의 기능은 평가자가 복잡한 위험요인에 대한 존재 여부 평가를 더 명확하게 이해하고 시행할 수 있도록 도움을 줄 수 있다. 각 세부 문항을 개별적으로 평가하도록 선택할 수 있는데, 이런 방식은 최종적으로 평가 도구의 임상적 혹은 통계적 분석을 더욱 정교하게 만든다. 세부 문항에 대한 평가도 주요 위험요인처럼 일반 평가 방식과 동일하게 하였다. SPJ 기반의 평가 도구에서 하위영역과 상위영역 구분은 수많은 실증연구를 통해 검증되어 활용되고 있으며 기존 심리부검 평가 도구의 항목 체계도 비슷한 패턴을 따르고 있다. 과거 실증 연구를 통해 신뢰도가 입증된 Werlang과 Botega (2003)의 도구에서 4개 모듈은 세부적으로 하위영역 6-10개를 두고 있다. 가장 포괄적인 심리부검 도구로 알려진 Ebert(1987)에서도 7개 영역에 24개 하위영역을 담고 있다. SPJ를 기반으로 한 자살위험성평가(예, SAMI, SDV-20, RISP-S0)에서도 영역 이하 세부 영역으로 구분하여 제시하고 있으며 구체적인 정보를 보다 단계적으로 제시하기 위해 연구에서 활용되고 있는 추세이다(Layden, 2017).

연구 2에서는 표본조사를 통해 2, 3단계와 6단계를 중심으로 타당화가 진행되었다. 평가자 간 신뢰도, 검사-재검사 신뢰도와 구성타당도를 검증하고자 하였다. 마지막으로 일반가능도 이론을 활용하여 각 단면(문항 수, 평가자 수, 기회)별 오차율을 확인하고자 하였다.

연구2: K-PAM[1] 타당화

방 법

연구대상

본 연구를 위해서 서종한과 김경일 (2014)의 한국심리부검조사 연구보고서 내 삽입된 비공개 사례 중 정보가 가장 많은 것을 중심으로 책임연구원의 동의하에 37건을 선정하였다. 면담대상자의 성별은 여성 24명(64.9%), 남성 13명(35.1%)에 해당하였다. 면담대상자들의 나이는 22세부터 67세로 평균 나이는 31.19세(SD=21.91)이었다. 구체적으로 청년기(20~34세)가 9명, 중년기(35~49세)가 9명, 장년기(50~64세)가 8명, 노년기(65세 이상)가 1명, 미상이 10명이었다. 면담대상자와 자살사망자 간의 관계를 살펴보면, 부부가 13명(35.1%), 부모가 9명(24.3%), 자녀가 8명(21.6%), 형제가 6명(16.2%), 친척이 1명(2.7%)에 해당하였다. 자살사망자의 경우 여성 14명(37.8%), 남성 23명(62.2%)에 해당하였다. 자살사망자들의 나이는 16세부터 76세로 평균 나이는 35.70세(SD=20.38)이었다. 구체적으로 청소년기(13~19세)가 1명, 청년기(20~34세)가 12명, 중년기(35~49세)가 8명, 장년기(50~64세)가 8명, 노년기(65세 이상)가 3명, 미상이 5명이었다.

1) K-PAM은 심리부검 체크리스트(문항), 채점방식, 해석 등 심리부검 진행 일체 과정을 모두 포함하고 있음.

연구대상 선정은 대면 면담에 임한 정보제공자 등이 제공한 2차 자료 등을 통해 구체적인 정보 수집이 가능하며 정보제공자가 최소한 자살사망자와 12개월 이상 동거한 유가족이 있는 경우로 국한하였다. 일반적으로 심리부검 사례의 경우 2명 이상의 심리부검 조사 면담을 요구한다는 점에서 본 자료의 신뢰성에 의문을 제기할 수 있으나 정보제공자 면담 이외의 자살사망자 관련 정보(정보공개청구 등을 통해 확보된 수사자료 등)를 최대한 참고하여 교차 검증하였고 이 과정을 통해서 정보의 신뢰도를 최대한 답보코자 하였다.

연구진행

연구책임자가 4명의 평가자들을 대상으로 심리부검 교육을 진행하였으며 평가자는 모두 심리학 전공 대학원생(박사과정 이상)으로 구성되었다. 1차 교육은 단계별 실시 안내지침을 담은 K-PAM 책자를 바탕으로 심리부검 이론 및 평가 절차와 방식에 대한 교육을 진행하였다. 2차 교육은 사례를 활용하여 평가지 작성과 슈퍼비전에 초점을 맞추어 진행되었다. 이후 보수 교육에서 추가 사례에 대한 슈퍼비전을 실시하였다. 전체적으로 18시간의 이론 교육과 12시간의 실습 교육을 하였다. K-PAM 제작에 참여한 책임연구자이자 미국 심리부검 면담조사원 자격을 갖춘 전문가 1인이 평가자들에 대한 교육은 담당하였다. 심리부검 이론 및 평가 진행절차와 방식을 교육하기 위해 1차 교육은 4명의 평가자들을 대상으로 집중교육을 실시하였다, 사례 실습 및 슈퍼비전을 교육한 2차 및 보수 교육에서는 평가자들이 개별적으로 사례를 평가한 후, 토론을 진행하였고, 이후 각 평가자의 전문성을 함양시키기 위해 1대1 피드백이 주어졌다. 전체적으로 평가자에 대한 교육은 미국자살학협회(American Associate of Suicidology; AAS)에서 진행하는 심리부검자격 과정(Psychological Autopsy Certification Training; 이론 14시간, 실습 4시간, 사례감독 2건)에 준하였다. AAS는 자살에 대한 일반적인 정보, 유가족에 대한 이해와 애도과정, 자살관련 평가와 개입, 심리부검 이론과 면담과정 정보, 심리부검 도구와 평가 절차, 면담을 기반으로 한 사례 실습 2건에 대한 학습과 적용을 요구한다. 이를 본 연구의 책임연구자가 한국에 맞게 일부 정보를 수정 및 보완하여 커리큘럼을 구성하였다(구체적 참고: American Association of Suicidology, “Psychological Autopsy Certification Training”, https://suicidology.org/pact/).

본 평가를 위해 4명의 평가자는 독립적으로 제공된 37건의 사례를 검토하였다. 각 사례의 정보를 바탕으로 K-PAM 내 2단계(존재유무), 3단계(관련성), 6단계(최종 전문가 소견; 자살의도와 치명성, 자살관련 결정적 선행사건, 자살 가능성)를 평가했으며 동시에 SBQ-R(Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised; Lihehan, Nielsen, 1981), DSI-SS(Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale; Joiner et al., 2002) 도구에 대한 평가도 함께 진행하였다. 이 두 가지 자기보고식 평가 도구는 자살행동과 관련된 문항으로 이루어져 있으며 심리부검 사례정보만을 통해 충분히 개별 문항을 평가자가 체크할 수 있었다. 두 가지 평가도구는 자살행동에 대한 직접적인 질문으로 구성되어 대리정보제공자와 의료기록으로부터 객관적으로 정보를 확인할 수 있는 문항들이다. 검사-재검사 신뢰도를 조사하기 위해 1차 평가를 마친 후에 한 달(30일)이 지난 시점부터 2차 평가를 실시하였다. 1차 평가 때와 동일한 평가자들이 동일한 사

례를 검토한 후, K-PAM에 채점하였다.

측정도구

한국형 심리부검 매뉴얼(K-PAM)

K-PAM은 SPJ 기반의 평가 체계로 4개의 하위영역으로 구분된다. 하위영역은 19개의 하위 위험요인 문항과 41개의 세부 문항이 포함되어 총 60문항으로 구성되었다. 만성요인(H)은 전 생애에 걸쳐 존재하는 특징을 반영하는 10개의 위험요인을, 촉발(T) 및 임상요인(C)은 최근을 기점으로 사망자가 경험한 심리·사회적 적응의 특징을 반영하는 3개의 위험요인을 평가한다. 급성요인(A)은 자살사망자가 최근 경험한 자살과 관련된 행동, 스트레스 및 대처, 사회적 지지체계와 불안정성 등을 반영한다. 평가자는 각 하위영역에 속하는 위험요인 문항과 세부 문항의 존재유무(2단계)와 관련성(3단계)을 평가한다. 이후 해당 평가 요인들을 종합하여 개별 사례에 대해 생활사건 스트레스 영향평가(4단계), 사례개념화(5단계), 최종 전문가 소견 요인(6단계)을 평가한다. 2단계, 3단계, 6단계의 총합을 검증한 결과, 본 연구에서의 Cronbach's α는 .949이었다.

SBQ-R

Linehan과 Nielsen (1981)이 자살행동을 측정하기 위해 개발한 자살행동척도 (Suicidal Behavior Questionnaire)를 바탕으로 Osman 외 (2001)가 개발한 자살행동척도 개정판이다. 과거, 현재, 미래의 자살 생각과 시도를 평가할 수 있는 4문항으로 구성되어 있다. 문항을 읽고 질문에 대한 응답을 체크하는 자기보고형 방식으로 채점이 이루어진다. SBQ-R의 점수범위는 3-18점이며 7점을 기준으로 진단한다. Osman 외 (2001)에서 Cronbach's α는 .880이었고, 본 연구에서는 .966이었다.

DSI-SS

Joiner 외(2002)에서 개발한 개인의 자살생각을 측정하는 자기보고형 측정도구이다. DSI-SS는 자살 위험성을 선별하기 위한 간략한 도구로 개발되었다. 지난 2주 동안 나타난 자살생각 및 충동의 빈도와 강도를 측정하기 위한 4개의 문항으로 구성되어 있다. 각 문항들은 자살생각의 빈도와 강도, 자살계획 수립, 자살생각 통제, 자살충동을 평가한다. 모든 문항의 점수범위는 0-3점으로 높은 점수일수록 자살생각 및 충동이 높은 것으로 판단한다. Joiner 외 (2002)에서 Cronbach's α는 .900이었고, 본 연구에서는 .956이었다.

자료분석

신뢰도

평가자 간 신뢰도는 상이한 평가자들이 동일한 평가 대상을 평가하는 경우, 각 평가자들의 평가 결과가 유사한 정도나 동질적인 정도를 나타낸다(강상조, 2011). 급내상관계수(Intraclass correlation coefficient; ICC)는 평가자 간 신뢰도를 측정하는 방법 중 하나로, 총 분산 중 평가대상의 분산이 차지하는 비율을 의미한다(차종석, 김영배, 1994). ANOVA를 통해 분석할 수 있으며, 세 가지 모형으로 구분된다. 평가대상이 임의로 선정되었을 경우 1원 무선효과모형(one-way random effect model; $ICC_{(1,K)}$), 평가대상 뿐만 아니라 평가자도 임의로 선정되었을 경우 2원 무선효과모형(two-way randomized block design; $ICC_{(2,K)}$), 평가대상은 임의로 선정한 반면 평가자는 특정되어 고정된

경우 2원 혼합모형(2-way mixed effect model; $ICC_{(3,K)}$)에 해당한다(강상조, 2011). 본 연구에서는 일반적으로 면담기반의 평가 도구를 대상으로 고정된 특정한 임상가가 최종 채점을 수행하였기에 2원혼합모형을 적용하였다(McGraw & Wong, 1996; Shrout & Fleiss, 1979; Koo & Li, 2016; Sea, 2018). ICC의 세 가지 모형들은 평가자 단일 신뢰도와 평가자 평균 신뢰도를 보여준다. 평가자 단일 신뢰도($ICC_{(*,1)}$)는 단일 평가자의 평가 결과에 대한 신뢰도를 의미하며, 평가자 평균 신뢰도($ICC_{(*,K)}$)는 K명의 평가자로부터 얻은 평가 결과의 평균값에 대한 신뢰도를 의미한다.

ICC의 신뢰도는 일관성(consistency)과 절대 합치도(absolute agreement)로 구분된다. 일관성은 평가자들 간의 경향성을 반영한 것으로, 평가자들이 특정한 평가 대상에게 부여한 평가 점수가 동일하지 않더라도 평가 점수 간에 높은 상관이 있을 때를 추정한다(김지윤 외, 2009). 절대 합치도는 평가자들이 특정한 평가 대상에게 부여한 평가 점수가 일치하는 정도를 추정한다(김지윤 외, 2009).

본 연구는 특정한 평가자 4명의 평가 결과를 바탕으로 평가자들 간의 일치도를 확인하고자 하였다. 따라서 ICC 중에서 2원 혼합모형에서 절대 합치도를 적용하여 분석하였다. 총 37건의 심리부검 사례에 대한 K-PAM의 4개 하위영역과 최종 전문가 소견에 대한 일치도를 평가자 단일 신뢰도($ICC_{(3,1)}$)와 평가자 평균 신뢰도($ICC_{(3,4)}$)로 구분하여 살펴보았다. 일반적으로 .20이하는 아주 낮음, .21이상에서 .40이하는 낮음, .41이상에서 .60이하는 보통, .61이상에서 .74이하는 좋음, 그리고 .75이상은 아주 좋음으로 판단한다(Fleiss, 1981).

다만 K-PAM 6단계의 경우 일부 문항인 자살의도와 치명성, 자살관련 결정적 선행사건, 자살 가능성에 한정해서 ICC를 조사하였다. 자살의도와 치명성, 자살관련 결정적 선행사건, 자살 가능성 문항은 낮음, 보통, 높음의 정도로 평가할 수 있지만 이외의 문항의 경우 타살, 사고사, 자연사, 판단불능과 같이 자살유형을 평가하거나 향후 자살예방 관리전략 등과 같이 평가자가 직접 서술하는 문항으로 구성되어 있어 본 연구에서는 제외하였다.

이후 1차 평가 결과와 한 달 간격으로 실시한 2차 평가 결과를 바탕으로 검사-재검사 신뢰도를 측정하였다. 이를 위해 피어슨 상관분석을 실시하였고, 일반적으로 상관계수가 .70 이상일 때 수용 가능한 것으로 판단한다(Keszei et al., 2010). 각 시행의 일치도를 함께 살펴보기 위해 각 시행별로 ICC 분석을 독립적으로 시행하였다.

타당도

K-PAM의 구성개념타당도를 살펴보기 위해 변별타당도와 수렴타당도를 검정하였다. 변별 및 수렴타당도를 보기 위해 K-PAM 하위영역들 간의 상관과, K-PAM 총점 및 하위영역들과 SBQ-R 및 DSI-SS 간의 상관을 살펴보았다. 일반적으로 .35 이하는 약한 상관, .36이상에서 .67이하는 중간정도 상관, 그리고 .68이상은 강한 상관으로 판단한다(Taylor, 1990).

일반화가능도 이론

검사는 다양하고 복잡한 상황에서 이루어지며, 이때 평가자들 간의 내외적 기준 등으로 인해 다양한 문제가 발생한다(김성숙, 김양분, 2001). 하지만 고전검사이론(classical test theory)에서 측정의 신뢰도는 검사 결과가 안정적이고 일관성 있게 측정되는 정도에만 제한되어

있다. 이로 인해 시간 효과만을 오차요인으로 반영하여 여러 가지의 오차요인(source of error)에 대한 설명이 불충분하다는 한계에 직면하게 된다(김성숙, 김양분, 2001). 일반화가능도 이론(generalizability theory; G 이론)은 측정 상황에서 발생할 수 있는 다중오차요인(multiple sources of error)을 고려하여 분산성분을 분석하고 각 분산성분의 영향력과 상호작용을 추정하는 방법이다(Cronbach et al, 1972). 따라서 평가자 수, 문항 수, 평가 기회 등의 다중오차요인을 조절하여 수행에 대한 신뢰로운 점수를 보장하는 측정조건을 알려주어 효율적인 의사결정이 가능하도록 한다(김성숙, 김양분, 2001). G 이론은 평가 기회, 평가자 수, 문항 수 등 여러 가지 오차요인의 조절을 통해 안정적인 신뢰도를 확보할 수 있는 측정조건을 알려주며(황지유, 원미진, 2019), 일반화 연구(generalizability study; G 연구)와 결정 연구(decision study; D 연구)로 구성되어 있다.

G 연구는 허용가능한 관찰의 전집(universe of admissable observation)과 연관이 있는 다중오차요인의 분산성분 추정치를 산출하는 과정이다(김성숙, 김양분, 2001). G 연구는 측정에서 발생 가능한 다중오차요인을 분석하고 분산성분을 산출하여 각 오차요인의 상대적인 영향력을 계산할 수 있게 한다(Brennan, 2001). 이때 계산된 상대적인 영향력을 통해 측정의 신뢰도를 방해하는 오차요인을 파악할 수 있다. D 연구는 허용가능한 관찰의 전집 중 일부 조건을 포함하여 연구자의 관심에 맞는 일반화 전집을 규정하는 과정이다(김성숙, 김양분, 2001). D 연구는 G 연구에서 산출한 각 오차요인의 분산성분의 상대적인 영향력에 따른 측정의 신뢰도인 일반화가능도 계수를 계산하고, 안정적인 일반화가능도 계수를 확보하기 위해 필요한 측정조건을 알려 준다(김성숙, 김양분, 2001). G 이론은 두 가지의 신뢰도 계수를 제공한다. 규준참조평가인 상대평가는 상대오차 분산을 사용하는 일반화가능도 계수를 기준으로 하는 반면 준거참조평가인 절대평가는 절대오차 분산을 사용하는 의존도 계수를 기준으로 한다(김성연, 한기순, 2014). Brennan (2001)에서 일반화가능도 계수는 .80 이상일 때, 의존도 계수는 .70 이상일 때 적절한 것으로 판단하였다. 본 연구에서 사용한 K-PAM은 절대평가에 해당하므로 의존도 계수를 기준으로 하였다.

G 이론의 연구 설계는 교차설계와 내재설계 두 가지로 구분된다. 국면(facet)은 요인(factor)과 유사한 개념으로 각 오차요인을 뜻하는데(김지윤 외, 2009), 교차설계(crossed design)는 하나의 오차 국면에서 가능한 모든 조건과 다른 변수에서 가능한 모든 조건들이 동시에 측정될 때 사용한다(김성숙, 김양분, 2001). 다시 말해 교차설계는 전체 평가자가 모든 문항을 채점하고, 모든 검사에 참여한 경우 적용할 수 있다(김성숙, 김양분, 2001). 반면 내재설계(nested design)는 한 요인이 다른 한 요인에 내재되어 있을 때 사용한다(김성숙, 김양분, 2001). 예를 들어 각각의 평가자가 서로 다른 문항을 평가할 때, 평가자가 문항에 내재되어 있다고 가정한다(김성숙, 김양분, 2001).

본 연구는 K-PAM의 신뢰성 향상을 위해 필요한 심리부검의 조건을 결정하기 위해서 일반화가능도를 검증하였다. 이를 위해 1차・2차 평가 모두 동일한 37건의 심리부검 사례를 4명의 평가자가 K-PAM 60 문항(2&3단계)과 최종 전문가 소견 문항(6단계)에 채점하였다. 그리고 K-PAM 전체 문항, 평가 기회, 평가자는 무수히 많은 문항, 평가 기회, 평가자 중에

서 무선적으로 추출된 것이라 가정하였다. 따라서 본 연구는 심리부검 사례(p)를 측정 대상으로 하며, K-PAM의 문항(i), 평가자(r), 평가 기회(o) 3개의 오차 국면이 교차하는 3국면 완전 교차설계를 적용하였다. 최종적으로 본 연구에 적용할 G 연구 설계는 p × i × r × o 이며, D 연구 설계는 심리부검 사례(p)를 고정시킨 p × I × R × O이다. 다만 무한한 수의 문항, 평가자, 평가 기회로 모든 심리부검 사례를 평가하는 것은 평가에 과도한 노동력, 시간 및 자본을 요구하므로 실현가능성이 떨어진다. 그리고 본 연구는 K-PAM을 타당화하는 것을 목적으로, 본 도구를 사용하여 심리부검을 수행하기에 가장 적절한 심리부검 조건을 탐색하고자 했다. 따라서 본 연구에서 사용한 K-PAM 문항을 실제에서 사용하는 것이라 가정하여 19개의 하위 위험요인 문항과 41개의 세부 문항을 포함한 60개의 전체 문항 수를 고정하고, 실현가능성을 위해 평가자를 1~10명으로, 평가 기회를 1~10회로 범위를 제한하여 D 연구를 시행하였다.

통계 프로그램

본 연구에서는 분석을 위해 SPSS 25.0 프로그램을 사용하여 ICC, 검사-재검사 신뢰도, 변별타당도, 수렴타당도를 분석하였다.

이후 GENOVA(GENeralized analysis Of VAriance) 3.1 프로그램을 사용하여 G 연구에서 각 오차요인들의 분산성분의 추정치를 산출하고 상대적인 영향력을 비교한 뒤, D 연구에서 각 오차요인의 변화에 따른 의존도 계수를 측정하여 K-PAM에 가장 적합한 측정조건을 확인하였다.

결 과

신뢰도

K-PAM 하위영역들의 내적 일관성을 검증하기 위해 Cronbach's α 값을 분석하였다. 존재유무의 α=.570~.953으로 나타나 모든 하위영역들의 내적 일관성이 높은 것으로 나타났다. 관련성의 α=.578~.917로 나타나 모든 하위영역들의 내적 일관성이 높은 것으로 나타났다.

이후 K-PAM 각 단계에 대한 ICC를 살펴보았다. 2단계와 3단계에서 1차와 2차에 걸쳐 나타나는 영역별 ICC를 살펴보았다. 6단계의 경우 앞서 말한 바와 같이 자살의도와 치명성, 자살관련 결정적 선행사건, 자살 가능성에 한정하여 살펴보았다. 표 4에 K-PAM 4개 하위영역에 대한 1차 및 2차 평가 간 존재유무(2단계)와 관련성(3단계) ICC를 제시하였다. K-PAM 4개 하위영역에 대한 존재유무의 ICC 결과를 살펴보면, 전반적으로 낮음에서 아주 좋음 수준으로 나타났다. 1차 평가의 $ICC_{(3,1)}$은 만성요인이 .70으로 좋음 수준이었으며, 촉발요인은 .09로 아주 낮음 수준이었다. $ICC_{(3,4)}$는 만성요인이 .90로 아주 좋음 수준이었으며, 촉발요인이 .29로 낮음 수준이었다. 2차 평가의 $ICC_{(3,1)}$은 만성요인이 .77로 아주 좋음 수준이었으며, 촉발요인이 .09로 아주 낮음 수준이었다. $ICC_{(3,4)}$는 만성요인이 .93로 아주 좋음 수준이었으며, 촉발요인이 .28로 낮음 수준이었다. K-PAM 4개 하위영역에 대한 관련성의 ICC 결과를 살펴보면, 낮음에서 좋음 수준으로 나타났다. 1차 평가의 $ICC_{(3,1)}$은 임상요인이 .54로 보통 수준이었으며, 촉발요인과 급성요인이 .08로 아주 낮음 수준이었다. $ICC_{(3,4)}$는 임상요인이 .82로 아주 좋음 수준이었으며, 촉발요인

표 4. K-PAM 4개 영역에 대한 1차 및 2차 평가 간 존재유무(2단계)와 관련성(3단계) ICC

영역	1차 평가				2차 평가			
	$ICC_{(3,1)}$		$ICC_{(3,4)}$		$ICC_{(3,1)}$		$ICC_{(3,4)}$	
	존재유무	관련성	존재유무	관련성	존재유무	관련성	존재유무	관련성
1	.70[.56, .81]	.51[.34, .68]	.90[.84, .94]	.81[.67, .89]	.77[.66, .86]	.70[.53, .83]	.93[.89, .96]	.90[.82, .95]
2	.09[-.03, .27]	.08[-.04, .24]	.29[-.14, .59]	.25[-.19, .56]	.09[-.03, .25]	.10[-.02, .26]	.28[-.13, .58]	.30[-.09, .59]
3	.55[.39, .70]	.54[.38, .70]	.83[.72, .90]	.82[.71, .90]	.38[.21, .56]	.38[.21, .56]	.71[.52, .83]	.71[.52, .83]
4	.35[.17, .54]	.08[.00, .22]	.68[.45, .82]	.26[-.02, .53]	.35[.13, .56]	.34[.14, .55]	.68[.28, .83]	.68[.39, .83]

주) 괄호는 95% 신뢰구간; 1차, 2차 평가 주기는 한 달; 소수점 셋째 자리에서 반올림; 1.만성, 2.촉발, 3.임상, 4.급성

이 .25로 낮음 수준이었다. 2차 평가의 $ICC_{(3,1)}$은 만성요인이 .70로 좋음 수준이었으며, 촉발요인이 .10로 아주 낮음 수준이었다. $ICC_{(3,4)}$는 만성요인이 .90으로 아주 좋음 수준이었으며, 촉발요인이 .30으로 낮음 수준이었다.

K-PAM 최종 전문가 소견 ICC를 살펴보면, 전반적으로 보통에서 아주 좋음으로 나타났다. 표 5에 K-PAM 최종 전문가 소견(6단계)에 대한 ICC를 제시하였다. 1차 평가의 $ICC_{(3,1)}$은 자살의도와 치명성의 직간접적 표현에서 .49로 보통 수준이었으며, 자살의도와 치명성의 목적에서 .26로 낮음 수준이었다. $ICC_{(3,4)}$는 자살의도와 치명성의 직간접적 표현에서 .79로 아주 좋음 수준이었으며, 자살의도와 치명성의

표 5. K-PAM 최종 전문가 소견(6단계)에 대한 ICC

영역		1차 평가		2차 평가	
		$ICC_{(3,1)}$	$ICC_{(3,4)}$	$ICC_{(3,1)}$	$ICC_{(3,4)}$
최종 전문가 소견(총점)[1]		.42[.26,, .60]	.75[.58, .86]	.50[.34, .66]	.80[.67, .89]
자살의도& 치명성[2]	의도/치명성	.41[.25, .59]	.74[.57, .85]	.63[.48, .76]	.87[.79, .93]
	이해	.40[.23, 58]	.73[.54, .85]	.60[.44, .76]	.86[.76, .92]
	목적	.26[.11, .45]	.59[.33, .76]	.38[.20, .57]	.71[.50, .84]
	기대	.45[.28, .62]	.76[.61, .87]	.69[.55, .81]	.90[.83, .94]
	실행	.29[.13, .48]	.62[.38, .78]	.31[.15, .49]	.64[.41, .80]
	구조/개입가능성	.27[.12, .46]	.60[.35, .77]	.38[.21, .56]	.71[.52, .83]
	사전계획	.44[.23, .64]	.76[.55, .88]	.43[.22, .62]	.75[.52, .87]
	직간접적 죽음 표현 & 전달	.49[.33, .65]	.79[.66, .88]	.53[.37, .69]	.82[.70, .90]
자살 관련 결정적 선행사건[3]		.30[.14, .49]	.63[.39, 79]	.13[.00, .31]	.33[-.01, .64]
자살 가능성[4]		.35[.18, .54]	.68[.47, .82]	.58[.42, .72]	.84[.74, .91]

주) 괄호는 95% 신뢰구간; [1~4] 코딩: 낮음, 보통, 높음; 1차, 2차 평가 주기는 한 달; 소수점 셋째 자리에서 반올림

목적에 .59로 보통 수준이었다. 2차 평가의 $ICC_{(3,1)}$은 자살의도와 치명성의 기대에서 .69로 좋음 수준이었으며, 자살관련 결정적 선행사건에서 .13으로 아주 낮음 수준이었다. $ICC_{(3,4)}$는 자살의도와 치명성의 기대에서 .90으로 아주 좋음 수준이었으며, 자살관련 결정적 선행사건에서 .33으로 낮음 수준이었다.

한 달 주기로 실시한 존재유무에 대한 K-PAM의 검사-재검사 신뢰도를 살펴보면, 전반적으로 높은 수준의 관련성이 존재하는 것으로 나타났다. 각 하위영역별 검사-재검사 신뢰도에서는 만성요인이 .943($p < .01$)으로 가장 높았으며 촉발요인이 .561($p < .01$)로 가장 낮았다. 19개의 위험요인에 대한 검사-재검사 신뢰도는 H9 위험요인이 .958($p < .01$)로 가장 높았으며 A3 위험요인이 .530($p < .01$)으로 가장 낮았다.

한 달 주기로 실시한 관련성에 대한 K-PAM의 검사-재검사 신뢰도를 살펴보면, 전반적으로 높은 수준의 관련성이 존재하는 것으로 나타났다. 각 하위영역별 검사-재검사 신뢰도에서 임상요인이 .934($p < .01$)로 가장 높았으며 촉발요인이 .569($p < .01$)로 가장 낮았다. 19개의 위험요인에 대한 피어슨 상관계수는 H1 위험요인이 .973($p < .01$)으로 가장 높았으며 A3 위험요인이 .417($p < .01$)로 가장 낮았다. 최종 전문가 소견 요인의 검사-재검사 신뢰도를 살펴보면, 전체의 =.791, 문항의 =.665~.879($p < .01$)로 모두 높은 수준의 관련성을 보였다.

구성개념타당도

표 6에 K-PAM 하위영역 간 존재유무(2단계)와 관련성(3단계) 상관계수를 제시하였다. 존재유무(2단계)에서 상관관계를 살펴보면, 각 하위영역들은 K-PAM 총점과 r=.368~.775의 범위를 보여 중간에서 강한 상관관계를 보였다. 구체적으로 살펴보면, 만성요인은 급성요인과 중간 수준의 상관관계를 보였다. 촉발요인은 최종 전문가 소견 요인과 약한 상관관계를 보였다. 임상요인은 급성·최종 전문가 소견 요인과 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 급성요인은 최종 전문가 소견과 중간 수준의

표 6. K-PAM 하위영역 간 존재유무(2단계)와 관련성(3단계) 상관계수

영역	만성		촉발		임상		급성		최종 전문가 소견(총점)		총점	
	존재유무	관련성	존재유무	관련성	존재유무	관련성	존재유무	관련성	존재유무	관련성	존재유무	관련성
만성	1	1										
촉발	-.098	-.146	1	1								
임상	.319	.266	-.130	-.123	1	1						
급성	.376*	.375*	.036	.035	-.223	-.242	1	1				
소견	.273	.234	.209	.291	-.034	-.033	.631**	.679**	1	1		
총점	.775**	.699**	.368*	.415*	.537**	.515**	.431**	.426**	.433**	.494**	1	1

주) * $p < .05$, ** $p < .01$

상관관계를 보였다.

관련성(3단계)에서 상관관계를 살펴보면, 각 하위영역들은 K-PAM 총점과 r=.415~.699의 범위를 보여 중간에서 강한 수준의 상관관계를 보였다. 구체적으로 살펴보면, 만성요인은 급성요인과 중간 수준의 상관관계를 보였다. 촉발요인은 최종 전문가 소견 요인과 약한 상관관계를 보였다. 임상요인은 급성·최종 전문가 소견 요인과 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 급성요인은 최종 전문가 소견 요인과 강한 상관관계를 보였다.

표 7에 K-PAM 하위영역의 존재유무(2단계) 및 관련성(3단계)과 SBQ-R, DSI-SS 간의 상관계수를 제시하였다. 구체적으로 존재유무에서는 급성요인과 SBQ-R에서 r=.728(p < .01)로, 강한 상관관계를 보였다. 반면에 촉발·임상요인은 SBQ-R과 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 급성요인과 DSI-SS에서 r=.775(p < .05)로 나타나 강한 상관관계를 보였다. 반면에 촉발·임상요인은 DSI-SS와 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

관련성에서는 급성요인과 SBQ-R에서 r=.714(p < .01)로, 강한 상관관계를 보였다. 반면에 촉발·임상요인은 SBQ-R과 r=-.047, .032로 나타나 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 급성요인과 DSI-SS에서 r=.759(p < .01)로 나타나 강한 상관관계를 보였다. 반면에 촉발·임상요인은 DSI-SS와 r=-.003, -.031로 나타나 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

표 8에 K-PAM 최종 전문가 소견(6단계)과

표 7. K-PAM 하위영역의 존재유무(2단계) 및 관련성(3단계)과 SBQ-R, DSI-SS 간 상관계수

하위영역	SBQ-R		DSI-SS	
	존재유무	관련성	존재유무	관련성
만성	.657**	.614**	.517**	.472**
촉발	-.030	-.047	.015	-.003
임상	.068	.032	.003	-.031
급성	.728**	.714**	.775*	.759**
총점	.609**	.550**	.531**	.484**

주) * p < .05, ** p < .01

표 8. K-PAM 최종 전문가 소견(6단계)과 SBQ-R, DSI-SS 간 상관계수

하위문항	SBQ-R	DSI-SS
최종 전문가 소견(총점)	.662**	.692**
자살의도 & 치명성(평균)	.577**	.663**
자살 관련 결정적 선행사건	.168	.209
자살 가능성	.779**	.723**

주) ** p < .01

SBQ-R, DSI-SS 간의 상관계수를 제시하였다. 자살 가능성과 SBQ-R에서 r=.779로, 강한 상관관계를 보였다. 자살 관련 결정적 선행사건과 SBQ-R 총점에서 매우 약한 상관관계를 보였다. 자살 가능성과 DSI-SS에서 r=.723로 나타나 강한 상관관계를 보였다. 자살 관련 결정적 선행사건과 DSI-SS 총점에서 r=.209로 나타나 약한 상관관계를 보였다.

G 연구

표 9에 K-PAM의 G 연구결과를 제시하였다. 전체 분산성분 추정치에 대한 결과를 살펴보면, 문항에 의한 분산이 35.79%로 나타나 가장 높은 것으로 확인되었다. 다음으로는 심리부검 사례와 문항 간의 상호작용에 의한 분산이 27.50%, 원인을 알 수 없는 잔여 오차 분산이 17.39%로 높게 나타났다. 그리고 심리부검 사례, 평가자, 평가 기회 간의 상호작용에 의한 분산(7.98%)과 평가자와 문항 간의 상호작용에 의한 분산(4.64%)이 뒤따랐으나, 낮은 비율을 차지하여 심리부검 결과에 미치는 영향은 낮은 것으로 나타났다.

표 9. K-PAM G 연구결과

분산 성분	자유도	제곱합	평균제곱	분산추정치	분산추정치 백분율(%)
p	36	640.43	17.79	0.03	3.44
o	1	2.68	2.68	0	0.00
r	3	135.08	45.03	0.01	0.96
i	59	6001.05	101.71	0.32	35.79
po	36	17.00	0.47	0.00	0.02
pr	108	88.15	0.82	0.00	0.25
pi	2124	4919.87	2.32	0.25	27.50
or	3	8.75	2.92	0.00	0.12
oi	59	43.45	0.74	0.00	0.31
ri	177	627.05	3.54	0.04	4.64
por	108	43.19	0.40	0.00	0.45
poi	2124	391.12	0.18	0.01	0.75
pri	6372	1920.47	0.30	0.07	7.98
ori	177	52.20	0.29	0.00	0.41
pori	6372	1001.60	0.16	0.16	17.39
전체	17759	15892.10		0.90	100.00

주. p: 심리부검 사례, o: 평가 기회, r: 평가자, i: K-PAM 60개 문항; 음영은 분산추정치 백분율이 높은 것을 표시; 모든 값은 소수점 셋째 자리에서 반올림

D 연구

지면의 한계로 인해 표 10에 K-PAM의 D 연구결과의 일부를 제시하였다. G 연구결과를 바탕으로 D 연구를 실시하여 의존도 계수를 살펴보았다. 평가 기회가 1회인 경우 평가자가 7명일 때 .70 이상의 의존도 계수를 가지는 것으로 나타났다. 평가 기회가 2회, 3회, 4회인 경우에는 평가자가 5명, 평가 기회가 5회 이상인 경우부터는 평가자가 4명일 때 .70 이상의 의존도 계수를 가지는 것으로 나타났다.

표 11에 국면에 따른 의존도 계수의 변화를 제시하였다. D 연구결과를 바탕으로 평가 기회와 평가자 수 국면이 K-PAM의 일반화 가능성에 기여하는 정도를 확인하였다. 그 결과 평가 기회를 증가시키는 것보다 평가자 수를 증가시켰을 때, K-PAM의 평가결과의 신뢰성을 확보하는 데에 용이함을 알 수 있다. 평가 기회를 1로 고정했을 때, 평가자 수가 1명에서 2명으로 증가하면 의존도 계수가 .10162, 2명에서 3명으로 증가하면 의존도 계수가 .0436

표 10. K-PAM D 연구결과

사례	평가 기회	평가자 수	문항	전집점수 분산	관찰점수 기대치 분산	절대오차 분산	의존도 계수
37	1	6	60	0.031	0.037	0.013	0.699
	1	7	60	0.031	0.037	0.013	0.708
	1	8	60	0.031	0.037	0.012	0.714
	2	4	60	0.031	0.037	0.014	0.691
	2	5	60	0.031	0.037	0.013	0.704
	2	6	60	0.031	0.036	0.013	0.713
	3	4	60	0.031	0.037	0.014	0.697
	3	5	60	0.031	0.036	0.013	0.709
	3	6	60	0.031	0.036	0.012	0.718
	4	4	60	0.031	0.037	0.013	0.699
	4	5	60	0.031	0.036	0.013	0.712
	4	6	60	0.031	0.036	0.012	0.720
	5	3	60	0.031	0.037	0.014	0.683
	5	4	60	0.031	0.036	0.013	0.702
	5	5	60	0.031	0.036	0.012	0.713
	6	3	60	0.031	0.037	0.014	0.685
	6	4	60	0.031	0.036	0.013	0.703
	6	5	60	0.031	0.036	0.012	0.714

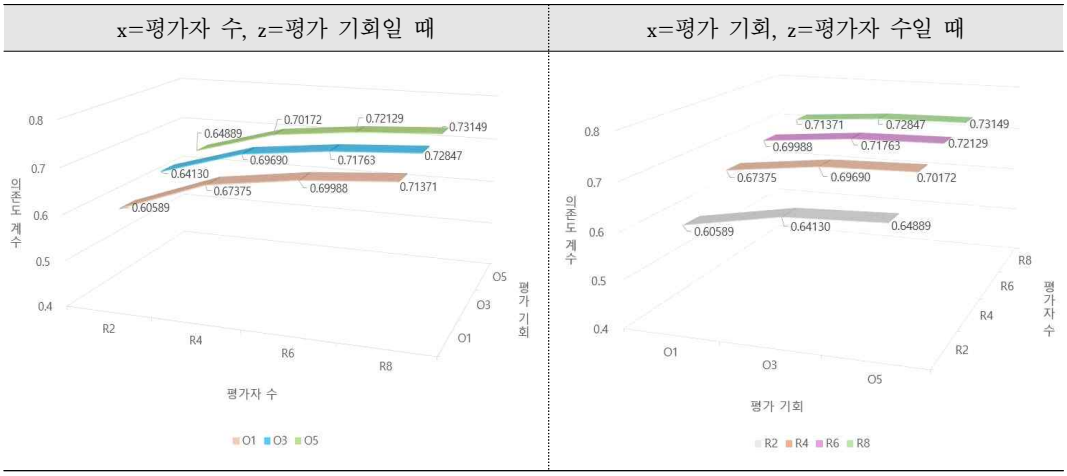
표 10. K-PAM D 연구결과 (계속)

사례	평가 기회	평가자 수	문항	전집점수 분산	관찰점수 기대치 분산	절대오차 분산	의존도 계수
37	7	3	60	0.031	0.037	0.014	0.686
	7	4	60	0.031	0.036	0.013	0.704
	7	5	60	0.031	0.036	0.012	0.715
	8	3	60	0.031	0.037	0.014	0.687
	8	4	60	0.031	0.036	0.013	0.704
	8	5	60	0.031	0.036	0.012	0.716
	9	3	60	0.031	0.037	0.014	0.687
	9	4	60	0.031	0.036	0.013	0.705
	9	5	60	0.031	0.036	0.012	0.716
	10	3	60	0.031	0.037	0.014	0.688
	10	4	60	0.031	0.036	0.013	0.705
	10	5	60	0.031	0.036	0.012	0.716

주. 음영은 의존도 계수가 .70 이상이 되는 경우를 표시; 모든 값은 소수점 넷째 자리에서 반올림

표 11. 국면에 따른 의존도 계수의 변화

평가자 수에 따른 의존도 계수 변화				평가 기회에 따른 의존도 계수 변화			
평가기회	평가자 수	문항	의존도 계수	평가기회	평가자 수	문항	의존도 계수
1	1	60	0.50431	1	4	60	0.67375
1	2	60	0.60589	2	4	60	0.69096
1	3	60	0.64950	3	4	60	0.69690
1	4	60	0.67375	4	4	60	0.69990
1	5	60	0.68919	5	4	60	0.70172
1	6	60	0.69988	6	4	60	0.70293
1	7	60	0.70772	7	4	60	0.70380
1	8	60	0.71371	8	4	60	0.70446
1	9	60	0.71845	9	4	60	0.70497
1	10	60	0.72228	10	4	60	0.70538



주. R2=평가자 수 2명, R4=평가자 수 4명, R6=평가자 수 6명, R8=평가자 수 8명, O1=평가 기회 1회, O3=평가 기회 3회, O5=평가 기회 5회

그림 1. 평가자 수와 평가 기회에 따른 의존도 계수의 변화

상승하였다. 평가자 수가 4명 이상으로 증가하면 의존도 계수가 .003에서 .015 정도만 상승하는 것으로 나타나, 상대적으로 상승폭이 낮아지는 것을 확인하였다. 평가자 수를 4로 고정했을 때, 평가 기회가 1회에서 2회로 증가하면 의존도 계수가 .01721, 평가 기회가 2회에서 3회로 증가하면 의존도 계수가 .00594 상승하였다. 평가 기회가 3회 이상으로 증가하면 의존도 계수가 .003에서 .00041 정도만 상승하는 것으로 나타났다. 4명의 평가자 수가 확보가 되는 경우, 평가 기회가 증가하더라도 의존도 계수의 상승폭은 낮은 것으로 나타났다.

그림 1에 평가자 수와 평가 기회에 따른 의존도 계수의 변화를 제시하였다. 그 결과 평가자 수는 K-PAM 점수의 신뢰도에 큰 영향을 미치며, 신뢰로운 평가를 위해서 평가자 수가 더욱 중요함을 알 수 있다. X축이 평가자 수, Z축이 평가 기회일 때는 평가 기회가 동일하더라도 평가자 수가 증가함에 따라 상대적으로 그래프가 가파르게 상승하였다. 반면에 X축이 평가 기회, Z축이 평가자 수일 때는 평가자 수가 동일한 경우 평가 기회가 증가하더라도 그래프가 상대적으로 완만하게 상승하였다.

논 의

본 연구는 K-PAM에 대한 표준화를 목적으로 하였다. 이를 위해 ICC, 검사-재검사 신뢰도, 구성타당도를 탐색하여 K-PAM의 신뢰도와 타당도를 살펴보았다. 이후 K-PAM 전체 점수에 영향을 미치는 오차요인의 영향력을 알아보고, 평가자 수, 평가 기회가 의존도 계수에 미치는 영향을 분석하여 효율적인 측정 조건을 살펴보았다.

연구결과, K-PAM에서 가장 큰 영향을 미치

는 국면은 문항인 것으로 나타났다. 즉, 문항에 따라서 K-PAM의 평가 결과가 상이해짐을 의미한다. 이는 전체 60개 문항(위험요인 문항과 세부 하위 문항 모두 포함)과 평가자의 종합 소견으로 평가 결과가 도출되는 본 도구의 특징에 기인한 것이라 해석할 수 있다. 일반화가능도 이론을 바탕으로 평가 도구를 표준화한 국내 연구에서도 문항에 의한 오차분산이 큰 것으로 나타났으며, 이를 해결하기 위해 문항 수를 증가시키는 방향으로 D 연구 설계를 권장한다(김경선 외, 2010; 신동일, 2001; 조재윤, 2009). 그러나 G 연구의 결과는 D 연구를 설계하기 위한 참고 자료일 뿐, D 연구를 설계하는 것에 있어서 가장 중요한 것은 연구자의 관심사와 연구목적이다(김성숙, 김양분, 2001). 연구자의 관심사와 연구목적에 따라서 허용가능한 관찰의 전집에서 일부 조건만을 포함하여 일반화가능도를 살펴볼 수 있다. 본 연구는 K-PAM에 대한 표준화에 목적을 두고, 이를 수행하는 데에 가장 효율적인 방안을 탐색하는 것에 관심을 두었다. 국내외 문헌들을 바탕으로 탐색적 수준에서 문항을 선별하였기에 문항 구성이 타당하다고 판단했다. 또한 추가적인 문항은 평가자의 피로도를 가중시킬 수 있으며 본 도구의 효율성을 감소시킬 것으로 보인다. 다음으로 심리부검 사례와 문항 간의 상호작용 오차 분산이 가장 높은 것으로 나타났다. 하지만 최종 전문가 소견의 자살 관련 결정적 선행사건 문항은 SBQ-R와 DSI-SS와 낮은 상관관계를 보고하였다. 자살 관련 결정적 선행사건 문항의 경우 최근 경험한 중요한 상실이나 자살에 직접적인 연관성을 보이는 선행사건 등을 평가한다. 이러한 내용은 자살사망자의 내적요인보다는 외적요인에 해당한다. 반대로 SBQ-R와 DSI-SS는 자살사망자의 내적요인에 해당하는 자살 생각, 자살 시도, 자살 충동을 평가하는 문항으로 구성된 도구이다. 문항 간 평가 내용이 상이하므로 낮은 상관관계가 보고된 것으로 해석된다. 본 연구에서는 일부 선행연구처럼 자기보고식 도구를 제공된 정보와 정신과적 기록 등의 자료를 근거로 평가하도록 하였으나 신뢰성에 한계점이 존재할 수도 있다.

표준화된 심리부검 도구와 체계 구성: 자살예방정책과 활용

심리부검 도구의 위험요인 구성은 문헌적 근거와 계량심리적 검증 과정 두 축을 중심으로 개발하는 편이다(Conner et al., 2021; Werlang & Botega, 2003). 자살예방정책이 실질적 효과를 보기 위해서는 타당한 방법으로 자살 관련 요인을 탐색하여 사례를 체계적으로 구조화할 필요가 있다. 따라서 심리부검 도구 표준화와 사후 검증, 임상 현장에서의 활용과 수정・보완은 자살예방정책의 실효성 및 효과성 간 긴밀한 관련성을 가진다. 예컨대 심리부검 도구를 구성하는 다양한 위험요인, 사전 경고신호, 혹은 결정적 선행 촉발사건(문항)이 국내 자살사망자의 고유한 특성과 도구 신뢰성을 제대로 반영하지 못한다면 실질적인 자살예방정책 마련(예, 개별사례 맞춤형 개입 등)이 어려울 수 있다. 또한 국내외에서 이루어지는 심리부검은 대체로 2명의 면담자가 참여하여 이루어지기 때문에 면담자(평가자) 간 신뢰도도 매우 중요하다(Knoll, 2008). 평가자 간 신뢰도가 검증되지 못한다면 심리부검 도구의 신뢰성이 떨어져 면담자마다 상이한 결과를 도출하게 되고 자살예방 개입과 정책의 방향도 일관성을 잃게 된다.

권호인과 고선규(2016)가 지적한 바와 같이 표준화된 심리부검 도구는 특정 지역 단위뿐 아니라 국가적인 비교 분석을 통해 각 지역의 특색과 다양한 맥락을 반영한 정책 마련 기틀에 도움이 될 수 있다. 무엇보다도 핀란드(Suominen et al., 2002; ET Isometsä,, 2001, 2005)처럼 국가적인 대단위 조사 과정을 통해 더 많은 수의 대표 사례를 수집할 수 있었고 충분한 사례 수는 자살 정책과 대안 활용 등의 일반화 가능성을 높일 수 있게 되었다. 또한 대단위 사례를 계층과 장면에 따라 특정 자살 예방프로그램에 추가하거나 스크리닝 검사 과정(병원, 지역 정신보건 상담기관, 개별 단위 광역 기관 등)에서 어떤 위험요인에 초점(targeting)을 맞춰야 할지 개별기술적 정보를 제공할 수 있게 된다.

대표적으로 표준화된 심리부검 도구를 사용했던 일부 국가의 프로젝트를 살펴보면 그 의미를 더 정확히 알 수 있다. 1987-88년 2년간 일반병원을 중심으로 실시된 핀란드 국책 자살예방프로젝트(n=1,397; Suominen et al., 2002; Isometsä, 2001, 2005)에서 알 수 있듯이 국가 차원에서 정신의학 및 심리학 전문가를 중심으로 전문가 연구 집단을 구성하였고 이들을 통해 표준화된 도구가 공식적으로 개발되었다. 이후 심리부검 연구가 대단위로 진행되어 각 지역(핀란드 내 19개 주)의 특성을 비교・분석하였고 각 권역(핀란드 행정구역)과 계층(예, 성별, 연령, 경제적 수준 등)에 따라 차별적인 대처가 마련되었다. 결과적으로 OECD 국가 중 가장 높았던 자살률이 10년에 걸쳐 현저한 수준으로 떨어졌다(Suominen et al., 2002). 핀란드 자살예방프로젝트의 결과를 일부 살펴보면, 자살 시도하는 대다수 사람들은 최근 부정적 생애 경험 직후 정신장애 진단 경험이 존재하고 특히 성인층에 주요 우울이 핵심적인 역할을 한 것으로 보고하였다(Isometsä et al., 2005). 따라서 자살시도자 및 고위험군 치료에 있어 성인층에게는 주요 우울에 대한 적극적인 개입과 치료를 병원 치료 장면에 적극적으로 권고되었다.

다음으로 중국의 경우 중국질병통제예방센터와 국립 베이징휴롱관병원을 중심으로 모든 지역에서 공용으로 쓸 수 있는 심리부검 프로토콜과 도구(Emory 대학교 Phillips 교수 주도로 문항 구성과 면담진행과정 프로토콜)를 개발 진행했다. Phillips 외(2002)는 중국 내 다양한 소수 인종과 지역을 일관성 있게 비교하기 위해서는 매우 포괄적 수준에서의 생태학적 계층 변인을 반영한 심리부검 도구 개발과 표준화 절차가 절실했다고 지적했다(Phillips et al., 2002). Phillips 외(2002)의 주도로 만들어진 심리부검 도구를 기반으로 23개 지역(주로 중북부 지역)에 걸쳐 심리부검이 대단위(n=536)로 진행되었고 병행하여 대조군(n=519)을 두어 사례-대조 연구(case-control study)를 설계했다. 이후 수집한 자료를 기반으로 지역적 상황(산간지역, 농어촌지역, 소수민족 지역)과 특성(대도시, 도시 근교, 농촌 등 지역 도시)을 차별적으로 분석할 수 있었고 대표적인 자살 관련 특성에 따라 적시성이 높은 개입 방안을 실질적으로 마련할 수 있었다. 이 연구에서는 사례-대조 방식의 심리부검이 진행되어 대조집단(생존집단)과는 통계적인 유의미성을 보이는 고유한 위험요인을 차별적으로 규명할 수 있었다. 주요 결과로 높은 수준의 우울 증상, 이전 자살시도력, 낮은 수준의 삶에 대한 만족감, 높은 수준의 만성 스트레스, 자살관련 가족력, 사망 이틀 전 심각한 수준의 관계 갈등을 경험했다. 문제는 도시 근교 자살사망자의

경우 한두 가지의 위험요인에 노출된 것이 아니라 최소 3가지 이상의 위험요인이 상호작용하며 자살에 영향을 주었다는 점이다. 반면 도시의 자살사망자 경우 대인관계에서의 상실과 단절, 직장 내 급성적 스트레스가 취약성 요인이었던 것으로 보고하였다. 따라서 자살예방프로그램 구성에 있어 위험요인 간 복합적인 상호작용을 차별적으로 고려하여 구성할 것을 권고하였다.

일본의 경우, 2000년 초반에 심리부검 도구와 프로토콜 개발 필요성이 대두되었다. 이에 따라 보건성 국립정신건강연구원 등에 소속된 일부 연구자(정신의학)와 대학병원 기관 연구자를 중심으로 국가 기반의 심리부검 프로젝트가 시작되었다. 그 결과 심리부검 도구 초기 버전을 개발하고 이를 검증되었다(대표적으로 Hirokawa, Kawakami et al., 2012; Hirokawa, Matsumoto et al., 2012). 전체 49명의 자살사망자와 대조군 145명(성별, 지역, 나이 통제한 생존자)을 중심으로 탐색적 수준에서 사례-대조 연구가 약 10년간 이루어졌다. 이때 개발된 심리부검 도구를 이용하여 전체 3개 지역(중부지역)을 중심으로 심리부검 조사가 진행되었고 지역에 상관없이 일관적인 결과를 통합하여 도출할 수 있었다. 주요 결과로는 대조집단에 비해 사례집단(자살사망자)의 경우 65.3%가 자살 및 자해 당시 특별한 정신장애를 보고하였다. 대표적인 정신장애 중 하나는 기분장애였고 특히 주요 우울 장애가 자살과 가장 높은 수준의 관련성이 있음을 제시하였다. 그 이외에 불안장애, 알코올 관련 장애와 단기 정신병적 장애 등이 자살과 유의미한 관련성이 있음을 제시하였다. 이후 보건성 산하 자살예방기관에서는 기분장애 치료 프로그램을 추가 보완하거나 밀도 있는 정신건강 검사를 통해 자살 고위험군을 선별하여 선택적으로 치료하려는 시도를 하였다(Hirokawa, Kawakami et al., 2012).

그리고 심리부검 도구의 표준화는 법정에서 과학적 증거능력을 인정받는 데 크게 기여할 것으로 보인다. 대표적으로 도버트 기준(Daubert standard; Snider et al., 2006)은 전문가 이론과 기법에 기반을 둔 평가체계를 요구한다. 일반적으로 심리부검 도구가 동료평가와 이후 관련 결과물의 게재를 거침으로써 동료검증 과정을 거쳐야 한다고 명시적으로 언급하고 있으며 국내 법원에서도 대체로 사실판단자가 이에 준해 심사하고 있다(Biffl, 1996; 신수원, 서종한, 2022). 특히 미국이나 핀란드, 캐나다, 영국의 경우 잘 표준화된 심리부검 도구를 법원에서 증거능력으로 인정하고 있는 추세이며 체계적인 교육을 관련 전문가에게 실시하고 있다(영국, Canter, 2000; 미국, AAS, 2013).

마지막으로 기존의 국외 선행연구 결과(Jobes et al., 1991; ECDS)와 비슷하게 표준화된 심리부검 도구는 첫 번째 심리부검 목적, 모호한 사망유형이 자살인지 혹은 그 이외의 것인지 판단하는 준거(decision criteria)와 잘 부합하므로 활용도가 높다는 장점이 있다. 자살과 깊은 관련성이 있는 심리부검 도구는 일반적으로 자살 가능성이 높다(meet the criteria for suicide)는 잠정적 결과로 이어질 수 있기 때문이다. 특히 선행연구 중 Werlang과 Botega (2003)의 연구는 자살관련 위험요인을 크게 4가지로 구분하여 구조화된 면담을 연구자가 진행하였고 이후 관련 위험요인이 높게 나타나면 사고사(사망유형 중 하나)와 대비되어 '자살 관련성이 높다'라는 의미로 이해될 수 있음을 학술적으로 지적하였다. 따라서 사망

유형(NASH)를 구분하는 과정에서 근거에 기반하여 특정 유형의 사망(예, 자살)을 판단할 수 있으며 수사 및 감정 기관에 중요한 정보를 제공할 수 있을 것으로 본다.

따라서 본 연구의 의의는 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 본 연구는 표준화된 심리부검 도구의 부재를 보완하기 위해 시도한 심리부검 도구 개발 및 타당화 연구의 첫 시작이라는 점에서 큰 가치를 가진다. 다양한 방법으로 심리부검 도구에 대해 학술적 수준에서 신뢰도와 타당도를 검증하였고, 그 결과 K-PAM이 심리부검을 평가하기에 적절한 도구로써 유용하게 사용될 수 있음을 밝혔다. 본 연구는 심리부검 표준화 연구의 시발점으로, 부진한 심리부검 도구 연구의 필요성을 다시 한번 상기시키고 자살예방정책 연구 방향을 제안하는 임상적 활용 가능으로써 의의를 가진다. 연구결과를 바탕으로 K-PAM이 향후 자살이나 심리부검에 대한 연구에서 활발하게 사용되기를 기대한다.

둘째, K-PAM의 활용 가능성을 높였다. 국내 다수의 선행연구(권호인, 고선규, 2016; 육성필, 서종한, 2023)에서 지적하는 바와 같이 국내에서는 심리부검 도구가 산발적으로 사용되고 있다. 이로 인해 임상 현장에서는 각 지역 혹은 계층별로 서로 다른 정보를, 연구에서는 서로 다른 결과(위험요인 도출의 비일관성)를 도출하여 이를 통합하는 데에 어려움이 발생한다. 게다가 이러한 문제 때문에 국가적으로 효율적인 자살예방정책을 수립하는 데에 의문점이 따랐다. 하지만 본 연구에 신뢰로운 심리부검 도구를 제안함에 따라 다양한 임상 영역에서 K-PAM을 사용할 수 있게 되었다. 따라서 향후 본 도구를 통해 다양한 영역에서 수집한 정보와 결과를 통합하고 비교하여, 근거기반의 국가 자살예방정책을 수립하는 데에 도움이 되기를 기대한다.

셋째, K-PAM의 측정조건에 대한 참고자료로 활용할 수 있다. G 이론을 통해서 K-PAM 결과에 영향을 미치는 요인을 분석하고, 신뢰롭고 효율적인 평가조건을 탐색하였다. 그 결과 문항이 평가 결과에 가장 큰 영향을 미치는 것과 일정 수의 평가자를 확보하는 것이 중요함을 밝혀냈다. 특히 신뢰로운 평가를 위해서는 검사 기회를 증가시키는 것보다 일정 수준 이상의 평가자 수를 확보하는 것이 중요함을 밝혔다는 것에서 주요한 시사점을 지닌다. 결과적으로 본 연구결과는 심리부검 도구에 대한 기초적인 평가 틀을 선정할 때 방향을 제시하는 주요한 자료가 될 수 있으며, 향후 심리부검을 수행할 때 평가자 수의 중요성을 알리는 데에 근거자료로 활용될 수 있다.

제한점과 향후 연구

그럼에도 본 연구는 몇 가지의 한계를 가진다. 첫째, 본 연구결과는 일반화하는 데에 어려움이 있다. 본 연구에서 사용한 심리부검 사례는 총 37건으로 매우 적은 수준에 해당한다. 표본의 크기는 통계적 검정력에 주요한 영향을 미치므로 연구의 통계적 결과가 높은 타당성을 지니기 위해서는 모집단을 적절하게 대표할 수 있는 수준이어야 한다(박원우 외, 2010). 특히 주요하게 사용하였던 일반화가능도 이론과 ICC가 속하는 분산분석의 경우, 독립변수와 표본의 수가 1:10 비율일 때 표본의 크기가 적절하다 보았다(Halinski & Feldt, 1970; Miller & Kunce, 1973; 박원우 외, 2010). 따라서 충분한 크기의 표본을 확보할 필요가 있으나, 민감한 정보를 다루는 심리부검의 특성상 많

은 수의 사례를 수집하는 데에 어려움이 존재했다. 그러므로 후속 연구에서는 다량의 표본을 대상으로 동일한 방법론을 적용한 연구를 진행하여 높은 통계적 검정력을 다시 확보할 필요가 있다.

둘째, 실제 현장에서 사용했을 때 신뢰도가 상이할 수 있다. 본 연구에 참여한 4명의 평가자는 대학원생으로만 이루어졌으며 상대적으로 체계적인 교육과 슈퍼비전을 받았다. 선행연구에 따르면 구조화된 훈련이나 교육을 받은 대학원생이 평가자로 임할 경우 높은 신뢰도가 나타나는 것으로 확인되었다(Olver & Wong, 2013; 서종한, 2022). 심리부검의 경우 다수의 광역정신건강복지센터를 비롯하여 자살예방센터, 한국생명존중희망재단 등의 기관에서 다양하게 사용하고 있다. 따라서 실제 현장 장면에서의 K-PAM 신뢰도를 추가적으로 조사할 필요가 있다.

셋째, 통상적으로 심리부검 연구는 생존자(유가족) 이외의 1명의 추가적인 대리정보제공자(proxy informant)를 요구하고 있다(Berman, 2005; Knoll, 2008). 본 연구에서는 각 사례 당 1명 정도의 심리부검 정보제공자를 두고 있기에 정보의 신뢰성에 의문을 제기할 수 있다. 다만 방법론에 지적한 바와 같이 이차적 자료와 보조 자료가 충분하며 대리정보제공자가 진술한 내용과 교차 점검이 가능한 일부 사례에 한정하였다. 수사 및 감정기관, 촉탁 의료기관 등에서 제공한 정보와 대리정보제공자 진술 정보가 다를 경우 공식적인 자료에 우선 반영하여 객관성을 확보하고자 하였다.

선행연구를 볼 때 일반적으로 자살위험요인 수준에 따라 자살과 그 이외의 사망으로 구분하는 것에 일반적으로 연구자 간 일치점을 보이고는 있지만 모호한 사망(equivocal death; 의문사)이 구체적으로 어떤 유형의 사망인지 판단하기 위한 목적을 두고 검증 과정이 이루어지지 못했다. 향후 연구에서는 다양한 대조군 집단(타살, 사고사, 자연사, 생존)을 두어 위험요인의 정도가 어떻게 사망유형을 유의미하게 예측해 낼 수 있는 예측력을 살펴보아야 할 것이다. ROC(Receiver Operating Characteristic) 등의 분석을 활용하여 어느 정도의 위험요인이 자살을 보다 더 잘 예측할 수 있을지 통계적 검증과 탐색이 필요해 보인다.

많은 심리부검 실증연구에서 사례 모집에 어려움을 보고하고 있으며 이에 따른 윤리적 쟁점이 대두되고 있다. 도구의 표준화와 객관성을 확보하기 위한 방안으로 많은 연구자가 특수 직군 혹은 계층에 따른 차별적 심리부검 도구 마련을 제안하고 있다. 예컨대 경찰, 군인, 소방 혹은 청소년, 노인 등 집단 간 위험요인이 상이하게 다른 경우 집단 내 고유 특성과 맥락을 감안하여 도구를 개별적으로 표준화하여 마련할 필요가 있다.

참고문헌

강상조 (2011). 심사자간 신뢰도: 어떻게 추정할 것인가?. **한국체육측정평가학회지**, **13**(1), 1-8.

권호인, 고선규 (2016). 심리부검에 대한 고찰과 제언. **한국심리학회지: 문화 및 사회문제**, **22**(4), 623-641.

김경선, 이규민, 강승혜 (2010). 일반화가능도 이론을 적용한 한국어 말하기 성취도 평가의 신뢰도와 오차요인 분석. **한국어 교육**, **21**(4), 51-75.

김규식, 이윤호 (2014). 교도소 재소자의 자살

방지를 위한 건강 체크제도의 시사점 - 뉴욕주(NYS)와 플로리다주(FLS)를 중심으로. Crisisonomy, 10(1), 183-200.

김명기, 이상준, 한여울, 박두진, 최기홍, 서동기. (2020). 한국형 다차원 성격검사(Bright and Dark Personality Inventory: BDPI)의 개발과 타당화: 일반 성격과 부적응 성격의 통합. 한국심리학회지: 일반, 39(3), 359-383.

김미점, 조한익 (2015). 희망과 적응관련 변인의 관계에 관한 메타분석. 교육심리연구, 29(2), 331-360.

김보미, 유성은 (2012). 대인관계 외상 경험자들의 사회적 유대감, 정서 조절과 자살생각의 관계. 한국심리학회지: 임상, 31(3), 731-748.

김성숙, 김양분 (2001). 일반화가능도 이론. 서울: 교육과학사.

김성연, 한기순 (2014). 수학영재 선발에서 교사추천서와 자기소개서 채점내용 가중치에 따른 신뢰도 분석. 영재와 영재교육, 13(1), 43-65.

김성혜 (2015). 개념지도를 통해 본 자살시도 위험 요인과 보호 요인. 정신보건과 사회사업, 43(3), 5-34.

김지윤, 여성칠, 이순묵 (2009). 급내 상관과 일반화가능도 이론 간의 이론적 및 경험적 비교. 한국심리학회지: 일반, 28(3), 659- 686

나경세, 백종우, 윤미경, 김현수 (2015). 심리부검: 우리나라에서 향후 방향에 대한 검토 및 고찰. J Korean Neuropsychiatr Assoc, 54(1), 40-48.

도상금, 최진영 (2003). 외상 경험 및 우울과 자서전적 기억의 일반화 경향성. 한국심리학회지: 임상, 22(2), 321-341.

문국진 (1991). 강시 · 강시(Misfitted deaths · Mistakable deaths. 서울: 청림출판

박수진, 김종남 (2017). 대학생의 대인관계 문제와 자살사고 간의 관계에서 초기 부적응 도식의 매개 효과. 청소년학연구, 24(3), 175-198.

박원우, 손승연, 박해신, 박혜상 (2010). 적정 표본크기(sample size) 결정을 위한 제언. Seoul Journal of Industrial Relations, 21, 51-85.

박종익, 김영주, 이수정 (2013). 교정시설 내 수용자의 정신건강 실태. ㅍ454-462.

박주상, 문재태, 김태곤 (2009). 군내 의문사 발생현황 및 개선방안에 관한 연구: 군의 문사진상규명위원회의 진정 사건을 중심으로. 한국범죄심리연구, 5(1), 65-91.

박효미, 이혜순 (2013). 한국 중년성인의 자살생각 영향 요인. 스트레스연구, 21(4), 323-329.

배은주 (2010). 대학생의 대학생활적응과 자살에 대한 이론적 고찰. 성결심리상담, 3, 123-136.

보건복지부 (2022). 2021년 정신건강실태조사 보고서. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010200&bid=0019&act=view&list_no=369858. 2024.06.07. 접속

서인균, 이연실 (2017). 청소년기 학교생활적응이 자살생각에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과: 중 · 고등학생 비교연구. 인문사회 21, 8(6), 469-484.

서재삼, 황순택. (2006). 한국형 성격장애 진단검사의 개발과 타당화. Korean Journal of Clinical Psychology, 25(1), 273-288.

서종한 (2015). 심리 부검: 나는 자살한 것을 후회한다. 학고재.

서종한 (2018). 심리부검: 사람은 왜 자살하는가. 시간여행.

서종한 (2022). 면담기반 사이코패시 성격 종합평가-기관평가척도(CAPP-IRS) 도구 타당화 연구. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 36(1), 25-46.

서종한, 김경일 (2014). 한국형 심리부검 조사. 서울: 보건복지부.

서종한, 김경일 (2018). 구조화된 전문가 판단 모델 (SPJ) 기반수용자 자살위험성평가프로토콜 개발 연구. 교정담론, 12(2), 33-68.

서종한, 김희송, 김경일 (2017). 성폭력위험성 평가의 진화: 근거기반 성폭력위험성프로토콜(RSVP)을 중심으로: 근거기반 성폭력위험성프로토콜(RSVP)을 중심으로. 형사정책연구, 28(2), 215-256.

서종한, 육성필, 조윤정, 홍현기, 김경일 (2018). 전문가를 위한 한국형 심리부검 = Psychological autopsy manual-user guide. 박영스토리

서종한, 이창환, 김경일, 김성혜. (2012). 한국 자살사망자 특징: 사례-대조 심리부검 연구. 한국심리학회지: 일반, 31(2), pp.323-344.

서종한, 최선희, 김경일 (2018). 심리부검 기반 자살유형 연구. 보건사회연구, 38(2), 350-393.

신동일 (2001). 일반화가능도 이론 적용을 중심으로 한 말하기 평가도구 타당도 검증 연구. 응용언어학, 17(1), 199-221.

신성원 (2005). 심리부검 연구의 실무적 활용 및 윤리적 고려사항. 한국범죄심리연구, 1(1), pp.231-252.

신수원, 서종한 (2022). 심리부검의 증거 효용성에 관한 논의: 토픽모델링을 통한 심리부검의 판례분석. Journal of The Korean Data Analysis Society (JKDAS), 24(6), 2415-2432.

육성필, 서종한 (2023). 한국형 심리부검 기반 이차원적 자살유형 연구: 자살행동과 자살위험요인을 중심으로. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 29(1), 75-99.

이구상, 최민정, 김수정, 박재영, 이명수, 서지혜, 이소영 (2012). 정신보건: 자살사망자의 축약 심리적 부검에 관한 연구. 정신건강, 3(0), 18-24.

이민아, 김석호, 박재현, 심은정 (2010). 사회적 관계 내 자살경험과 가족이 자살생각 및 자살행동에 미치는 영향. 한국인구학, 33(2), 61-84.

이승선, 김연식 (2008). 범죄보도로 인한 인격권의 침해와 문제점. 사회과학연구, 19, 65-94.

이지연, 김효창, 현명호 (2005). 스트레스, 부모-자녀간 의사소통 및 청소년 자살 생각간의 관계. 한국심리학회지: 건강, 10(4), 375-394.

장은량, 유성은 (2014). 외상경험자의 탄력성과 자살행동의 관계: 탄력성이 자살행동의 보호요인이 되는가?. Korean Journal of Clinical Psychology, 33(2), 299-314.

전홍진 (2011). 우울증과 자살. 대한의사협회지, 54(4), 370-375.

정승화 (2017). 한국사회 자살 통계에 대한 장기 추세 분석: {경찰통계연보} 1953년~2015년 자살통계를 중심으로. 사회연구, 18(1), 83-125.

정아원, 이경원, 송인한 (2020). 자살사별 경험

이 자살생각에 미치는 영향: 탄력성의 조절효과 분석. 복지상담교육연구, 9(1), 1-26.

조재윤 (2009). 일반화가능도 이론을 이용한 쓰기 평가의 오차원 분석 및 신뢰도 추정 연구. 국어교육, 128, 325-358.

중앙자살예방센터 (2017).『2017 자살예방 백서』. https://www.kfsp.or.kr/home/kor/board.do?menuPos=81&act=detail&idx=4807

차종석, 김영배 (1994). 평가자간 신뢰도 및 동의도에 관한 분석적 고찰. 경영학연구, 23(특별), 75-102.

최진화, 이구상, 유혜림, 서지혜, 김은지, 전홍진 (2021). 유족과의 면담을 통한 자살자 심리부검과 경찰 수사기록 조사를 통한 자살자 심리부검 결과 비교. Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 60(1), 61-69.

추경진, 이승연 (2012). 인식된 짐스러움, 절망, 우울 및 자살생각의 관계: 청소년과 노인의 비교. 한국심리학회지: 발달, 25(3), 31-53.

통계청 (2023a). 2022년 사망원인통계 결과. https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301060200&bid=218&act=view&list_no=427216. 2024.06.07 접속

통계청 (2023b).『한국의 안전보고서 2023』. https://kostat.go.kr/board.es?mid=a90401000000&bid=11477&act=view&list_no=430542. 2024.06.07. 접속

한국생명존중희망재단 (2023).『2023 심리부검 면담 결과 보고서』. https://www.kfsp.or.kr/home/kor/board.do?menuPos=82&act=detail&idx=5134&searchValue1=0&searchKeyword=&pageIndex=1#none

한국자살예방협회 (2009). 자살사망자 심리부검 및 자살시도자 사례관리 서비스 구축 방안. 서울: 보건복지부.

홍예진, 박주희 (2015). 자살생각을 한 경험이 있는 대학생의 취업스트레스와 사회적 지지가 자살생각 수준에 미치는 영향. 청소년상담연구, 23(2), 189-210.

황순찬 (2015). 자살유가족 연구: 옅어지지 않는 어두움: 옅어지지 않는 어두움. 한국정신건강사회복지학회 학술발표논문집(pp. 147-157).

황지유, 원미진 (2019). 일반화가능도 이론을 적용한 한국어 말하기 숙달도 평가의 신뢰도 및 타당도 분석. 국제어문, 81, 321-349.

AAS(American Association of Suicidology) (2008). *Psychological Autopsy Checklist Guideline of the Psychological Autopsy Certification Training (PACT). PA.*

American Association of Suicidology. (2013). *Psychological autopsy certification program participant manual.* Washington, D.C.: Author.

Adler, M., & Ziglio, E. (1996). *Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health..* Jessica Kingsley Publishers.

Andrews, D. A. (2012). *The risk-need-responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment.* In J. A. Dvoskin, J. L. Skeem, R. W. Novaco, & K. S. Douglas (Eds.), Using social science to reduce violent offending (pp. 127-156). Oxford University Press.

Berman, A. L. (2005). *Forensic psychiatry and forensic psychology/ psychological autopsy.*

Biffl, G. (1996). Towards a social reproduction model. *Transfer: European Review of Labour and Research, 2*(1), 8-23.

Blaauw, E., Kerkhof, A. J., & Hayes, L. M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(1), 63-75.

Brennan, R. L. (2001). *Generalizability theory*. New York: Springer.

Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1998). Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims. *Suicide prevention: The global context,* 51-65.

Brent, D. A., & Mann, J. J. (2003). Familial factors in adolescent suicidal behavior. *Suicide in children and adolescents,* 86-117.

Brent, D. A., Kerr, M. M., Goldstein, C., Bozigar, J., Wartella, M., & Allan, M. J. (1989). An outbreak of suicide and suicidal behavior in a high school. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28*(6), 918-924.

Canter, D. V. (2000). *Psychological autopsies.* Elsevier.

Chiu, H. F. K., Yip, P. S. F., Chi, I., Chan, S., Tsoh, J., Kwan, C. W., Li, S. F., Conwell, Y. & Caine, E. (2004). Elderly suicide in Hong Kong－a case controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(4), 299-305.

Compton, M. T., Thompson, N. J., & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 40*, 175-185.

Conner, K. R., Chapman, B. P., Beautrais, A. L., Brent, D. A., Bridge, J. A., Conwell, Y., Falter, T., Holbrook, A., & Schneider, B. (2021). Introducing the psychological autopsy methodology checklist. *Suicide and Life Threatening Behavior, 51*(4), 673-683.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological psychiatry, 52*(3), 193-204.

Corruble, E., Damy, C., & Guelfi, J. D. (1999). Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts?. *Journal of affective disorders, 53*(3), 211-215.

Cronbach, L. J., Gleser, G. C., Nanda, H., & Rajaratnam, N. (1972). *The dependability of behavioral measurements: Theory of generalizability for scores and profiles.* New York: Wiley.

Daigle, M. S., Labelle, R., & Côté, G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International journal of law and psychiatry, 29*(5), 343-354.

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk for violence: User guide*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law, 11*(3), 347.

Dvoskin, J. A., & Heilbrun, K. (2001). Risk assessment and release decision-making: Toward resolving the great debate. *Journal-American Academy of Psychiatry and the*

Law, 29, 6-10.

Ebert, B. W. (1987). Guide to conducting a psychological autopsy. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*(1), 52.

Fleiss, J. L. (1981). Balanced incomplete block designs for inter-rater reliability studies. *Applied psychological measurement, 5*(1), 105-112.

Fremouw, W. J., De Perczel, M., & Ellis, T. E. (1990). *Suicide risk: Assessment and response guidelines.* Pergamon Press.

Greening, L., & Stoppelbein, L. (2002). Religiosity, attributional style, and social support as psychosocial buffers for African American and White adolescents 'perceived risk for suicide. *Suicide and life-threatening behavior, 32*(4), 404-417.

Halinski, R. S., & Feldt, L. S. (1970). The selection of variables in multiple regression analysis. *Journal of Educational Measurement, 7*(3), 151-157.

Hart, S. D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and criminological psychology, 3*(1), 121-137.

Hart, S. D., & Cooke, D. J. (2013). Another look at the (Im) precision of individual risk estimates made using actuarial risk assessment instruments. *Behavioral sciences & the law, 31*(1), 81-102.

Hart, S. D., & Logan, C. (2011). Formulation of violence risk using evidence based assessments: The structured professional judgment approach. *Forensic case formulation,* 81-106.

Hart, S. D., Kropp, P. R., Laws, D. R., Klaver, J., Logan, C., & Watt, K. A. (2003). *The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk of sexual violence.* Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Hirokawa, S., Kawakami, N., Matsumoto, T., Inagaki, A., Eguchi, N., Tsuchiya, M., Inagaki, A., Eguchi, N., Tsuchiya, M., katsumato, Y., Akazawa, M., Kameyama, A., Tachimori, H., & 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.

Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., Kitani, M., Akazawa, M., Takahashi, Y., Kawakami, N., Watanabe, N., Hirayama, M., Kameyama, A., & Takeshima, T. (2012). Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: a psychological autopsy study of 76 cases. *Psychiatry and clinical neurosciences, 66*(4), 292-302.

Isometsä, E. (2005). Suicide in bipolar I disorder in Finland: psychological autopsy findings from the National Suicide Prevention Project in Finland. *Archives of Suicide Research, 9*(3), 251-260.

Isometsä, E. T. (2001). Psychological autopsy studies-a review. *European psychiatry, 16*(7), 379-385.

Jobes, D. A., Casey, J. O., Berman, A. L., & Wright, D. G. (1991). Empirical criteria for the determination of suicide manner of death.

Journal of Forensic Sciences, 36(1), 244-256.

Joiner, T. E., Pfaff, J. J., & Acres, J. G. (2002). A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: Reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behaviour Research and Therapy, 40*(4), 471-481.

Juhnke, G. A., Granello, P. F., & Lebro´n-Striker, M. A. (2007). *IS PATH WARM? A suicide assessment mnemonic for counselors(ACAPCD-03).* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Kaplan, M. S., McFarland, B. H., Huguet, N., Conner, K., Caetano, R., Giesbrecht, N., & Nolte, K. B. (2013). Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Injury prevention, 19*(1), 38-43.

Kelly, T. M., & Mann, J. J. (1996). Validity of DSM III R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante mortem diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*(5), 337-343.

Keszei, A. P., Novak, M., & Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of psychosomatic research, 68*(4), 319-323.

Knoll IV, J. L. (2008). The psychological autopsy, part I: applications and methods. *Journal of Psychiatric Practice®, 14*(6), 393-397.

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine, 15*(2), 155-163.

Kropp, P. R., Baldry, A. C., & Winkel, F. W. (2008). *Development of the spousal assault risk assessment guide (SARA) and the brief spousal assault form for the evaluation of risk (B-SAFER). Intimate partner violence prevention and intervention: The risk assessment and management approach,* 19-31.

Kropp, P. R., & Hart, S. D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and human behavior, 24*(1), 101-118.

Kropp, P. R., Hart, S. D., Lyon, D. R., & Storey, J. E. (2011). The development and validation of the guidelines for stalking assessment and management. *Behavioral Sciences & the Law, 29*(2), 302-316.

Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. W., & Eaves, D. (1995). *Manual for the spousal assault risk assessment guide (2nd ed.).* British Columbia Institute on Family Violence.

Layden, B. K. (2017). *Structured professional assessment and management of selfdirected violence (SDV): The SDV-20* (Unpublished doctoral dissertation). Simon Fraser University, Burnaby, Canada.

Linehan, M. M., & Nielsen, S. L. (1981). *Suicidal behaviors questionnaire (SBQ).* University of Washington.

Litman, R. E. (1968). Psychological-psychiatric aspects in certifying modes of death. *Journal of Forensic Sciences, 13*(1), 46-54.

McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological methods, 1*(1), 30.

Miller, D. E., & Kunce, J. T. (1973). Prediction and statistical overkill revisited. *Measurement and evaluation in guidance, 6*(3), 157-163.

Mulvey, E. P., & Lidz, C. W. (1998). Clinical prediction of violence as a conditional judgment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, S107-S113.

Olver, M. E., & Wong, S. C. (2013). Treatment programs for high risk sexual offenders: Program and offender characteristics, attrition, treatment change and recidivism. *Aggression and Violent Behavior, 18*(5), 579-591.

Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment, 8*(4), 443-454.

Partonen, T. (2020). A new national suicide prevention programme in Finland. *Psychiatria Fennica. 51,* 10-15.

Phillips, M. R., Shen, Q., Liu, X., Pritzker, S., Streiner, D., Conner, K., & Yang, G. (2007). Assessing depressive symptoms in persons who die of suicide in mainland China. *Journal of Affective Disorders, 98*(1-2), 73-82.

Phillips, M. R., Yang, G., Li, S., & Li, Y. (2004). Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *The Lancet, 364*(9439), 1062-1068.

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*(9347), 1728-1736.

Polvi, N. H. (1997). *Assessing risk of suicide in correctional settings. In C. D. Webster & M. A. Jackson* (Eds.), Impulsivity: New directions in research and clinical practice (pp. 278-301). New York: Guilford Press.

Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet, 360*(9340), 1126-1130.

Range, L. M. (2005). No-suicide contracts. *Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior,* 181-203.

Robins, E., Murphy, G. E., Wilkinson Jr, R. H., Gassner, S., & Kayes, J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health and the Nations Health, 49*(7), 888-899.

Rosenberg, M. L., Murray, D., Jobes, D., Davidson, L. E., O'Carroll, P. W., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G. A., Moore-Lewis, B., Mills, D. H., Murray, D., O'Carroll, P. W., & Jobes, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of forensic sciences, 33*(6), 1445-1456.

Runeson, B., & Åsberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1525-1526.

Sea, J. (2018). *Cross-cultural generalizability of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) in South Korea.* [Doctoral dissertation, Simon Fraser University].

Selkin, J., & Loya, F. (1979). Issues in the psychological autopsy of a controversial public figure. *Professional Psychology, 10*(1), 87.

Sherman, L. G., & Morschauser, P. C. (1989). Screening for suicide risk in inmates. *Psychiatric Quarterly, 60(2),* 119-138.

Shneidman, E. S. (1969). Suicide, lethality, and the psychological autopsy. *International psychiatry clinics, 6*(2), 225-250.

Shneidman, E. S. (1976). A psychologic theory of suicide. *Psychiatric Annals, 6*(11), 51-66.

Shneidman, E. S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide Life Threat Behav, 11*(4), 325-340.

Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological bulletin, 86*(2), 420.

Snider, J. E., Hane, S., & Berman, A. L. (2006). Standardizing the psychological autopsy: addressing the Daubert standard. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(5), 511-518..

Suominen, K., Isometsä, E., Heilä, H., Lönnqvist, J., & Henriksson, M. (2002). General hospital suicides-a psychological autopsy study in Finland. *General hospital psychiatry, 24*(6), 412-416.

Takeuchi, T., Takenoshita, S., Taka, F., Nakao, M., & Nomura, K. (2017). The relationship between psychotropic drug use and suicidal behavior in Japan: Japanese adverse drug event report. *Pharmacopsychiatry, 50*(02), 69-73.

Taylor, R. (1990). Interpretation of the correlation coefficient: a basic review. *Journal of diagnostic medical sonography, 6*(1), 35-39.

Thompson M. P., Kaslow, N. J., Short, L. M., & Wyckoff, S. (2002). The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African American abused women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 942-949.

Trémeau, F., Staner, L., Duval, F., Corrêa, H., Crocq, M. A., Darreye, A., Czobor, P., Dessoubrais, C., & Macher, J. P. (2005). Suicide attempts and family history of suicide in three psychiatric populations. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(6), 702-713.

Trine, S., Westhoff, S., & Wiesenfeldt, S. (2009). Probing Yukawa unification with K and B mixing. *Journalk of High Energy Physics, 2009*(08), 002.

US Department of the Army (1988). *Suicide Prevention & Psychological Autopsy.* Washington DC: DA PAM 600-24

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.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(1), 72.

Wang, S. J., Juang, K. D., Fuh, J. L., & Lu, S. R. (2007). Psychiatric comorbidity and suicide risk in adolescents with chronic daily headache. *Neurology, 68*(18), 1468-1473.

Webster, C. D., Müller-Isberner, R., & Fransson, G.. (2002). Violence risk assessment: Using structured clinical guides professionally.

International Journal of Forensic Mental Health, 1(2), 185-193.

Werlang, B. S., & Botega, N. J. (2003). A semistructured interview for psychological autopsy: an inter-rater reliability study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(3), 326-330.

Wilson, K. G., Stelzer, J., Bergman, J. N., Kral, M. J., Inayatullah, M., & Elliott, C. A. (1995). Problem solving, stress, and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life Threatening Behavior, 25*(2), 241-252.

Zapf, P. A. (2006). *Suicide assessment manual for inmates.* Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

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,* pp.430-437.

논문 투고일 : 2024. 03. 05
1 차 심사일 : 2024. 04. 03
게재 확정일 : 2024. 07. 19

한국심리학회지 : 문화 및 사회문제
Korean Journal of Culture and Social Issues
2024, Vol. 30, No. 4, 407～453.

Development and Validation of the Korea - Psychological Autopsy Manual(K-PAM)

Sohyang Park[1)] Dong Gi Seo[2)] Sung-pil Yook[3)] Kyungil Kim[4)] Jonghan Sea[1)]

[1)]Yeungnam University [2)]Hallym University
[3)]Seoul Graduate School of Counseling Psychology [4)]Ajou University

The current study aimed to develop and validate the psychological autopsy manual (K-PAM). Two studies were designed and conducted for this study. In study 1, the first version of K-PAM was composed. For this purpose, items and rating systems from preceding domestic and international research were explored and consulted. Sixty items were finally selected from the first preliminary version through expert discussion. In study 2, the validity and reliability of K-PAM were specifically investigated by using 37 psychological autopsy cases. As a result, the criterion-related-validity was verified by examining correlations with two criterion scales. Second, the interrater reliability (ICC) was also supported. Third, the test-retest validity showed an acceptable level. Finally, the results of the G study showed that the items had a significant effect on total score as a measurement error. The D study also indicated that at least 4 assessors were required to get an acceptable level of the based dependency coefficient. This study is of great value since it presented a psychological autopsy tool that is confirmed in terms of reliability and validity by reflecting standardized characteristics(Conner et al., 2022).

Key words : Korean psychological autopsy manual(K-PAM), psychological autopsy, generalizability theory, reliability, validity