한국사회복지학
Korean Journal of Social Welfare, Vol. 67, No. 1, 2015. 2, pp. 55-81

한국 농촌지역 자살에 대한 심리부검 연구

최 명 민+
(백석대학교)
김 도 윤++
(충남광역정신건강증진센터)
김 가 득
(전북대학교)

[요 약]

본 연구에서는 자살사망자가 많은 한국사회 중에서도 자살률이 높은 농촌지역 자살사건에 영향을 주는 요인과 경로를 파악하고 이에 기반을 둔 자살예방 대책을 강구하기 위하여 자살원인을 후향적으로 조사하는 심리부검을 진행하였다. 본 연구는 개인의 심리적 측면 뿐 아니라 사회문화적 요인에 초점을 두며 유가족 지원사업을 병행하도록 기획되었다는 점에서 기존의 심리부검연구들과 차별성을 갖는다. 이에 따라 유가족이 동의한 25사례를 조사분석한 결과 농촌지역 자살위기자의 전형적 특성을 파악하고 남성노인, 여성노인, 청장년층 귀향자 유형에 따른 사회문화적 영향요인을 규명할 수 있었다. 그리고 자살원인과 경로를 입체적으로 보여주는 농촌지역 자살의 심리사회적 요인 상호작용 모형을 도출하였다. 이를 토대로 장단기별 농촌지역 자살예방 대책을 구체적으로 제시하였다.

주제어 : 자살, 심리부검, 농촌지역, 유가족, 심리사회적 요인

1. 서론

한국사회에서 자살은 2000년대 중반 이후 심각한 사회문제로 부각되어 왔다. 2013년 통계청에서 발

+ 주저자
++ 교신저자

표한 한국의 자살률은 10만 명 당 28.1명으로 한 해에 약 만 6천명에 가까운 생명이 자살로 생을 마감하고 있다(통계청, 2013). 한국의 자살률은 OECD 국가 중에서 뿐 아니라 전 세계적으로도 매우 높은 수준이다. 특히 한국 내에서도 고령화가 진행된 농촌지역의 자살비율은 도시지역에 비해 월등히 높은 것으로 보고되고 있다. 이는 한국의 자살률, 그중에서도 특히 농촌지역의 자살률이 왜 그렇게 높고 심각한지에 대한 면밀한 원인조사와 이에 따른 보다 근본적인 대책이 수립될 필요성이 있음을 의미한다.

그러나 그동안 한국사회에서는 자살 원인에 대해 체계적으로 규명하기보다는 대책 마련과 시행에 급급했던 것이 사실이다. 이는 자살문제의 시급성 차원에서 일면 수긍이 가지만 자살예방 선진국들이 장기간의 원인조사와 그에 근거한 대책을 개발해 왔음을 감안할 때 우리도 한국사회의 자살문제에 작동하는 기제를 보다 면밀히 파악해 보려는 노력이 필요한 것은 분명하다.

따라서 본 연구는 한국 농촌지역 자살의 주원인을 탐색하기 위하여 심리부검을 시행하였다. 심리부검(psychological autopsy)은 자살의 동기·원인을 추정하기 위해 고인에 대한 수사기관, 의료기관 등의 정보는 물론, 가족, 친구, 동료, 주변인의 진술 등 활용가능한 모든 정보를 수집하여 자살의 구체적 정황을 밝혀냄으로써 자살의 실체에 접근하는 방법이다. 자살 원인규명을 위한 심리부검은 여러 국가에서 진행되어 왔으며 특히 핀란드는 국가자살예방 프로젝트로 1980년대에 1년간 자살자 전수를 조사하고 자살원인 규명과 이에 따라 도출한 대책을 시행하여 자살률이 20%이상 감소되는 성과를 거둔 바 있다.

우리나라에서도 자살문제가 심각해지면서 심리부검의 필요성이 제기되어 왔다. 따라서 2009년 한국자살예방협회가 추축이 되어 심리부검연구를 시행했지만 자살자 주변인에 대한 접근이 어려워 7건을 분석하는데 그쳤으며(홍강의 외, 2009), 이후 강원도 태백지역을 중심으로 생명의 전화에서 실시했던 심리부검도 10건을 분석하는데 그친 바 있다(하상훈·나선영, 2010). 서종한 외(2012)의 연구는 비교적 많은 사례(56건)를 대상으로 했는데 이는 경찰인력을 통해 문서 위주의 조사가 이뤄졌기에 가능했을 것으로 사료된다.

이러한 선행 연구들은 유가족의 협조를 얻어내기가 어려운 우리 현실에서 진행된 선구자적 연구로서 그 의의를 갖지만 그만큼 심리부검을 위해서는 유가족의 협조를 이끌어낼 수 있는 기제가 필요하다는 것을 보여준다. 또한 이 연구들에서 사용한 심리부검방식은 서구에서 정신의학적 관점에 의거해 개발된 양식을 토대로 함으로써 개인의 심리상태나 질병 요인을 파악하는 데에는 유용하지만 복합적인 사회적 요인들을 다각적으로 짚어내는 것에 한계가 있었다는 점에서 보다 종합적인 자살원인규명과 그에 따른 대책마련이 요구된다.

이에 본 연구는 유가족 협조를 촉진하고 그 한계를 보완할 수 있는 기제를 마련하며 사회적 요인을 보강하기 위하여 기존 심리부검연구들과 비교하여 다음과 같은 차별성을 갖고 진행하였다. 첫째, 개인의 정신의학적 측면에 비중을 두었던 기존 심리부검의 초점을 확대하여 사회환경적 요인들이 반영되도록 하였다. 이에 따라 조사 매뉴얼에 유가족 외에 관련자와 기관들을 대상으로 하는 양식들을 포함시키고 자살자에 대한 정보 뿐 아니라 그가 속한 지역사회에 대한 정황이나 견해들도 다각도로 수집될 수 있도록 하였다. 둘째, 자살로 인한 상실과 낙인의 이중적 고통에 처한 유가족을 조사 대상으로

만 접근하지 않고 이들의 고통을 이해하고 다뤄줄 수 있는 유가족 지원사업과 병행하여 진행하였다. 셋째, 기존 심리부검 연구들이 주로 수량적 조사표를 활용한 것과 달리 본 연구는 수량적 기초 조사와 더불어 심도 있는 인터뷰도 병행하였다. 이는 숫자로 전환될 수 없는 다양한 사연과 진술을 확보하여 자살의 원인에 보다 심층적이면서도 다각적으로 접근해 보고자 한 것이다.

이와 같은 본 연구는 한국 농촌지역 자살의 원인을 총체적으로 이해하고 보다 지역적 특성에 맞는 효과적인 자살예방 대책을 마련하는 데에 기여할 수 있을 것으로 기대한다.

2. 심리부검의 개념과 선행연구 고찰

1) 심리부검이란?

심리부검, 또는 심리적 부검(psychological autopsy)이란 자살에 선행하는 심리적이고 맥락적인 상황을 이해하기 위해 자살자에 대해 수집된 포괄적인 후향적 정보를 가지고 자살의 원인을 과학적으로 규명하는 방법이다(Conner et al., 2011). 사망 수개월 내에 수사기관이나 의료진과 검시관의 기록으로부터 얻은 정신의학적 정보와 자살자의 가족, 친구, 동료, 지역사회 전문가 등과 구조화된 면담(interview)을 통해 수집한 정보를 분석함으로써 사망자의 자살 의지와 자기위해 정도를 밝혀내는 것이다. 따라서 심리부검의 일차적 목적은 다양한 정보를 종합하여 자살사건이 실제로 타살이나 사고사가 아닌 자살이었는지를 결정하는데 도움을 얻는 것이다(문국진, 1991). 즉 죽음의 원인을 확실하게 알 수 없을 때 그 죽음의 구체적인 원인과 심리 정황을 밝혀냄으로써 자살의 실체에 접근하는 것이다. 이 과정이 적절히 수행된다면 유가족의 죄책감이나 수치감을 경감시키는 사후 상담으로 기능할 수 있고(Shneidman, 1994), 이 자료는 유가족 지원사업을 위한 기초정보로 활용되기도 한다.

이를 위해 가족 구성원을 비롯한 지인과의 인터뷰를 통하여 사망자의 의료기록과 정신병력, 집안배경, 성격과 생활습관, 정신적 압박과 불균형시기에 대응하는 방식에 대해 알아보고 죽음의 시기를 기점으로 이전 며칠, 몇 주, 혹은 몇 달 동안 불안감, 압박감, 혹은 긴장감을 드러내거나 문제가 생길 것에 대해 걱정을 한 적은 없는지, 평소 생활과 죽음에 알코올이나 약물이 어느 정도 영향을 끼쳤는지, 개인적인 인간관계는 어떠했는지, 사생활이나 직장생활 중 식습관이나 성생활에 변화는 없었는지, 자살의도가 어느 정도나 있었는지 등에 대해 조사하며 마지막으로 인터뷰에 응하는 사람들의 반응을 살핀다(이문희 역, 2004 : 49). 이렇게 수집한 자료에 대한 철저한 분석과 결과 검증이 필수적이기 때문에 인터뷰과정이나 분석과정에 정신의학, 심리학, 사회복지학 등의 전문가가 관여하여 전문적 분석이 이뤄진다(전충현・임석현, 2012: 85).

그러나 심리부검은 그 용어 정의에 있어서나 시행 목적에 있어서 매우 조심스럽고 신중해야 한다는 주장들이 제기되어 왔다. 즉 심리부검은 궁극적 해결책이 아니라 하나의 방안으로 여겨져야 하며 심리부검에 응하는 유가족이나 친지들의 반응은 지역이나 문화에 따라 상이하고 그에 따라 연구의 깊

이와 축적도도 상이하다는 점도 유의해야 한다(신성원, 2005). 심리부검으로 큰 효과를 거둔 핀란드는 자살자 가족 80%가 심리부검에 협조한 것이 성공적 요인이었으나 한국이나 일본 등 아시아 문화권의 유가족들은 죽음을 터부시하는 문화적 특성으로 인해 심리부검 시행이 쉽지 않은 것으로 알려져 왔다.[1)]

2) 선행연구 고찰

심리부검은 1930년대 미국 뉴욕에서 발생한 경찰 93명의 연속적인 자살사건의 원인 규명을 위한 조사에서 시작되었다. 이후 Robins 등이 좀 더 표준화된 인터뷰양식을 개발하여 134건의 연속 자살사건을 조사하면서 현대적 의미의 연구가 본격화 되었다(이문희 역, 2004: 48). 1958년 LA자살예방센터의 사망원인 조사연구에 참여한 Shneidman은 신체부검(physical autopsy)과 비교되는 의미로 심리부검(psychological autopsy)이라는 단어를 만들어 사용하였다. 이후 지역사회, 경찰, 검찰, 법원, 군대, 교도소 등에서 자살사망자에 대한 활발한 심리부검이 이루어졌고, 이러한 노력을 통해 미국 자살률은 1990년 인구 10만명당 19명에서 2000년 14명 수준으로 감소한 바 있다(신성원, 2005: 239).

현재까지 이루어진 심리부검 연구들에서 정신질환은 가장 강력한 원인으로 밝혀져 왔다(Brent et al., 1994; Schneider et al., 2006; McGirr et al., 2008). 스트레스 생애사건(stressful life events)도 자살 위험요인으로 보고되어 왔는데 이 중에서도 배우자와의 갈등과 같은 가족관계를 비롯한 대인관계 문제가 주요 위험요소로 나타나고 있으며 특히 대인관계 문제가 술 문제와 관련될 때 자살 위험성은 더욱 증가하는 것으로 나타나고 있다(Conner et al., 2011). 또한 성장기 학대경험이나 심리적 손상(Michel et al., 2011), 아동기 정서장애 등도 자살행동과 관련이 높은 것으로 보고되고 있다(Brent et al., 1994; Kim et al., 2003). 이 외에도 자살시도 경험(Phillips et al., 2002; Chieu, 2004), 사회기술 부재로 인해 나타나는 고립감과 소외감(Lee, 2002), 건강문제(Zhang and Ma, 2012) 등도 자살에 영향을 미치는 요인으로 밝혀져 왔다.

연구 초기 일반 인구집단을 대상으로 했던 심리부검 연구는 문제의식에 따라 청소년, 청년, 중년기 성인, 노인과 같은 발달주기나 간호사 등과 같은 특정 직업군에 초점을 맞춘 연구로 세분화되는 경향이 보고되고 있다(홍강의 외, 2009). 연구방법도 다양화되면서 사례 대조군을 설정하여 자살사망이 아닌 자연사나 사고사 등과 비교하는 연구들도 시행되어 왔다(Michel et al., 2011; Seguin et al., 2011; Hirokawa et al., 2012; John et al., 2012).

이와 같이 지금까지는 정신질환과 스트레스 생애사건이 가장 일반적인 자살위험요인으로 보고되어 왔지만 앞으로 심리부검 연구는 연구방법을 개선하고 현재까지 덜 연구된 분야에 관심을 기울임으로써 기존 연구들과 차별화한 시도를 해야 한다는 주장도 제기되고 있다(Conner et al., 2011: 601-602). 즉 앞으로는 질병 추이, 스트레스 생애사건의 타이밍, 스트레스의 심각도, 독립 요인과 의존 요인의

1) 따라서 본 연구 조사과정에서는 심리부검 대신 '심리사회적 원인조사'라는 용어를 사용하였다. 그러나 이 글에서는 학문적 소통과 기존연구와의 연관성을 위하여 심리부검 용어를 그대로 사용한다.

구분, 스트레스 생애사건과 다른 위험요인과의 관계, 초기 아동기 학대 여부, 주변 환경적 요인 등을 고려해야 한다는 것이다.

그동안 국내 심리부검에 관한 연구는 자살에 대한 사회의 부정적 인식으로 인해 거의 초보적 수준에 머물러 온 것으로 평가받아 왔다. 1991년 법의학자 문국진(1991)에 의해 처음으로 심리부검이라는 단어가 소개된 이후, 최상섭(2003)이 국내·외 사례를 제한적으로 일부 소개했으며, 신성원(2005)은 심리부검과 관련된 윤리적 고려사항을 논의하였다. 이후 주로 군과 경찰 내 자살자의 심리부검 필요성을 제시한 연구들이 진행되어 왔다(최광현, 2008; 신성원, 2011; 전충현·임석현, 2012; 송혜진, 2013).

국내에서는 2009년 한국자살예방협회에서 한국형 심리 부검 조사체계를 개발하고 경찰서와 정신보건센터의 협조를 얻어 7사례를 대상으로 시행한 연구를 공식적인 일반인 대상 첫 심리부검 연구로 보고 있다. 여기서는 자살자의 사회적 과거력, 성격, 대인관계, 업무 만족도, 사망 당시 특징 및 행동변화, 정신질환을 중심으로 조사분석 하였다(홍강의 외, 2009). 당시 이 연구는 유가족이 인터뷰 자체를 꺼리고 그나마 응하는 유가족도 굉장히 소극적이어 연구자체에 어려움을 겪은 것으로 사회적 주목을 받았다(주간조선, 2013). 이후 생명의 전화에서도 당시 전국 최고의 자살률을 기록한 강원도 태백지역의 심리부검을 실시하여 경제적 안전망 구축, 정신건강에 대한 인식개선, 자살 유가족에 대한 사회적 편견 개선 등을 제안하였으나 이 역시 상당한 물적, 인적 자원투입에도 불구하고 10사례 조사에 그친 바 있다(하상훈·나선영, 2010).

최근 한국이 10년째 OECD 자살률 1위를 차지하는 상황 속에서 자살예방의 필요성이 중요시되면서 심리부검 연구에 대한 관심이 높아지고 있다. 자살사망의 주요 원인으로 경제적 문제와 대인관계 갈등을 대표적인 위험요인으로 보고한 연구(이구상 외, 2012)와 대조군을 설정하여 학교나 직장에서의 적응 정도, 과거 자살시도 혹은 자해 경험, 주변인과의 관계형성 단절로 인한 지지체계 손상 등이 자살의 주요인임을 밝힌 연구(서종한 외, 2012), 국내 최초로 심리부검을 재판상 감정으로 활용하여 공무상 질병의 판단을 밝힌 사건에 관한 연구(황태윤 외, 2014) 등이 여기에 해당된다. 이와 같이 국내에서도 활발히 연구가 시작되고 있기는 하나 논문에 대상자 선정 방법이나 조사 시기 등이 명확히 나타나 있지 않고 분석이 다소 단편적인 한계를 보이고 있어 앞으로 이를 극복한 보다 다양한 연구들이 제시될 필요성을 보여주고 있다.

3. 연구방법과 고려사항

1) 연구대상과 진행시기

본 연구 질문에 답하기 위하여 최근 몇 년간 자살률이 높게 보고되어 온 한 개 도내 농촌지역 시·군 중, 통계 발표 기준으로 자살사망률이 가장 높았던 4개 지역을 대상으로 하였다. 따라서 이들 지역

에서 2012년 1년간 발생한 자살사건 중 유가족 동의가 이루어진 사례들에 대하여 조사를 진행하였다. 핀란드 심리부검 매뉴얼에 따르면 심리부검면담은 사망사건 1~3개월 후 시행하도록 하고 있지만 국내 연구에 따르면 사후 3개월 이전 면담은 피면담자에게 고통을 줄 수 있다는 보고도 있다(서종한 외, 2012). 실제로 본 연구진의 현장 접촉 결과 자살사건 후 6개월 이전에는 유가족이 외부인과 접촉을 거부하는 경우가 많아서 외국 연구들에서보다 더 긴 시간이 필요하였다. 따라서 이로 인한 정보의 정확성이나 충분성에 제한을 고려하되 현실적 여건을 수용할 수밖에 없었다. 이에 따라 본 연구는 2013년 1월부터 11월까지 11개월간 진행되었으며, 자살 사건 이후 6개월이 지난 시점의 사례들을 대상으로 하였다.

본 연구의 조사대상인 정보제공원의 구성은 〈표 1〉에서 보는 바와 같다.

〈표 1〉 자살자 심리사회적 원인조사에 관한 정보제공자

구분	빈도(명)	백분율(%)	비고
가족	28	35.00	·평균 : 3.2명 ·최대 : 5명 ·최소 : 2명 ·가족구성원 : 배우자(15), 부모(7), 형제(2), 자녀(4) ·기타 :친척(2), 친구(1), 입소시설 직원(1)
사건 담당 경찰(수사관)	24	30.00	
보건진료소 소장 및 직원	13	16.25	
이장	4	5.00	
정신건강증진센터 직원	4	5.00	
이웃	3	3.75	
기타	4	5.00	
합계	80	100.00	

여기에는 유가족(35%) 뿐 아니라 보건진료소, 정신건강증진센터, 이장 등이 포함되었는데 이들 공적 체계의 정보제공자들은 전체의 약 56%였다. 본 연구가 자살자와 그가 속한 지역사회와의 상호작용 전반에 대한 정보를 수집하고자 하였다는 점에서 이들의 비중은 중요한 의미를 갖는다. 본 연구는 사례 당 평균 3.2명의 정보제공자과 면담을 진행하여 비교적 다양한 체계들로부터 고인에 대한 정보를 수집하였음을 보여준다.

2) 연구진행자

연구진행을 위한 조사자는 자살관련 연구와 실무경험이 있는 박사 연구원 3인과 실무지원을 담당하는 정신보건간호사와 사회복지사 각 1인씩 총 5인으로 구성되었다. 사례조사는 박사급 연구원 1인과 실무담당자 1인이 조를 이뤄 진행하였으며, 이를 위해 본 조사가 진행되기 전 6개월(2012년 6월 ~ 2012년 12월) 동안 준비과정을 통해 수차례 교육과 회의, 그리고 워크숍을 거쳐 심리부검과 유가족상담에 대한 교육을 시행하고 실제 진행과정을 연습하였다.

3) 조사도구

본 연구를 위한 조사양식은 핀란드 보건복지연구원(THL)에서 1980년대에 전국적으로 시행한 심리부검 사업에서 활용했던 양식을 토대로 하되, 국내 연구 중 홍강의 외(2009)가 진행한 자살예방협회 연구와 하상훈과 나선영(2009)이 진행한 생명의 전화 연구에서 활용된 양식들을 종합하여 본 조사에 맞게 개발하였다.

개발의 원칙은 첫째, 정신과 질환에 초점이 맞춰져 있는 기존 양식들에 사회문화적 요인들을 보강하는 것, 둘째, 유가족 지원과 병행하기 위하여 유가족 면담양식을 추가하는 것, 셋째, 유가족 외의 다양한 체계들을 대상으로 하는 양식을 포함시키는 것, 넷째, 조사에 필요한 지침들을 종합 매뉴얼로 제공하는 것 등이었다. 이에 따라 본 연구에서 개발하여 활용한 양식들은 다음과 같다.

- 유가족 상담 및 상황점검 양식 : 유가족의 상태, 대처, 도움필요 정도 등
- 자살원인 조사양식 : 고인의 일상생활 및 자살 과정과 배경 등
- 경찰 대상 조사양식: 경찰 조사내용, 고인과 지역사회에 대한 견해 등
- 이장 및 보건진료소장 대상 조사양식 : 고인 및 지역사회에 대한 견해 등
- 친구 및 이웃 대상 조사양식 : (필요 시) 고인의 사회생활 및 인간관계 등
- 치료자 대상 조사양식 : 고인의 의료적 치료책임자로서 경험과 견해 등
- 기타 사회복지 및 서비스 기관 대상 조사양식 : 도움요청과 반응, 효과 등
- 총괄요약보고서 : 모든 조사양식들을 종합하여 정리, 요약하여 대안기록
- 매뉴얼 : 조사원칙, 과정, 대상별 면담 및 대처방안, 자료 처리, 기록 등

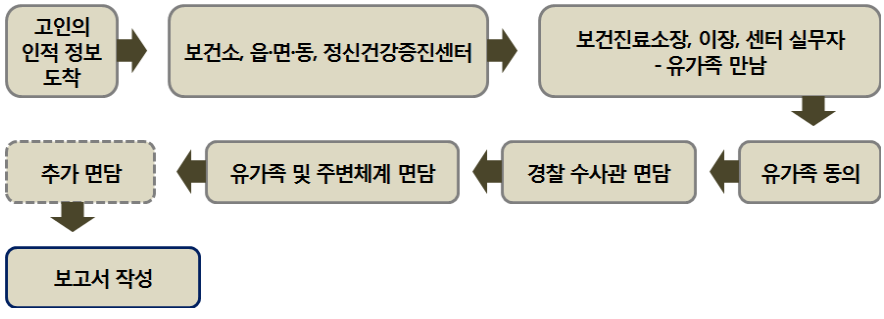
4) 심리부검 일정 및 진행과정

본 연구는 다음과 같은 일정을 통하여 진행되었다.

〈표 2〉 연구 진행 일정

일시	사업	내용
2012년 6월~12월	연구팀 구성과 준비과정	·조사양식과 매뉴얼 개발 및 조사팀 구성과 훈련 ·해당 지방경찰청 협조 하에 조사대상 명단 확보 ·해당지역 보건진료소, 정신건강증진센터 회의를 통해 유가족 지원사업, 조사사업 안내 및 협력 요청
2013년 1월~11월	조사 및 유가족 지원사업	·2인1조 방문조사와 유선조사 / 유가족 지원사업 ·중간점검
2013년 12월	사후관리	·만족도 조사 ·사후서비스

이 과정에서 가장 관건이 된 것은 유가족의 동의를 얻는 일이었다. 이를 위하여 본 연구에서 중점을 둔 것은 유가족의 거부감을 줄이기 위하여, 유가족이 거주하고 있는 지역을 관할하며 지역주민과 가깝게 소통하고 있는 보건진료소장이나 이장을 통해 접근하도록 한 것이었다. 이를 위하여 본 연구진은 유가족에 대한 접근을 시도하는 보건진료소장과 이장이 참조할 수 있는 〈유가족 협조 동의과정 안내〉 매뉴얼을 제공하고 유가족 동의가 이뤄지면 담당 사례에 대한 경찰수사관 면담을 통해 객관적 자료를 확보한 후 유가족을 비롯한 관련 체계 면담을 시행하였다. 이를 그림으로 정리해 보면 다음과 같다.



〈그림 1〉 연구 진행과정

5) 분석방법

본 조사를 통해 수집된 자료 중 양적 데이터는 SPSS 12를 활용하여 주로 빈도분석을 통해 제시하였고 질적 데이터는 N-vivo 프로그램을 활용하여 원자료에서부터 범주화하는 방식으로 분석하였다.

6) 윤리적 고려 사항

본 연구는 자살이라는 민감한 주제와 그로 인해 고통 받는 유가족과 지인들을 대상으로 한 것이기 때문에 윤리적 요소들이 신중하게 고려되어야 함을 인식하였다. 그러나 본 연구 사업을 진행한 기관 내에 윤리심의기구가 부재한 관계로 공식적인 점검절차를 거치지 못 하였기 때문에 연구진 자체적으로 윤리기준을 구성하여 준수하도록 하였다. 그 윤리기준은 질적 연구수행 및 유가족 상담 기준에 근거하여 설정하였으며 이에 따라 연구참여자의 서면 동의를 얻고 연구를 진행하고 연구 종결 시에는 본 조사연구에 참여한 유가족 대상 만족도를 측정하고 피드백을 받는 과정을 포함시켰다. 또한 각 단계마다 연구윤리 전문가 자문교수를 통해 연구과정에서 자문을 받음으로써 윤리적으로 보다 민감하고 책임성 있는 연구가 진행되도록 노력하였다.

7) 연구의 제한점

본 연구는 사례 수나 각 사례에 대한 정보의 충분성 면에서 한계가 존재한다. 첫째, 개인정보보호법과 관련하여 자살사망자에 대한 인적정보 수집에 협조가 어려웠고 지역 보건진료소장과 이장을 통해 유가족 동의를 이끌어 내는 방식을 취했으나 당사자의 자발성에 의존해야 하는 관계로 무작위 표집이나 심도 있는 양적 분석을 시행하기에 충분한 수 확보가 이뤄지지 못하였다. 둘째, 자살사망자가 고령 노인인 관계로 유가족의 상당수도 노인이어서 의사소통이 원활하지 못한 경우들이 있었고 면담과정에서 보다 정밀한 정보가 필요한 경우들이 있었지만 접근 가능한 체계가 한정적이어서 필요한 모든 정보를 확보하지 못한 한계가 있었다. 예를 들어서 고인을 담당했던 의료기관이나 의료진의 협조를 얻기는 매우 어려웠다. 이러한 이유로 본 연구 결과는 자살사망의 원인을 완벽하게 도출한 것이라기보다는 접근 가능한 자살사례들의 주요 요인들을 분석한 것으로 이해하는 것이 바람직할 것이다.

4. 연구 결과와 분석

1) 고인과 직접 관련된 요인 분석

(1) 고인조사와 관련된 기본 정보

다음 〈표 3〉은 본 조사연구의 대상인 고인에 대한 기본적인 정보이다.

〈표 3〉에서 보듯이 성별은 남성 72%, 여성 28%로 남성이 많고 연령은 대부분 60~80대에 분포하며 평균 연령이 60대 후반으로 나타나고 있어 농촌지역의 높은 노인자살율과 맥락을 같이 함을 알 수 있다. 혼인상태는 기혼이 64%며 이혼, 사별, 미혼도 36%를 차지하였다는데 이중 이혼이 24%였다. 종교는 없는 경우가 있는 경우보다 더 많았고 학력은 초졸이 36%로 가장 많았으며 그 다음 무학이 24%를 차지할 정도로 고인들의 학력은 매우 낮은 편이었다. 직업은 무직이 64%였고, 주부와 단순노무를 제외하고 일정 수입이 있는 직업을 가진 경우는 단 3명에 불과하였다. 이런 직업 불안정성은 경제적으로 심각한 고통을 겪은 경우가 44.4%였다는 것과 무관하지 않을 것이다. 마지막으로 취미생활을 물은 질문에 단 2명 외에는 취미라고 할 만한 것이 없었던 것으로 답하여 그만큼 여유 없이 고단한 삶을 살았던 고인들의 삶을 엿볼 수 있었다.

〈표 3〉 고인에 대한 기본적인 정보(n=25)

구분			빈도(명)	백분율(%)	비고
성별	남		18	72.0	
	여		7	28.0	
연령	20대		1	4.0	·평균 : 66.28세 ·최소값 : 23세 ·최대값 : 93세
	30대		1	4.0	
	40대		2	8.0	
	50대		4	16.0	
	60대		6	24.0	
	70대		4	16.0	
	80대		6	24.0	
	90대		1	4.0	
결혼 상태	기혼		16	64.0	기혼 중 재혼 4명 포함 2명은 이혼 후 재혼 2명은 사별 후 재혼
	이혼		6	24.0	
	사별		2	8.0	
	미혼		1	4.0	
종교	기독교		6	24.0	
	불교		3	12.0	
	천주교		1	4.0	
	없음		15	60.0	
학력	무학		6	24.0	무학 중 2명(여성)은 문맹
	초졸		9	36.0	
	중졸		3	12.0	
	고졸		5	20.0	
	대졸		2	8.0	
직업 (현재)	유	사업(농업포함)	3	12.0	·과거 및 현재 직업이 희망직업인 경우 2 ·원치 않았던 경우 10 ·모름 13
		단순노무	3	12.0	
		주부	3	12.0	
	무	직업수행 불가	13	52.0	
		무직(실직)	3	12.0	
경제 수준	상		5	20.0	·상(풍요로운 편) ·중(먹고사는데 지장 없음) ·하(경제적 고통 심각)
	중		5	20.0	
	하		11	44.4	
	모름		4	16.0	
취미	유		2	8.0	
	무		23	92.0	

(2) 고인의 사망사건과 관련된 개요

고인의 사망과 관련하여 기본적인 사항들을 조사한 결과는 다음과 같다.

〈표 4〉 고인 사망 사건 관련 기본 정보(n=25)

구분		빈도(명)	백분율(%)	비고
사망장소	자택	21	84.0	
	자택 근처 야외	3	12.0	
	직장	1	4.0	
자살수단	음독	11	44.0	제초제 9/살충제 2 차 안 일산화탄소 1
	가스/증기 중독	1	4.0	
	액사(목맴/질식)	13	52.0	
유서	유	6	24.0	
	무	19	76.0	

〈표 4〉에서 보듯이 사망장소는 84%가 자택이었고 나머지도 자택부근이나 직장 등 고인에게 익숙한 장소로 나타났으며 자살수단은 목맴, 음독 순(추락사 0건)으로 나타났다. 또한 유서를 남기지 않은 경우가 76%였고 유서는 남긴 6명도 매우 짧은 1~5줄 정도의 유서를 남긴 것이 특징적이었다.

다음으로 자살사건 3달 내의 주요 스트레스 사건을 보면 〈표 5〉에서와 같이 다양한 생활사건들이 자살의 촉발요인으로 작용한 것을 알 수 있다. 스트레스 사건은 객관적으로도 치명적인 것도 있지만 때로는 가족과의 일시적 분리 같은 평범한 일도 위기 상태에 있는 사람에게는 자살사고를 행동화하는데 기여할 수 있음을 보여준다.

〈표 5〉 사망 3달 내 주요 스트레스 사건(n=25, 중복응답)

구분	빈도(명)	백분율(%)
본인의 질병 악화로 고통심화	7	28.0
의지하던 가족 성원과 분리(본인 및 가족의 입원, 이혼 등)	7	28.0
경제적 스트레스 사건(실직, 부도, 부채상환 등)	4	16.0
가족 간 갈등	3	12.0
가족 및 친척 사망 (자살포함)	3	12.0
기타(이성문제, 법적 유죄판결)	3	12.0

다음 〈표 6〉에서 보듯이 고인의 대다수가 사망 전에 그 전 일상과는 다른 행동양상을 보인 것으로 나타났다. 즉, 어떤 특정 행동을 한다기보다는 이전과 다른 낯선 행동을 하는 것이 자살의 징후임을 알 수 있게 해준다. 더불어 40% 정도는 자살 전에 “죽는 게 낫지 않겠나?”, “우리 집에 금방 다시 올 일이 생길 것이다”와 같이 직간접적으로 자살 의도를 전달한 것도 관찰된다. 이러한 표현들은 자신의 죽음을 알리려는 의도도 있겠지만 마지막으로 도움을 요청한 것으로도 해석할 수 있겠다.

〈표 6〉 사망 1주일 전 고인의 생활 중 특이사항(n=25, 중복응답)

구분	내용(예)	빈도(명)	백분율(%)
이전과 다른 양상의 행동 보임	안하던 말함(고마움, 부탁 등), 굶거나 폭식, 음주, 폭력, 묘소참배, 통장양도, 시선회피, 철회, 평소 가던 곳(교회, 마을회관) 안 감	21	84.0
죽음 암시하는 말	“죽고 싶다”, “다시 볼지 모르겠다”	10	40.0
의존하던 가족과 분리되어 힘들어함	부인 입원으로 일상생활에 어려움 겪음, 요양병원에 입원시킨 것에 충격 받음	6	24.0
약복용 중단	우울증약, 심장약 등 평소복용 약 중단	2	8.0
자살시도	4차례 자살시도가 있었음(목맴)	1	4.0

다음 〈표 7〉은 고인이 평소 자살 의도나 계획에 대해 주변에 어떻게 표현하였고 이에 대해 주변에서는 어떻게 반응했는지에 대한 내용이다.

〈표 7〉 고인의 자살위기 표현과 주변의 반응(n=25)

구분		빈도(명)	백분율(%)	비고
자살시도	유	4	16.0	시도자 중 다중 시도자 3명 이 중 1명은 자살시도가 70여회에 이름
	무	18	72.0	
	모름	3	12.0	
자살의도 언급	유	14	56.0	·자살의도 직접 언급 12명 ·자살관련 간접 표현 2명 (내가 없어도 할 수 있게 해둬)
	무	9	36.0	
	모름	2	8.0	
사건 전, 자살 예상	예상 및 걱정	6	24.0	자살시도 및 언급에도 불구하고 예상 못 한 경우 7사례
	예상치 못함	19	76.0	
자살시도 및 자살언급에 대한 주변 반응 (n=15)	그냥 지나침	9	61.0	<반응의 예> ·지나침: 그냥 하는 소리겠지 ·화냄: 호강에 겨워 그런다 ·충고: 그런 생각 말아라 ·도발: 죽어봐, 그럴 용기도 없으면서
	정신과 입원	1	6.3	
	화냄	1	6.3	
	충고	2	13.8	
	옆에서 지킴	1	6.3	
	도발함	1	6.3	

여기서 보듯이 이전에 자살을 시도했던 사례가 4명으로 이들은 자살시도자가 자살에 이를 위험성을 다시 한 번 확인시켜 준다. 또한 고인 중 56%는 생전에 자살의도를 언급했지만 당시 주변인들 중 실제 자살할 것을 걱정한 경우는 24%에 불과하였다. 그만큼 일반인들의 자살위기에 대한 민감성은 부족하다는 것을 알 수 있다. 이는 주변인들이 자살위험에 대한 민감성을 갖고 있다면 자살의 경고신호를 알아차릴 수 있었을 것임을 시사한다. 또한 자살시도나 자살에 대한 언급이 있었던 15사례에 대한 반응에서 유가족이 그냥 지나친 경우가 61%에 달했고 나머지는 그런 생각을 하지 말라고 충고하

거나, 왜 그런 말을 하냐고 화를 내거나, 어디 한번 해보라는 식의 도발을 하는 방식으로 대응했던 것으로 드러났다. 자살을 예감하고 옆에서 지킨 경우와 정신과에 입원을 시킨 경우는 각 1사례씩 있었다. 이는 일반인들이 주변인의 자살 위기에 당면했을 때 어떻게 반응하고 어디로 도움을 요청해야 할지 그 방법을 잘 모르고 있다는 것을 보여준다.

(3) 자살 영향 요인에 대한 분석

① 일상생활 역할수행의 영향

유가족에게 고인이 평소 직장인, 주부, 가족 구성원으로서 사회적 역할수행과 관련하여 고민이 있었는지 질문한 결과 그렇다고 응답한 경우는 76%였다. 역할수행의 어려움에 대한 고인들의 태도로는 앞으로 개선이나 변화보다 악화될 거라고 보는 '비관'(예:"내가 이렇게 살아서 좋아질 게 있겠어, 차라리 죽는 게 낫지 않겠나"), 애착을 가졌던 역할이 좌절되거나 삶의 목표를 잃어버린 '상실감'(예 : "고시 낙방 후 공부밖에 한 것이 없는데 뭘 할 수 있겠냐"), 주변에 부담을 주거나 제 역할을 못 하는 것에 대해 미안한 '죄책감'(예:"지병이 악화되어 차도가 없고 가족에게 부담만 준다고 미안해했었다") 등의 항목으로 분류되었다. 이러한 상황을 극복하기 위해 더 노력을 기울이거나 정신과 상담을 받아보기도 했지만 바라던 변화는 일어나지 않고 계속 상황이 악화되면서 더 좌절했던 것으로 드러났다.

② 대인관계와 스트레스 대처가 미친 영향

고인의 생전에 주변인과의 친밀도에 대한 조사결과는 다음 〈표 8〉과 같다.

〈표 8〉 주변인과의 친밀도(n=25)

구분		빈도(명)	백분율(%)	비고
걱정이나 문제를 공유할 신뢰하는 사람	있었음	8	32.0	모름 7(28.0%)
	없었음	10	40.0	
연락하며 만나는 친구	1~3명	5	20.0	평균 : 0.68 명 모름 3(12.0%)
	4명 이상	2	8.0	
	없었음	15	60.0	

〈표 8〉에서 보듯이 걱정이나 문제를 공유할 정도로 신뢰한 사람이 있었던 경우는 고인의 1/3 정도에 불과했고 평소 연락하며 만나는 친구는 평균 1명도 되지 않는 것으로 드러났다. 이러한 양상은 고인의 지지체계가 얼마나 빈약하고 사회관계망이 단절된 상태였는지를 보여준다. 또한 이들이 스트레스를 받을 때 어떻게 대처했는지를 질문한 결과 가장 빈번한 응답은 음주였고(32.0%) 그 다음이 무조건 참는 방식(24.0%)으로 대처해 온 것으로 보고되었다.

③ 건강 관련 조건이 미친 영향

본 조사대상인 자살사망자들 중 4명을 제외한 21명은 모두 정식 진단을 받은 만성질환자 상태였다. 그만큼 건강 상 취약성은 중대한 자살 위험요인으로 드러났다. 이들의 분포는 일상생활에 상당한 어려움을 경험하거나 그 이상의 고통을 당했던 경우가 전체의 60%를 차지하였다. 또한 평균 질병 보유

기간은 11년 정도로 나타나 대부분 만성질병으로 고통을 받았던 것을 알 수 있다.

〈표 9〉 질병 상태(n=25, 중복응답)

구분		빈도(명)	백분율(%)	비고
정신질환	우울증	4	16.0	・진단받은 질환명만 포함 ・복합질환자 : 9명 ・의료기관에서 정식 진단은 받지 않았으나 사후 회고와 분석을 통해 우울증이 의심된 사례가 7명이었음
	치매	3	12.0	
	조현증	1	4.0	
고혈압, 심장병 등 내과적 만성질환		18	72.0	
척추, 관절 질환		6	24.0	
암		2	8.0	
기타(구강염, 시청각장애 등)		4	16.0	

〈표 9〉와 같이 고인이 갖고 있었던 질병을 정리한 결과, 많은 수가 각종 노년기 만성질환에 해당하는 고혈압, 심장병, 배뇨기 질환, 파킨슨병, 척추관절질환을 앓고 있었던 것으로 조사되었고 암환자도 2사례 있었다. 정신질환 진단을 받은 경우는 8명이었고 이중 우울증 환자는 4명이었지만, 사례분석에 따르면 7명 정도가 더 우울증이 있었던 것으로 추측되었다. 즉, 25명 중 44% 정도가 우울증 질환상태에서 자살에 이른 것으로 보인다. 특히 여러 질환들을 복합적으로 경험한 사례도 9명이었다. 그만큼 고인의 상당수가 정신적, 신체적 질환으로 심한 고통 상태에 있었음을 보여주고 있다.

④ 술과 약물 문제

〈표 10〉에서 보듯이 본 조사대상 중 52%가 평소 음주자였고 유가족의 견해로 술이 고인의 자살에 영향을 미쳤다고 본 경우가 32%에 달했다.

〈표 10〉 음주 상태 및 영향(n=25)

구분		빈도(명)	백분율(%)	비고
평소 음주	마셨음	13	52.0	약물은 해당 사례가 없었음
	마시지 않았음	12	48.0	
사망 직전 음주	마셨음	6	24.0	모름 4(16.0%)
	마시지 않았음	15	60.0	
음주가 죽음에 미친 영향	있음	8	32.0	모름 2(8.0%)
	없음	15	60.0	

특히 사망 직전 음주 상태였던 경우도 24%로서 술이 자살 충동성을 높였을 수 있다고 보인다. 음주는 앞에서도 보았듯이 주민들의 여가, 문제해결 방식으로 깊숙이 위치하고 있으며 결국 직간접적으로 영향을 미친다는 점에서 앞으로 음주문제는 자살예방과 관련성을 갖고 다뤄져야 할 것이다.

⑤ 성장기 및 가족환경

조사 대상의 성장기 및 가족사를 살펴보았는데, 여기서는 외상경험을 다음 〈표 11〉로 정리하였다. 이에 따르면 교육기회 박탈 24%, 학대나 폭력 경험 12%, 부모 사망이나 유기 등으로 부모와 분리 12%로 나타났다.

〈표 11〉 성장기 가족관련 외상경험(n=25, 중복응답)

구분	내용(예)	빈도(명)	비율(%)
극빈으로 인한 교육기회 박탈	"너무 어려운 가정에서 태어나 초등학교도 못 다녔고 글도 못 익혔다"	6	24.0
학대 및 폭력 경험	"아버지가 화를 잘 내고 밥상을 엎고 부인을 때리곤 했다", "남편이 때려서 집을 나왔다"	3	12.0
부모 분리(사망, 유기, 가출 등)	"가정형편이 어려워 십대 초반에 무작정 서울로 상경해서 살다가 정신병을 얻어 귀향했다"	3	12.0

현재 가족구성원들 간 관계에서는 원만하고 지지적이었던 경우도 있었지만 대화가 거의 없고 서로 생각을 알 수 없을 정도로 소원했던 경우가 반수 이상이었으며 폭력적 갈등이 있었던 경우도 있었다. 즉 일반적으로 주요 지지체계로 알려진 가족도 고인들에게는 그 의미가 제한적이었던 것으로 파악된다.

다음 〈표 12〉와 같이 고인이 지인의 죽음을 어느 정도 경험했는지를 조사한 결과 자녀사망 16%, 배우자사망 8%, 가족이나 친인척 자살 20%였고, 최근 3년간 자살로 이웃을 잃은 경우도 32%에 달했다. 이는 가족이나 지인의 자살을 비롯한 죽음이 고인에게 상당한 영향을 미쳤었음을 유추해 볼 수 있게 한다.

〈표 12〉 가족 및 지인의 죽음 경험 사례 빈도(n=25, 중복응답)

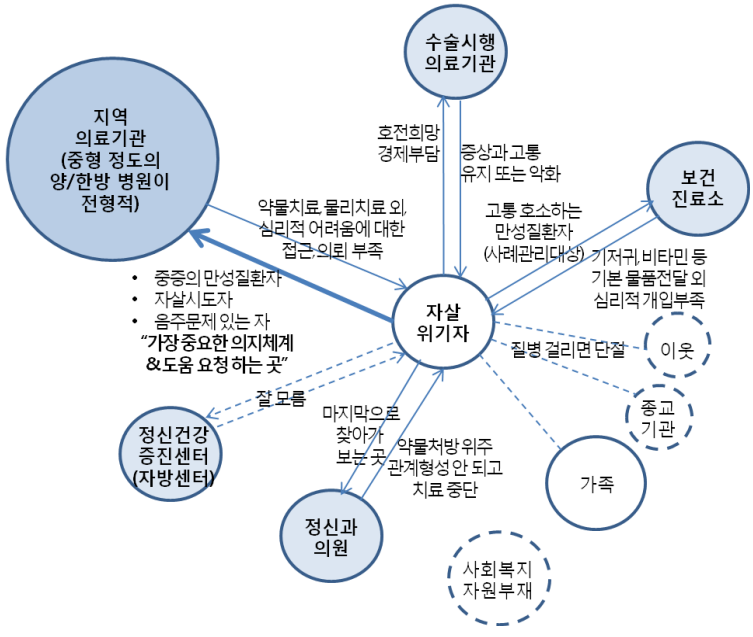
구분	빈도(명)	백분율(%)	비고
부모로서 장성한 자녀의 죽음 경험	4	16.0	·가족 자살자가 복수인 경우 1사례 ·동네 자살자가 복수인 경우 5사례
배우자 죽음 경험	2	8.0	
가족 및 친인척 자살	5	20.0	
최근 3년 내 동네 주민 자살	8	32.0	

특히 이웃 자살 32%는 모방자살의 영향을 말해주는 대목으로서 농촌 지역사회에서 이웃의 자살은 주민들에게 상당한 파급력을 갖는 것으로 해석된다.

(4) 환경 요인의 영향과 도움요청 및 반응

본 조사 대상들이 주변 환경체계와 어떤 상호작용을 했었는지를 살펴보기 위하여 사례별 생태도

(eco-map)를 총괄 분석한 결과는 다음 그림과 같다.



〈그림 2〉 자살사망자의 도움요청 체계와 반응

고인이 교류하던 사회적 지지체계는 지역병원(14명, 56%)과 보건소(5명, 20.0%) 등 보건의료체계가 유일했다. 복지측면에서는 농촌지역사회에 사회복지 자원이 거의 부재하여 어떤 도움도 받을 수 없었던 것으로 파악되었다. 이 외에 종교기관이나 비공식적 지지체계라고 할 수 있는 이웃, 친지들과의 관계도 대상자들이 질병을 얻거나 사회적 역할을 상실하게 됨에 따라 점차 멀어져서 대부분 단절된 모습을 보였다. 이와 같은 사실은 자살사망자들의 사회환경적 지지체계가 매우 빈약한 상태였음을 다시 한 번 보여주고 있다.

이렇듯 보건의료체계가 그나마 지역에서 활용 가능한 자원으로서 고인 중 대다수가 생전에 가장 많이 의지한 유일한 거점이었지만 이들 기관들도 이용자들의 자살위험을 감지하거나 제대로 대응하지는 못 했던 것으로 드러났다. 우선 만성질환자들이 주로 이용한 지역 병원의 경우 오랜 치료에도 불구하고 차도가 없고 고통이 심화되어 좌절과 고통을 겪었던 환자들에 대해 약물처방이나 물리치료 외에 심리적 접근은 없었던 것으로 보고되었다(예 :"일주일에 4회 정도 물리치료를 받기 위해 방문했는데 통증이 낫지 않았고 신체적 증상에 대한 처방만 있었을 뿐 정신과 방문 권유나 질문은 받지 못 했다"). 또한 자살기도 후 내원했거나 음주문제가 있는 경우에도 병원에서 내과적 문제만 해결한 후 정신과 의뢰 없이 귀가조치 한 것으로 보고되었다(예 :"음독 후 응급실에 갔는데 아무도 관심을 기울이지 않았고 병원에서도 환자가 집에 가겠다고 하니 다시 집에 돌려보냈다"). 한편, 본 조사에서는 마지막 희망을 갖고 고비용을 감당하면서라도 수술을 통해 증상을 개선해 보고자 시도했으나 결과적으로

증상과 고통이 개선되지 않은 것이 자살의 촉발요인으로 작용한 사례도 4명 있었다(예 :"관절 수술을 하고 오히려 무릎에서 덜그럭 소리가 나고 아파서 잠도 못 자고 잘 걷지도 못 하고 그러면서 많이 힘들어 했다"). 망설임 끝에 마지막이라는 심정으로 도움을 요청한 사례에서는 약물치료만 처방되는 것에 회의를 느낀 채 적절한 치료적 관계를 형성하지 못 하고 치료를 중단한 공통적 경험이 있었던 것으로 파악되었다(예 :"정신과 치료도 받았는데 약만 주고 별로 도움이 되지 않았던 것 같다"). 이들은 모두 농촌 지역의 자살을 막기 위해서는 지역 의료기관들이 자살위험에 대해 보다 민감성과 대처능력을 향상시켜야 함을 역설해 주고 있다.

그 다음으로 보건진료소가 가장 중요한 지역 자원으로 나타났는데 앞에서 살펴본 바와 같이 조사대상의 20%에 해당하는 중증 만성질환자들이 보건진료소의 사례관리 대상이었다. 따라서 보건진료소 직원들이 방문서비스도 제공하고 환자들로부터 어려움도 들었지만 자살위험에 대한 주의를 기울이거나 적절한 조치를 취하는 데에는 미흡했던 것으로 보고되었다(예 :"7년 전 암 발병 후 방문사례관리 대상자였는데 비타민이나 기저귀만 제공받는 정도였다"). 보건진료소는 인력의 부족, 자살위기 대처에 대한 준비 부족 등을 그 원인으로 서술하였다. 즉, 환자를 파악하고 사례관리 대상으로 선정하여 관리했지만 실질적인 '보살핌'이 이루어지기 어려운 구조였다는 것이다. 적정한 인력공급과 자살예방 역량을 갖추도록 교육 및 훈련이 제공되어야 하는 이유이다.

2) 지역 관할 전문가 면담 분석 결과

자살사건이 일어난 지역 환경을 조사하기 위하여 자살사망자 사례를 담당하거나 해당 지역을 관할했던 경찰관, 보건진료소 직원, 정신건강증진센터 직원 등 총 22명을 대상으로 지역사회 전반에 대한 의견을 수집 분석하였다.

(1) 관할지역 자살에 영향을 주는 요인에 대한 견해

다음은 면담 대상자들이 서술한 내용을 토대로 주제를 범주화한 결과이다.

〈표 13〉 자살에 대한 지역 관할 전문가 견해의 범주화

범주	구분	속성
삶의 조건화 : 삶 자체보다 경제와 건강이 중요해짐	경제적 조건화	• 산업화되어가는 농촌사회에서 경제적 빈곤상태에 빠진 주민들의 박탈감, 좌절감 증가
	건강의 조건화	• 만성질환자의 지역사회로부터 고립 심화
고립 지역의 자원 및 활력 부족	자원부족	• 의료시설, 여가생활 지원할 문화시설 부족 • 문제해결 지원자원 제한 : 예) 가정불화
	활력부족	• 빈집과 활력 저하 • 농촌고령화로 인한 주변인 사망 빈번히 목격
농촌노인의 세대와 사회로부터	부모-자녀 사이에서 괴리	• 부모봉양과 자식부양 사이의 간극 • 자식 조기 분리로 관계 소원(자식도 어렵다)

단절과 소외, 그로 인한 좌절과 외로움		• 자식도 어렵게 사는데 부담주기 싫음
	고령노인의 소외	• 활동력 있는 노인과 없는 고령노인으로 구분됨 • 노인정에서도 배제된 단조로운 삶 : 밥-TV반복
한국인의 특성 "양반 정서"	정서적 특성	• 속마음을 잘 드러내지 않음 • 자존심 강하여 남에게 폐 끼치는 것 싫어함 • 상대방과 부딪히는 것 피하고 싶어 함
	그로 인해 나타나는 현상	• 대부분 안으로 삭이지만 도저히 참기 힘든 어느 순간 '욱' 하고 표현되곤 함 • 외부에 도움요청 위해 자기 처지를 알리거나 아쉬운 소리하기 싫어하여 도움기회 놓침 • 자유로운 소통이나 친밀함을 공유하는 관계를 저해하는 요인으로 작용하기도
농촌의 술문화	어디에나 술이 있고 웬만하면 술로 해결 -> 또 다른 문제 양산	
앞의 요인들이 복합될 때 위험성 증가	"지병악화 + 생활고 + 자식과 단절 등 외로움" 의 공식	

① 삶의 조건화

면담 참여자들은 우리의 삶이 과거와 달리 경제와 건강에 의해 조건화 되어 경제적으로 잘 사는 삶, 건강이 유지되는 삶이 아닌 삶 그 자체로서의 가치가 예전보다 쇠퇴하였다고 보았다. 따라서 경제적 압박을 느끼거나 상대적 박탈감을 느낄 때, 또는 건강 상 문제가 생길 때 삶 자체의 가치에 대해 회의하게 된다는 것이다.

"예전에는 '개똥밭에 굴러도 저승보다 낫다'는 말이 있었는데 이제는 그런 말이 없어졌다...사는 것 자체가 중요했는데 이제는 경제적인 게 없으면 제대로 살기 힘들고 그런데 농촌도 소득격차가 심해서 밥은 안 굶어도 그런 상대적인 박탈감 같은 게 작용하는 것 같다."

② 고립 지역의 자원 및 활력 부족

자살이 계속 발생하는 지역은 의료나 문화 시설도 없고 도움 요청할 곳도 없을 뿐 아니라 노인들만 남아 젊은이들의 왕래가 없는 고립지역이라는 관찰이 보고되었다.

"시골이라 병원 한번 가기 힘들고 차도 없고 지역에 종합병원 한 개도 없어..."

"실제로 자살 현장에 가보면 아무도 없고 아무것도 없는 경우가 많다. 사람도 왔다갔다 만나고 함께 활동하고 그래야 사람 사는 맛 아닌가? 그런 게 없으니..."

③ 농촌노인의 세대와 사회로부터 단절과 소외, 그로 인한 좌절과 외로움

면담 참여자들은 현재 노인세대가 부모와 자녀 사이에 끼인 세대로서 부모는 부양했지만 자식들에게는 부양받지 못 하는 상황에서 소외감과 외로움을 느끼는 것 같다고 하였다. 특히 외진 농촌지역일수록 자녀들이 일찍 도회지로 나가서 서로 관계가 소원하고 자식들과 가까이 사는 도시 노인들처럼

손자녀를 봐줄 수 있는 것도 아니기 때문에 교류가 적을 뿐 아니라 자식들도 사는 게 빠듯하다보니 자녀들로부터 부양의 책임을 묻지 못 한다고 보았다. 또한 이들 노인 안에서도 아직 노동력이 있는 노인들에 비해 고령의 노인들은 다시 한 번 공동의 삶에서 배제되고 있으며, 따라서 단조로운 일상을 반복하는 외로운 삶을 이어가고 있다고 서술하였다.

"이 세대 노인분들은 효(孝)사상으로 가득한 분들이다. 부모에게 효도했던 마지막 세대지만 자신들은 자식들에게 효도 받지 못 하는 첫 세대다. 이분들은 그 부모 모실 거 다 모시고 어렵게 자식들 키웠다. 사실 그런 자식들에게 노후보장 기대하지 않았겠나. 그런데 자신들이 한 것과는 정 반대의 대우를 받고 있지 않은가"

"저희들 살기도 팍팍한 타지의 자식들에게 짐이 될 수밖에 없는 상황이 되면 차라리 여러 사람 고생시키는 것 보다 죽는 편이 낫다는 노인이 많은 것 같다"

"고령 노인들의 외로움은 많이 심각하다. 고령노인들은 노동에 참여도 불가능하고 젊은 노인들에게 폐가 될까봐 노인정도 못 간다... 그나마 거동이 가능하면 병원 다니는 게 유일한 소일거리다. 노인자살의 가장 큰 원인은 외로움이라고 본다"

④ 한국인의 특성 '양반 정서'

다수의 면담 참여자들이 정서적 특성을 원인으로 지목하였다. 자존심이 강하여 속마음을 드러내지 않고 남에게 피해 주는 것을 싫어하여 어려워도 도움을 요청하지 않는 성향이 원활한 소통을 저해하고 필요한 도움 제공기회를 차단한다고 보았다. 즉, 체면 중시 문화가 역기능적으로 작용한다는 것이었다.

"대부분 감정표현을 잘 안 하고 속마음을 드러내지 않고 문제가 있어도 지켜보고 삭이는 방식으로 대처한다. 이렇게 참는 것 뒤에는 상대방과 부딪히는 것을 싫어하고 갈등을 회피하려는 태도가 들어있는데 이는 결국 자존심 때문이라고..."

"아무리 힘들어도 아쉬운 소리를 못 한다...알고 보면 다 속으로 나름대로 아쉬운 게 있으면서도 남이 알아주기를 바라고 내색을 안 해서 애를 먹는 경우가 있다"

⑤ 농촌의 술 문화

많은 면담 참여자들이 농촌의 음주 문화를 문제로 지목하였다. 음주가 너무 일반화되어 있어서 건강을 저해하고 문제의 원인이 된다는 것이다.

"시골에서 할 일 없으면 술 마시고 화투하는 것이 문제이다...이를 대신할 수 있는 프로그램들이 많았으면 좋겠다."

⑥ 앞의 요인들이 복합될 때 위험성 증가

많은 면담 참여자들이 앞에서 서술된 요인들이 복합될 때, 즉 질병, 빈곤, 대인관계단절 등 고립이 겹쳐질 때 자살의 위험성이 증가한다고 보았다.

"여기 노인들 평생 열심히 일했어도 모아놓은 돈도 없고...나이 들어 여기저기 아프니까 농사도 못 하지, 집에만 있는데 여가 즐기는 걸 배웠나 대화할 사람이 있나, 특히 바쁜 농사철에는 가족과도 얼굴 볼 기회도 없으니 그 외로움이 심각하지..."

3) 총괄 분석

(1) 자살자 유형 비교와 자살 관련 심리사회적 요인

앞에서 살펴본 내용들을 토대로 도출된 농촌지역 자살자의 전형적 특성은 첫째, 60대 이상의 중증 만성질환을 가진 저학력, 무직의 노인으로 둘째, 경제적 어려움에 처해있고 셋째, 취미나 종교도 없이 가족을 비롯한 주변인과 단절된 상황에 놓였던 것으로 분석된다. 이들은 다시 공통적으로 범주화되는 유형에 따라 다음과 같이 분류되었다.

① 남성 노인

이들은 첫째, 질병으로 인한 통증, 둘째, 경제적 부담감, 셋째, 관계단절과 고독 등이 복합적으로 상승작용을 일으키며 자살을 선택하게 된 유형이다. 이러한 상황에 놓인 이들은 기존의 가장 또는 집안 어른으로서 가정을 통솔하는 역할이나 경제적 책임을 감당하는 역할에 대한 인식과 대조되는 '질병으로 인해 가족들에게 경제적 손실마저 초래하는 무능한 존재'라는 인식을 갖고 있었던 것으로 파악된다.

② 여성 노인

이들은 첫째, 가부장적 구조와 어려운 형편으로 정식교육을 거의 받지 못 하고 부모, 배우자, 자녀에게 다양한 형태(언어, 신체, 정서)의 폭력에 노출되었던 박탈과 학대경험, 둘째, 질병으로 인한 통증, 셋째, 가족이나 이웃과 소원한 관계 요인들이 복합적으로 작용하며 자살을 선택한 공통적 특성을 보인다. 즉 '가부장적인 여성상에 의한 희생자인 동시에 이를 내면화하여 자신을 무기력한 존재'로 인식하며 고통 속에서 삶을 유지해 온 것이 관찰된다.

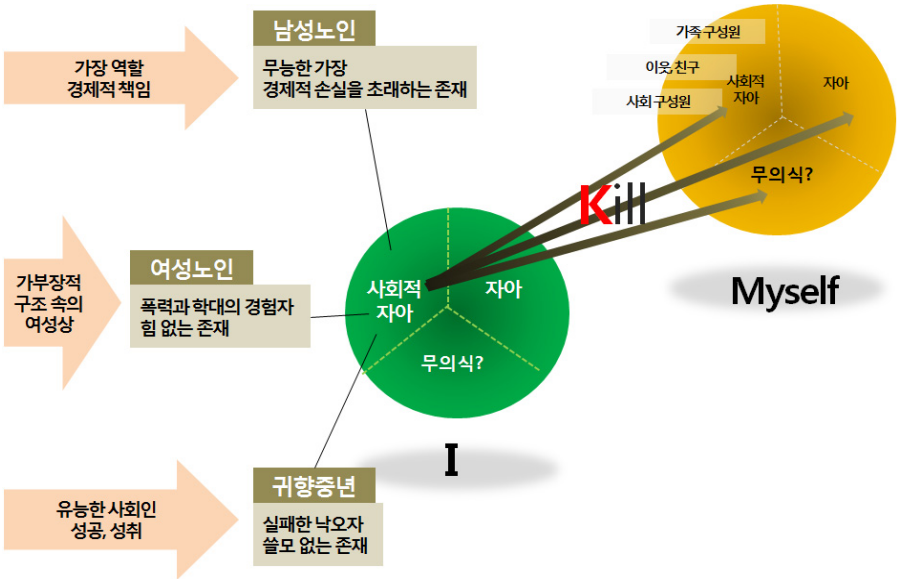
③ 청장년층 귀향자

청장년층 귀향자들의 경우 첫째, 경력단절이나 사업실패 등 사회적 역할상실 후 좌절감을 안고 마지막 출구로 귀향했으나 둘째, 가족 및 사회적 관계 단절 속에서 셋째, 더 이상 재기의 돌파구나 해결책을 구할 수 없다는 절망감을 경험하며 자살을 선택한 모습들을 보이고 있었다. 이들은 '유능한 사회인으로서 성공과 성취가 요구되는 사회에서 실패한 낙오자'로서 자신을 인식하고 있었던 공통점이 도출된다.

이들의 공통적 특성은 건강과 경제적 능력이 중시되는 사회에서 스스로 '쓸모없는 존재' 또는 '남에게 부담이 되는 존재'라는 인식을 갖고 있었고 이러한 인식을 주변인과의 관계 및 관계단절을 통해 확인하게 되면서 깊이 좌절하며 고통스러워했다는 것이다. 다시 말하면 기존의 자살에 대한 이해는 자신(I)이 스스로(myself)를 파괴하는 것에만 초점이 주어졌지만 본 연구를 통해 구성된 자살의 구도

에서는 사회적 자아, 즉 사회적 기대를 내면화한 자아의 손상이 결국 자기 자신 전체를 파괴하는 결과를 가져오는 양상을 드러낸다는 것이다(〈그림 3〉 참조).

이 때 자살은 개인의 자살이 아니라 가족구성원, 이웃과 친구, 그리고 사회를 모두 파괴하는 그런 성격의 죽음으로서의 의미를 갖게 된다. 즉, 자살은 개인적 차원을 넘어서서 사회적 가치와 구조가 영향을 주고받는다는 것이다.

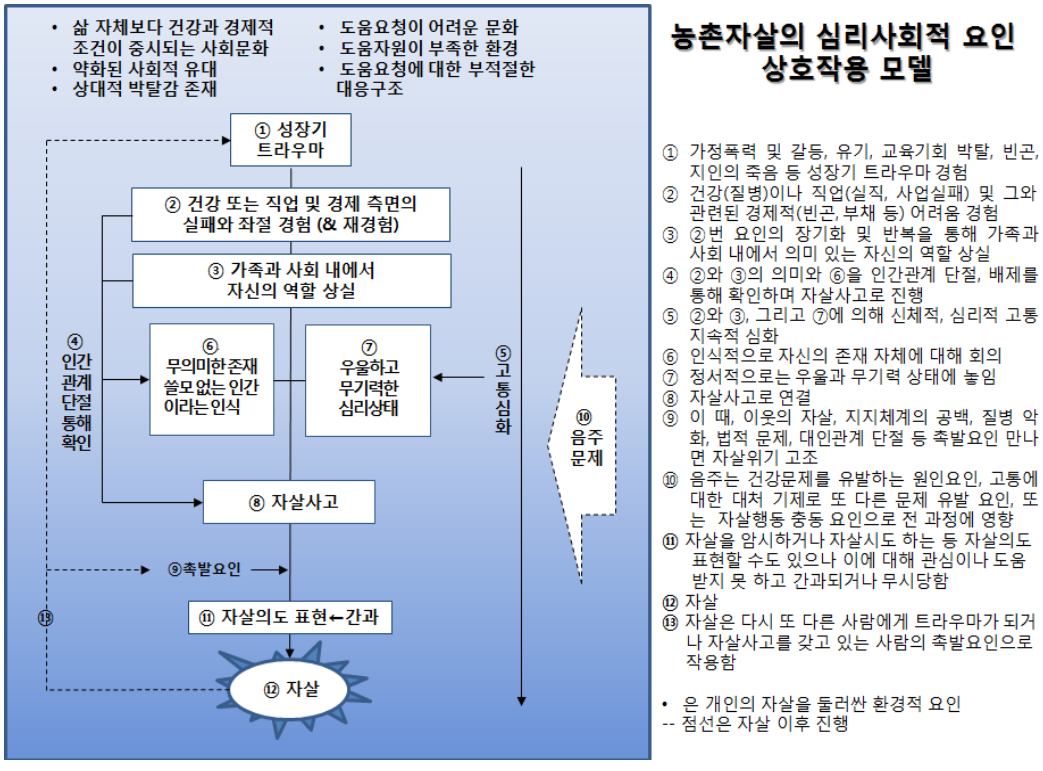


〈그림 3〉 누가 누구를 죽이는가? : 사회적 자아에 의한 자살 구도

결국 자신이 자기 자신을 죽이는 자살에는 사회적 타살의 개념이 개입되어 있다고 볼 수 있다는 것이다. 그런 점에서 우리 사회는 자살자 뿐 아니라 그 유가족에 대해서도 일정 부분 책임이 있다고 하겠다.

(2) 농촌지역 자살의 심리사회적 요인 상호작용 모델

이제까지 살펴본 조사결과를 토대로 다음과 같이 농촌지역 자살의 심리사회적 요인 상호작용 모델을 도출할 수 있었다(〈그림 4〉). 기존에 가장 일반적으로 알려져 있는 자살행동모형(Mann et al., 2005 : 2065)과 비교해 볼 때, 기존 모형이 개인 차원의 자살 심리와 행동에 초점이 맞춰져 있는 데에 비해, 본 모형은 사회적 요인들의 영향과 개인의 자살이 가져오는 또 다른 상호작용을 고려함으로써 보다 포괄적이고 역동적인 설명력을 가질 수 있다.



〈그림 4〉 농촌지역 자살의 심리사회적 요인 상호작용 모형

이에 따르면 성장기에 외상(trauma)을 경험한 개인이 생활경로 가운데 질병이나 직업적 실패, 경제적 상실을 경험하면서 점차 가족과 사회 내에서 자신의 역할을 상실하게 될 때 고통이 증가하고 자기 존재 자체에 회의를 품게 되는데, 이때 대인관계의 단절과 사회적 고립은 이러한 인식을 더욱 강화시킨다. 이러한 과정을 통해 자살 사고가 형성되는데 이 상황에서 촉발요인을 만나게 되면 자살 사고가 행동으로 전환될 위험성이 커지게 되면서 위기에 처한 개인은 자신의 자살계획이나 자살의도를 주변에 알리게 되지만 주변에서 이에 대해 무관심하거나 반응을 보이지 않을 때 다시 한 번 자살의지가 강화되면서 행동화하게 된다. 이와 같은 과정에서 음주는 건강의 상실요인으로서 뿐 아니라 관계단절과 자살사고 형성 및 충동성을 촉발하는 요인으로서 작용할 수 있다. 결국 이렇게 한 개인의 자살에 이르게 되면 이는 또 다시 다른 사람에게 트라우마가 되기도 하고 가족을 비롯한 주변인의 자살을 촉발하는 요인으로 작용하게 된다.

이와 같이 본 연구를 통해 도출한 자살의 심리사회적 요인 상호작용 모델은 사회적 관계 속에서 각 요인들이 어떻게 상호작용하는지를 보여주고 있으며 한 개인의 죽음이 다른 체계에 미치는 순환적 영향을 포함하고 있다는 점에서 기존 모델에 비해 보다 입체적이고 체계적이라고 할 수 있겠다.

5. 결론과 대안

자살을 논의하는 것이 금기시 되고 자살자와 그 유가족에 대한 편견이 상당한 한국사회, 특히 도시에 비해 다소 폐쇄적인 농촌지역에서 유가족과 주변인의 동의를 얻어 자살의 경로를 추적하고 그 원인을 밝혀내는 작업은 여러 도전을 극복해야 하는 과정인 것이 사실이다. 그럼에도 불구하고 한국 사회의 높은 자살률이 집약적으로 반영되고 있는 농촌지역의 자살 원인규명은 우리 현실을 직시하고 자살예방 전략도출을 위해 피할 수 없는 과업이다.

따라서 유가족동의가 이뤄진 25사례만이 접근 가능했던 본 연구는 그 대표성에서 한계가 있을 수 밖에 없으며 또한 지역적으로 한정된 조사였기 때문에 이를 일반화하기는 어려울 것이다. 그러나 본 연구는 한국 농촌지역 자살발생 현장을 방문하여 각 사례 당 평균 3.2명의 관련자들로부터 자료를 수집하고 각 사례에 담긴 구구절절한 사연들과 그 지역 여건을 가능한 놓치지 않고 반영하여 체계적으로 정리함으로써 적어도 농촌 지역에서 발생하고 있는 자살의 양상을 수량적 측면과 내용적 측면에서 입체적으로 제시해 보고자 하였다.

이를 통해 최종적으로 농촌지역 자살예방을 위해 즉각 시행이 요망되며 비교적 신속히 수행할 단기 대책, 3년 내 시행이 요구되는 중기 대책, 향후 10년을 바라보고 시행해 가야 할 장기 대책을 다음과 같이 도출하였다.[2)]

1) 단기 대책

첫째, 고인의 상당수가 만성질환으로 장기간 지역의료기관을 이용했다는 점에서 지역의료기관과 자살예방을 위한 협력체계를 구축함으로써 자살위험에 대한 지역의료기관의 관심과 대응 역량을 강화시킬 필요가 있다. 둘째, 본 연구조사에서 나타난 '중증 만성질환으로 인한 고통+사회적 단절+경제적 어려움'이 복합된 위기 사례들에 대하여 지역사회 단위로 조기사정을 시행하고 발굴된 사례에 대해 적극적인 사례관리가 필요하다. 셋째, 지역주민, 특히 지역주민과 일상을 함께 하는 이장, 부녀회장 및 보건진료소장을 중심으로 우울증과 자살예방 교육을 시행하여 이에 대한 경각심을 높이고 필요시 연계 가능한 자원(정신건강증진센터, 자살예방센터 1577-0199)을 숙지하도록 해야 한다. 넷째, 지역사회 자살사건 사후개입과 모방자살 예방이 필요하다. 이를 위해 자살사건이 일어난 지역은 유사한 조건의 사례가 있는지 점검하고 예방적 개입이 제공되어야 한다. 다섯째, 유가족은 자살로 인해 여러 고통을 경험하며 도움을 원하고 있지만 사회적 낙인으로 인해 앞에 나서지 못 하고 있다. 특히 농촌지역의 경우 노부부 중 한 명이 사망함으로써 유가족이 물리적, 심리적 독거상태가 된 경우도 상당 수 있어

2) 단, 여기서는 본 연구결과와 관련이 있다 하더라도 맹독성 농약관리, 종교기관의 자살예방 기능강화, 생명존중 가치 확립 등 기존 연구를 통해 이미 수차례 소개되어 온 예방대책들은 생략하고자 한다.

서 더욱 집중적인 관심을 요한다. 따라서 외부에 노출되지 않으면서도 유가족과 공감대를 형성하고 위로와 지지를 통해 다시 삶을 이어갈 수 있도록 지원하는 세심한 접근이 요구된다.

2) 중기 대책

첫째, 지역주민의 건강을 돌보고 있는 보건진료소는 우울이나 자살사고에 대해 비교적 낙인감 없이 접근할 수 있을 뿐 아니라 이미 관리하고 있는 만성질환자 관리를 강화하기에 적절한 체계이다. 그러나 현 인력으로는 집중 사례관리가 어려운 상황이므로 중증만성질환자에 대한 통합적 접근인력을 보강하고 신체건강 외에 정신건강 지원, 사회서비스 연결 등을 수행하도록 해야 한다. 둘째, 도움요청을 어려워하고 문제가 외부로 드러나는 것을 원치 않는 한국적 정서를 고려하여 낙인감 없이 서비스를 받을 수 있도록 찾아가는 서비스, 사생활이 보호되는 서비스를 모색해야 하며, 이를 위하여 전문가 접근 뿐 아니라 비공식적, 자연적 인적 자원의 활성화를 통한 간접적 지원 방식을 강구해야 한다. 셋째, 기존 지역사회복지관이나 노인복지관의 이동서비스 영역을 확대하고 소외 지역에는 분소 설치나 보건진료소를 활용한 파견근무 시행 방안을 강구할 것을 제안한다. 넷째, 지역 주민들 간 비공식적 관계 및 유대를 강화하여 마을 공동체를 회복하고 여가를 활용할 수 있는 기회를 제공해야 한다. 다섯째, 경력단절이나 사업실패 후 귀향한 청장년층이 사회와 단절되지 않고 재기의 희망과 의지를 가질 수 있는 기회를 마련해야 한다.

3) 장기 대책

첫째, 본 조사를 통해 도움요청이나 서비스 자원 부재도 문제지만 어렵게 찾은 기존 서비스 기관들(병원, 보건진료소, 정신건강증진센터, 지역복지기관 등)이 제 기능을 하지 못 하거나 기대에 미치지 못 하여 좌절하고 서비스를 중단한 후 자살에 이르는 과정이 관찰되고 있어 전반적인 대인서비스의 질 향상이 요구된다. 국가 차원에서 대인서비스 질 향상을 위한 노력을 보다 적극적으로 기울일 필요가 있다는 것이다. 둘째, 농촌지역 가족이나 대인관계 문제에 개입 가능한 서비스 체계를 개발할 것이 요구된다. 본 조사를 통해 다수의 자살사망자들이 가족이나 이웃과의 갈등, 가정 폭력 및 학대 등을 경험하면서도 도움을 요청할 기관이 부재하거나 이를 알지 못 하여 적절한 도움을 받지 못 한 것으로 보고되었기 때문이다. 셋째, 음주는 여가의 수단이자 문제해결의 대안으로서 매우 빈번하게 사용되고 있으나 이로 인한 신체와 정신 건강상의 문제를 유발할 뿐 아니라 충동적 자살위험 역시 높이는 직간접적 요인으로 파악됨에 따라 음주의 폐해를 알리고 음주문화를 바꾸는 노력이 요구된다. 넷째, 본 조사대상의 상당수가 어떤 여가생활도 누리지 못하고 힘든 노동과 술로 인한 만성질환을 갖고 있었다는 점에서 농촌지역의 여가활용 및 건강유지를 위한 체력강화 활동을 마련하는 것이 반드시 필요해 보인다. 다섯째, 폭력적이거나 지나치게 가부장적인 가정 분위기는 그 구성원에게 외상을 남기고 이후 우울과 낮은 자존감이 원인이 되는 것으로 나타나고 있어 민주적이고 안정적인 가족 환경을 조

성할 수 있도록 가족과 사회의 지속적 노력이 요구된다.

참고문헌

문국진, 1991, “자살의 증명과 심리 부검”, 『대한법의학회지』, 15(1): 1-13.

서종한・이창환・김경일・김성혜, 2012, “한국 자살사망자 특징: 사례-대조 심리적 부검 연구”, 『한국심리학회지』, 31(2): 323-344.

송혜진, 2013, “군 자살자에 대한 심리부검: 해군 장병을 중심으로”, 『Korean Journal of Scientific Criminal Investigation』, 7(2): 126-137.

신성원, 2005, “심리 부검 연구의 실무적 활용 및 윤리적 고려사항”, 『한국범죄심리연구』, 창간호: 231-252.

신성원, 2011, “경찰공무원의 자살에 관한 연구”, 『한국위기관리논집』, 7(1): 61-82.

이구상・최민정・김수정・박재영・이명수・서지혜・이소영, 2012, “자살사망자의 축약 심리적 부검에 관한 연구”, 『정신보건』, 2012(3): 18-24.

이문희 역, 2004, 『자살의 이해』, Jamison, K. R., 2000, Night Falls Fast, 뿌리와 이파리.

전충현・임석현, 2012, “군자살자의 자살원인에 대한 효과적인 심리부검 적용 방안”, 『Korean Journal of Scientific Criminal Investigation』, 6(2): 79-91.

최광현, 2008, “심리부검의 필요성에 관한 제언”, 『주간 국방논단』, 1193: 9-10.

최상섭, 2003, “심리부검: Psychological Autopsy”, 『보호』, 15, 법무부.

하상훈・나선영, 2010, “자살자 심리부검과 사후예방 방법 연구: 강원도 태백 지역을 중심으로”, 서울: 생명의 전화.

황태윤・류문호・안성호, 2014, “심리적 부검에 의한 공무상 질병의 판단”, 『법과 정책』, 20(1): 595-618.

홍강의・이영문・임정수・김민혁, 2009, “자살사망자 심리적 부검 및 자살시도자 사례관리서비스 구축방안”, 서울 : 한국자살예방협회·보건복지가족부.

주간조선, 2013, “자살 ‘심리적 부검’이 난항 겪고 있는 이유”, 2013년 6월 1일.

통계청, 2013, “사망원인통계”, http://www.kosis.kr,

Brent, J., A., Perper, J. A., Moritx, G., Baugher, M., Schweers, J., and Roth, C, 1994, ”Sucide in affectively ill adolescents: A case-control study”, *Journal of Affective Disorders*, 31: 193-202.

Chieu, H. F., Yip, P. S., Chi, I., Chan, S., Tsoh, J., Kwan, C. W., LI, S. F., Conwell, Y., and Caine, E., 2004, ”Elderly suicide in Hong Kong a case-controlled psychological autopsy study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 299-305.

Conner, K. R., Beautrais, A. L., Brent, D. A., Conwell, Y., Phillips, M. R., and Schneider, B., 2011, “The Next generation of psychological autopsy studies”, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6): 594-613.

Hirokawa, S., Kawakam,i N., and Matsumoto, T., 2012, “Mental disorders and suicide in Japan: A nation-wide psychological autopsy case-control study”, *Journal of Affective Disorders*, 140(2): 168-175.

John, K., Nancy, L., and Michael, P. R., 2012, "Case - control study of the relationship of functioning to suicide in a community-based sample of individuals with schizophrenia in China", *Community Mental Health*, 48(3): 317-320.

Kim, C. D., Lesage, A., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Turecki, G., and Lipp, O., 2003, "Patterns of co-morbidity in male suicide completers, *Psychological Medicine*, 33: 1299-1309

Lee, C. S., Chang, J. C., and Cheng, A. T., 2002, "Acculturation and suicide: a case-control psychological autopsy study", *Psychological Medicine*, 32: 133-141.

Mann, J., Apter, A., and Bertolote, J., 2005, "Suicide prevention strategies (Reprinted)", *JAMA,* 294(16): 2064-2074.

Michel, T., Louise, P., and Danielle, R., 2011, "Suicide, schizophrenia, and schizoid-type psychosis: Role of life events and childhood factors", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1): 66-78.

Mcgirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M. and Turecki, G., 2008, "Course of major depressive disorder and suicide outcome: A psychological autopsy study", *Journal of clinical Psychiatry*, 69: 966-970.

Phillips, M. R., Yang G., and Zhang, Y., 2002, "Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study", *The Lancet*, 360(9347): 1728-1736.

Seguin, M., Renaud, J., and Lesage, A., 2011, "Youth and young adult suicide: A study of life trajectory", *Journal of Psychiatric Research*, 45(7): 863-870.

Schneider, B., Wetterling, T., Sargk, D., Schneider, F., Schnabel, A., and Mauer, K., 2006, "Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256: 17-27.

Shneidman, E., 1994, "The Psychological Autopsy", *The American Psychologist*, 49(1): 75-76.

Zhang, J., and Ma, Z., 2012, "Patterns of life events preceding the suicide in rural young Chinese: A case control study", *Journal of Affective Disorders*, 140(2): 161-167.

An Study of Psychological Autopsy of Suicides in Korean Rural Area

Choi, Myugmin
(Baekseok University)
Kim, Doeyoon
(Chungnam Province Mental Health Center)
Kim, Kaduc
(Chonbuk National University)

With the psychological autopsy, an analytical method of backward reasoning for individual case of suicide, this study aims to investigate the causes and route of individual suicides in Korean rural areas, which has long had a bad reputation of world-wide high rate of suicide. The compound approach of the study which combines the psychological and socio-cultural aspects concerning suicide simultaneously, is able to make this study clearly distinguished from existing related inquires and results.

Analysis of 25 suicide cases could make clear the typical characters of risky group of suicide in rural area and elucidate the obvious socio-cultural impact on suicide respective of several suicide type, for example, male and female elderly, homecoming youth etc. Then, the psycho-social interactive model to account for rural area suicide adequately could be established as a final result of the study.

In addition, based on the findings of the study, several counter-plans to prevent the suicide-committing of the risky groups are suggested in short-term and long-term bases as well.

Key words: suicide, psychological autopsy, the bereaved, psycho-social causes

〔논문 접수일 : 14. 09. 18, 심사일 : 14. 10. 06. 게재 확정일 : 14. 10. 27〕