

## 한국 자살사망자 특징: 사례-대조 심리적 부검 연구

서 종 환            이 창 환\*            김 경 일            김 성 혜  
제주지방경찰청            서강대학교            아주대학교            경기지방경찰청 제2청

본 연구는 자살자의 포괄적인 후향적 정보를 중심으로 자살 원인과 행동특성을 밝혀내고자 하였다. 무엇보다도 사망의 종류를 결정하는데 즉 자살 사건이 자연사인지, 사고사인지, 자살인지, 타살인지 결정하는데 도움을 주고자 하였다. 이를 위한 가장 유용한 도구 중에 하나로 평가받는 심리적 부검은 먼저 자살사망자의 가족 구성원, 친척, 친구 등 지인들에 대해 반구조화된 면접을 통해서 자살사망자에 대한 이용 가능한 모든 자료를 수렴하여 실시하였다. 이와 함께, 정신과적 치료, 병원 진료 기록, 치료 기록, 심리상담 기록, 검시 및 부검 기록, 유가족 진술 등도 포괄적으로 참조하였다. 분석 결과, 학교나 직장에서의 적응 정도가 가장 중요한 자살 위험 요인으로 나타났다. 더불어 자살 전 주변에 걱정이나 문제를 말할 수 있을 정도로 신뢰하는 사람이 없는 경우, 과거 동거인 혹은 동거인과의 심각한 문제, 어린 시절에 대한 불행감도 자살에 대한 위험 요인으로 작용하였다. 가장 중요한 점은 끈 등으로 목매달기, 칼 등의 도구를 이용한 과거 자살 혹은 자해 시도가 있는 경우 자살과 주요한 관련성이 있는 것으로 나타났다. 또한 정신과적 장애와 관련 된 특성에서는, 사망 4주 전 정신과 의사를 만난 경우, 의사를 만난 이유가 정신·심리적인 이유일 경우, 질병의 기간이 만성인 경우, 정신과적 약물처방 경험, 우울장애 등 정신질환 진단 경험, 정신질환 중 우울장애 진단 경험, 정신치료 경험이 자살과 관련성이 높은 것으로 나타났다. 자살전 생애사건으로 인해 경험하는 스트레스 수준은 대조군과 큰 차이를 보여 자살과 관련성이 있었다. 사망 직전 갖는 생애 어려움인 경우 두 집단 모두 어려움을 경험하고 있었으나 심각한 어려움을 경험하는 정도는 자살집단이 대조군에 비해 상당히 높게 나타났다. 끝으로, 심리적 부검에 있어서 면담을 하고 계획하고 수행할 때에 발생하는 면접방법 및 시기선정, 비밀과 익명성 보장, 참여에 대한 서면 동의, 상호준중과 신뢰 구축 등 윤리적 측면을 고려하였다

주요어 : 자살, 심리적 부검, 대조군(타살), 정신장애

\* 본 연구는 2011년도 삼성정신건강연구소의 학술연구비에 의해 수행되었음. 연구자는 자료수집에 도움을 주신 제주지방경찰청 수사과 과학수사계 지동권 계장에게 감사드립니다.

† 교신저자 : 이창환, 서강대학교 사회과학부 심리학과, (121-742) 서울시 마포구 신수동 산 1  
E-mail : chleehoan@sogang.ac.kr

한국사회에서 자살은 언제부터인가 언론매체를 통해 쉽게 접할 수 있는 흔한 소식이 되었다. 지난 2011년 10월 발표된 통계청의 <사망 및 사망원인 통계 결과> 자료에 따르면 2010년 자살로 인한 사망자는 인구 10만명 당 32.1명으로 2009년에 비하여 증가했으며, 한국은 여전히 세계에서 자살률이 가장 높은 국가 중 하나이다. 특히, 20대 사망원인 1위를 차지하고 있으며, 10대와 20대 여성 사망원인과 30대 남성의 사망원인 1위인 것으로 보고되고 있다.

자살은 개인이 갖는 심리적 스트레스, 알코올 등의 약물남용, 우울과 관련된 정동장애 등 정신과적 원인 외에 가족 및 사회 구성원 간의 갈등, 장시간 노동, 실업, 도산, 채무, 건강문제, 갈등적 사회문화 등 사회, 경제, 문화적 요인이 복잡하게 관계되어 있어 사회, 경제 측면과도 연계하여 합동으로 대처하는 것이 필요하다. 따라서 자살사망자의 본질적인 원인이 과연 무엇이고, 이들 문제가 어느 정도로 심각한 것인지 등을 객관적으로 파악할 수 있는 효율적인 측정 도구와 관련된 연구가 필요하며, 이제까지 유럽, 북미, 일본 등 세계 각국에서 진행되고 있는 학문적 결과에 근거를 두고 자살원인에 대한 심리적 부검이 우리나라에서 우선적으로 필요할 것으로 판단된다(한국자살예방협회, 2009).

심리적 부검은 자살사망자에 대해 수집된 포괄적인 후향적 정보를 가지고 자살의 원인에 대해 연구하는 방법이다. 즉, 어떤 사람이 자살했을 때, 그 주변에 있는 사람들과의 인터뷰 및 유서 등 모든 활용 가능한 자료를 수집하여 왜 그 사람이 자살할 수밖에 없었는가를 과학적으로 규명하는 것이다(제영모, 2004, p.3). 심리적 부검을 통해 구체적으로 밝힐 수

있는 것들은, 첫째, ‘왜 그러했는가’를 아는 것이다. 사망의 종류가 각종 증거물에 의해 명백하지만 심리적 부검을 통해 심리적 부검으로 그 행위의 이유를 설명하고 무엇이 그 행위의 원인이 되었는가를 밝히는데 유효하다. 즉 사망의 종류는 확실한데 그 이유가 불분명하거나 의문의 여지가 있는 경우, 심리적 부검으로써 사망자의 생존 시의 인생관, 심리적 변화, 동기, 실존적 위협의 유무 등을 밝힐 수 있다. 둘째, 이 사람은 어떻게 해서 사망하였는가, 또 그때 사망하게 된 이유는 무엇인가 등의 사회 심리적 이유를 설명할 수 있게 된다. 셋째, 사망원인은 확실하나 사망의 종류가 확실하지 않을 때에는 심리적 부검만이 문제를 해결할 수 있는 경우가 많다(문국진, 1991a, p.275).

이처럼 심리적 부검이 자살의 원인을 통합적으로 밝혀내는데 상당한 역할을 할 수 있다는 측면은 매우 다양한 영역에서 이를 적극적으로 활용할 수 있는 가능성을 제고한다. 법의학적으로는 의문의 죽음과 자살 사이의 관련성을 밝혀내고, 보건학적으로는 자살 연구와 국가 또는 지역사회 차원의 자살 예방 활동을 지원한다. 또한 법률적으로는 자살이 의심되는 민사 또는 형사 소송에서 자살의 가능한 원인들을 재구성하여 상대측의 법적과실을 입증하는 것을 지원하기도 한다. 예를 들어 심리적 부검을 통해 특정한 조직의 업무 절차와 업무량이 구성원의 자살을 초래할 정도의 스트레스를 야기했다는 것이 입증되면, 그 조직은 민사적 책임을 지게된다(Curt R. Bartol, & Anne M. Bartol, 2005, p.8).

특히, 수사현장에서는 자살과 타살 및 사고사를 판단해야하는 경우가 많다. 사망원인 중 대략 5~20%는 정확한 사인이 밝혀지지 않아

의문사로 남아있으며 이러한 모호성은 자살과 타살 및 사고사 사이에서 많이 발생한다. 현재 검사를 담당하는 의사들의 시체소견만 의존하여 사망자의 의사(intention)에 대한 검토는 고려하지 않은 상태에서 사망의 종류를 판단하고 있다. 이러한 경우 문제가 될 수 있는 것이 자살과 타살 및 사고사를 판단하는 경우이다. 자살의 여부가 의심되는 경우에 시체부검상의 자살 소견뿐만 아니라 심리적 부검도 병행하여 사망의 종류를 정확히 판단함으로써 우리나라 검시체도가 안고 있는 문제점을 보완하여야 할 것이다(신성원, 2005, p.232; 최상섭, 2003, p.240).

국내에서는 대표적으로 2009년 민성호 등 위기관리팀이 의과대학 응급실에 실려 온 자살 시도자 6백 62명에 대한 면담기록지를 분석하여 자살 시도자의 상황을 분석 이들 중 사례 관리에 동의한 4백 63명에 대해서는 담당 간호사들이 우편, 방문 등의 방법으로 관리하여 지난 3년 동안 분석한 자살 시도에 관한 연구를 실시한 바 있다. 또한 2009년 보건복지부와 한국자살예방협회에서 자살 사망자 심리적 부검 및 자살시도자 사례관리 서비스 구축방안이라는 제목으로 연구를 실시하여 한국 심리적 부검 모델 개발을 시도, 구체적인 자살 원인을 분석해 내고 그 결과를 자살 및 범죄 예방에 활용한 바 있다(민성호, 2009).

국외 핀란드, 미국 등 자살예방 선진 국가에서도 심리적 부검 제도의 도입을 통하여 국가 차원의 자살예방대책이 실효를 거둘 수 있었다. 핀란드의 경우 1987년 4월부터 약 1년간 1,379건의 자살 사례에 대한 심리적 부검을 실시하였고, 1991년 이 결과를 바탕으로 국가 자살예방 실행전략을 수립하였다. 또한 이를 통하여 국민들과 전문가들에게 자살문제의 심

각성을 일깨워 국가적인 자살예방사업의 필요성에 대한 공감대를 마련하였다. 그 결과 핀란드의 자살률은 최고치를 기록한 1990년에 비해 1996년에는 20% 이상 감소한 것으로 나타났다. 미국의 경우 지역사회, 경찰, 검찰, 법원, 군대, 교도소 등에서 자살사망자에 대한 심리적 부검이 활발하게 진행되었고, 그 결과 미국의 자살률은 1990년 10만명당 19명 수준에서 2000년 14명 수준으로 획기적으로 감소하였다(신성원, 2005, p.239). 최근 보건복지가족부는 지난 2009년에 발표된 제2차 자살예방대책 5개년 계획에 기반, 자살예방대책을 수립하고 자살예방프로그램을 개발 확산시키기 위해 자살사망자에 대한 심리적 부검을 시행할 것을 제시한 바 있다.

좀 더 구체적으로 살펴보면, 현재까지 이루어진 심리적 부검에 대한 연구 결과에서 거의 모든 자살자에게서 정신질환이 발견된다는 사실을 밝혀냈다(Robins, E., Murphy, G., Wilkinson, R., Gassner, S. & Kayes, J., 1959). 이와 함께 Seattle 지역에서 이루어진 두 번째 연구인 Dorpat와 Ripley(1960)의 연구에 의해서도 같은 결과가 반복되어 나타났다. 대부분의 심리적 부검 연구에서는 자살자의 정신장애 발견은 자살 발생의 충분조건은 아니지만 필요조건인 것으로 나타났다. 이러한 연구의 결과들을 살펴보면 자살자에게서 가장 많이 나타나는 정신장애는 기분장애와 물질사용장애였다(E. T. Isometsa, 2001; Robins, E., Murphy, G., Wilkinson, R., Gassner, & S. Kayes, J., 1959).

1990년 대 이후 심리적 부검 연구는, 1991년 이스라엘, 1995년 대만, 1999년 인도, 2002년 중국, 2004년 홍콩 등 북아메리카와 유럽 중심의 연구에서 벗어나 아시아 지역으로 점차적으로 확대 연구되었다. 일본은 처음으로

1993년 심리적 부검 조사 사업을 실시하였는데, 그 결과 자살사망자 가운데 46% 가량이 우울증을 앓았고 정신분열증 26%, 물질사용장애 3%, 기타 정신질환 3%가 있었던 것으로 밝혀졌다. 중국은 H. F. Chieu(2004)의 연구에서 기분장애와 자살미수 혹은 과거 자해 유무가 자살 위험요인으로 작용한다고 보았고 C. S. Lee (2002)는 정신과적 병력과 남성 집단에서는 낮은 사회적 동화 즉 사회기술 부재로 인해 나타나는 고립감과 소외감이 주요한 자살요인이라고 보고 하였다(Lee CS, Chang JC, & Cheng AT, 2002). 국내에서는 문국진(1991a)과 최상섭(2003)의 연구가 대표적인데, 문국진은 자신의 연구에서 자살증명의 한 방법으로 심리적 부검을 소개하였으며, 최상섭은 심리적 부검의 국내의 사례를 제한적으로 일부 소개한 바 있다. 또한 신성원(2005)은 심리적 부검의 실무적인 활용에 필요한 방법론과 심리적 부검 연구의 활용에서 있어서 윤리적 고려사항에 대해 심도 있게 논의하였다.

그럼에도 불구하고 심리적 부검은 유가족이나 자살 주변인들의 정신적 충격, 자살에 대한 사회적 편견에 대한 자기보호심리와 사회적 노출에 대한 두려움 등으로 인해 국내에서는 실시되기 어려운 것이 사실이다. 핀란드를 포함하여 영국, 미국 등 서방사회에서는 친구나 가족 중 자살한 사람이 생기면 가족들이 자살 예방이라는 큰 공감대를 함께 느끼며 이를 예방하기 위해 심리적 부검 연구 절차에 적극적으로 반응하지만 우리나라를 비롯하여 중국이나 일본 등에서는 가족 구성원 혹은 지인이 자살하면 감추려고만 하는 경향이 있어 심리적 부검에 상당한 어려움이 따를 수밖에 없다. 다행히 우리나라는 의문사, 자살, 타살, 사고사 등 변사사건이 발생하면 관할 경찰서

의 형사가 지인, 유가족과 의사 등을 대상으로 사망 원인을 체계적으로 조사하고, 모든 변사사건의 경우 관할 경찰청 소속 검시관의 검시 또는 해당 국립과학수사연구소의 부검 등을 진행하여 의학적인 사망원인을 밝혀내는 변사사건 관련 조사체계가 잘 구축되어 있다. 그리고 이러한 조사체계가 잘 구축되어 있다. 그리고 이러한 조사체계가 형사사법망에 병원 기록, 부검의 부검결과, 유족진술, 검시관의 검시결과, 범죄분석관의 범죄분석결과 등을 종합하여 자살사망자의 자살방법, 자살 이유, 자살지점, 자살 당시 약물복용 여부 등이 상세히 보고 될 수 있도록 전산 프로그램이 이미 체계적으로 개발되어 있다. 따라서 본 연구는 경찰청의 변사사건처리체계 및 전산화된 자료를 바탕으로 관련 자료를 수집하고 보다 심층적인 조사를 위해 유가족 및 지인들을 선별적으로 면담, 자살과 관련된 위험 요인을 체계적으로 규명하고자 하였다.

## 방 법

### 연구대상

표 1은 자살군 및 대조군의 사회인구학적인 특성을 살펴본 결과이다. 자살군과 대조군은 나이, 성별, 거주지 등 인구학적 특성 간 차이가 없는 것으로 나타났다. 자살군과 대조군 간 비교분석을 위해 성별과 나이를 보정하였다. 이를 구체적으로 살펴보면, 나이는 자살군이 평균 44.47세, 대조군은 42.66세로 유의미한 차이가 없었다. 성별로는 자살군은 남자 44%, 여자 16.5%였고 대조군은 남자 66.6%, 여자 33.4%였다. 결혼 상태로는, 자살군은 기혼 23.2%, 독신 41%였고 대조군은 기혼 33.4%,

독신 30.5%였다. 거주 형태는, 자살군 본인 혹은 배우자 자택 소유가 15.4%, 전세 또는 월세 등의 임대가 33%였고 대조군은 본인 또는 배우자 소유 자택 소유 14.3%, 전세 또는 월세 등의 임대가 24.2%였다. 생활 형태로는 배우자 또는 동거인과 거주 64.2%, 혼자거주 33.9%였고 대조군은 배우자, 동거인, 가족과 거주 52.7%, 혼자가 거주 41.6%였다. 또한 자살군은 23.2%, 대조군은 44.4%가 종교를 가지고 있었다.

표 1. 연구대상자의 일반적 특성

	집단		Hypothesis tests
	자살군 (n=56)	대조군 (n=36)	
나이 M(SD)	44.47(14.63)	42.26(15.38)	t=0.70 P=.94
성별			
남자	40(44)	24(66.6)	χ²=.383 P=.536
여자	15(16.5)	12(33.4)	
결혼 상태			
기혼	13(23.2)	12(33.4)	χ²=6.24 P=.181
사별	4(7.1)	4(11.1)	
별거	10(17.8)	2(5.5)	
이혼	5(8.9)	7(19.4)	
독신	23(41)	11(30.5)	
거주 형태			
자택(본인 또는 배우자)	14(15.4)	13(14.3)	χ²=6.93 P=.074
전세 또는 월세 등의 임대	30(33)	22(24.2)	
부모 소유	9(9.9)	-	
기타 하숙 등	2(2.2)	1(1.1)	
생활 형태			
혼자거주	19(33.9)	15(41.6)	χ²=7.82 P=.451
배우자 또는 동거인과 가족	36(64.2)	19(52.7)	
친구 그리고 친척	1(1.7)	-	
기타	1(1.7)	2(5.5)	
종교			
있음	13(23.2)	16(44.4)	χ²=3.60 P=.165
없음	39(69.6)	20(55.5)	
무응답	3(5.3)	1(2.7)	

표 2. 자살군의 자살행동 특징

자살 장소N(%)	자살 변인(N=56)							
	집	학교/직장	공공장소	병원	기타			
자살 장소N(%)	37(66.1)	2(3.6)	5(8.9)	2(3.6)	10(17.9)			
자살 주변인N(%)	아무도 없음 43(76.8)	같은 방에 있음 2(3.6)	같은 집안에 있음 3(5.4)	가까운 곳에 있음 7(12.5)	무응답 1(1.8)			
자살시도 증재에 대한 저항N(%)	증재 없음 38(67.9)	소극적 저항 13(23.2)	적극적 저항 4(7.1)	무응답 1(1.8)				
도움요청 행동N(%)	접촉 없음 21(37.5)	접촉시도 있으나 요청 없음 33(58.9)	도움요청 1(1.8)	무응답 1(1.8)				
자살 사전암시N(%)	의지표현 없음 21(37.5)	간접 표현 17(30.4)	명백한 표현 17(30.4)	무응답 1(1.8)				
자살 암시시기N(%)	< 1시간 9(16.1)	< 하루 15(26.8)	< 일주일 7(12.5)	< 10일 3(5.4)	10일 < 4(7.1)	자살암시 없음 18(32.1)		
자살 암시방법N(%)	없음 3(5.4)	전화통화 12(21.4)	유서/일기 18(32.1)	자살시도경험 2(3.6)	문자메시지 8(14.3)	말로 표현 13(23.2)		
전문가·의사에게 자살의지 표현N(%)	아니오 50(89.3)	예 4(7.1)	무응답 2(3.6)					
자살이유 표현N(%)	아니오 26(46.4)	예 28(50)	무응답 2(3.6)					
자살 위험도 평가N(%)	없음 6(10.7)	낮음 22(39.3)	높음 27(48.2)	무응답 1(1.8)				
자살 날짜 선택 이유N(%)	없음 52(92.9)	있음 3(5.4)	무응답 1(1.8)					
자살 전 음주N(%)	없음 24(42.9)	있음 31(55.4)	무응답 1(1.8)					
자살 전 음주량 (소수잔 기준)N(%)	4잔 미만 3(9.6)	4잔에서 10잔 미만 11(35.4)	10잔 이상 18(58)					
약물 남용N(%)	없음 45(80.4)	있음 10(17.9)	무응답 1(1.8)					
자살 방법N(%)	향정신성 약물 음독 1(1.8)	액상 물질 음독 9(16)	가스에 의한 중독 3(5.4)	목매달기 37(66.1)	높은 곳에서 투신 2(3.6)	무응답 4(7.1)		
자살 원인N(%)	가정문제 7(12.5)	이성 5(8.9)	사별 2(3.6)	신체질병 11(19.6)	경제 직업 16(28.6)	학대폭력 4(7.1)	정신/심리 10(17.9)	대인관계 1(1.8)

### 자살군

‘09. 1. - ’11. 4월 현재까지 경찰청 변사사건 수사기록 중 자살로 명백히 규명된 사건에 한하여 사전 조사 검토 과정을 거친 후 필요한 자료와 유가족(정보제공자) 접근이 가능한 사건에 한해서 2차 검토 과정을 다시 거친 후 가능 대상을 선택하였다. 자살사망자 사건 선택 준거는 자살로 판결 확정된 경우, 피해자의 최근 주소 기록과 가족 신원 확인(가족구성원, 친구 혹은 지인의 최근 주소지 정보 확인), 동의 후 인터뷰가 가능한 경우에 한하였고, 외국인이거나 관련인 주소지 확인이 불가능한 경우는 제외하였다. 자살은 모두 강원, 충북, 경북, 경기, 제주 등 일부 지역에서 발생한 사건으로 2010년 통계청 ‘자살 현황 및 통계’를 기준 자살 사건이 상대적으로 많이 일어나는 지역을 중심으로 사례를 순차적으로 선정하였다.

표 2는 자살자들의 자살행동에 관한 일반적인 특징들을 살펴본 것이다. 자살자들은 익숙한 장소를 자살시도 혹은 자살 장소로 선택하는 경향성이 있어 자신의 주거지(66.1%)에서 자살 시도가 가장 빈번한 것으로 나타났다. 자살 시도자가 자살 시도 전후에 주변에 도움을 요청을 했는가의 질문에는 37.5%는 어떠한 접촉이 없고 58.9%는 접촉시도는 있었으나 도움에 대한 특별한 요청은 없었던 것으로 나타났다. 전체 60.7%가 어떤 식으로든 자신의 자살 의도를 주변에 알렸다. 하지만 직접적으로 도움을 요청하는 경우는 1.8% 뿐이었다.

자살에 대한 사전 암시는 60.8%가 직접 혹은 간접적으로 표현을 했었고 자살 하루 전 42.9%가 자살을 암시하였다. 자살 암시 방법은 유서나 일기 32.1%, 의사, 가족, 친구 등에

직접 말로 표현 23.2%, 문자메시지 14.3%순이었다. 자살 전 정신과 전문의나 상담사에게 자살에 대한 의지를 표현한 경우는 7.1%뿐이었고 자살 이유에 대한 표현은 50%였다. 자살 전에 술을 마신 경우는 55.4%였고 이들 중 소주 4잔 이상을 마신 경우는 93.4%로 나타나 자살자 중 50% 이상이 음주 상태에 있었던 것으로 나타났다. 자살방법은 목매달기 등으로 인한 질식사 66.1%로 가장 많았고 체초제 등과 같은 액상 물질 음독이 16%를 차지했다. 자살원인은 경제 및 직업과 관련된 문제가 28.6%로 가장 높은 비율을 보였고, 신체질병 19.6%, 정신과 및 심리 문제 17.9% 순이었다. 그러나 어느 한 사람이 자살을 결심하게 되는 동기에는 가족 간의 갈등과 경제적 어려움으로 괴로워하다 자살을 시도하는 경우나 남편의 알코올 중독 문제와 부채 문제를 괴로워하다가 자살하는 경우처럼 여러 요인이 복합적으로 작용하는 경우가 많았다.

### 대조군

자살사망자와 대조하기 위해 본 연구에서는 오랜 지병으로 인해 사망한 자연사는 제외하고 타살로 규정된 사건을 대조군으로 선정하였다. 타살로 규정된 사건은 경찰청 변사사건 수사자료를 중심으로 심리적 부검에 필요한 정보를 획득하였고, 정보제공자에 대한 면담 방식은 자살사망자의 방식과 동일하게 진행하였다. 자살사망자와 최대한 비슷한 인구학적 속성을 지닌 대조군을 선택하려 하였고 원칙적으로 자살사망자가 발생했던 주거지에 가까운 타살 사망자를 중심으로 변사사건수사자료를 바탕으로 선택하였다.

## 실험절차

### 정보수집방법

연구자가 경찰서 전산망과 자살사망자 변사 사건수사자료를 열람하고 자살사망 후 최소 3개월에서 1년이 지난 자살사건을 표본으로 선택하였다. 자살사망자에 대한 변사사건수사자료를 통해 자살사망자의 정보제공자인 친구, 가족, 동거인, 전남편 등의 연락처를 확인하였다. 최초, 정보제공자에게 전화로 접촉을 하였고, 3일 후에 경찰청 범죄분석실에서 자체 제작, 비밀과 익명성 보장, 자살 관련 연구목적과 배경이 설명된 우편물을 대상자에게 발송하였다.

### 면담 절차

모든 면담은 정보제공자가 편안해 하는 장소나 주거지에 가서 진행되었고 면담 전 정보제공자가 면담에 동의한다고 서명을 한 경우에만 심리적 부검 조사가 진행되었다. 심리적 부검을 위한 면접을 시작하는데 있어 면담자의 신분과 역할에 대해 간략하게 소개를 하고, 이후 면접에 대한 동의를 구하는 과정, 비밀과 익명성 보장, 면접이 대략 얼마나 걸리지도 알려주었다. 면접이 이루어지는 동안 테이프 녹음이나 메모가 진행될 수 있음을 공지하고 이에 대해 동의할 경우에만 녹음이 실시되었다. 조사는 조사자와 정보제공자의 직접 대면을 원칙으로 하였고 정보제공자의 자격은 자살 사망자의 배우자, 부모, 형제, 자녀 등 직계가족 중 1인을 원칙으로 하고, 필요한 경우 자살 사망자의 과거 동거인, 연인, 직장 동료, 친구 등을 자살 사건 발생 전 자살사망자와 접촉 빈도를 고려하여 선택하였다.

미국 등 서구사회에서는 가족 중 자살한 사

람이 생기면 가족들이 심리적 부검의 절차에 잘 응하는 반면 일본에선 가족 구성원들이 자살하면 덮으려고만 하는 경향이 있어 국내 심리적 부검에 어려움이 많을 것으로 예상 피해자심리전문요원(경찰청, 청문감사관실)의 협조를 받아 자연스럽게 면담을 실시했다. 면담은 자유로운 대화형식으로 20분가량 실시하였고 이후 반구조화된 면접 형식으로 1시간 30분가량 실시하였다. 반구조화된(semi-structured) 면접에서는 원칙적으로 준비된 질문 문장을 읽고 정보제공자가 응답한 답을 기록하였으며 이 때 질문은 2009년 보건복지가족부가 제작한 심리적 부검 결과 보고 양식을 참고하였다. 자살사망자와 대조하기 위해 선택된 타살사망자도 원칙적으로 자살사망자와 같은 방식으로 면담을 실시하였으며 변사사건수사자료를 바탕으로 최대한 자살사망자의 위치와 가까운 곳, 비슷한 인구학적 속성을 가진 대조군을 선택하였다.

본 심리적 부검의 연구에 있어서 중점적으로 고려한 점은, 피조사자와의 적절한 면접 방법 및 시기의 고려, 비밀과 익명성의 보장, 참여에 대한 동의, 참여자와 연구자의 상호 존중과 신뢰의 구축, 유족에 지원 등과 관련된 윤리적 측면이었다(신성호, 2005, pp.246-9). 물론 다른 심리적 부검에 대한 기존의 연구에 있어서도 중요한 고려사항은 피조사자 관련된 요인인 면접대상 선정, 면접 시기, 면접 방법 등의 결정이었다. 이를 위해 경찰청에서 제작한 자체 우편물을 먼저 보내고 3일 후에 전화를 거는 방법으로 피조사와 접촉하였거나 피조사자에게 사별을 받아들일 수 있는 시간을 주기 위해 자살이 이루어진지 평균 3~12개월 후에 면접이 이루어지게끔 하였다(Brent DA, Perper J, Kolko D, & Zelenak J, 1998; Beskow J,



Runneson B, & Asagard U., 1979). Jayne Cooper(1999)의 연구에 따라 연구자가 면접을 시작하기 전에 연구에 참여하는 피조사자의 동의를 서면으로 받고 연구에 참여함으로써 얻을 수 있는 스트레스, 정서적 고통을 고려할 기회를 가졌고 연구자가 자신과 자신의 연구 경력에 대해서 간략하게 소개하고 연구의 배경과 목적 연구 협조에 감사를 표시하고 비밀과 익명성의 보장을 약속하였다.

#### 측정도구

##### 참고 자료

심리적 부검에 필요한 정보 획득 방법은 크게 자살자가 남긴 각종 기록, 경찰조사 기록, 병원에 보관된 정신병력, 검시·부검 기록 등의 기존 변사수사사건자료를 1차적으로 검토하였고 자살자 가족 및 지인들을 포함하여 최소 1인의 진술을 면담을 통해 수렴하였다.

##### 심리적 부검보고서

반구조화된 면접에서는 보건복지가족부의 2009년 심리적 부검보고양식에 따라 사망 당시의 상황, 과거 생활력, 생활사건, 삶의 질, 신체 질환 및 치료 상황, 정신건강 문제, 정신건강 관련 지원 요청, 가족 구성, 자살 사건 발생 전 가족 상황 등에 대한 질문 등이 진행되었다. 특히 생활 사건은 직장, 학업사건, 경제사건, 대인관계에서 발생한 사건, 주거 관련한 사건, 가정 내 사건, 병이나 사고와 관련된 사건, 회사 경영과 관련된 사건 등 총 77개의 사건에 대한 항목을 만들어 자살사망자가 사망 1년 전에 경험한 사건을 기록하도록 하고 이 사건이 자살 사망자에게 있어서 좋은 일이었는지 나쁜 일이었는지, 이 사건이 자살 사

망자에게 미친 정신적 영향의 크기와 기간은 어떠했었는지 등을 대답하게 하였다.

#### 분석방법

본 연구에서 사용된 자료는 SPSS WIN 15.0을 이용하여 통계처리하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 구하고 성별, 생활형태, 주거형태, 나이, 종교 등과 같은 사회인구학적 자료는  $\chi^2$ -test와  $t$ -test를 이용하여 분석하였다. 교육수준 및 직업적 특성, 사회관계 특성 신체적 상태와 정신질환 특성, 자해행위 특성, 생애 사건 및 어려움 특성 등 자살군과 대조군의 차이를 알아보기 odds ratio(OR, 승산비)와  $\chi^2$ -test를 이용하여 분석하였다.

## 결 과

연구에 참가한 두 집단으로부터 획득한 정보를 통해 각 집단의 특성을 비교 분석하여 한국에서 발생한 자살군의 통계적인 변량과 질적 차이를 알아보기 위해 탐색적 수준에서 본 연구가 이루어졌다. 구체적으로 교육 수준 및 직업적 특성, 사회적 관계 특성, 신체적 상태와 정신질환 특성, 자해 행위 특성, 생애 사건과 어려움을 살펴보고 이후 모든 변인들에 대한 집단 간 개별 승산비(OR)와 카이제곱검증을 실시하였다. 통합적이고 의미 있는 자료 분석을 위해 본 결과를 제시함에 있어서 먼저, 통계적 분석의 결과만을 단편적으로 제시하고 관심변인에 대한 기초적인 해석에 집중하였다. 그리고 전체적인 결과에 대한 이론적인 해석과 기존 연구와의 연관성에 대한 이론적인 해석과 기존 연구와의 연관성에 대한

심층 토의는 논의 부분에서 진행하였다.

표 3은 교육·직업관련 변인에서 나타나는 자살군과 대조군간 차이 특성에 관한 내용이다. 교육 년수는 자살군 11.10년, 대조군 12.08년으로 두 집단 간 유의미한 차이를 보이지

않았다. 직업이 있다고 응답한 경우, 자살군 55.3%, 대조군 47.2%가 자신이 원하지 않는 직업을 가지고 있었고 자살군이 타살군에 비해 원하지 않는 직업을 가질 군에 속할 승산비가 약 0.63배 낮았다. 학교나 직장에서 적응

표 3. 자살 및 대조 집단에 따른 교육수준 및 직업적 특성

	집단		odds ratio(95% CI)
	자살군 (n=56)	대조군 (n=36)	
교육 수준(교육 년수) M(SD)	11.10(3.47)	12.08(3.01)	$t=1.47$ $P=.14$
직업 <sup>0</sup>			
아니요	29(60.4)	19(38.8)	1.40(.54-3.43)
직업이 있었다면, 원하는 직업 <sup>1</sup>			
아니요	31(55.3)	17(47.2)	.63(.27-1.48)
학교나 직장에서의 적응 <sup>2</sup>			
적응문제 없었음	14(25)	22(39.2)	1.0
분명한 문제	20(35)	1(1.7)	<b>31.49(3.78-261.10)*</b>
문제발생 추정	19(33)	1(1.7)	2.29(.86-6.07)
직업에 대한 미래 걱정 <sup>3</sup>			
있음	41(73.2)	11(30.5)	<b>8.47(3.20-22.40)***</b>
월평균 수입 <sup>4</sup>			
< 50 만원	13(23.2)	11(19.6)	1.0
51 ~ 150 만원	26(46.4)	14(38.8)	1.57(.55-4.41)
151 ~ 250 만원	5(8.9)	9(25)	.47(.12-1.82)
251 만원 <	3(5.3)	2(5.5)	1.26(.17-9.02)
무응답	9(16.0)	-	-
무직 기간 <sup>5</sup>			
> 6개월	30(53.5)	24(66.6)	1.0
7 ~ 12 개월	5(8.9)	1(2.7)	<b>4.00(.43-36.57)</b>
12 개월 <	20(35.7)	9(25)	1.77(.68-4.60)
정보미상	1(1.7)	-	-

CI. Confidence interval

Reference categories: <sup>0</sup> 있음, <sup>1</sup> 있음, <sup>2</sup> 적응문제 없었음, <sup>3</sup> 없음, <sup>4</sup> 50 만원 이하, <sup>5</sup> 6개월 이하

Note. \*  $p < .05$  \*\*  $P < .01$  \*\*\*  $P < .001$

표 4. 자살 및 대조 집단에 따른 사회관계 특성

	집단		
	자살군 (n=56)	대조군 (n=36)	odds ratio(95% CI)
걱정을 말할 수 있는 신뢰하는 사람 <sup>1</sup>			
있음	20(35.7)	28(77.7)	1.0
없음	36(64.2)	8(22.2)	<b>.159(.016-.61)***</b>
친구관계 <sup>2</sup>			
혼자 지냄	31(55.3)	8(22.2)	1.0
1 - 3 명	16(28.5)	10(27.7)	.41(.13-1.25)
4명 이상	8(14.2)	18(50)	<b>.11(.037-.35)***</b>
Missing data	1(1.7)	-	-
동거인과 문제 <sup>3</sup>			
없음	24(42.8)	19(52.7)	1.0
있음	32(57.1)	17(47.2)	1.49(.64-3.45)
문제가 있다면, 문제 정도 <sup>4</sup>			
없거나 사소함	24(42.8)	16(44.4)	1.0
약간	5(8.9)	5(13.8)	.66(.166-2.68)
중간	12(21.4)	11(30.5)	.72(.259-2.04)
심각	15(26.7)	4(11.1)	2.50(.70-8.91)
사람들 사이 걱정, 슬픔, 실망, 분노 같은 문제 <sup>5</sup>			
없거나 사소함	12(21.4)	14(38.8)	1.0
약간	13(23.2)	11(30.5)	.55(.08-3.43)
심각	31(55.3)	11(30.5)	.32(.03-3.22)
어린 시절에 대한 생각 <sup>6</sup>			
행복	11(19.6)	3(8.3)	1.0
매우 불행	27(48.2)	16(44.4)	<b>8.24(1.93-35.05)**</b>
불행	11(19.6)	16(44.4)	<b>2.39(.101-6.35)*</b>
18세 이전 부모님과 분리된 경험 <sup>7</sup>			
없음	36(64.2)	30(33.3)	1.0
엄마	2(3.5)	1(2.7)	1.66(.144-19.29)
아빠	2(3.5)	-	-
양쪽	13(23.2)	5(13.8)	2.16(.69-6.77)
무응답	3(5.3)	-	-
신체적 학대 <sup>8</sup>			
없음	47(83.9)	27(75)	1.0
있음	9(16)	9(16)	.57(.20-1.62)
성적 학대 <sup>9</sup>			
없음	54(96.4)	36(100)	-
있음	1(1.7)	-	-
무응답	1(1.7)	-	-
위협 혹은 협박 <sup>0</sup>			
없음	52(92.8)	34(94.4)	1.0
명백한 증거	2(3.5)	2(5.5)	.65(.08-4.86)
위협 의심	2(3.5)	-	-

CI. Confidence interval

Reference categories: <sup>1</sup>있음, <sup>2</sup>없음, <sup>3</sup>없음, <sup>4</sup>없음, <sup>5</sup>없음, <sup>6</sup>매우행복, <sup>7</sup>없음, <sup>8</sup>없음, <sup>9</sup>없음, <sup>0</sup>없음

Note. \*  $p < .05$  \*\*  $P < .01$  \*\*\*  $P < .001$

정도 수준을 살펴보면, 학교나 직장에서 분명한 문제가 있는 경우가 자살자 35%, 대조군 1.7%였고 자살자가 대조군에 비해 약 31.49배 높게 학교나 직장 적응에 분명한 문제를 보인 것으로 나타났다. 직업에 대해 미래에 걱정한다고 응답한 비율을 살펴보면, 자살자 73.2%, 대조군 30.5%가 있다고 응답하였고, 자살군이 대조군에 비해 직업에 대해 걱정할 군에 속할 승산비가 약 8.47배 높았다. 무직기간을 알아본 질문에서는, 7개월에서 12개월 무직 기간을 가진 경우가 자살자 8.9%, 대조군 2.7% 비율을 보였고, 자살자가 타살자보다 승산비가 4배가량 높았다.

표 4는 자살 및 대조군 간 사회관계 및 양육 특성을 살펴본 결과이다. 사망 전 신뢰하는 사람의 여부에 대한 질문한 결과, 자살군 64.2%, 대조군 22.2%가 신뢰하는 사람이 없었으며 자살군이 대조군에 비해 신뢰하는 사람이 없을 군에 속할 승산비가 0.15배 낮게 나타났다. 친구관계를 보면, 자살군 14.2%, 대조군 50%가 4명 이상 친한 친구가 있었으며, 자살군이 대조군에 비해 4명 이상의 친구가 있을 군에 속할 승산비가 0.11배 낮게 나타났다. 동거인과 문제가 있을 경우 문제의 심각성 수준을 보면, 자살자 26.7%, 대조군 11.1%가 동거인과 심각한 문제를 갖고 있으며 자살자가 대조군에 비해 문제 정도가 심각한 군에 속할 승산비가 2.5배 높게 나타났다. 대인관계에서 사람들 사이 걱정, 슬픔, 실망, 분노 같은 문제를 보면, 자살자 55.3%, 대조군 30.5%가 심각한 수준의 문제를 가졌으며, 자살자가 대조군에 비해 심각한 수준에 속할 승산비가 0.32배 낮게 나타났다. 어린 시절에 대한 생각을 묻는 질문에 대해 자살자 48.2%, 대조군 44.4%가 매우 불행을 느끼고 있었으며 자살자

가 대조군에 비해 매우 불행을 느낄 군에 속할 승산비가 8.24배 높게 나타났다. 부모와의 분리 경험을 묻는 질문에는 자살자 30.22%, 대조군 16.5%가 경험이 있었고, 자살자가 대조군에 비해 분리경험이 있을 경우에 속할 승산비가 2.16배 높게 나타났다. 기타 신체적 학대, 성적 학대, 위협이나 협박 등과 관련된 변인에서는 두 집단 간 차이를 보였으나 유의미하지는 않았다.

표 5는 자살 및 대조군에서 나타는 신체 상태 및 정신질환과 관련된 특성을 살펴본 내용이다. 사망 전 마지막으로 (일반, 정신과) 의사를 만난 시간을 보면, 사망 전 4주 이내 의사를 만나 경우는 자살군 26.7%, 대조군 11.1%였고 자살자가 대조군에 비해 4주 이내에 의사를 만난 경우에 속할 승산비가 3배 높았다.

의사를 만났을 때 정신/심리적 이유로 만나 경우는, 자살군 17.8%, 대조군 5.4%였고 자살자가 대조군에 비해 정신/심리적 이유로 만난 군에 속할 승산비는 5.11배 높게 나타났다. 사망 전 신체적 혹은 정신적인 원인으로 인한 질병 기간은 6개월 이상인 경우 자살군 44.6%, 대조군 33.3%로 나타났고 자살자가 대조군에 비해 6개월 이상 만성 증상 군에 속할 승산비는 2.17배 높게 나타났다. 정신건강 문제 때문에 치료경험이 있는 경우 자살자 30.3%, 대조군 16.6%가 외래치료를 받았고, 자살자가 대조군에 비해 외래치료를 받은 군에 속할 승산비가 2.83배 높게 나타났다. 정신적인 문제로 인해 병원에서 약물 처방을 받은 경우 자살자 35.7%, 대조군 11.1%로 나타났고 자살자가 대조군에 비해 승산비 4.76배 더 높게 약물 처방 경험이 있었다. 사망 전 정신질환 진단이 있다고 대답한 경우 자살자 39.2%, 대조군 16.6%였고 자살자가 대조군에 비해 정

표 5. 자살 및 대조 집단에 따른 신체적 상태와 정신질환 특성

	집 단		
	자살군 (n=56)	대조군 (n=36)	odds ratio(95% CI)
마지막으로 의사를 만난 시간 <sup>1</sup>			
< 1 주	10(17.8)	4(11.1)	1.77(.51-6.17)
< 4 주	15(26.7)	4(11.1)	<b>3.00(1.01-9.92)**</b>
< 6 개월	20(35.7)	9(25)	1.71(.67-4.35)
< 12 개월	21(37.5)	12(33.3)	1.23(.51-2.98)
의사를 만난 경우, 만난 이유			
심리(정신)적인 이유	12(17.8)	2(5.4)	<b>5.11(1.03-25.23)*</b>
신체적인 문제	11(19.6)	10(27.7)	.93(.33-2.60)
위 두 가지 모두	5(8.9)	1(2.7)	4.25(.46-39.13)
질병 심각도 <sup>2</sup>			
약간(주요활동 손상 경미)	13(23.2)	6(16.6)	2.50(.79-7.88)
중등도(한 가지 이상 손상)	10(17.8)	4(11.1)	2.89(.78-10.75)
심각(전체 생활 손상)	9(16)	4(11.1)	2.60(.69-9.83)
질병 기간 <sup>3</sup>			
< 6 개월 (급성)	2(3.5)	1(2.7)	2.09(.177-24.73)
> 6 개월 (만성)	25(44.6)	12(33.3)	<b>2.17(1.00-5.37)*</b>
정신건강문제 치료경험 <sup>4</sup>			
외래치료	17(30.3)	6(16.6)	<b>2.83(1.12-8.17)*</b>
정신과 이외의 의사치료	6(10.7)	-	-
해당사항 없음	3(5.3)	-	-
약물처방 경험 <sup>5</sup>			
있음	20(35.7)	4(11.1)	<b>4.76(1.45-15.27)**</b>
약물처방이 있는 경우, 약물종류			
항우울제	7(12.5)	4(11.1)	1.02(.30-3.39)
항불안제	1(1.7)	1(2.7)	.87(.05-14.64)
항정신병 약물	1(1.7)	1(2.7)	.87(.05-14.64)
진통제	1(1.7)	-	-
두개 이상 병용	10(17.8)	-	-
무응답	4(7.1)	-	-
약물복용 기간(개월)	17.2	1.58	1.03(.98-1.08)
정신적인 질환 진단 <sup>6</sup>			
있음	22(39.2)	6(16.6)	<b>3.43(1.22-9.63)**</b>
무응답	2(3.57)	-	-
정신적인 질환 진단이 있는 경우, 진단종류			
알코올 포함 항정신성 약물 남용	6(10.7)	3(8.3)	2.41(.54-10.69)
우울장애	19(33.9)	3(8.3)	<b>7.65(2.01-29.00)***</b>
정신분열증	4(7.1)	1(11.1)	4.83(.50-46.18)
강박장애, 공포증 포함	1(1.7)	-	-
인격장애, 행동장애	1(1.7)	-	-
적응장애	1(1.7)	-	-
정신적 질환 치료 <sup>7</sup>			
있음	17(30.3)	4(11.1)	<b>3.86(1.18-12.77)**</b>
무응답	4(7.1)	-	-
정신질환 치료가 있는 경우, 치료방식			
입원치료	11(19.6)	1(2.7)	<b>12.22(1.47-101.02)**</b>
외래치료	13(17.8)	3(8.3)	<b>4.81(1.23-18.73)**</b>
해당사항 없음	5(8.9)	2(5.5)	2.77(.49-15.51)

CI. Confidence interval

The parameter estimates for each physical status and mental variable

Reference categories: <sup>1</sup> 만난적 없음, <sup>2</sup> 없었음(활동손상 없음), <sup>3</sup> 없었음, <sup>4</sup> 없었음, <sup>5</sup> 없었음, <sup>6</sup> 없었음, <sup>7</sup> 없었음

Note. \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

신질환 진단군에 속할 승산비가 약 3.43배 높게 나타났다. 정신적인 질환 진단을 받은 경우 우울장애 진단이 자살군 33.9%, 대조군 8.3%로 나타났고 자살자가 대조군에 비해 우

울장애 진단 군에 속할 승산비는 약 7.65배 높게 나타났다. 정신 질환 치료 경험에 대해 자살군 30.3%, 대조군 11.1%가 있다고 응답하였고 자살자가 대조군에 비해 승산비 3.86배

표 6. 자살 및 대조 집단에 따른 사망 전 자해행위 특성

	집단		odds ratio(95% CI)
	자살군 (n=56)	대조군 (n=36)	
자해 <sup>1</sup>			
있음	26(46.4)	3(8.3)	<b>13.38(1.04-170.83)*</b>
자해시도 있는 경우,			
과거에 있었음	22(39.2)	3(8.3)	
위험만 있었음	2(3.5)	-	
시도한적만 있었음	1(1.7)	-	
missing data	3(5.3)	-	
자해 횟수	.78	.16	<b>2.65(1.26-5.59)**</b>
가장 최근의 자해 시도 <sup>2</sup>			
> 12 개월	14(25)	1(2.7)	.50(.027-9.23)
12 개월 - 5 년	7(12.5)	1(2.7)	.21(.01-4.47)
< 5 년	3(5.3)	1(2.7)	<b>.06(.009-.55)**</b>
자해시도가 있는 경우, 자해 방식			
진통제 음독	1(1.7)	-	
항정신성 약물 음독	1(1.7)	-	
가스나 증기에 의한 중독	2(3.5)	-	
제초제 등 약물 음독	1(1.7)	-	
목매달기, 질식사	7(12.5)	-	
칼 등의 도구 이용	8(14.2)	2(5.4)	
높은 곳에서 투신	1(1.7)	-	
분신(방화)	1(1.7)	-	
기타	2(3.5)	1(2.7)	

CI. Confidence interval

The parameter estimates for attempted deliberate self-harm in the past

Reference categories: <sup>1</sup> 자해시도 없음, <sup>2</sup> 자해시도 없음

Note. \*  $p < .05$  \*\*  $P < .01$  \*\*\*  $P < .001$

표 7. 자살 및 대조 집단에서 나타난 생애 사건 및 어려움 특성

	집단			
	자살군 (n=56)	대조군 (n=36)	odds ratio(95% CI)	$\chi^2$ (P-value)
생애 사건 <sup>1</sup>				
있음	56(100)	34(94.4)	1.58(.21-.11.81)	.20(.643)
생애 사건 수	56(100)	34(94.4)	1.26(.72-2.20)	
생애 사건 <sup>2</sup>				
일/직장	2(3.5)	4(7.1)	2.75(.28-26.60)	
경제	6(10.7)	6(16.6)	‡	
교육	3(5.3)	1(2.7)	1.0(.104-9.61)	
건강	8(14.2)	6(16.6)	1.33(.104-12.36)	11.07(0.28)
결혼	14(25)	6(16.6)	2.00(.231-17.33)	
가족	5(8.9)	9(25)	.50(.054-4.67)	
사별/이별	2(3.5)	1(2.7)	‡	
범죄	5(8.9)	1(2.7)	5.0(.23-91.51)	
최소 하나 이상의 생애사건 스트레스 정도 <sup>3</sup>				
경미한 영향	1(1.7)	5(13.8)	.20(.011-3.66)	16.71(.001)
중간정도 영향	16(28.5)	20(55.5)	.85(.10-6.69)	
중대한 영향	37(66)	9(25)	4.11(.50-33.27)	
사망 전 생애 어려움				
있음	54(96.4)	33(91.6)	3.23(.28-37.05)	.98(.320)
사망 전 생애 어려움 <sup>4</sup>				
가까운 사람과 문제	16(28.5)	16(44.4)	2.00(1.64-24.32)	
다른 사람과 문제	3(5.3)	1(2.7)	6.00(.22-162.53)	
경제적 문제	10(17.8)	5(13.8)	4.00(.28-55.47)	8.03(.210)
건강상의 문제	13(23.2)	9(25)	2.40(.18-30.52)	
학업이나 직장 문제	11(19.6)	2(5.5)	<b>11.00(.64-187.16)*</b>	
다른 문제	2(3.5)	1(2.7)	‡	
사망 전 어려움 기간 <sup>5</sup>				
< 4주	5(8.9)	3(8.3)	3.33(.20-54.53)	
4주에서 3개월	2(3.5)	4(11.1)	1.00(.05-18.91)	6.4(.151)
3개월에서 1년	18(32.1)	16(44.4)	2.25(.18-27.22)	
4년 <	30(53.5)	11(30.5)	5.45(.44-66.31)	
평가 <sup>6</sup>				
약간 어려움이 있었음	1(1.7)	6(16.6)	.33(.01-8.18)	25.48(.00)
어려움이 있었음	23(41)	25(69.4)	1.84(.15-21.67)	
심각한 어려움이 있었음	31(86.1)	3(8.3)	<b>20.66(1.42-300.53)*</b>	

CI. Confidence interval

Reference categories: <sup>1</sup> 없음, <sup>2</sup> 생애사건 없음, <sup>3</sup> 영향 없음, <sup>4</sup> 생애 어려움 없음, <sup>5</sup> 없음, <sup>6</sup> 어려움 없었음.

‡ Odds ratio could not be estimated using conditional logistic regression due to the distribution of responses in each strata

Note. \*  $p < .05$  \*\*  $P < .01$  \*\*\*  $P < .001$

높게 나타났다.

표 6은 자살 및 대조 집단에 따라 과거 자해 행위 특성을 나타낸 내용이다. 사망 전 자해 시도 여부를 보면 자살군 46.4%, 대조군 8.3%가 자해 시도가 있었고 자살자가 대조군에 비해 자해 행위 군에 속할 승산비는 약 13.38배 높아 자살을 예측하는 주요한 변인으로 나타났다. 5년 이내 자해 행위 여부를 묻는 질문에는 자살군 5.3%, 대조군 2.7%가 그렇다고 응답하였고 자살자가 대조군에 비해 5년 이내 자해행위 군에 속할 승산비는 0.06배 낮게 나타났다. 자해시도가 있는 경우, 칼 등의 도구를 이용하는 경우, 목매달기 혹은 질식 등의 경우가 가장 많았다.

표 7은 자살 및 대조 집단 간 생애 사건 및 어려움 특성에 관한 내용이다. 사망 전 생애 사건을 살펴보면 자살자, 대조군 모두 90% 이상 주요한 생애 사건이 있으며, 자살자가 대조군에 비해 생애사건이 있을 군에 속할 승산비가 약 1.58배 높게 나타났다. 생애 사건 중 자살군이 대조군에 비해 높게 나타난 생애 사건은 결혼 25%, 범죄 8.9%였다. 반면 경제 10.7%, 건강 14.2%, 가족 8.9% 부분에서는 대조군이 자살군에 비해 더 높은 비율을 보였다. 생애 사건으로 인해 스트레스를 느끼는 정도에서는 자살자 66%, 대조군 25%가 중대한 수준의 스트레스를 느꼈으며 자살군은 대조군에 비해 스트레스를 심각하게 느낄 경우에 속할 승산비가 약 4.11배 높게 나타났다.

사망 직전 생애 어려움 여부를 묻는 질문에 자살자, 대조군 모두 90% 이상 생애 어려움을 갖고 있었으며 자살자가 대조군에 비해 학업이나 직장에서 어려움을 가질 군에 속할 승산비가 약 11배 높게 나타났다. 그 외에 다른 사람과의 대인관계 문제가 6배, 경제적 문제

는 4배 더 높은 승산비를 보였다. 사망 4주 전부터 생애 어려움을 가질 군에 속한 승산비가 자살자가 대조군에 비해 약 3.3배 높게 나타났다고 4년 전부터 어려움을 가져 온 경우 자살자 53.5%, 대조군 30.5%였고 자살군이 대조군에 비해 승산비가 약 5.45배 높게 나타났다. 생애 어려움에 대한 평가를 질문한 결과, 심각한 어려움을 느낀 경우 자살자 86.1%, 대조군 8.3%였고, 자살자가 대조군에 비해 심각한 어려움을 느낄 군에 속할 승산비가 약 20.66배 높게 나타났다.

## 논 의

본 연구는 크게 정신의학적으로 자살 원인을 밝혀내고 정신보건분야에서 이를 활용, 적절한 위기개입을 통하여 자살률을 낮출 수 있는 자료를 얻고자 실시되었다. 또한 수사의 측면에서 민사 또는 형사 상 분쟁의 소지가 있는 자살 사건에 대해 자살의 가능한 원인을 제공, 효율적으로 수사를 지원하고자 하였다. 이를 위해 일정 지역 내에서 일정 기간 발생한 자살 사건에 대하여 고안된 표준화된 면담 기법을 이용하여 자살의 원인을 규명하는 기존의 방법과는 달리 본 연구에서는 사례-대조군(Case-Control) 연구방법을 사용하였다. 단순히 사례를 기술적으로 나열하는 수준을 넘어서 치명적인 자살 행동의 본질을 규명할 수 있는 자료들을 추적하기 위해 사례-대조군 연구와 같은 통제된 연구와 정신질환을 밝힐 수 있는 보다 구조화된 면담도구를 이용하여 연구를 진행 하였다. 최근 들어 가장 일반적으로 사용되는 대조군 설정방법은 성과 연령을 보정한 후 일반 인구집단 또는 타살 등으로



가족을 상실한 유가족을 대조군으로 설정하는 방법이다.

지금껏 진행된 다양한 선행 연구를 바탕으로 심리적 부검의 주요 목적인 자살에 대한 포괄적인 정보를 수집하기 위해 필요한 변인들을 선별하였고 이는 중요한 피조사자 면담, 의료인 및 활용 가능한 진료 기록 검토, 자살을 야기한 환경, 행동 사건들에 대한 상세한 분석 등을 거쳐 관련 정보들을 객관적으로 수렴하였다.

본 연구의 주요 결과, 학교나 직장에서 동료나 업무에서의 적응 정도가 가장 중요한 자살 위험 요인으로 나타났다. 또한 직업을 갖고 있어도 앞으로의 불안정성 때문에 느끼는 지나친 걱정도 자살과 관련된 위험요인으로 작용하였다. 일정한 직업을 가진 것과 자신이 원하는 직업을 가진 것 혹은 소득 수준 보다는 학교나 직장에서 얼마나 잘 적응하느냐가 중요한 요소로 나타났다. 이는 자살이 고소득 직업 여부보다는 직업을 통해 갖는 사회적 역할과 기능을 담당하면서 얼마나 잘 효능감이나 성취감을 형성해 가느냐와 관련성이 있어 보였다. Duberstein, Conwell, Conner, Eberly, Evinger와 Caine(2004)는 50세 이상의 자살 판정(법의관)이 난 사람들을 대상으로 사회 경제적 변수와 사회적 통합(가족) 그리고 종교적인 관여에 대해 직접 면담 조사한 결과 직업이나 소득보다는 자살자가 속한 사회적 기능성에 갖는 자신감과 문제해결능력과 더 깊은 관련성이 있다고 지적한 바 있다.

자살과 관련성이 있는 가장 중요한 변인 중 하나는 주변인과의 관계 형성인데 자살자는 자신의 고민이나 걱정을 말할 수 있는 사람이 극히 소수이거나 주변 친구 관계가 제한적이었다. 근본적으로 자살자들이 장기간의 음주.

약물중독, 정신병, 우울증, 실업 등으로 사회적 관계가 단절되면서 가장 가까운 가족에게조차 고립되어 치료나 도움 등을 받을 수 있는 지지체계가 손상되었기 때문이라고 지적하였다(Van O. Kimberly, Witt K. Tracy, Gordon H. Kathryn, Bender W. Theodore, & Joiner E. Thomas, 2008). Foster, Gillespie, McClelland와 Patterson(1999)는 생전에 주변에 격정이나 문제를 말할 수 있을 정도로 신뢰하는 사람이 없는 경우, 과거 동거인 혹은 동거인과의 심각한 문제, 어린 시절에 대한 불행감도 자살에 대한 위험요인으로 작용한다고 보고 하였다. 이는 Appleby, Cooper와 Faragher(1999)의 연구 결과를 보면, 사회적 고립, 친구와 애인 사이 안 좋은 점, 대부분 사회, 대인 갈등이 자살과 관련이 있었다는 결과와 일치하였다. 결국 사회적 지지 체계 강화가 미국과 유럽의 경우처럼 자살 예방 프로그램에 주요한 효과를 거둘 수 있을 것으로 사료된다(David A Litts, G Wayne Talcott, Jill Catalano Feig, Eric D Caine, & Kerry L Knox, 2003).

또한 정신과적 장애와 관련된 특성에서는, 사망 전 (일반, 정신과) 의사를 만난 시간(4주 이내), 의사를 만난 이유가 정신·심리적인 이유일 경우, 질병의 기간(만성), 약물처방 경험(정신과적 약물), 정신질환 진단 경험(우울장애), 정신질환 중 우울장애 진단 경험, 정신치료 경험(입원치료)이 자살과 관련성이 높은 것으로 나타났다. 이와 관련, 자살자의 근친자와 친한 친구들을 대상으로 면담 조사한 결과, 자살 전 최근 정신과적 장애, 정신과 진단으로 인한 치료 경험, 정신과적 장애 중 인격장애가 자살 위험요인으로 보고한 바 있어 본 연구결과와 크게 차이는 나지 않았다(Hawton K, Smith S, Rue J, Haw C, Barbour F, Clements

A, Sakarowitch C, & Deeks J. 2002; Waern M, Beskow J, Runeson B, & Skoog I, 2002; Harwood D, Hawton K, Hope T, & Jacoby R. 2001; Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Menard-Buteau C, & Loyer M, 1994). 다만 Foster, Gillespie, McClelland와 Patterson(1999)는 26주 이내 주치의 정신과 진찰이 주요한 자살 위험 인자로 보았고, Joiner(2008) 등은 정신과적 진단을 받은 사람이 90.5% 이상, Waern, Rubenowitz, Runeson, Skoog, Wilhelmson와 Allebeck(2002)은 90%이상을 보고하는 등 상대적으로 높은 정신과 진단 결과를 보고하여 본 연구와 차이를 보였다. 진단 종류로는 경계선 성격장애, 정신분열, 우울증, 조울증, 알코올 관련 약물중독 진단이 가장 빈번하였고 반복적인 자살 시도, (자살) 두려움에 대한 둔감화, 자살행위 치명성 증가 등으로 결국 자살 가능성이 높아진다고 하였다(Joiner E. Thomas et al., 2008).

가장 중요한 점은 끈 등으로 목매달기, 칼 등의 도구를 이용한 과거 자살 혹은 자해 시도가 있는 경우 자살과 가장 주요한 관련성이 있는 것으로 나타났다. 자상, 자해시도와 자살 간 관련성은 이미 많은 심리적 부검 연구에서 가장 주요한 위험 요인으로 다루어져 오고 있다(Hawton K. et al., 2002; Philips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, & Zhou M, 2002; Cavanagh JT, Owens DG, & Johnstone EC, 1999). 반복적인 자해시도는 최초 주변에서 쉽게 획득될 수 있는 도구(식칼 등 끝이 뾰족한 물건)을 이용하여 손목을 긋거나 줄, 수건 등으로 목을 매는 수준이었으나 자해 시도가 반복되면서 점차 음독, 방화, 가스 중독 등 치명적인 자살 방식을 학습 진화하는 식으로 발전하였다. 자해 시도는 자살과 가장 깊은 관련이 있

는 것으로 보이고 음주 행위와 자주 함께 나타나는 경향이 있었지만 알코올 관련 음주행위가 원인이 되어 충동적인 자살에 이른다든 측면은 학계에서의 관점이 분분한 실정이나 자살 의도, 결심, 계획, 실행, 재시도가 대부분 장기간에 걸쳐 이루어지기 때문에 단순히 음주가 직접적인 원인이 되어 자살에 이른다든 논거는 설득력이 떨어져 보인다(Joiner E. Thomas et al., 2008). 자살 시도가 있었던 사람 중에 적절한 정신과적 서비스를 받은 사람은 40%에 불과했다. 이런 연구 결과들은 Cavanagh, Carson, Sharp와 Lawrie(2003)가 검토한 이전 연구 결과들과 유사하게 나타나 자살 시도자 파악과 이들에 대한 적절한 정신과적 개입 혹은 예방 프로그램은 자살 예방에 중요한 역할을 할 수 있을 것으로 본다.

자살자가 죽기 전까지 경험한 생애사건의 경우 대조군과 자살군 모두 90% 하나 이상의 생애사건을 경험하고 있었으나 자살전 생애사건으로 인해 경험하는 스트레스 수준은 대조군과 큰 차이를 보여 자살과 관련성이 있었다. 사망 직전 갖는 생애 어려움의 경우 두 집단 모두 90% 이상의 어려움을 경험하고 있었으나 심각한 어려움을 경험하는 정도는 자살집단이 대조군에 비해 상당히 높게 나타나 자신이 경험하는 생애 어려움을 느끼는 정도가 자살과 깊은 관련성이 있었다. 이는 생애 어려움 혹은 사건 경험 자체보다는 그것을 다루거나 받아들이는 심리적인 반응이 자살과 관련성이 있다고 보는 다른 연구들과 비슷한 결과이다(L. Appleby et al., 1999; Zhang J, Conwell Y, Zhou L, Jiang C, 2004). 특히 Philips, Yang, Zhang, Wang과 Zhou(2002)는 자살자의 29%가 심각한 생애 사건을 가져왔고 자살 이틀 전 대부분이 자주 심각한 관계 갈등이 있었다고

하였다. 생애사건 중 자살집단은 대조집단에 비해 결혼(25.5%)과 건강(14.2%)에 관련된 경험을 많이 하였고 사망 직전 어려움을 호소한 문제도 가까운 사람과의 문제, 학업이나 직장에서 발생하는 문제, 건강상의 문제에서 4년 이상 장기간에 걸쳐 나타났다. 대부분 사망 전 우울증 증세가 악화되면서 생애사건에 대해 심각한 어려움을 느꼈고 자신의 존재가 가족에게 짐이 된다는 의식을 가지고 있었다. 특히 건강 문제로 주위 사람을 위해서는 내가 죽는 편이 살아있는 것보다 더 좋을 것이라는 생각을 하였고 가까운 사람과의 심각한 갈등이 관계단절에 이르게 되면서 가족이나 직장에 소속되어 있지만 실질적으로는 사회적 연결고리가 완전히 단절되어 소속감의 부재가 두드러져 보였다. 복수심이나 바깥세상을 향한 경멸과 적대심은 부차적인 동기에 지나지 않았다. Murphy(1979)와 Rich(1988)은 일부 생애사건의 경우 약물남용과 상호작용 효과가 있는 것으로 보고 하면서 특히 학교와 직장에서의 스트레스 생애 사건이 가장 큰 것으로 지적 하였다.

다만, 본 연구에서도 몇 가지 제한점이 나타났다. 첫째, 자살이 발생한지 3개월이 지나지 않은 채 면담이 이루어져 유가족이 심리적 스트레스를 호소하는 문제점이 나타나기도 했다. 또한 피조사자 중 자살자와 이혼 중인 자, 전 남편, 불화를 겪는 남편, 별거중인 남편과 면담을 한 경우가 있어 자살자에 대한 부정적인 측면이 반영되어 자살사망자에 대한 객관적인 자료를 획득하는데 일부 한계가 있었다. 면담은 사전에 반구조화 된 면담절차를 훈련 받은 면담자에 의해 진행 되었으나 면담자간 개별 면담 방식과 진행에 따라 피조사자의 정보가 축소, 오염되거나 확대되었을 가능

성도 있었다. 일부 지역에서 제한된 자살 사건을 대상으로 개인정보를 수집하였기 때문에 모집단을 대표하는 데 한계가 있을 수밖에 없었다. 무엇보다도 자살군과 대조군이 자살 발생 위치, 시간, 원인, 지역적인 차이 등 전반적인 자살사건의 속성을 대표하는데 한계점이 있어 이후 연구에서는 지역과 자살의 특이성을 잘 나타내는 대표성을 확보한 집단을 구성할 필요성이 있다. 또한 한국자살예방협회에서 제작한 2009년 심리적 부검보고양식을 참고하여 사용했는데 경찰, 군 등 수사 기관에서 자살예방과 수사에 참고자료로 활용할 수 있는 변인들에 대해 충분히 외국 수사기관의 문헌조사와 이전 연구들을 검토하여 선별할 필요가 있었다.

## 참고문헌

- 문국진 (1991a). 강시·강시(Misfitted deaths · Mistakable deaths, 서울: 청림출판, 275.
- 문국진 (1991b). 자살의 증명과 심리부검, 대한 법의학회지, 15(1), 275.
- 민성호 (2009. 3. 7). 자살시도연구, 시사저널, 1168호
- 신성원 (2005). 심리부검 연구의 실무적 활용 및 윤리적 고려사항, 한국범죄심리연구, 1(1), 231-252.
- 제영묘 (2001). 자살과 정신장애, 생물치료정신 의학, 10(1), 3.
- 최상섭 (2003). 심리부검: Psychological Autopsy, 보호, 통권 15권, 법무부
- 한국자살예방협회 (2009). 자살사망자 심리적 부검 및 자살시도자 사례관리서비스 구축 방안, 서울: 보건복지부

- 통계청 (2011). 사망 및 사망원인 통계결과, 서울: 통계청.
- 핀란드 심리부검, (1998). 핀란드 국가자살예방 프로젝트
- Appleby L, Cooper J, Amos T, & Faragher B. (1999). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35, *Britain Journal of Psychiatry*, 175, 168-74.
- Barto, Curt R, Bartol, & Anne M. *Criminal Behavior: A Psychological Approach*, New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2005, 8.
- Beskow J, Runneson B, & Asagard U. (1990). Ethical aspects of psychological autopsy : methods and ethics, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1990, 20.
- Brent DA, Perper J, Kolko D, & Zelenak J. (1998). The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide, *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 27.
- Cavanagh J. T., Carson A. J., Sharp M., & Lawrie S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review, *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cavanagh JT, Owens DG, & Johnstone EC. (1999b). Life events in suicide and underestimated death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy method, *Psychological Medicine*, 29, 1141-9.
- Chieu H F, Yip PS, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, Li SF, Conwell Y, & Caine E. (2004). Elderly suicide in Hong Kong-a case-controlled psychological autopsy study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 299-305.
- Cooper, & Jayne. (1999). Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide, *Journal of Clinical Nursing*, 8(4), 468-72.
- Curt R. Bartol, & Anne M. Bartol. (2005). *Introduction to Forensic Psychology: Research and Application 3*, California: SAGE Publication.
- Dorpat, TL. & Ripley, HS. (1960). A study of suicide in the Seattle area, *Compr Psychiatry*, 1.
- Foster T, Gillespie K, McClelland R, & Patterson C. (1999). Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I Disorder, *Britain Journal of Psychiatry*, 175, 175-9.
- Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, & Malmberg A. (1998). The psychological autopsy method: a review of methodological issues, *Journal of Affect Disorder*, 50, 269-76.
- Harwood D, Hawton K, Hope T, & Jacoby R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 155-6.
- Hawton K, Smith S, Rue J, Haw C, Barbour F, Clements A, Sakarovitch C, & Deeks J. (2002). Suicide in female nurses in England and Wales. *Psychological Medicine*, 32, 239-50.
- Isometsa, E, T. (2001). Psychological Autopsy Touted, *ABA Journal*, 74(2), 34.
- Kerry L. Knox, David A. Litts, G Wayne Talcott, Jill Catalano Feig, & Eric D. Caine. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: Cohort Study, *BMJ*, 327, 1376-1385.

- Lee CS, Chang JC, & Cheng AT. (2002). Acculturation and suicide: a case-control psychological autopsy study, *Psychological Medicine*, 32, 133-141.
- Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Menard-Buteau C, & Loyer M. (1994). Suicide and mental disorders: a case-control study of young men, *American Journal of Psychiatry*, 151, 1063-8.
- Margda Waern, E. Rubenowitz, B. Runeson, I. Skoog, K. Wilhelmson, & P. Allebeck. (2002). Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study, *BMJ*, 324, 1355-1340.
- Murphy G. E., Armstrong J. W., Hermele S. L., Fischer, J. R. & Clendenin W. W. (1979). Suicide and alcoholism: interpersonal loss confirmed as a predictor, *Archives of General Psychiatry*, 36, 65-69.
- Philips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, & Zhou M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study, *Lancet*, 360, 1728-36.
- P. R. Duberstein, Y. Conwell, K. R. Conner, S. Eberly, J. S. Evinger, & E. D. Caine. (2004). *The Study and Prevention of Suicide*, NY: University of Rochester Medical Center.
- Rich C. L., Fowler R. C., Forgarty L. A., Young D. (1988). San Diego Suicide Study III: relationship between diagnoses and stressors, *Archives of General Psychiatry*, 45, 589-592
- Robins, E., Murphy, G., Wilkinson, R., Gassner, S. & Kayes. J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide on a study of 134 successful suicides, *American Journal of Public Health*, 49.
- Van Orden, Kimberly A., Witte K. Tracy, Gordon H. Kathryn, Bender W. Theodore, & Thomas E. Joiner. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 72-83.
- Waern M, Beskow J, Runeson B, & Skoog I. (1996). High rate of antidepressant treatment in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 354, 917-8.
- 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, 430-7.

1 차원고접수 : 2012. 3. 27.

수정원고접수 : 2012. 6. 3.

최종게재결정 : 2012. 6. 8.

## **Characteristics of Korean suicide: a case-control psychological autopsy study**

**Jonghan Sea**

Jeju Provincial Police Agency

**Changhwan Lee**

Sogang University

**Kyungil Kim**

Ajou University

**Sunghea Kim**

Gyeonggi Provincial Police Agency

The pattern of psychological and clinical risk factors to suicide among Korean population is an important issue. This study aimed to identify the risk factor characteristics for Korean suicides. This was a case-control psychological autopsy (PA) study. Using this, 56 suicide deceased were compared with 36 living controls matching age and gender. Semi-structured interviews were conducted with family members, cohabitants and the next of kin of the subjects. Data were collected on a wide range of potential risk and protective factors, including demographic, life event, clinical and psychological variables. The relative contribution of these factors towards suicide was examined in a binary logistic regression model. As a result, several factors were found to significantly and independently contribute to suicide: adjustment in employment and school, trustful people, problem with cohabitants, unhappiness in childhood, history of past attempts, psychiatric illness, psychological stress from life events and difficulties. Though both case groups and control group have life events and difficulties over the ratio of 90%, the level of stress in the case groups was significantly much more severe. Besides, psychological strain plays an important role in suicide. Risk factors for suicide in Korea are definitely not different from those in the West, China and Japan.

*Key words* : Korea, suicide, psychological autopsy, psychological strain