

청소년 자살자에 대한 심리적 부검 방법론에 대한 고찰

권호인¹⁾²⁾ · 김 란¹⁾³⁾ · 방수영¹⁾⁴⁾ · 홍현주¹⁾⁵⁾ · 권용실¹⁾⁶⁾

한림대학교 자살과 학생정신건강연구소,¹⁾ 전주대학교 상담심리학과,²⁾ 국립서울병원,³⁾
을지대학교 을지병원 정신건강의학과,⁴⁾ 한림대학교 의과대학 성심병원 정신건강의학교실,⁵⁾
가톨릭대학교 의과대학 정신건강의학교실⁶⁾

A Methodological Review of Psychological Autopsy for Adolescents

Hoin Kwon, Ph.D.¹⁾²⁾, Ran Kim, M.A.¹⁾³⁾, Soo-Young Bhang, M.D., Ph.D.¹⁾⁴⁾,
Hyun Ju Hong, M.D., Ph.D.¹⁾⁵⁾, and Yong Sil Kweon, M.D., Ph.D.¹⁾⁶⁾

¹⁾Suicide and School Mental Health Institute, Hallym University, Anyang, Korea

²⁾Department of Counseling Psychology, Jeonju University, Jeonju, Korea

³⁾Seoul National Hospital, Seoul, Korea

⁴⁾Department of Psychiatry, Eulji General Hospital, Eulji University, Seoul, Korea

⁵⁾Department of Psychiatry, Hallym University Sacred Hospital, College of Medicine, Hallym University, Anyang, Korea

⁶⁾Department of Psychiatry, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

Recently, local governments and suicide prevention centers have been trying to implement psychological autopsy. This effort has focused on adult suicide so far ; however, there are some difficulties in its application to adolescent suicide. Therefore, in this study, psychological autopsy studies of Korea were reviewed, and a methodology for adolescents' psychological autopsy was suggested. For the effective performance of the psychological autopsy in adolescent suicide, cooperation with each area of the government and implementation of bodies is necessary. In addition, the central system, which disseminates the standardized interview to the community and manages the data nationwide, should be prepared. Also, in order to improve the accuracy of diagnosis and to obtain various types of information, a structured interview should be adopted as the psychological autopsy, as well as considering the use of social media. Investigation of specific risk factors for adolescent suicide through psychological autopsy can enable determination of the intervention point for effective suicide prevention.

KEY WORDS : Suicide Prevention · Adolescent Suicide · Psychological Autopsy.

서 론

청소년 자살은 1990년대 초반부터 유럽 및 서구 국가들을 중심으로 높은 증가율을 보이면서 전세계적으로 중요한 사회 문제로 대두되었다. 국내 청소년(만 10-19세)의 자살률은 OECD 국가들의 10대 자살률 평균과 유사한 수준이기는 하나,

2001년 십만 명당 3.3명이었던 것이 점차 증가하여 2011년에는 5.5명, 2012년에는 5.1명으로 나타나고 있다.¹⁾ 특히 2000년대 이후, OECD 국가들의 청소년 자살률이 대부분 낮아지는 추세인데 반해, 국내 청소년은 2001년부터 2011년까지 약 10여년간 57%의 증가율을 보이고 있어, OECD 국가 중 칠레에 이어 자살 증가율이 두 번째로 높은 것으로 나타났다.²⁾ 국내에서는 자살률을 낮추기 위하여 자살예방 종합대책(보건복지부)과 자살예방 및 생명존중 문화조성을 위한 법률 제정(2012) 등 범국가적 노력을 기울이며 다각적인 자살예방 사업을 시행하고 있다.

그동안 해외에서는 자살의 원인을 체계적으로 규명하기 위하여 자살자에 대한 심리적 부검(psychological autopsy)을 국가 차원에서 실시해왔다. 심리적 부검이란 사망 전 일정 기간 동안 자살자의 심리 행동 양상 및 변화 상태를 주변인

접수완료 : 2014년 6월 3일 / 수정완료 : 2014년 8월 6일

심사완료 : 2014년 8월 11일

Address for correspondence: Yong Sil Kweon, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, College of Medicine, The Catholic University of Korea, 222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul 137-701, Korea

Tel : +82.31-820-3055, Fax : +82.31-847-3630

E-mail : yskwn@catholic.ac.kr

본 연구는 2012년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행되었음 (NRF-2012S1A5B8A02045006).

들의 진술과 기록을 검토하여 자살의 원인을 추정하는 절차를 의미한다. 즉 어떤 사람이 자살했을 때, 주변 사람들과의 면담을 하고, 유서 등 모든 활용 가능한 자료를 수집하여 왜 그 사람이 자살했는지를 과학적으로 규명하는 것이다.³⁾

자살 행동은 자살 사고, 의도, 시도, 사망에 이르는 연속적이고 복합적 개념이다.⁴⁾ 자살에 대한 국내 연구들이 자살 사고를 갖고 있거나 자살 시도자를 대상으로 하고 있으나 자살 사고 및 시도에 대한 위험 요인과 실제 자살사망 위험 요인이다를 수 있기 때문에 궁극적으로 자살로 인한 사망 사건을 예방하기 위해서는 자살사망자에 대한 심리적 부검 연구가 필수적이라고 할 수 있다.

대표적인 예로, 핀란드는 1986년 국립보건국(National Board of Health)의 주도로 심리적 부검을 시작하였으며, 심리적 부검 결과를 기반으로 한 대대적이고 종합적인 자살예방 프로젝트 결과, 1990년에는 인구 10만 명당 30.3명이었던 자살률이 2004년에는 20.4명으로 약 30% 가까이 줄어드는 성과를 보고한 바 있다.⁵⁾ 대대적인 장기불황 등으로 1998년도 이후 자살률이 급증한 일본의 경우 2000년대 중반부터 후생노동성 산하의 국립정신보건연구소가 현 단위의 정신건강 복지센터와 연계하여 주도적으로 심리부검을 추진하고 있다.⁶⁾

국내에서도 2009년도 보건복지부의 후원으로 자살예방협회에서 실시한 시범적인 심리부검 사업 이후, 각 지자체와 지역사회 자살예방센터를 중심으로 심리적 부검이 도입되고 있으나 아직까지는 활성화되지 못한 실정이다. 심리적 부검이 활성화되지 못하는 이유는 가족들이 자살에 대해서 터부시하고, 숨기려는 경향으로 인해 면담 동의와 협조를 구하기 어렵기 때문으로 지적되고 있다.⁷⁾ 더욱이 자살사망 후 사례에 대한 접근이 어렵고, 실제로 심리적 부검에 드는 비용과 시간이 매우 크다는 것도 심리적 부검 실시에 어려운 점이라고 할 수 있다.

이러한 어려움에도 불구하고, 심리적 부검을 통해 개인이 어떤 심리 사회적 상황에서 자살이라는 극단적인 선택을 하는지에 대한 데이터베이스를 구축하게 되면, 자살 예방을 위한 효과적인 정책 수립의 기반이 될 수 있으므로 심리적 부검의 필요성이 지속적으로 제기되고 있다. 아직까지 국내의 심리부검 절차는 주로 성인 사망자를 대상으로 하고 있다. 청소년 자살의 경우, 성인과는 다른 사회적, 심리적 맥락이 부검 절차에 포함되어야 하며, 청소년에게 맞는 맞춤형 조사 방식이 필요하다. 본 조사에서는 국내 청소년 자살률 감소라는 장기적인 목표를 바탕으로, 효과적인 청소년 자살자의 심리부검 방법론에 대해 탐색하고자 한다. 또한 아동 청소년기의 연령 및 발달 단계, 국내의 사회 문화적 특징, 가족 동위의 어려움을 포괄적으로 감안한 청소년 자살자에 대한 심리적 부검

방법론을 제안하고자 하였다.

청소년 심리적 부검 연구 현황

현대적 의미의 심리적 부검은 미국에서 최초로 Eli Robins와 동료들이 1956-1957년 동안 수행하였다.⁸⁾ 이들은 1년간 134명의 자살 사건을 체계적으로 검토하였으며, 사망자 가족에 대한 표준화된 면담 방법을 사용했다는 점에서 매우 혁신적인 연구로 평가된다.⁸⁾ 1990년대 이후, 미국, 캐나다, 유럽, 호주와 뉴질랜드, 이스라엘 등 다양한 국가에서 심리적 부검이 도입되었다. 대개 일정 지역 내에서 일정 기간 동안에 발생한 모든 자살 사건에 대해 고안된 표준화된 면담 방법을 이용하여 자살의 원인을 규명하는 방식이었다. 아시아에서는 1995년 대만, 1999년 인도, 2002년 중국, 2004년 홍콩 등으로 점차 확대되었다.⁹⁾

대개 심리부검 절차는 가족 구성원이나 사망자와 가까웠던 지인을 대상으로 한 면담과 사망자에 관련된 의학적, 정신과적 정보를 포함한 모든 관련 문서 수집을 포함한다. 한국 자살예방협회⁹⁾는 심리부검 면담에 포함될 영역으로 사망자 연령, 성별, 결혼 상태 등 기본 인구학적 정보, 사망관련 정보, 신체 검안 보고서, 정신질환 및 자살 가족력, 사회적 활동(social history), 의학 및 정신질환 과거력, 알코올 및 약물 남용, 자살시도 과거력, 성격 특성 및 대인관계, 직업 및 직무 만족도, 재정 문제, 법적 문제, 자살 시점에서의 행동변화, 자살 시점에서의 대인 관계, 정신과적 진단 등 총 15개에 걸친 면담 영역을 포함하도록 제안하였다.

Fisher와 Shaffer¹⁰⁾는 청소년 자살이 성인에 비해 전체 가족, 친구, 교사, 건강 관련 전문가들을 면담할 기회가 더 용이하다는 점에서 청소년 대상의 심리적 부검이 유용하다고 제안한 바 있다. 그럼에도 불구하고 성인에 비해 청소년 자살의 빈도가 매우 낮기 때문에 전세계적으로 아직까지 청소년에 국한한 심리적 부검 및 절차를 제시한 연구는 거의 없는 상황이다.

최근 10대 사망자를 포함하여 일련의 대규모 심리부검 연구를 발표하고 있는 중국의 경우, 연구자들이 주보건국을 통해 15-34세의 자살사망자와 통제군을 모집했다고 보고한 바 있으며,¹¹⁾ 또 다른 연구에서는 국가 대표 표본을 추출하기 위해 중국 내 20개의 도시와 3개의 농촌 지역을 선정한 후, 총 519명의 자살사망자를 대상으로 한 심리부검을 실시하고 이중 4%의 10대 사망자의 사례를 포함하였다.¹²⁾ 그러나 선행 연구의 대부분이 주로 생존하고 있는 청소년들의 자살 사고나 자살 시도에 초점을 두고 있거나, 자살사망 사례의 경우에도 30-35세까지 대상 연령이 확대된 경우가 빈번하여,¹³⁾ 심리적

부검 연구를 통한 청소년 자살의 원인을 규명하는 데 일치된 결론을 얻기에는 아직 한계가 있다.

심리적 부검 연구에서 제시된 자살 위험 요인들

청소년 자살에 대한 심리부검 연구들은 성인과 유사하게 정신장애와 관련이 있음을 보고하고 있다.¹⁴⁻¹⁸⁾ 주로 서구권 국가들의 결과를 바탕으로 한 리뷰에 따르면, 정신질환은 청소년 자살의 약 90%에서 나타난다고 보고된다.¹⁹⁾ 그러나 아시아 국가 중 대규모로 청소년 자살에 대한 심리적 부검을 실시한 중국 연구 결과에서는 정신장애가 45-48%로 상대적으로 낮은 빈도로 보고된 바 있다.^{20,21)}

정신질환 중에서 기분장애의 유병률은 약 51-76%, 약물 남용은 26-62%,^{14,15,18)} 두 장애가 공존하는 경우도 빈번하다.²²⁾ 품행장애 및 반사회적 행동 역시 청소년 자살의 위험성을 3-6배 정도 높이며, 약물 남용 문제가 동반되는 경우 자살률이 증가한다고 알려져 있다.^{23,24)}

심리 사회적 위험 요인에 대한 연구는 정신장애에 비해 상대적으로 부족한 실정이지만, 생활사건 및 가족의 정신 병리와 연관성도 보고되고 있다.^{24,25)} 호주에서 청소년 187명을 대상으로 시행한 심리부검 결과에 따르면, 대다수(66%)가 가정과 학교에서 어려움이 있었으며, 스트레스 사건은 약 14%의 자살사망을 설명하였다.²⁶⁾ 생활사건 중 특히 대인 관계 문제는 성인보다 청소년 자살에서 더욱 빈번하게 선행하는 것으로 보고되었다.²⁷⁾ 대인 관계에서 분리와 거절을 경험할 때 자살 위험도가 증가한다고 하는데,²⁸⁾ 특히 청소년 자살사망자는 대인 관계의 어려움을 경험했을 가능성이 높으며,¹⁷⁾ 연애 관계의 이별을 경험한 경우가 빈번했다고 보고된 바 있다.²⁹⁾ 가족 구성원의 상실 또한 위험 요인으로 보고되고 있다. 자살로 사망한 청소년의 약 50%는 해체 가족(이혼 또는 한부모 가정)인 것으로 추정된다는 연구 결과가 있으며,³⁰⁾ 가족 구성원의 상실, 특히 가족 해체가 자살과 관련 있는 변인이라는 연구도 일관되게 보고되고 있다.^{24,25,31,32)}

Houston 등³³⁾의 심리적 부검 연구에 따르면, 자살로 사망한 15-24세 청소년 중, 60%가 자살 전 자해 행동을 한 적 있다고 보고되었다. 또한 Renaud 등³⁴⁾은 자살로 사망한 청소년 중 많은 수가 이전에 자살 시도를 한 적 있다고 보고하는 등, 과거 자해 행동 및 자살 시도 여부도 자살로 인한 사망의 위험 요인으로 연구되고 있다. Joiner³⁵⁾의 자살 행동에 대한 대인관계이론에 따르면, 죽으려는 의도와 함께 의도를 실행할 능력이 결합될 때만이 심각한 자살 시도가 발생한다고 한다. 반복적인 자해는 고통 내성 증가와 더불어 죽음에 대한 공포 감소를 통해 자살 능력을 증가시킨다고 할 수 있다.³⁶⁾ 이뿐만

아니라, 자살로 사망한 청소년은 가족의 자살 행동에 더 빈번하게 노출되었다고 보고된 바 있는데,²⁵⁾ 이 역시 대인관계 이론의 자살 능력 증가 요인으로 간주될 수 있다.

Schmidt 등³⁷⁾은 아동 청소년과 청년에서 자살의 심리사회적 위험 요인을 3가지 영역으로 구분하고, 각각의 요인이 자살에 미치는 영향을 만성 배경 요인(chronic background factors) 70%, 급성 요인(acute factors) 62%, 자살의 직접적 예측 요인(predictive factors)은 30%로 확인하였다. 이 중 1) 만성 배경 요인에는 가족 해체 등 가족 구조 혼란, 가까운 친척의 정신질환, 학대, 가족 내 자살 행동, 사회적 고립, 약물, 알코올 및 정신질환이 포함되며, 2) 급성 요인에는 가족 갈등, 학교에서의 어려움, 또래 그룹 내에서의 문제, 연인 관계 다툼 및 기타 사항이 포함된다. 3) 자살의 예측 요인으로는 자살 생각, 이전의 자살 경고, 과거 자살 시도, 현재 자살 경고가 있다.³⁷⁾

이상의 청소년 자살자 연구들을 요약하면, 청소년기 자살의 위험 요인으로는 성인과 마찬가지로 정신질환이 중요하며, 가족의 해체 및 갈등, 가족의 정신병리, 생활사건 중 특히 대인 관계적 문제, 과거의 자살 시도 등이 중요한 것으로 나타났다. 그러나 아시아권 연구에서는 서구와 비교할 때 정신 질환의 비율이나 심리사회적 스트레스에서 차이가 보고되고 있으므로, 향후 국내 청소년 자살 위험 요인의 규명이 필요하다.

국내 심리적 부검 연구

아직까지 국내에서 청소년 대상의 심리적 부검 연구는 없으므로, 국내에서 발표된 성인 대상의 주요 심리적 부검 연구들을 검토하였다.

한국 자살예방협회⁹⁾는 국내에서는 최초로 2009년 3월부터 12월까지 인천, 경기, 강원 지역의 자살사망자를 대상으로 심리적 부검을 실시하였다. 이 연구에서는 2000년 Phillips 등¹²⁾이 개발한 면담도구를 국내 전문가 자문위원회를 통해 우리나라 상황에 맞게 수정·보완하여 사용하였다. 면담 진행과정은 1) 서론 : 면담자 소개, 면담 목적, 방법 및 내용을 기술한 서식을 제공, 개인정보 보호에 대한 설명, 2) 초기(40분) : 개방적 대화, 정보제공자가 하는 이야기를 통하여 정보 수집, 3) 후기(80분) : 반 구조화된 면담, 질문을 통한 정보수집, 4) 종결 : 정보제공자의 기분에 대한 대화 및 면담에 대한 기타 의견청취 등으로 요약할 수 있다. 당초 30-40사례의 심리적 부검을 계획하였으나 총 15건의 자살 의심 사례를 조사 대상으로 선정하여 이 중 7건의 심리적 부검 조사가 완료되었고, 그 중 4건만이 보고서에 포함되었다. 발표된 4건 중 청소년 사례는 1건이었다. 사례가 적으므로 국내 자살사망에 대한 일반화된 결론을 도출할 수는 없었으나, 국내에서 처음으로 포괄적인

사전 조사를 통해 심리부검을 시도했다는 의의가 있다. 그러나 죽음을 터부시하고 자살을 덮으려는 사회적 분위기에 유가족 협조를 받는 데 어려움이 컸다고 보고되었다.⁹⁾

두 번째 국내 심리적 부검은 생명의 전화에서 실시하였다.³⁸⁾ 생명의 전화는 2003-2009년까지 강원도 태백지역에서 발생한 자살 사례를 수집하여 총 10건에 대한 심리적 부검을 실시하였다. 면담 도구로는 미 국방부의 Suicide prevention and psychological autopsy,³⁹⁾ Weisman⁴⁰⁾의 The realization of Death-A guide for the psychological autopsy를 참고로 연구자들이 번안 제작하여 사용하였다. 이 연구에서는 주로 40-50대 고졸이하, 무직자가 많았고, 경제적 어려움을 크게 경험하는 경우가 많았다고 보고되었다. 대개 정신과적 질환이 있었으나 적절한 지원 및 치료 서비스를 받지 못했으며, 정신과적 문제를 방지하거나 과소평가하는 경향이 발견되었다. 관련 정신질환은 주로 알코올 의존, 우울증, 조현병, 성격장애로 나타났다. 이전에 자살 위험 징후가 관찰되는 경우가 빈번했지만 그 위험성을 가족이나 주변 지지체계가 인식하지 못하였고, 자살자 또한 지지 자원을 활용하는 데 소극적이었다고 보고되었다. 이 연구는 단일 지역에 한정된 심리학적 부검이라는 특징이 있으며, 자살자에 대한 사회적 낙인이 매우 커서 가족이 지역공동체에 적응하지 못하고 떠나거나 사실을 숨기는 경우가 많았다고 하였다.

세 번째, ‘한국 자살사망자 특징 : 사례-대조 심리적 부검 연구’에서는 2009년 1월에서 2011년 4월까지의 자살사망 사건 56사례의 심리부검 결과를 발표하였다.⁷⁾ 국내 심리적 부검 조사 중 가장 많은 사례에 대한 조사이며, 통제 집단과의 비교를 처음으로 실시하여 양적 비교 분석이 가능하였다. 면담 도구는 자살예방협회⁹⁾에서 제작한 것을 사용하였다. 연구 결과 자살군은 통제군에 비해 학교나 직장에서의 적응에 분명한 문제가 있으며, 직업에 대한 걱정이 많고 무직기간이 긴 것으로 나타났다. 또한 자살군은 정신질환이 있는 경우가 22건(39.2%)으로 대조군에 비해 유의하게 많았으며, 우울장애가 19건(33.9%)으로 가장 빈번하였고, 알코올 및 약물 남용 6건(10.7%), 조현병(7.1%) 순으로 나타났다. 또한 자살사망자는 과거의 자살 시도 및 자해 시도가 빈번하였고, 자살 전의 생애 어려움을 크게 지각하고 있었던 것으로 보고되었다.

마지막으로, 서울시 자살예방센터와 강서구·성북구 정신건강증진센터에서는 2009년 1월에서 2012년 12월까지 ‘자살 사망자의 축약 심리적 부검에 관한 연구’를 진행하였다.⁴¹⁾ 이 연구에서는 자살예방센터 및 정신건강증진센터로 보고된 34사례의 자살 사망에 대하여 심리적 부검과 자살 유가족 상담 서비스를 병행하였다. 면담도구는 자살예방협회⁹⁾에서 제작한 것을 사용하였다. 전체 표본 중 16명(47.1%)의 환자가 사

망 당시 질환이 있었고, 그 중 15명(93.7%)이 정신질환을 보고하였다. 이 중 11명(57.9%)이 우울증 진단으로 우울증의 빈도가 가장 높았으며, 조현병 5명(26.3%), 물질남용 1명(5.3%) 순으로 나타났다. 23.5%가 과거 자살시도 경험이 있었다고 보고하였고, 사망 당시 음주 여부는 14.7%로 비교적 낮았다. 자살 이유는 경제적 문제가 29.4%로 가장 많았으며, 다음으로는 가족과의 불화나 성적 및 신변비관이 각각 14.7%로 나타났다. 이 연구는 다른 조사에 비해 자살군에서 정신질환의 빈도가 높게 나타나 정신질환자 관리의 중요성을 시사하였으며, 가장 대표적인 자살 사유로 경제적 문제가 보고되었다.

국내 심리적 부검 연구들은, 아직은 소수의 성인 사망자를 대상으로 실시되었고, 공통적으로 사례에 대한 체계적인 접근에 한계가 있으며, 공통적으로 유가족의 협조를 구하는 데 어려움이 있었다고 보고하고 있다.

청소년 심리부검 연구를 위한 제안

국내 선행 연구결과들을 감안할 때, 청소년 자살자의 심리적 부검 연구를 효과적으로 진행하기 위하여 다음의 사항을 보완해야 할 필요가 있는 것으로 보인다.

첫째, 심리적 부검 연구를 통하여 자살 원인을 규명하고 국가의 자살률을 낮추는 데 성공한 핀란드의 경우처럼, 청소년 자살의 심리적 부검은 경찰청, 응급의료기관, 학교, 지역 교육청 등 청소년의 자살에 대해 처음으로 탐지할 수 있는 모든 기관의 협조가 필요하며, 실행 주체도 연구자 등의 전문 집단이 포함된 민간과 관계 기관의 민관 협력 형태의 다부처, 범주체적이어야 할 것으로 보인다. 우선 국가 자살예방 전략 사업의 유기적인 연계 활동에 심리학적 부검연구가 포함되어야 하며, 유가족에 대한 지원 서비스와 연계되는 것이 중요한 것으로 보인다. 최근 지역 자살예방센터와 정신건강증진센터들이 유가족에 대한 사례관리 서비스를 진행 중이며, 이들 센터에는 정신과의사, 정신보건 전문 간호사, 임상심리사, 사회복지사 등의 전문 인력을 갖추고 있고 중앙 자살예방센터와 광역정신건강증진센터 등 단계별 체계가 확립되어 있으며, 지역사회 전문가들과 협력하여 자살예방 사업의 거버넌스를 조직하는 데 구심점 역할을 할 기반을 가지고 있으므로 이들 기관들이 심리적 부검을 실시하는 것이 적절한 것으로 보인다. 특히 학생 사망자의 경우, 심리적 부검과 유가족의 심리적 지원을 병행하기 위하여 자살 사건이 발생한 초기부터 학교와 외부 정신보건 전문 기관과 연계하여 지원과 평가를 병행하는 체계적인 전략을 수립하여 진행하는 것이 필요할 것으로 보인다. 현재 각 학교마다 확립되어 있는 위기대응 체계와 교육부의 학교-지역 협력모델 사업의 연계 체계 등을 활용

용 기반으로 정하는 것이 필요할 것이다.

둘째, 최근 국내에서는 지자체, 자살예방센터 등을 중심으로 각각 지역 기반의 심리적 부검을 도입하고 있으나, 사례 수가 적다. 그 뿐만 아니라, 청소년 자살에 지역적 영향이 적다는 특성을 감안할 때, 각 지역에서 표준화된 심리적 부검 면담 자료를 보급한 후, 중앙에서 통제하고 관리하는 체계의 도입이 절실한 것으로 보인다. 유사한 체계로서, 일본의 국립정신보건연구소가 있다.⁶⁾ 국내에도 이와 같은 역할을 하는 중앙 관리 체계의 마련이 장기적으로 자살 관련 데이터 수집과 관리에 필수적으로 보인다.

현재 국내에서 사용 가능한 심리적 부검 면담도구는 Phillips 등¹²⁾이 중국 대규모 표본을 대상으로 하여 개발하여, 한국 자살예방협회⁹⁾에서 수정 보완한 면담체계가 있다. 면담 도구 구성 내용으로 보아 청소년 자살 연구에서도 기본 체계로 활용하는 데 큰 무리는 없어 보인다. 그러나 대부분의 국내 연구에서는 사망자의 정신의학적 진단을 추정하는 구조화된 면접은 활성화되지 못한 실정이다. 전세계적으로 심리 부검 절차는 정밀한 정신질환에 대한 진단 면접을 포함하고 있다. 그러므로 사망자의 직계 가족을 대상으로 사망자가 경험한 증상에 대해 Structured Clinical Interview for DSM-Disorders(SCID), Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children/Present and Lifetime Version(K-SADS-PL) 등의 구조화된 면담 체계를 심리부검 면담으로 도입하여 진단의 정확성을 높이는 것이 필요할 것으로 보인다.

셋째, 선행 자료들을 검토했을 때, 기본적으로 심리적 부검의 정보원은 대개 직계 가족이다. 다만 청소년 자살자의 경우 선행 연구들에서도 알 수 있듯이 부모가 자녀의 사회관계나 학교 내 적응, 또래 관계, 약물남용 등에 대해서 파악하지 못하고 있을 가능성이 높으므로 형제·자매를 포함시키는 것을 고려해야 할 사항으로 보인다. 다만 미성년인 정보 제공자를 대상으로 한 심리부검은 윤리적 우려가 제기된 바 있으며, 몇몇 기존 연구에서도 청소년 자살자에 대한 정보원을 성인으로 한정시키는 경우가 빈번한 점을 감안할 때, 그 타당성을 보다 조심스럽게 검토할 필요가 있는 것으로 보인다. 미성년자인 형제·자매의 경우 심리적 후유증에 대한 유가족 지원 서비스와의 연계를 통해 포함 여부를 고려할 수 있는 것으로 보인다. 다만 이들의 심리적 부검 면담에 있어서는 청소년 정신건강에 있어서 경험 있는 전문요원들의 참여가 필요할 것으로 보인다.

성인이나 노인 자살에 비해서 청소년 자살 심리부검에 있어서는 보다 다양한 정보의 수집이 필요할 것으로 보인다. 학교 환경의 중요성을 감안할 때, 담임교사, 학교관계자, 교육

복지사, 상담교사, 보건교사 등의 학교 인력들에 대한 면담을 포함하는 것이 필요할 것이다. 또한 최근 미디어가 청소년 자살 행동에 미치는 영향에 대한 우려와 관심을 감안할 때 소셜 미디어(SNS) 기록과 전화 및 문자 기록(카카오톡 등)에 대한 체계적 분석을 통하여 또래 및 사회적 관계의 변화와 최근의 유발 스트레스에 대한 정보를 얻을 필요가 있다. 이를 위하여 개인정보 활용 방안의 법적, 행정적 지원체계가 선행되어야 할 것이다. 교사에 대한 면담뿐 아니라 학교 요인에 대한 체계적 탐색이 필요하다. 언론에서는 학생의 자살사건이 발생한 후, 그 원인에 대해 학교 폭력을 지목하는 경우가 많은 반면, 실제 자살 사망에 대한 다각적인 측면을 고려한 원인 규명은 제대로 이루어지지 않고 있다. 따라서 청소년 자살 사건이 발생한 후, 심리적 부검을 통해 국내의 청소년 자살과 학교 폭력 간의 관련성을 과학적이고 체계적으로 탐색하는 것이 매우 필요할 것으로 보인다.

넷째, 기존의 심리적 부검이 개인과 정신질환 요인 위주로 진행되다 보니 사회적 관계나 환경적 체계 등의 사회 환경적 요인이 간과되어 왔다는 비판들도 지속적으로 제기된 바 있다.⁴²⁾ 이러한 점을 감안할 때 질적 조사 및 사회학적 변인에 대한 고려가 필요한 것으로 보인다. 특히 학생 자살의 경우, 학교에 미치는 영향 등 학교 요인에 대한 체계적 조사 연구가 필요한 것으로 보인다. 이러한 연구 자료를 기반으로 할 때, 학내 자살예방개입 및 사후 개입에 대한 제언 및 학생정신건강에 영향을 줄 수 있는 학교 폭력 등을 포괄적으로 증재하는 것이 가능할 수 있을 것이다.

다섯째, 한 사람이 자살한 후 생존자들-유가족과 친지, 이웃, 또래들은 심각한 정신적 충격을 받는다. 유가족은 심리적 부검의 대상일 뿐 아니라, 트라우마를 경험한 생존자로서 이들의 사회적 낙인에 대한 민감성, 심리 사회적 지원의 개선이 절실한 것으로 보인다. 기존 연구에 따르면 자녀를 잃은 부모의 죄책감과 수치심은 자녀나 형제·자매보다 높다고 보고되는데,⁴³⁾ 자녀가 가족에서 차지하는 비중이 큰 국내 가족의 문화적 특성을 감안할 때, 청소년 자살자의 부모에 대한 개입은 매우 중요한 것으로 보인다. 또한 자살 생존자가 겪는 심리적 후유증에 대한 다양한 연구를 기반하여 유가족에게 접근할 때만이 심리 부검을 통한 자살예방이 확대될 수 있을 것으로 보인다. 최근 자살 유가족 지원 및 사후 관리는 지역 자살예방센터와 생명의 전화 등을 중심으로 활발하게 시도되고 있는 것으로 보이며, 향후 청소년 자살 유가족에 특화된 자조 모임, 교육과 상담의 개발이 확대될 필요가 있을 것으로 보인다.

결 론

아직까지 국내 청소년 자살사망의 위험 요인은 분명하지 않기 때문에, 청소년을 대상으로 한 심리적 부검을 통해 구체적인 위험 요인을 규명한 후에야 효과적인 자살 예방을 위한 개입 지점을 파악할 수 있을 것이다. 본 연구에서 저자들은 국내의 심리적 부검 연구 결과를 검토하여, 국내에서 청소년 대상의 심리적 부검이 효과적으로 실행되기 위한 제언으로 다부처, 범주체적 실행 주체, 표준화된 심리적 부검 면담 체계의 지역사회 보급 및 전국적 자료를 통제하고 관리하는 중앙 체계, 구조화된 면담 체계를 심리부검 면담으로 도입하여 진단의 정확성을 높이는 것, 소셜 미디어 등의 다양한 정보 수집 등의 필요성을 기술하였다.

중심 단어: 자살 예방 · 청소년 자살 · 심리적 부검.

References

- 1) **Statistics Korea.** Annual report on the cause of death statistics; 2001-2013. Daejeon: Statistics Korea [cited 2013 Oct 20]. Available from URL: <http://www.kostat.go.kr>
- 2) **Jung S.** Suicide rate in adolescents have increased of 57% during 10 years. Seoul: Korean Daily Report [updated 2013 Sep 11; cited 2013 Oct 20]. Available from URL: <http://news.hankooki.com/lpage/society/201309/h2013091103334421950.htm>
- 3) **Jae YM.** Suicide and psychiatric disorder. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 2004;10:3-10.
- 4) **O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM.** Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26:237-252.
- 5) **Kim S.** The sickness unto death...Read the suiciders' mind through 'Psychological autopsy'. Seoul: Rapportian [updated 2013 Jul 4; cited 2013 Oct 18]. Available from URL: http://www.rapportian.com/n_news/news/view.html?no=12694
- 6) **Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T, Inagaki A, Eguchi N, Tsuchiya M, et al.** Mental disorders and suicide in Japan: a nationwide psychological autopsy case-control study. *J Affect Disord* 2012;140:168-175.
- 7) **Seo J, Lee C, Kim K, Kim S.** Characteristics of Korean suicide: a case-control psychological autopsy study. *Korean J Psychol Gen* 2012;31:323-344.
- 8) **Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kayes J.** Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health Nations Health* 1959;49:888-899.
- 9) **Korean Association for Suicide Prevention.** Psychological autopsy of suicide and construction of the case management service for suicide attempters. Sejong: Ministry for Health and Welfare;2009.
- 10) **Fisher P, Shaffer D.** Methods for investigating suicide in children and adolescents: An overview. In: Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB, editors. *Suicide in the Young*. Boston: Wright-PSG;1984. p.139-157.
- 11) **Zhang J, Wiczorek WF, Conwell Y, Tu XM.** Psychological strains and youth suicide in rural China. *Soc Sci Med* 2011;72:2003-2010.
- 12) **Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M.** Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological au-

- 13) **Beautrais AL.** Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry* 2003;160:1093-1099.
- 14) **Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, et al.** Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:581-588.
- 15) **Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK.** Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:834-839.
- 16) **Rich CL, Sherman M, Fowler RC.** San Diego Suicide Study: the adolescents. *Adolescence* 1990;25:855-865.
- 17) **Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman P.** Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:675-687.
- 18) **Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill JR.** Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affect Disord* 1988;15:227-233.
- 19) **Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al.** Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-2074.
- 20) **Li XY, Phillips MR, Zhang YP, Xu D, Yang GH.** Risk factors for suicide in China's youth: a case-control study. *Psychol Med* 2008;38:397-406.
- 21) **Zhang J, Xiao S, Zhou L.** Mental disorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 2010;167:773-781.
- 22) **Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK.** Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1993;2:10-18.
- 23) **Allebeck P, Allgulander C.** Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:565-570.
- 24) **Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, et al.** Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:521-529.
- 25) **Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D.** Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1155-1162.
- 26) **Sankey M, Lawrence R.** Brief report: classification of adolescent suicide and risk-taking deaths. *J Adolesc* 2005;28:781-785.
- 27) **Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC.** Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-2382.
- 28) **Rich CL, Young D, Fowler RC.** San Diego suicide study. I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:577-582.
- 29) **Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K.** Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: a case-control psychological autopsy study. *J Adolesc* 2009;32:849-862.
- 30) **Allberg WR, Chu L.** Understanding adolescent suicide: Correlates in a developmental perspective. *School Couns* 1990;37:343-350.
- 31) **Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, et al.** Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1080-1086.
- 32) **Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A.** Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985;142:1061-1064.
- 33) **Houston K, Hawton K, Shepperd R.** Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J Affect Disord* 2001;63:159-170.
- 34) **Renaud J, Berlim MT, McGirr A, Tousignant M, Turecki G.** Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study. *J*

- Affect Disord 2008;105:221-228.
- 35) **Joiner T.** Why People Die by Suicide. Cambridge: Harvard University Press;2005.
 - 36) **Ribeiro JD, Joiner TE.** The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: current status and future directions. *J Clin Psychol* 2009;65:1291-1299.
 - 37) **Schmidt P, Müller R, Dettmeyer R, Madea B.** Suicide in children, adolescents and young adults. *Forensic Sci Int* 2002;127:161-167.
 - 38) **Life Line Korea.** A Study on the Psychological Autopsy and the Approach Method of Suicide Postvention. Seoul: Life Line Korea;2010.
 - 39) **United States Department of the Army.** Suicide prevention and psychological autopsy. Washington, DC: United States Department of the Army [updated 1988 Sep 30; cited 2013 Oct 31]. Available from URL: <http://timemilitary.files.wordpress.com/2013/03/da-pam-phlet-600-242.pdf>
 - 40) **Weisman AD.** The Realization of Death: A Guide for the Psychological Autopsy. New York: Jason Aronson;1974.
 - 41) **Lee GS, Choi MJ, Kim SJ, Park JY, Lee MS, Seo JH, et al.** The semi-psychological autopsy study of suicides. *Mental Health* 2012;3:18-24.
 - 42) **Choi M, Kim G, Kim D, Park J, Jung J.** The process and results of the study about psychosocial risk factors for suicide and the supporting service for the bereaved. Suicide Prevention Conference; 2013 Sep 10-11; Seoul, Korea. Seoul: Suicide Preventive Conference; 2013. p.53-59.
 - 43) **Reed MD, Greenwald JY.** Survivor-victim status, attachment, and sudden death bereavement. *Suicide Life Threat Behav* 1991;21:385-401.