ORIGINAL ARTICLE
ISSN 1225-8709 / eISSN 2005-7571
Korean J Biol Psychiatry 2015;22(4):187-194

응급실 방문 자살기도자들의 기도 원인, 방법, 정신과적 진단에 대한 다기관 분석

서울대학교 의과대학 정신건강의학교실,[1] 가천대학교 의과대학 길병원 정신건강의학교실,[2] 제주대학교 의과대학 정신건강의학교실,[3]
연세대학교 의과대학 원주세브란스기독병원 정신건강의학교실,[4] 이화여자대학교 의과대학 정신건강의학교실,[5]
전남대학교 의과대학 정신건강의학교실,[6] 부산대학교 의과대학 정신건강의학교실,[7]
울산대학교 의과대학 울산대학교병원 정신건강의학교실,[8] 가톨릭대학교 의과대학 의정부성모병원 정신건강의학교실,[9]
차의과학대학교 분당차병원 정신건강의학교실,[10] 경북대학교 의과대학 정신건강의학교실,[11]
을지대학교 의과대학 을지대학교병원 정신건강의학교실,[12] 전북대학교 의과대학 정신건강의학교실,[13]
서울특별시 보라매병원 정신건강의학과,[14] 충북대학교 의과대학 정신건강의학교실,[15] 경상대학교 의과대학 정신건강의학교실,[16]
분당서울대학교병원 정신건강의학과,[17] 서울대학교 의학연구원 인간행동의학연구소,[18] 한국자살예방협회[19]

김혜영[1] · 김보라[1] · 강승걸[2] · 김문두[3] · 김민혁[4] · 김수인[5] · 김재민[6] · 문은수[7] · 안준호[8] · 이경욱[9] · 이상혁[10] · 이승재[11] · 정성훈[12] · 정영철[13] · 정희연[1,14] · 주가원[15] · 차보석[16] · 하태현[1,17] · 안용민[1,18,19]

Attempted Suicides in South Korea : A Multi-Center Analysis of Causes, Methods, and Psychiatric Diagnoses of Suicidal Attempters in 2013

Hyeyoung Kim, MD,[1] Bora Kim, MD,[1] Seung-Gul Kang, MD,[2] Moon-Doo Kim, MD,[3] Min-Hyuk Kim, MD,[4] Soo In Kim, MD,[5] Jae Min Kim, MD,[6] Eunsoo Moon, MD,[7] Joon-Ho Ahn, MD,[8] Kyung-Uk Lee, MD,[9] Sang-Hyuk Lee, MD,[10] Seung Jae Lee, MD,[11] Seong Hoon Jeong, MD,[12] Young-Chul Chung, MD,[13] Hee Yeon Jung, MD,[1,14] Gawon Ju, MD,[15] Boseok Cha, MD,[16] Tae Hyon Ha, MD,[1,17] Yong-Min Ahn, MD[1,18,19]

[1]Department of Psychiatry, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea
[2]Department of Psychiatry, Gil Medical Center, Gachon University School of Medicine, Incheon, Korea
[3]Department of Psychiatry, Jeju National University College of Medicine, Jeju, Korea
[4]Department of Psychiatry, Wonju Severance Christian Hospital, Yonsei University Wonju College of Medicine, Wonju, Korea
[5]Department of Psychiatry, Ewha Womans University School of Medicine, Seoul, Korea
[6]Department of Psychiatry, Chonnam National University Medical School, Gwangju, Korea
[7]Department of Psychiatry, Pusan National University School of Medicine, Busan, Korea
[8]Department of Psychiatry, Ulsan University Hospital, University of Ulsan College of Medicine, Ulsan, Korea
[9]Department of Psychiatry, Uijeongbu St. Mary's Hospital, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Uijeongbu, Korea
[10]Department of Psychiatry, CHA Bundang Medical Center, CHA University, Seongnam, Korea
[11]Department of Psychiatry, Kyungpook National University School of Medicine, Daegu, Korea
[12]Department of Psychiatry, Eulji University School of Medicine, Eulji University Hospital, Daejeon, Korea
[13]Department of Psychiatry, Chonbuk National University Medical School, Jeonju, Korea
[14]Department of Psychiatry, Seoul Metropolitan Government-Seoul National University Boramae Medical Center, Seoul, Korea
[15]Department of Psychiatry, Chungbuk National University College of Medicine, Cheongju, Korea
[16]Department of Psychiatry, Gyeongsang National University College of Medicine, Jinju, Korea
[17]Department of Psychiatry, Seoul National University Bundang Hospital, Seongnam, Korea
[18]Institute of Human Behavioral Medicine, Seoul National University Medical Research Center, Seoul, Korea
[19]Korean Association for Suicide Prevention, Seoul, Korea

Objectives To examine direct causes of attempted suicides, methods adopted to commit suicide, and psychiatric diagnoses among suicide attempters in South Korea.

Methods A total of 1359 suicide attempters who had visited emergency department of 17 medical centers due to suicide attempt from

Received: August 28, 2015 / **Revised:** September 22, 2015 / **Accepted:** October 2, 2015
Address for correspondence: Yong-Min Ahn, MD
Department of Psychiatry, Seoul National University Hospital, Korean Association for Suicide Prevention, 101 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 03080, Korea
Tel: +82-2-2072-2457, **Fax:** +82-2-744-7241, **E-mail:** aym@snu.ac.kr

Copyright © 2015 Korean Society of Biological Psychiatry

May 2013 to Nov 2013 were interviewed using semi-structured questionnaires.

Results Psychiatric symptoms were the most common cause of suicide attempts (62.2%), followed by interpersonal relationships (24.4%). Women attempted suicide more often for interpersonal reasons, whereas men were more likely to do so for financial and job-related reasons. Half of participants (55.8%) attempted suicide by drug intoxication, which was more prevalent among females and those who had previous history of psychiatric disease or previous suicide attempt. Men were more likely to use more lethal methods such as pesticide poisoning and gas inhalation than women. Pesticide poisoning was also prevalent among the elderly group and the rural population. Near ninety-five percent (94.5%) of participants received a psychiatric diagnosis : the most frequent diagnosis was depressive disorder.

Conclusions This is the first nationwide study of cases of attempted suicide. When stratified by age groups, gender, urbanicity, living alone or not, presence of physical illness, previous psychiatric history, and previous suicide attempt, there were significant differences with respect to causes, methods of attempted suicides and psychiatric diagnoses of suicide attempters.

Key Words Attempted suicide · Cause of suicide attempt · Suicide method · Psychiatric diagnosis.

서 론

자살은 현재 우리나라뿐만 아니라 전세계의 주요 보건현안 중 하나이다. 세계보건기구의 조사에 따르면 2012년 한 해 동안 전세계에서 약 804000명이 자살로 생을 마감하였다.[1] 자살은 심리학적, 생물학적, 사회적 요소가 복합적으로 작용하는 현상으로[2] 자살에 대해서는 그동안 수많은 연구들이 이루어져 왔으나 여전히 이를 예측하기가 어렵다는 것이 연구자들의 공통된 의견이다.[3]

자살을 이해하는 데 있어서 가장 큰 장애물은 자살 당사자와의 면담이 불가능하다는 것인데,[4] 이를 극복하기 위한 방법 중 하나로 자살자들의 심리부검을 통한 연구들이 이루어져 왔다. 국내에서도 다수의 연구가 있었지만[5-7] 전체 자살 사망자의 수와 비교하였을 때 심리부검 사례 건수는 매우 적은 수에 불과하여 대표성의 문제가 있었다.[8] 다른 한편으로 이전의 자살기도력이 가장 중요한 자살의 위험인자라는 점[9][10]을 고려하였을 때 자살기도자들에 대해 분석하는 것 또한 자살자를 이해하는 한 가지 방법이 될 수 있을 것이다. Beautrais[11]에 의하면 자살기도자와 자살자는 정신과적 진단과 병력 등 상당 부분을 서로 공유하는 인구집단임이 알려져 있다.

자살기도자에 대한 역학 연구는 자살자에 대한 연구와는 대조적으로 1960년대 이후에야 체계적으로 이루어지기 시작하였다.[12] 국내에서는 1998년 특정 대학병원 응급실을 방문한 자살기도자를 대상으로 시행된 연구 3편[13-15]이 보고되었고, Hur 등[16]은 2003년부터 2006년까지 3개 병원 응급실에 자살기도로 내원한 환자를 대상으로 다기관 연구를 시행하여 보고한 바 있다. 그러나 상기한 연구들은 1개 병원 혹은 3개 병원 응급실을 방문한 자살기도자를 대상으로 하여 전국적 대표성을 가지기는 어려웠고, 자살기도의 동기에 대한 분류 또한 각 연구에 따라 서로 다르거나 혹은 조사되지 않기도 하였다.

따라서 본 연구에서는 지역별로 인구 비례하여 전국 17개 병원을 선정하고, 이들 병원의 응급실을 방문한 자살기도자를 대상으로 자살기도의 원인과 주로 선택되는 방법, 이들의 정신과적 진단에 대해 알아보고자 하였다.

방 법

연구 대상 및 과정

본 연구는 2013년 5월부터 2013년 11월까지 전국 17개 병원 응급실을 방문한 자살시도자 1359명의 직접 대면 면담을 통해 얻은 실태조사 자료를 이용하였다. 전국적으로 고른 분포를 위해 광역시, 도 구분에 근거하여 인구 비례에 따라 전국 8개의 primary sampling unit(이하 PSU)의 연구 대상자 수를 설정하고 각 PSU 마다 이전 연구 실적을 통한 연구 수

Table 1. Sources of data on suicide attempters in 17 centers

Center	n	%
Seoul National University Hospital	47	3.5
Ewha Womans University Hospital	80	5.9
Boramae Medical Center	88	6.5
Gachon University Gil Medical Center	175	12.9
Seoul National University Bundang Hospital	71	5.2
Bundang CHA General Hospital	63	4.6
Uijeongbu St. Mary's Hospital	96	7.1
Wonju Severance Christian Hospital	61	4.5
Eulji University Hospital (Daejeon)	119	8.8
Chungbuk National University Hospital	99	7.3
Chonnam National University Hospital	107	7.9
Chonbuk National University Hospital	38	2.8
Kyungpook National University Hospital	21	1.5
Gyeongsang National University Hospital	100	7.4
Pusan National University Hospital	100	7.4
Ulsan University Hospital	59	4.3
Jeju National University Hospital	35	2.6
Total	1359	100.2

행 능력 및 모니터링 능력을 갖춘 연구 책임 기관 17개 병원을 본 연구의 수행 기관으로 선정하였다. 17개 병원의 응급실에 자살기도로 내원한 사람 전수를 대상으로 하였고, 각 병원별 대상자 수는 Table 1과 같다. 단, 응급실 도착 당시의 상태가 사망인 경우, 외국인, 지적장애 혹은 인지기능 저하로 면담이 불가능한 경우, 명백한 자살의도가 없는 고의적인 자해행동의 경우는 제외하였다. 모든 대상자들은 2012년에 시행된 자살실태조사 예비조사[17]를 통해 개발된 반구조화된 면담 도구를 이용하여 평가되었고, 평가는 각 병원의 정신건강의학과 전공의에 의해 이루어졌다. 연구의 시작 전에 17개 병원의 책임 연구자를 비롯하여 책임 전공의, 연구원 등 전체가 모여 설문지에 대한 설명 및 작성 요령 등에 관해 두 차례의 교육 시간을 가졌다.

이 연구에서는 인구학적 특성 중 성별, 나이, 거주지역, 독거여부에 대한 정보를, 임상적 특성에서는 신체질환 유무, 정신과적 과거력 유무, 자살기도의 과거력 유무에 대한 정보를 포함하였다. 한편 평가자로 하여금 면담 내용을 토대로 금번 자살기도의 가장 주된 요인을 정신과적 증상, 대인관계 문제, 경제적 문제, 신체적 질병, 외로움, 학교 및 직장관련, 기타 중에서 한 가지만 골라 체크하도록 하였다. 자살기도에 사용된 방법은 약물 음독, 농약 음독, 가스 음독, 교상, 칼 등 날카로운 물질, 둔탁한 물질, 투신, 익사/기타 등으로 분류하였고, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth edition, text revision(이하 DSM-IV-TR)을 기준으로 대상자의 응급실 퇴실 시 최종 진단명을 한 가지 응답하도록 하였다.

통계 분석

수집된 자료의 통계검정은 chi-square test를 이용하여 시행되었다. SPSS 18.0 for Windows(SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 프로그램을 이용하였으며 $p < 0.05$인 경우 통계적으로 유의한 것으로 간주하였다.

결 과

인구학적 특징

자살시도자들의 인구 통계학적 특징을 살펴보면 남성이 554명(40.8%), 여성이 805명(59.2%)으로 여성이 약 1.5배 많았고, 평균 연령은 43.0 ± 18.1세였으며, 전체 연령대 중 30대의 비율이 가장 높게 나타났다. 자살시도자 중 도시거주자는 85.9%였다(Table 2).

임상적 특징

전체 자살시도자의 27.4%가 현재 신체적 질환이 있는 상태라고 응답하였다. 정신질환의 과거력이 있다고 응답한 대상자는 49.6%로 반수에 달하였고, 자살기도의 과거력이 있었던 자살기도자는 32.2%로 나타났다(Table 2).

Table 2. Demographic and clinical characteristics

Variables	n (%)
Gender	
Male	554 (40.8)
Female	805 (59.2)
Age (years)	
10–29	362 (26.7)
30–49	543 (40.0)
50–69	308 (22.7)
70 +	144 (10.6)
Mean ± SD	43.0 ± 18.1
Region	
Urban	1095 (85.9)
Rural	180 (14.1)
Living alone	
No	1104 (84.7)
Yes	200 (15.3)
Physical illness	
No	966 (72.6)
Yes	365 (27.4)
Previous history of psychiatric illness	
No	672 (50.4)
Yes	662 (49.6)
Previous suicidal attempt	
No	825 (67.8)
Yes	391 (32.2)

자살기도 원인

평가자가 판단한 전체 자살기도자의 자살기도 원인 분포는 Fig. 1과 같다. 전체 자살기도자 중 약 2/3에 가까운 62.2%가 정신과적 증상 때문에 자살을 시도하였고, 대인관계 문제로 인한 자살기도가 24.4%로 두 번째로 많았다.

여성에서는 대인관계 문제가 남성에서보다 높은 비율을 차지한 반면, 남성에서는 경제적 문제, 학업 또는 직장관련 문제, 신체적 질병 등이 높은 비율을 차지하였다. 정신과적 과거력이 있는 사람의 경우 정신과적 증상에 의한 자살기도가 72.5%로, 정신과적 과거력이 없는 사람의 52.6%에 비해 크게 높게 나타났다. 반면 정신과적 과거력이 없는 사람에서는 대인관계 문제, 경제적 문제, 외로움, 학업 또는 직장관련 문제에 의한 자살기도가 더 많은 것으로 나타났다. 과거 자살기도력 유무에 따라서 자살기도의 원인을 나누어 보았을 때도 비슷한 양상이 관찰되었다(Table 3).

자살기도 방법

자살기도자들이 가장 많이 선택한 방법은 약물 음독(55.8%)이었으며, 칼 등 날카로운 물질에 의한 손상이 14.1%, 농약 음독에 의한 자살시도가 12.2%로 뒤를 이었다(Fig. 2).

여성에서는 약물 음독, 날카로운 물질에 의한 자상이 남성에서보다 많았고, 반면 농약 음독, 가스 음독에 의한 자살기

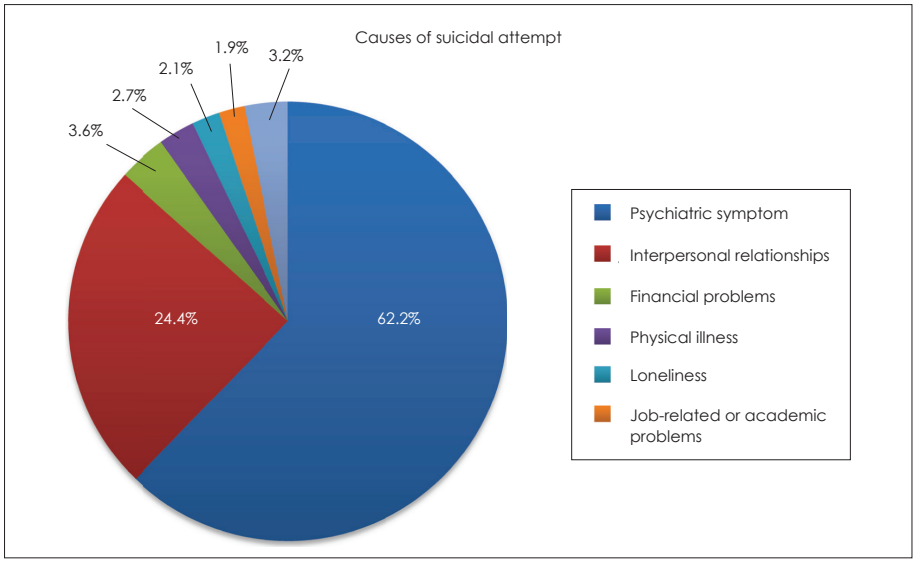

Fig. 1. Causes of suicidal attempt evaluated by psychiatrists.* * : psychiatrists determined the single most direct cause for the suicidal attempt through clinical interview.

Table 3. Causes of suicidal attempt evaluated by psychiatrist according to gender, age, region, and clinical variables

	Psychiatric symptoms, n (%)	Interpersonal relationships, n (%)	Financial problems, n (%)	Physical illness, n (%)	Loneliness, n (%)	Job-related or academic problems, n (%)	Others, n (%)	Total, n (%)	p value
Total	819 (62.2)	321 (24.4)	47 (3.6)	35 (2.7)	27 (2.1)	25 (1.9)	42 (3.2)	1316 (100.0)	
Gender									< 0.01
Male	325 (60.4)	116 (21.6)	26 (4.8)	19 (3.5)	10 (1.9)	19 (3.5)	23 (4.3)	538 (100.0)	
Female	494 (63.5)	205 (26.3)	21 (2.7)	16 (2.1)	17 (2.2)	6 (0.8)	19 (2.4)	778 (100.0)	
Age (yrs)									< 0.01
10–29	210 (60.3)	106 (30.5)	9 (2.6)	3 (0.9)	6 (1.7)	5 (1.4)	9 (2.6)	348 (100.0)	
30–49	330 (62.4)	136 (25.7)	22 (4.2)	3 (0.6)	11 (2.1)	12 (2.3)	15 (2.8)	529 (100.0)	
50–69	189 (63.2)	62 (20.7)	13 (4.3)	11 (3.7)	6 (2.0)	8 (2.7)	10 (3.3)	299 (100.0)	
70 +	88 (63.8)	17 (12.3)	3 (2.2)	18 (13.0)	4 (2.9)	0 (0.0)	8 (5.8)	138 (100.0)	
Region									0.004
Urban	665 (62.3)	263 (24.6)	39 (3.7)	20 (1.9)	22 (2.1)	23 (2.2)	35 (3.3)	1067 (100.0)	
Rural	109 (61.9)	39 (22.2)	5 (2.8)	13 (7.4)	4 (2.3)	0 (0.0)	6 (3.4)	176 (100.0)	
Living alone									0.014
No	680 (63.6)	258 (24.1)	34 (3.2)	30 (2.8)	17 (1.6)	19 (1.8)	32 (3.0)	1070 (100.0)	
Yes	106 (54.6)	56 (28.9)	10 (5.2)	4 (2.1)	10 (5.2)	4 (2.1)	4 (2.1)	194 (100.0)	
Physical illness									< 0.01
No	577 (61.5)	253 (27.0)	40 (4.3)	2 (0.2)	16 (1.7)	18 (1.9)	32 (3.4)	938 (100.0)	
Yes	227 (64.1)	65 (18.4)	7 (2.0)	30 (8.5)	11 (3.1)	7 (2.0)	7 (2.0)	354 (100.0)	
Previous history of psychiatric illness									< 0.01
No	345 (52.6)	201 (30.6)	33 (5.0)	19 (2.9)	15 (2.3)	19 (2.9)	24 (3.7)	656 (100.0)	
Yes	461 (72.5)	116 (18.2)	12 (1.9)	16 (2.5)	11 (1.7)	6 (0.9)	14 (2.2)	636 (100.0)	
Previous suicidal attempt									0.01
No	462 (57.5)	217 (27.0)	34 (4.2)	29 (3.6)	19 (2.4)	21 (2.6)	22 (2.7)	804 (100.0)	
Yes	258 (67.9)	87 (22.9)	9 (2.4)	6 (1.6)	8 (2.1)	3 (0.8)	9 (2.4)	380 (100.0)	

도는 남성에서 더 높게 나타났다. 연령별로 나누어 보았을 때는 약물 음독이 전 연령대에 걸쳐서 가장 높은 비율을 차지하였다. 농약 음독은 연령이 증가할수록 그 비율이 늘어난 반면, 가스 음독은 30~49세에서 11.4%로 가장 높게 나타나고, 이후 연령이 증가할수록 감소하였다. 농촌에서는 농약 음독이 41.2%로 약물 음독(42.9%)에 비견할 만큼 높게 나타났으며, 신체적 질환이 있는 경우에도 그렇지 않은 경우에 비해 농약 음독의 비중이 높게 나타났다(Table 4).

Table 4에서 주목할 만한 점은 정신과적 과거력이 있는 사람에서 그렇지 않은 사람들에 비해 약물 음독으로 자살을 기도한 비율이 높게 나타났고, 정신과적 병력이 없는 사람들은 상대적으로 농약 음독, 가스 음독 등의 방법을 더 많이 선택했다는 점이다. 마찬가지로 이전 자살시도력이 없는 사람들이 농약 음독, 가스 음독의 방법을 더 많이 선택하는 것으로 나타났고, 과거 자살시도력이 있는 사람에서는 특징적으로 칼 등 날카로운 물질에 의한 자상이 높게 나타났다.

응급실 퇴실 시 최종 진단

최종 진단으로 정신과적 진단이 내려진 사람은 총 1284명으로, 전체 자살기도자의 94.5%에 달하였다. 우울장애가 63.4%로 가장 많은 비중을 차지하였고, 다음으로 적응장애(11.6%), 양극성장애(7.5%), 조현병 및 기타 정신병적 장애(4.3%), 물질사용장애(2.5%)의 순으로 나타났다(Fig. 3).

여성에서는 우울장애, 양극성장애 진단의 비율이 각각 66.8%, 9.2%로, 남성의 58.5%, 5.1%보다 높게 나타난 반면 적응장애, 물질사용장애는 남성에서 더 높은 비율을 차지하였다. 기존에 정신과적 병력이 없던 환자에서는 적응장애, 물질사용장애 진단이 내려지는 경우가 정신과적 과거력이 있

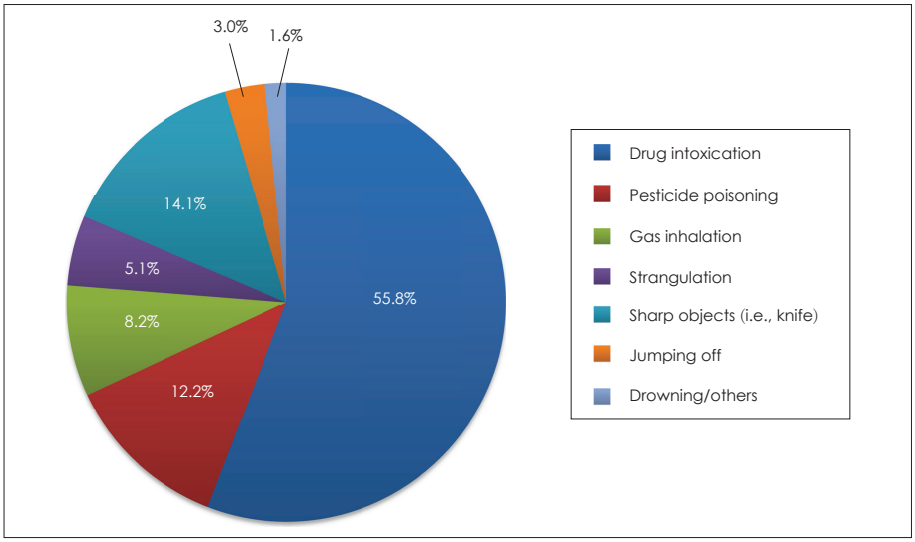

Fig. 2. Methods of suicidal attempts.

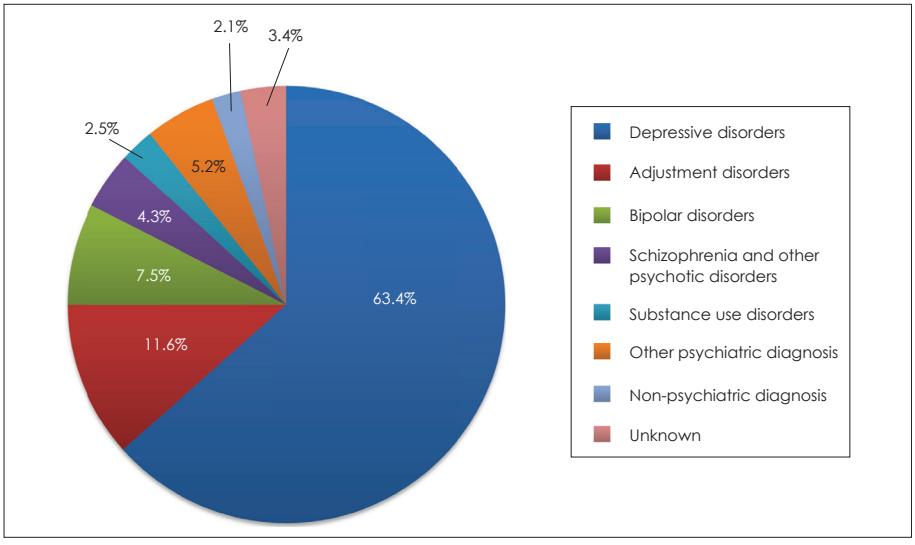

Fig. 3. Final diagnosis of suicide attempters.

Table 4. Methods of suicidal attempts according to gender, age, region, and clinical variables

	Drug intoxication, n (%)	Pesticide poisoning, n (%)	Gas inhalation, n (%)	Strangulation, n (%)	Sharp objects (i.e., knife), n (%)	Jumping off, n (%)	Drowning/ others, n (%)	Total, n (%)	p value
Total	750 (55.8)	164 (12.2)	110 (8.2)	69 (5.1)	189 (14.1)	40 (3.0)	21 (1.5)	1343 (100.0)	
Gender									< 0.01
Male	237 (43.4)	103 (18.9)	77 (14.1)	34 (6.2)	66 (12.1)	17 (3.1)	12 (2.2)	546 (100.0)	
Female	513 (64.4)	61 (7.7)	33 (4.1)	35 (4.4)	123 (15.4)	23 (2.9)	9 (1.1)	797 (100.0)	
Age (yrs)									< 0.01
10–29	205 (57.7)	4 (1.1)	32 (9.0)	12 (3.4)	83 (23.4)	15 (4.2)	4 (1.1)	355 (100.0)	
30–49	298 (55.4)	40 (7.4)	61 (11.3)	37 (6.9)	76 (14.1)	18 (3.3)	8 (1.5)	538 (100.0)	
50–69	176 (57.7)	71 (23.3)	12 (3.9)	14 (4.6)	21 (6.9)	6 (2.0)	5 (1.6)	305 (100.0)	
70 +	70 (49.0)	49 (34.3)	5 (3.5)	6 (4.2)	8 (5.6)	1 (0.7)	4 (2.8)	143 (100.0)	
Region									< 0.01
Urban	633 (58.4)	89 (8.2)	98 (9.0)	58 (5.4)	152 (14.0)	34 (3.1)	19 (1.8)	1083 (100.0)	
Rural	76 (42.9)	73 (41.2)	6 (3.4)	7 (4.0)	15 (8.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	177 (100.0)	
Living alone									0.003
No	618 (56.5)	145 (13.3)	72 (6.6)	62 (5.7)	146 (13.4)	35 (3.2)	15 (1.4)	1093 (100.0)	
Yes	107 (54.0)	17 (8.6)	26 (13.1)	6 (3.0)	34 (17.2)	3 (1.5)	5 (2.5)	198 (100.0)	
Physical illness									< 0.01
No	525 (55.0)	80 (8.4)	88 (9.2)	53 (5.5)	159 (16.6)	35 (3.7)	15 (1.6)	955 (100.0)	
Yes	207 (57.2)	83 (22.9)	20 (5.5)	15 (4.1)	28 (7.7)	3 (0.8)	6 (1.7)	362 (100.0)	
Previous history of psychiatric illness									< 0.01
No	320 (48.2)	111 (16.7)	80 (12.0)	37 (5.6)	93 (14.0)	16 (2.4)	7 (1.1)	664 (100.0)	
Yes	421 (64.3)	50 (7.6)	25 (3.8)	32 (4.9)	93 (14.2)	22 (3.4)	12 (1.9)	655 (100.0)	
Previous suicidal attempt									< 0.01
No	458 (56.1)	127 (15.5)	70 (8.6)	40 (4.9)	88 (10.8)	22 (2.7)	12 (1.5)	817 (100.0)	
Yes	225 (58.1)	24 (6.2)	22 (5.7)	22 (5.7)	77 (19.9)	9 (2.3)	8 (2.1)	387 (100.0)	

는 환자에 비해 더 많았고, 정신과적 과거력이 있는 환자에서는 우울장애, 양극성장애, 조현병 및 기타 정신병적 장애의 비율이 정신과적 과거력이 없던 환자에 비해 높게 나타났다 (Table 5).

고 찰

본 연구는 2013년 5월부터 2013년 11월까지 자살기도로 응급실을 방문한 1359명을 대상으로 인구학적 및 임상적 특징, 자살기도의 원인과 방법, 응급실 퇴실 시 최종 진단명을 조사하였으며, 대상 집단이 전국적 대표성을 띨 수 있도록 전국 인구 비례를 고려하여 17개 병원을 선정하여 실시한 최초의 전국적 조사라고 할 수 있다.

본 연구에서 자살기도자의 수는 여성(59.2%)이 남성(40.8%)에 비해 약 1.5배 많았는데, 일반적으로 자살시도는 여성에서 더 많고, 자살시도로 인해 죽음에까지 이르는 경우는 남성이 더 많은 것으로 알려져 있다.[18][19] 이러한 현상에 대해 가능한 설명 중 하나는 남성이 여성보다 더 치명적인 자살기도 방법을 사용하기 때문이라는 것이다.[19] 본 연구에서도 여성에서는 치명성이 낮은 자살방법으로 분류되는[20] 약물 음독과 날카로운 물질을 이용한 자상의 비율이 높게 나타난 반면, 남성에서는 치명성이 높은[21] 농약 음독과 가스 음독이 여성에서보다 높은 비중을 차지하였다.

자살을 시도하게 된 원인의 분포에 있어서도 남녀 간 차이가 있었다. Li 등[22]에 따르면 여성 자살기도자들을 대상으로 조사했을 때, 대인관계에서의 갈등이 전체 자해행위 중 87%에까지 기인한 것으로 나타났는데, 본 연구에서도 여성에서 대인관계 문제가 직접적인 자살기도의 원인이 된 경우가 남성에서보다 많게 나타났다. 한편 남성의 자살에서 직업적 요인과 경제적 문제가 더욱 중요하게 작용한다는 것은 기존의 연구결과[18]와 일치하였으며, 특히 아시아 남성에서 직장관련 문제 또는 실직이 자살과 더욱 밀접한 영향을 갖는 것으로 알려져 있다.[23]

Pirkola 등[24]의 조사에 따르면 음독 자살은 여성, 또는 과거 정신과 치료력이 있으면서 동시에 자살기도력이 있는 환자에서 더 많이 발생하였다. 본 연구에서도 여성과 기존 정신과적 병력이 있는 자에서 음독 자살이 두드러지게 높게 나타났으며, 자살기도의 과거력이 있는 자에서는 날카로운 물질

Table 5. Final diagnosis of suicidal attempters according to gender, age, region, and clinical variables

	Depressive disorders, n (%)	Adjustment disorders, n (%)	Bipolar disorders, n (%)	Schizophrenia and other psychotic disorders, n (%)	Substance use disorders, n (%)	Other psychiatric diagnosis, n (%)	Others*, n (%)	Total, n (%)	p value
Total	862 (63.4)	157 (11.6)	102 (7.5)	58 (4.3)	34 (2.5)	71 (5.2)	75 (5.5)	1359 (100.0)	
Gender									< 0.01
Male	324 (58.5)	84 (15.2)	28 (5.1)	21 (3.8)	28 (5.1)	33 (6.0)	36 (6.5)	554 (100.0)	
Female	538 (66.8)	73 (9.1)	74 (9.2)	37 (4.6)	6 (0.7)	38 (4.7)	39 (4.8)	805 (100.0)	
Age (yrs)									< 0.01
10–29	199 (55.0)	49 (13.5)	43 (11.9)	16 (4.4)	6 (1.7)	36 (9.9)	13 (3.6)	362 (100.0)	
30–49	345 (63.5)	51 (9.4)	48 (8.8)	32 (5.9)	14 (2.6)	16 (2.9)	37 (6.8)	543 (100.0)	
50–69	213 (69.2)	36 (11.7)	10 (3.2)	8 (2.6)	13 (4.2)	9 (2.9)	19 (6.2)	308 (100.0)	
70 +	103 (71.5)	21 (14.6)	1 (0.7)	2 (1.4)	1 (0.7)	10 (6.9)	6 (4.2)	144 (100.0)	
Region									< 0.01
Urban	702 (64.1)	117 (10.7)	90 (8.2)	47 (4.3)	21 (1.9)	57 (5.2)	61 (5.6)	1095 (100.0)	
Rural	107 (59.4)	34 (18.9)	7 (3.9)	9 (5.0)	10 (5.6)	10 (5.6)	3 (1.7)	180 (100.0)	
Living alone									0.337
No	720 (65.2)	120 (10.9)	83 (7.5)	46 (4.2)	27 (2.4)	62 (5.6)	46 (4.2)	1104 (100.0)	
Yes	118 (59.0)	29 (14.5)	15 (7.5)	10 (5.0)	7 (3.5)	8 (4.0)	13 (6.5)	200 (100.0)	
Physical illness									0.001
No	593 (61.4)	118 (12.2)	87 (9.0)	50 (5.2)	21 (2.2)	48 (5.0)	49 (5.1)	966 (100.0)	
Yes	254 (69.6)	36 (9.9)	15 (4.1)	5 (1.4)	12 (3.3)	21 (5.8)	22 (6.0)	365 (100.0)	
Previous history of psychiatric illness									< 0.01
No	409 (60.9)	131 (19.5)	17 (2.5)	12 (1.8)	21 (3.1)	36 (5.4)	46 (6.8)	672 (100.0)	
Yes	444 (67.1)	23 (3.5)	82 (12.4)	44 (6.6)	12 (1.8)	34 (5.1)	23 (3.5)	662 (100.0)	
Previous suicidal attempt									< 0.01
No	523 (63.4)	130 (15.8)	41 (5.0)	31 (3.8)	22 (2.7)	39 (4.7)	39 (4.7)	825 (100.0)	
Yes	256 (65.5)	18 (4.6)	59 (15.1)	20 (5.1)	10 (2.6)	24 (6.1)	4 (1.0)	391 (100.0)	

* : non-psychiatric diagnosis or unknown

에 의한 자상이 특징적으로 높게 나타났다. 농약 음독에 의한 자살기도는 2012년 예비조사의 15.4%에 비하면 12.2%까지 약간 줄어든 것으로 나타났는데, 이는 2012년부터 그라목손의 판매가 전면 금지된 영향에 대해 고려해볼 수 있겠다.

본 연구에 참여한 자살기도자들 중 절반에 가까운 49.6%가 자살기도를 하기 전에 이미 정신과적 병력이 있었다. Suominen 등[25]에 따르면 자살시도 전 한 달 동안 주요우울증으로 정신과적 치료를 받았던 환자들을 조사해 보았을 때 충분한 용량의 항우울제 투여(16%), 주 1회 정신치료(16%) 등 적절한 치료를 받고 있었던 환자들은 소수에 불과하였다. 따라서 본 연구에서 자살기도 이전에 정신과 질환이 있는 것이 확인되었던 환자들도 자살기도를 막기 위해 충분히 적극적인 치료를 받지 못하였을 가능성이 크다.

또한 자살기도 원인의 분포에서 정신과적 증상은 62.2%로 가장 높은 비율을 차지하였고, 전체 대상자 중 정신과적 진단을 내릴 수 있었던 사람은 94.5%에 달하였다. 실제로 정신과 질환은 자살행동에 영향을 미치는 주요 요인 중 하나이며, 90% 이상의 자살자가 자살 시점에 DSM-IV에 의해 진단될 수 있는 정신과적 질환을 가지고 있다는 것은 이미 잘 알려져 있는 사실이다.[26][27] 따라서 정신과를 방문한 환자들을 대상으로 자살가능성을 염두에 둔 적극적이고 지속적인 치료가 이루어질 필요가 있다.

본 연구의 제한점으로는 일반적으로 자살기도자들의 응급실 체류시간이 짧고, 응급실 상황의 특성상 심도 있는 면담에 제약이 있을 수 있다는 점과, 자살기도자들의 진단을 내릴 때 구조화된 진단도구를 이용하지 않았고, 정신건강의학과 의사 1인 단독의 판단에 의해서 이루어졌기 때문에 타당도, 신뢰도의 문제가 있을 수 있는 점을 들 수 있다. 또한 신체적 질병의 유무를 조사하였지만 심각도에 따른 구분을 하지 않아서 신체적 건강 상태가 자살행태에 미치는 영향을 정확히 평가하기 어려웠고, 마지막으로 의학적 상태가 위중하여 면담이 불가능했던 환자, 대형병원이 아닌 중, 소형병원의 응급실을 방문한 환자 또는 자살기도를 했지만 응급실을 이용하지 않은 환자 등은 연구에 포함되지 않았기에 연구결과

의 일반화에 제한이 있을 수 있다. 그럼에도 불구하고, 본 연구는 최초의 국가 단위의 대표성을 띤 자살기도자 실태조사라는 점에서 그 의의가 있고, 추후 더욱 체계화된 후속연구를 통해 자살기도자와 자살자에 대한 이해를 넓히고, 향후 자살기도 및 자살을 예방하기 위한 대책 수립의 근거를 마련해야 할 것이다.

중심 단어: 자살시도·자살기도 원인·자살기도방법·정신과적 진단.

Acknowledgments

이 연구는 보건복지부의 2013 자살실태조사 연구기금에 의해 수행되었음.

Conflicts of interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

1) **World Health Organization.** Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization;2014.
2) **Bennett AT, Collins KA.** Suicide: a ten-year retrospective study. J Forensic Sci 2000;45:1256-1258.
3) **Hughes DH.** Can the clinician predict suicide? Psychiatr Serv 1995;46:449-451.
4) **Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM.** Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 2003;33:395-405.
5) **Korean Association for Suicide Prevention.** A research on the construction of psychological autopsy for suicide victims and case management for suicide attempters. Sejong: Ministry of Health & Welfare;2009.
6) **Gyeonggi Provincial Center for Suicide Prevention.** 2013 Gyeonggi Province psychological autopsy report. Suwon: Gyeonggi Provincial Center for Suicide Prevention;2014.
7) **Incheon Metropolitan Suicide Prevention Center.** A report on the psychological autopsy in Incheon. Incheon: Incheon Metropolitan Suicide Prevention Center;2014.
8) **Na KS, Paik JW, Yun MK, Kim HS.** Psychological Autopsy: Review and Considerations for Future Directions in Korea. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54:40-48.
9) **Nordström P, Asberg M, Aberg-Wistedt A, Nordin C.** Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. Acta Psychiatr Scand 1995;92:345-350.
10) **Beautrais AL.** Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. Aust N Z J Psychiatry 2003;37:595-599.
11) **Beautrais AL.** Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? Psychol Med 2001;31:837-845.
12) **Weissman MM.** The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1971. Arch Gen Psychiatry 1974;30:737-746.
13) **Kim SY, Song HS, Kim KD, Lee KK.** A Study of Patients with Suicidal Attempt. J Korean Soc Emerg Med 1999;10:560-567.
14) **Park JH, Wi DH.** Clinical Analysis of the Suicidal Attempters Visiting Emergency Center. J Korean Soc Emerg Med 1999;10:568-578.
15) **Choi DC, Kim HY, Kim CH, Park SH, Kim SH, Cho YR, et al.** Sociodemographic characteristics of the suicide attempters visiting emergency room. Korean J Psychopathol 2000;9:36-49.
16) **Hur JW, Choi KY, Lee BH, Shim SH, Yang JC, Kim YK.** The Psychosocial Factors Affecting Suicide Attempt. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2007;46:129-135.
17) **Lim M, Kim SW, Nam YY, Moon E, Yu J, Lee S, et al.** Reasons for desiring death: examining causative factors of suicide attempters treated in emergency rooms in Korea. J Affect Disord 2014;168:349-356.
18) **Hawton K.** Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. Br J Psychiatry 2000;177:484-485.
19) **Mościcki EK.** Gender differences in completed and attempted suicides. Ann Epidemiol 1994;4:152-158.
20) **Elnour AA, Harrison J.** Lethality of suicide methods. Inj Prev 2008;14:39-45.
21) **Florentine JB, Crane C.** Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. Soc Sci Med 2010;70:1626-1632.
22) **Li X, Phillips MR, Cohen A.** Indepth interviews with 244 female suicide attempters and their associates in northern China: understanding the process and causes of the attempt. Crisis 2012;33:66-72.
23) **Chen YY, Wu KC, Yousuf S, Yip PS.** Suicide in Asia: opportunities and challenges. Epidemiol Rev 2012;34:129-144.
24) **Pirkola S, Isometsä E, Lönnqvist J.** Do means matter?: Differences in characteristics of Finnish suicide completers using different methods. J Nerv Ment Dis 2003;191:745-750.
25) **Suominen KH, Isometsä ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lönnqvist JK.** Inadequate treatment for major depression both before and after attempted suicide. Am J Psychiatry 1998;155:1778-1780.
26) **Bertolote JM, Fleischmann A.** Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry 2002;1:181-185.
27) **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.