

청소년 자살과 학교의 역할

송 동 호

연세의대 정신과학교실

I. 서 론

청소년의 자살은 최근에 증가 추세를 보이고 있어 청소년기 사망의 주요한 원인이 되고 있다. 청소년의 자살은 사춘기로부터 크게 증가하기 시작하여 23~25세의 청년기가 절정기인 것으로 알려져 있다(Shaffer 등, 1988). 미국의 경우 15~24세 사이의 자살이 1960년에 인구 10만명당 5.2명이었던 것이 1984년에는 12.5명으로 크게 증가하여 청소년의 10대 주요 사망원인 중에 세번째를 점유하고 있다(Department of Health and Human Services Public Health Service, U. S. 1987). 우리나라의 경우 1982년 인구 10만명당 자살기도율이 67.5%명이었던 것이 1988년에는 142.9명으로 증가하였다. 연령별 자살기도율에 있어서는 10대 연령층에서 최저치는 8.6%였던 기도율이 20대 연령에서 최고치인 32.9%로 급증하였다(신승철 등, 1989). 이는 10대 청소년들이 청소년의 중기~후기를 거치면서 자살 내지 자살기도의 여러 위험요인에 노출되어 나타난 현상임을 시사한다고 볼 수 있다.

청소년기에 이처럼 자살이 많은 이유는 이 시기가 성장과 발달을 급속하게 거치면서 성인이 되어가는 과도기이므로 스트레스가 많고 자아의 발달이 아직 미숙할 뿐 아니라, 우울증, 행위장애, 물질남용 등의 선행정신질환들이 호발하기 시작하는 시기이기 때문이다. 특히 청소년기에는 죽음에 대한 개념의 확산, 인지기능의 발달, 충동성의 증가, 우울증이나 약물남용의 증가 등이 자살을 초래하는 주된 요인이다(Vaillant와 Blumenthal, 1990). 우리나라의 경우 입시 스트레스, 학업과열 및 학교폭력 피해 등이 학생들의 자살충동을 부추긴다고 보고되어 있다.

근래에는 자살의 위험요인을 보이는 고위험군(high-risk group)을 대상으로 자살기도의 예방이나 또는

선행하는 위험요인들의 치료가 시도되고 있다. 청소년 자살에 있어서는 우울증, 약물중독, 청소년비행이나 결손가정, 또는 기타 정실질환에 의한 자아기능의 와해 등이 주요한 위험요인으로 알려져 있다(DeWilde 등, 1993). 자살기도자 또는 자살의 고위험군을 색출하여 반복자살기도의 위험요인을 치료함으로써 자살을 예방하려는 시도는 매우 중요하다고 볼 수 있다. 학교정신보건의 관점에서 자살과 자살기도에 대한 예방적 접근을 시도하는 일은 청소년의 정신건강에 있어 더욱 중요한 일이다(Blumenthal, 1990).

II. 자살기도의 치료적 개입

자살자를 대상으로 직접 치료하는 일은 매우 어려우므로 자살기도자나 자살의 위험성이 높은 청소년들의 정신병리를 색출하여 치료하는 일이 의미있다고 보겠다. 자살의 여러 위험요인 중 반복적인 자살기도가 가장 유의한 요인으로서 반복자살기도자들이 자살할 가능성은 20%나 된다(송동호 등, 1996b, Fawcett 등, 1987). 자살의 재기도는 자살을 기도한 후 3개월 이내와 1년 이내에 흔하다. 따라서 자살기도자, 특히 반복 자살기도자에서 그들의 정신병리와 자살병리를 적극적으로 관찰하는 일이 필요하다.

자살의 기도를 예측하는 일이 임상적으로 상당히 가능하다. 자살기도자의 상당수가 자살에 대한 생각이나 의도를 자살기도의 직전이나 수일 내지 수주 전에 가족, 친지나 친구, 또는 정신과 의사를 포함한 의사에게 밝힐 뿐만 아니라, 또한 자살과 관련된 유발요인을 주변 사람들이 인지할 수 있기 때문이다. 청소년 자살의 주된 유발요인은 부모와의 (말)다툼, 성적 하락이나 비판, 친구나 형제와의 다툼, 애정대상의 상실 등, 자존심이나 중요한 상실(loss)이라고 알려져 있다

(송동호 등, 1996a; Blumenthal, 1988; Shaffii 등, 1985). 따라서 위험요인을 가진 청소년들에서 자살기도와 관련된 유발요인과 징후를 파악하여 적절하게 평가하고 대응하는 일이 중요하다.

자살사고를 가진 청소년들을 다루는 경우에는 신속한 응급조치가 필요하다. 자살은 신체적인 응급질환 이상으로 생명에 치명적일 수 있기 때문에 가장 주요한 정신과적 응급질환이다. 면담에 있어서 자살사고가 의심되는 정도라도 자살에 관한 이유, 동기, 기도의 방법이나 계획, 자살과 관련된 공상이나 이차적 이득 등을 직접적으로, 또 구체적으로 의논해야 한다. 자살과 관련된 정신병리, 즉 우울증과 절망감, 사회심리적 스트레스, 적응장애, 약물 및 비행 등, 또는 가족 정신병리에 관하여 체계적인 평가가 필수적이다. 자살을 기도하였거나 자살기도의 위험성이 높은 경우, 단기기간이라도 입원치료가 필요하다. 특히 주요 우울증, 경계선 인격장애, 물질남용, 정신분열증 등의 주요 정신질환들이 동반된 경우는 입원치료가 필요하다. 그러나 입원이 여의치 않을 경우에는 제한적으로 외래를 통하여서도 위기개입이나 집중적인 통원치료가 가능할 수 있다. 더욱이 청소년들의 경우 정신과적 치료에 대한 저항이 심할 뿐 아니라, 자살과 관련되어서는 의료보험의 수혜가 되지 않으며, 자살재기도의 위험성은 병원에서 퇴원 후 가장 크기 때문에 통원치료도 매우 중요하다(Roy, 1982).

자살기도 청소년의 치료에는 다원적인 접근이 필수적이다. 이는 위기조성(crisis intervention)은 물론, 개인정신요법, 가족요법, 인지요법, 집단요법 등의 정신요법, 약물요법, 그리고 문제해결(problem-solving) 훈련과 정동조절(affect regulation) 훈련을 통한 행동요법 등을 포함한다. 이는 자살행동이 개별적인 정신병리가 아니기 때문이다. 즉 자살에 관여하는 요인으로 사회심리적 스트레스에 대한 비적응성, 절망감, 인격발달상의 결함, 충동조절의 장애, 문제해결 능력의 결함, 부정적인 인지특성 등 정신적 구조의 복합적인 병리가 거론되기 때문이다.

III. 청소년 자살 및 자살기도에 대한 학교의 역할

청소년 자살에 있어서 학교의 역할은 매우 중요하다

다. 전술한 바와 같이 청소년 자살의 유발은 흔히 가정과 학교로부터 비롯될 뿐 아니라, 학교가 자살기도를 예측하고 보호할 수 있는 환경이 될 수 있기 때문이다. 심지어 '청소년 자살이 학교의 책임 하에 있다'라는 말이 새로운 개념이 아니다(Peck 등, 1985). 미국에서는 자살사고를 보이는 청소년을 제대로 지도하지 못하거나, 정신과적 상담이 필요한데 이를 소홀하게 다룬 경우, 그리고 부모에게 청소년의 자살위험성을 알리지 않은 경우 법적으로 피소되었다고 Poland(1989)는 보고하였다. 결국 청소년 자살에 대하여 학교의 책임이 작지 않다는 견해인 것이다. Pitcher와 Poland(1992)는 자살할 가능성을 보이는 청소년을 다루는 원칙을 몇 가지 제시하였는데 이를 열거하면 다음과 같다.

- ① 교사로서 불안하겠지만 안정을 찾으라.
- ② 동료교사, 또는 그 학생의 친구의 조력을 구하라.
- ③ 그 학생에게 서서히 접근하고 논리적으로 질문하라.
- ④ 그 학생과의 면담에서 충분한 정보를 얻으라.
- ⑤ 자살기도의 계획과 자살사고의 빈도를 구체적으로 캐물어라.
- ⑥ 자살 외에도 다른 대안이 있으며, 이러한 처지에 놓인 경우가 그 학생 뿐이 아님을 강조하라.
- ⑦ 자살사고와 의도를 비밀로 하겠다고 타협하지 마라.
- ⑧ 'No-suicide Contract'에 서명하게 하라.

청소년 자살에 있어 학교는 궁극적인 해법을 제공하지 못하여도 자살예방의 첫 단계적 역할을 맡는다. 교육심리학자들은 자살청소년을 다루는데 있어 학교의 접근단계를 다음과 같이 제시하고 있다.

- ① No-suicide Contract
- ② Parent Notification
- ③ Team Net-work Services: School, Family, Doctor
- ④ Community Services: Hospitalization or Outpatient conseling

IV. 결 론

자살기도(attempted suicide)는 자살(commit suicide)만큼 중요하다. 한 번의 자살기도가 자살로

이르게 될 확률을 5배 이상 증가시키고, 두 번의 자살 기도는 자살확률을 20배 증가시키기 때문이다. 또한 소아와 청소년에서 자살을 기도할 경우 para-suicide라 할지라도, 그 기도방법의 치명성에 대한 정보가 부족하여 자살이나 치명적인 후유증이 남을 수 있다. 즉 자살기도를 통하여 사망하지 않더라도 신체적인 불구와 사회경제적인 손실이 남을 수 있다. 또한 자살기도를 경험하는 것, 자체가 자존심의 손상이나 절망감과 함께 정상적인 인격의 발달을 저해하고 건강한 사회인이 되어 가능 도정을 막는 것이다. 자살을 기도한 청소년들에서 이에 대한 응급적인 치료, 정신병리에 대한 약물요법과 정신요법, 가족병리에 대한 가족적 접근, 그리고 인지요법 등을 망라한 통합적인 정신의학적 관리가 필요하다. 그러나 자살 및 정신질환에 대한 편견과 의료보험의 현실적인 문제점들을 고려하여 병원의 치료를 받는 것 이외에, 학교를 중심으로 한 관리체계가 중요하고, 정신의학적 치료에 앞서 선행되어야 할 학교의 역할이 있다. 학교보건 또는 학교정신보건에 있어 청소년 자살은 학교도 책임을 지어야 할 응급병리이기 때문이다.

참고문헌

1. 송동호, 이홍식, 전여숙, 정유숙 : 청소년 자살기도자의 정신의학적 특성. 신경정신의학, 35, 1366-1375, 1966a.
2. 송동호, 이종호, 이홍식, 서호석 : 반복자살기도자의 정신의학적 특성. 정신병리학, 5, 1996b.
3. 신승철, 이종섭, 이호영 : 농촌지역(강화도)의 자살기도자에 대한 역학적 연구. 신경정신의학, 28, 868-874, 1989.
4. Blumenthal, S. J.: Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. Psychiatr Clin North Am., 13, 511-556, 1988.
5. Blumenthal, S. J.: A guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. Med Clin North Am., 72, 937-971, 1988.
6. DeWilde, E. J., Kienhorst, I. C. W. M., Diekstra, R. F. W. and Wolters, W. H. G.: The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry, 32, 51-59, 1993.
7. Department of Health and Human Services Public Health Service: Center for Disease Control, Morbidity and Mortality Weekly Report. Atlanta, U.S., 36, 531-534, 1987. Cited from Blumenthal, S. J.: Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. Psychiatr Clin North Am., 13(3), 511-556, 1990.
8. Fawcett, J., Scheftner, W. and Clark, D.: Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled prospective study. Am. J. Psychiatry, 144, 35-40, 1987.
9. Peck, M., Farberow, N. and Litman, R.: Youth suicide. New York, Springer, 1985.
10. Pitcher, G. D. and Poland, S.: Crisis intervention in the schools. New York, Guilford Press, 1992.
11. Poland, S.: Suicide intervention in the schools. New York, Guilford Press, 1989.
12. Roy, A.: Risk factors for suicide in psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry, 39, 1089-1095, 1982.
13. Shaffer, D., Garland, A. and Gould, M.: Preventing teenage suicide: A critical review. J. Am. Acad Child Psychiatry, 27, 675-687, 1988.
14. Shaffii, M., Carrigen, S. and Whittinghill, J. R.: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. Am. J. Psychiatry, 142, 1061-1064, 1985.
15. Vaillant, G. E. and Blumenthal, S. J.: Suicide over the life cycle: Risk factors and life span development. In: Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment and Treatment of Suicidal Patients, Ed by Blumenthal, S. J. and Kupfer, D. J., Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. 1-14, 1990.