

심리부검에 대한 고찰과 제언

권 호 인

전주대학교 상담심리학과

고 선 규[†]

중앙심리부검센터

심리부검이란 주변인의 진술과 기록을 통해 자살자의 심리행동 양상을 파악하여 자살의 원인을 추정하는 절차를 의미한다. 심리부검은 자살의 원인을 통합적으로 밝혀낼 수 있을 뿐 아니라, 자살 예방을 위한 효과적인 정책 수립의 기반이 될 수 있기 때문에 그 필요성이 지속적으로 제기되어왔다. 국내에서도 각 지자체와 지역사회 자살예방센터를 중심으로 확대 실시되고 있으나 다양한 실행주체들이 추진하고 있는 심리부검의 타당성과 그 효과에 대해서는 아직까지 논의된 바가 거의 없다. 본 연구에서는 국내 자살률 감소를 위한 장기 정책 목표를 바탕으로 국내외에서 실시된 심리부검의 절차, 심리부검에 포함할 내용, 선행 연구결과를 검토한 후, 향후 심리부검을 실시할 때 고려할 점을 제언하였다.

주요어 : 자살, 심리부검, 자살유족, 자살예방, 자살예방정책

[†] 교신저자 : 고선규, 중앙심리부검센터, 서울시 강남구 선릉로 100길 32 삼송빌딩
E-mail : director@psyauto.co.kr

세계보건기구(WHO)는 자살을 인류 정신건강을 위해 선결해야할 문제로 규정하고 있다. 우리나라는 2004년 통합적 국가전략으로서 자살예방 5개년 계획을 수립하여 시행하였으며, 2009년부터는 제 2차 자살예방종합대책을 시작하였다(보건복지가족부, 2008). 그러나 정부의 노력에도 불구하고, 자살예방 5개년 계획을 시작한 2004년에 비해 2010년 자살률은 1.14배 증가하였으며 2002년부터 현재까지 OECD 회원국 중 부동의 1위를 차지하고 있다(통계청, 2002-2015).

자살은 개인 뿐 아니라, 사회, 문화, 경제, 환경의 복합적인 상호작용의 결과라고 할 수 있다. 따라서 한 사람의 자살을 이해하기 위해서는 다양한 위험 요인을 포괄적이고 심층적으로 파악해야만 한다. 그러나 자살로 인해 당사자가 사망했기 때문에 자살의 정확한 이유를 탐색하는 데 근본적인 어려움이 있다. 이를 해결할 수 있는 방법은 정교한 심리부검을 실시하는 것이다. 심리부검(Psychological Autopsy)이란 주변인들의 진술과 기록을 통해 사망 전 일정 기간 동안 자살자의 심리 행동 양상 및 변화 상태를 검토하여 자살의 원인을 추정하는 절차를 의미한다(Shneidman, 2004). 즉 어떤 사람이 자살했을 때, 자살사망자의 가족 및 친척, 친구, 직장 동료 등 사망자와 가까웠던 사람들을 대상으로 심층면접을 하고, 사망자의 일기나 유서 등의 개인적인 기록과 의료기록, 검시관의 진술, 경찰 조서 등을 수집하여 왜 그 사람이 자살할 수밖에 없었는가를 과학적으로 규명하는 것이다(제영모, 2004). 심리부검은 자살과 관련된 특정 위험요인을 파악할 수 있는 가장 직접적인 방법이라고 할 수 있다(Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003).

일반적으로 심리부검의 목적은 크게 세 가지로 나뉠 수 있는데 첫째, 변사사건이 발생했을 때 자살이나 타살이냐를 밝히는 법의학적 목적(문국진, 1991), 둘째 자살자의 사망원인을 조사하여 지역사회나 국가 차원의 자살예방활동을 지원하고 보건 정책을 수립하고자 하는 것(서중환, 이창환, 김경일, 김성혜, 2012), 셋째, 특정 개인의 자살 이유를 집중적으로 조사함으로써 법적인 참고자료로 이용하고자 하는 것이다(Bartol & Bartol, 2005). 예를 들어 법률적으로는 자살이 의심되는 민사 또는 형사 소송에서 자살의 가능한 원인들을 재구성하여 상대측의 법적 과실을 입증하는 것을 지원할 수도 있다 2013년 12월 국내에서는 최초로 법원에서 심리부검 결과를 적용하여 자살로 사망한 공무원의 유족에게 보상금을 지급하라는 판결을 내리기도 하였다(뉴시스, 2013). 또한 핀란드는 1987년에서 1988년까지 총 1,397건의 심리부검을 실시한 후, 이 심리부검 결과를 토대로 자살 원인을 분석하여 자살예방프로그램을 마련하는 등 대대적인 자살예방 프로젝트를 추진하였다. 그 결과 1990년 인구 10만명 당 30명이던 자살률이 2008년에는 16.7명으로 떨어지는 괄목할만한 성과를 거뒀다(한국자살예방협회, 2011).

일반적인 신체부검과는 비교되는 의미로서 심리부검이라는 용어를 처음 사용한 사람은 LA 자살예방센터를 설립한 심리학자 Shneidman 박사였다(Clark & Horton-Deutsch, 1992). 1958년 LA 검시과는 LA 자살예방센터에 자살과 사고사를 감별해달라고 의뢰하였는데, 당시 심리부검의 목적은 자살의 원인을 추정하기보다는 이 죽음이 자연사인지, 사고사인지, 혹은 자살인지 타살인지와 같은 사망 방식(mode of death)을 판별하여 사망 신고서를 작성하는 것

이었다. 보다 현대적 의미의 심리부검은 1959년 워싱턴 의과대학의 Eli Robins와 동료들이 세인트루이스 지역에서 발생한 자살 사건을 조사한 데서 시작한다. 당시 이들은 정신장애에 대한 조작적 기준을 만든 후, 표준화된 면담방법을 사용하여 유가족을 면담하였다(Robins, Gassner, Kayes, Wilkinson, & Murphy, 1959). 국내에서 심리부검이라는 용어가 처음 소개된 것은 1991년 고려대학교 법의학 연구소 문국진 교수에 의해서이다(문국진, 1991). 이후 군 자살자나 경찰공무원등의 자살 원인 연구의 일환으로 심리부검에 대한 이론 연구(최광현, 2008; 신성원, 2011; 전충현 & 임석현, 2012) 및 개별 사례 연구(도순원, 2012)가 진행되었다.

1990년대 이후, 미국, 캐나다, 유럽, 호주와 뉴질랜드, 이스라엘 등 다양한 국가에서 자살을 연구하기 위해 심리부검을 도입하였으며, 1995년 대만을 시작으로 아시아권에도 점차적으로 대규모 심리부검 연구가 확대되었다(한국자살예방협회, 2011). 1990년대 이전의 1세대 심리부검 연구들은 통계집단 없이 일련의 자살사망 사례를 수집하고, 그 특징을 자세히 기술하는 연구였다. 이들은 자살에 대한 가치 있는 통찰을 제공해주었지만 통계 집단의 부재라는 방법론적 한계를 갖고 있었다. 1990년 이후의 심리부검의 2세대는 사망자와 성별, 연령, 거주지역이 동일한 대조집단을 선정한 사례 대조연구를 실시하고 있으며, 표준화된 정신과적 진단면접을 사용하여 정신장애 유병률과 공병률을 판단하는 기법을 사용하고 있다(Isometsä, 2001).

국내에서도 2009년도에 처음으로 심리부검이 시도된 바 있으며(한국자살예방협회, 2009), 이후 심리부검의 절차 및 내용적 타당성을 고

려하지 않은 채 지자체와 개별 단체 중심으로 확대되고 있는 실정이다. 본 연구는 향후 국내 심리부검 연구 확대와 이와 연계된 자살예방정책을 제안하기 위한 목적으로 수행되었다. 이를 위해 심리부검의 타당한 절차와 심리부검에 포함되어야 할 내용을 서구, 아시아권, 국내 선행 연구를 바탕으로 개관한 후, 국내의 국가주도형 심리부검 연구 결과를 고찰하였다. 마지막으로 향후 국내 심리부검 연구 확대를 위한 방향과 개선방안을 제언하였다.

심리부검의 절차

대개의 심리 부검 절차는 가족 구성원이나 사망자와 가까웠던 지인을 대상으로 하는 광범위한 면담과 사망자와 관련된 의학적, 정신과적 및 모든 가능한 관련 문서의 수집의 두 가지 형태로 구성되어 있다. 관련 문서로는 자살사망자의 사망 진단서, 의무 기록, 경찰 조사 및 법정 기록, 유서 등의 자료가 포함될 수 있다(Isometsä, 2001).

심리부검의 면담을 하는 정보 제공자는 유가족이 가장 빈번하며, 성인인 경우 주로 배우자, 동거인, 부모, 성인 자녀 등이 될 수 있다. 사망자에게 치료, 상담, 복지서비스, 요양 등의 서비스를 제공한 인력이 포함되기도 하며, 이 경우 사망자의 의학적 및 사회학적 서비스 정보를 파악할 수 있다는 장점이 있다.

정보 제공자에게 방문이나 전화를 통해 직접적으로 초기접촉을 하는 것은 높은 참여율을 유도할 수 있으나, 참여자들의 불편감이 문제로 제기되었다(Runeson & Beskow, 1991). 권장되는 초기 접촉방법은 처음에는 안내문이나 편지와 같은 자료를 보내고, 이후 전화를 통해 구두로 논의하는 것이다(Hawton et al.,

1998). 혹은 먼저 전화로 정보제공자에게 접촉을 하고, 1주일 후에 우편물을 발송하는 방법도 일반적이다(한국자살예방협회, 2009). 이 방법은 정보 제공자가 궁금해 하는 것에 대해 조사자가 바로 응답해줄 수 있고, 설명을 해 줌으로써 동의와 협조를 유도할 수 있다는 장점이 있다. 접촉하기 가장 좋은 시간은 사망 2개월 후부터 6개월 사이가 추천된다(Connors et al., 2012). 그 이유는 이 기간이 가장 외상적인 애도의 시기에서는 비껴가면서도 기억이 소멸되지 않는 시기이기 때문이다.

면담 방식은 연구마다 다양하게 보고되고 있는데, 대개 표준화된 면담을 사용하고 있다(Isometsä, 2001). 표준화된 면담의 사용은 자살과 관련된 모든 영역을 포함될 수 있다는 장점이 있지만, 이 경우에도 면담 내용이 정보 제공자에게 맞추어 융통성 있게 조정될 필요가 있다. Connors 등(2012)은 반구조화된 면담을 추천하고 있는데, 우선 정보제공자에게 사망자와의 관계를 묻고, 자살에 이르게 된 경위나 죽음과 관련해서 기억나는 것, 자살 이유에 대한 의견을 묻은 후에야 비로소 표준화된 질문으로 진행하는 것이다. 이는 정보제공자가 자신의 언어로 사망자의 죽음에 대해 이야기할 기회를 주는 것이다. 어떤 경우라도 사망자의 존엄성은 존중되어야 한다. 또한 면담자는 사망자의 친지들이 모두 사망을 자살로 보지 않을 수 있음을 인지하고 있어야 하고, 이러한 견해 역시 존중되어야 한다(Isometsä, 2001).

심리부검에 포함되어야 할 내용; 자살사망의 위험요인

심리 부검에 포함될 내용은 자살사망의 위

험요인과 직접적으로 관련되어 있다. 초기 심리부검 연구와 이를 통해 밝혀진 자살의 위험요인은 대부분 서구권의 연구결과를 바탕으로 한 것이었다. 그러나 자살 사망의 패턴, 자살의 위험과 보호요인은 지역마다 매우 다르게 나타난다(Wei & Chua, 2008) 특히 아시아의 경우 급격한 사회경제적 변화, 정신건강 서비스의 제한 등의 문제를 갖고 있으며, 최근 20여년 간 자살률이 급등하는 특징을 나타내고 있다(Rehkopf & Buka, 2006). 한 예로 Chen, Wu, Yousuf과 Yip(2011)은 아시아 지역에 대한 일련의 심리부검연구를 검토한 결과 정신장애, 물질/알콜 남용, 과거의 자살시도 등은 서구와 마찬가지로 자살의 주요 위험 요인이기는 하지만 아시아권에서는 치명적 자살수단에 대한 접근성, 급성 생활사건(예; 가족 갈등, 직장이나 재정 문제 등)이 더 중요한 역할을 한다고 제안하였다. 국가차원에서 심리부검을 실시할 때 최우선 목적은 심리부검 결과를 통해 밝혀진 사망원인을 근거로 효과적인 자살예방정책을 수립하여 중국에는 국가 자살률을 감소시키고자 하는 것이다. 따라서 심리부검의 결과는 해당 국가나 지역 특성을 감안해서 해석되어야 한다. 이러한 점을 감안하여 아래에서는 심리부검에 포함되어야 할 내용을 서구, 아시아, 국내 연구에서 밝혀진 자살 위험요인을 중심으로 살펴보고, 이들과 자살예방과의 관련성을 기술하고자 한다.

정신장애

정신장애는 자살과 관련된 주요 위험요인으로 알려져 있다. 서구권의 경우 심리부검 결과 약 90%의 자살사망에 있어서 정신장애가 있었다고 보고하고 있으며 이 중 가장 빈번한 것은 기분장애와 알코올 사용장애로 알려져

있다(WHO, 2014). 반면, 아시아권, 특히 중국이나 인도의 경우 정신장애의 빈도가 낮은 편으로 알려져 있다(WHO, 2014). 이러한 동서양의 차이는 동양의 경우 정신장애에 대한 사회적 편견과 낙인 때문에 정신과를 찾아가는 비율이 상대적으로 적기 때문인 것으로 보인다(WHO, 2014). 전반적으로 정신장애가 자살의 핵심 위험요인이라는 것은 부인할 수 없는 사실이다. 그러나 정신장애를 가진 사람들 대부분이 자살하지 않으며, 아주 소수만이 자살에 이르게 된다는 사실은 자살의 정신의학적 모델의 중요한 한계를 제기하는 것이다(NIMH, 2003).

현재까지 국내 심리부검 연구들은 자살사망자가 생전에 진단받은 정신장애가 있었는지의 여부만을 심리부검에 포함하고, 사망 당시의 정신장애에 대한 추정 진단은 포함하지 않은 경우가 빈번하다. 따라서 향후 국내 심리부검 연구에서는 사망 당시에 대한 정신과적 진단 절차를 포함하는 것이 필수적이라고 할 수 있다. 또한 정신장애와 다른 위험 요인의 조합이 어떻게 자살위험성을 증가시키는지에 대한 보다 심층적 탐색이 요구된다. 한 예로, 잠들기 어려움과 초조 증상과 같이 서구권의 선행 연구에서 자살 사망의 주요 위험 증상으로 알려진 증상이 국내에서도 유의한 결과를 보이는지 여부, 단일 진단 뿐 아니라 여러 가지 정신장애의 공병률에 대한 탐색 역시 필요한 과제이다(Goldstein et al., 2009).

과거의 자살 시도

과거의 자살 시도 및 자해 행동은 서구와 아시아 모두에서 주요한 위험요인으로 반복적으로 보고된 바 있다(Cavanagh, Owens & Johnstone, 1999; Hawton et al., 2002; Philips,

Yang, Zhang, Wang, & Zhou, 2002). Joiner와 Orden(2008)은 반복적인 자살 시도가 자살에 대한 두려움을 둔감화 시킬 뿐 아니라, 자살 행동의 치명성을 증가시킴으로써 결국 자살 사망률을 높인다고 제안하였다. 국내 연구에서도 자살군의 46.4%가 이전의 자해 시도가 있었고 대조군에 비해 13배 높은 승산비를 나타냈다는 보고가 있다(서종한 외, 2012). 자살 시도가 자살 사망에 대한 명백한 위험요인임에도 불구하고, 자살 시도 후에 적절한 정신과적 서비스를 받은 사람이 약 40% 정도 밖에 안 된다고 보고한 선행 연구를 감안하면(Joiner & Orden, 2008), 심리부검에 있어서 자살 시도력의 평가와 자살 시도를 한 사람들이 이후 어떤 개입을 받는지를 추적하는 과정은 매우 중요하다.

스트레스 생활사건

스트레스 생활사건 역시 중요한 자살 위험 요인이다. 스트레스 생활사건의 역할은 서구에서보다 아시아에서 더욱 중요한 것으로 보이는데, 특히 정신장애 진단을 받지 않은 경우에 그 중요성이 크다고 할 수 있다. 한 예로, 메타분석 결과, 서구와 비교하여 아시아 국가 연구에서 악화된 사회경제적 상황이 자살률 증가에 더욱 큰 영향을 주는 것으로 보고된 바 있다(Rehkopf & Buka, 2006). 기존의 심리부검 연구들은 일관되게 대인관계 사건이 주요 위험요인임을 시사한다(Boardman, Grimbaldeston, Handley, Jones, & Willmott, 1999; Foster, Gillespie, McClelland, & Patterson, 1999). 대인관계 스트레스, 특히 이혼이나 실연과 같은 관계 붕괴는 소속감을 좌절시키고 고통스러운 심리상태를 유발함으로써 자살 위험성을 초래한다고 알려져 있다(Joiner, 2005). 이 뿐

아니라 대인관계 스트레스 사건은 우울증상에 동반된 모멸감을 유발함으로써 자살 위험성을 증가시킬 수 있다(Brown, Harris, & Hepworth, 1995). 국내 조사에서 역시 정신과적 증상 다음으로 대인관계 스트레스가 자살의 주된 원인으로 파악되었다(보건복지부, 2014). 그러나 아직까지 스트레스 사건의 시기, 심리적 영향력, 만성과 급성 스트레스 사건의 차이, 스트레스 사건에서 당사자가 하는 역할에 대한 규명은 부족한 상황이다. 스트레스 사건의 유형과 특성에 따라 예방 개입은 달라져야 한다. 한 예로 만성 스트레스가 주요 위험요인이라면 표적화된 전략이 필요한 반면, 급성 스트레스 사건의 경우에는 예방 개입의 시간이 충분하지 않기 때문에, 보다 보편적인 개입(예; 자살도구 제한과 같은)을 시사한다(Conner et al., 2011). 향후 국내 심리부검 연구에서는 스트레스 생활 사건에 대한 심층적 탐색이 필요할 것으로 보인다.

의료기관 이용과 치료

핀란드 심리부검에서는 자살자가 사망 일년 이내에 방문했던 병원 담당자와의 면담을 통해 자살자의 건강상태, 받은 치료의 종류, 심리사회적 스트레스 요인, 당시 자살자의 기능 수준에 대한 면밀한 조사를 한 바 있다. 서구 연구 결과에 따르면, 약 반수가 사망일 동안 다양한 건강관련 기관에 접촉했다고 보고되었다(Pirkis & Burgess, 1998, Luoma, Martin, & Pearson, 2002). 반면 국내 연구 결과에서는 약 26.7%만이 사망일부터 한 달 동안의 시기에 의사를 만났다고 보고되었으며, 6개월(35.7%), 1년(37.5%)이 보다 빈번하였다(서종한 등, 2012). 사망자가 의료기관에 접촉한 시기와 특성은 고위험군을 의료기관에서 파악해서

예방개입을 할 수 있다는 면에서 중요하다. 사망자가 의료기관에서 받은 치료 역시 중요한 요인이다. 선행 연구 결과 상당수의 자살 사망자들이 우울증에 대해 어떤 치료도 받지 않았다고 하며, 치료를 받은 경우에도 적절하지 않은 치료를 받았다고 보고된 바 있다(Isometsä, 2001). 서구 연구 결과에 따르면 약 1/3이 항우울제 치료를 받았으며, 정기적인 심리치료나 ECT를 받은 경우는 매우 적었다(Barraclough, Bunch, Nelson, & Sainsbury, 1974; Isometsä et al., 1994). 의료기관의 이용은 자살 고위험군을 어느 시점과 상황에서 파악할 수 있는가에 대한 중요한 정보를 제공해준다.

치명적 도구에 대한 접근성

서구권의 사례대조 연구들은 가정 내 총기 보유가 자살 위험요인이라고 일관되게 보고하고 있다(Conner et al., 2011). 중국에서 역시 농약의 가용성은 다른 위험 요인을 통제한 상태에서 젊은 성인의 자살을 예측하는 것으로 나타났다(Kong & Zhang, 2010). 국내에서는 아직까지 치명적 도구에 대한 접근성이 자살에 어느 정도 영향을 미치는지에 대해서는 알려진 바가 없다. 그러나 치명적 도구에 대한 접근 제한은 가장 효과적인 자살예방정책으로 알려져 있다(Mann et al., 2005). 한 예로, 스리랑카는 독성이 높은 농약을 법적으로 제한함으로써, 자살률을 극적으로 감소시켰다(Gunnell, Eddleston, Philips, & Konradsen, 2007). 투신을 예방하기 위해 고층이나 지하철에 장애물을 설치하는 것, 치명적인 농약에 대한 접근 제한, 번개탄의 판매 제한 등과 같은 방법은 자살 도구 접근 제한 정책의 예이다. 이러한 정책이 효과를 거두기 위해서는 국내 표본을 대상으로 자살 도구 접근성의 영향을 규

명하는 심리부검 연구가 뒷받침 될 필요가 있다. 또한 도구에 대한 접근성과 함께 연령, 정신장애 유무, 자살에 대한 계획수준과 같은 다른 위험 요인들 간의 조합이 규명될 때만이 도구에 대한 접근 제한 정책이 효과를 거둘 수 있을 것이다.

자살 행동의 가족력

가족 중 자살한 사람이 있는 것은 자살 위험요인 중 하나라고 알려져 있다. 자살 유가족의 자살률은 대조군에 비해 유의하게 높게 나타나며, 가족의 정신장애와 독립적으로 자살을 예측하는 요인으로 보고되고 있다 (Runeson, & Åsberg, 2003; Brent, Bridge, Johnson, & Connolly, 1996). Philips 등(2002)의 중국의 대규모 심리부검 연구에 따르면 표본의 55%에서 가족과 친구를 포함한 가까운 주변인의 자살행동이 있었다. 또한 대만의 심리부검 연구 결과, 직계 가족에서의 자살 행동(자살 시도와 사망)이 자살 위험성으로 보고되었다(Chen et al., 2000).

한 국내 조사에 따르면 총 121명의 자살사망자 중 자살 유가족인 경우는 총 38명이었다(중앙심리부검센터, 2015). 또한, 자살 사망자의 가족 중 자살 시도력이 있었던 가족이 있던 경우는 총 33명이었다(중앙심리부검센터, 2015). 이러한 결과는 국내에서 역시 자살행동의 가족력이 중요한 위험요인임을 시사한다. 다만 이 조사에서는 자살 사망자 가족의 자살 시도, 자살 사망의 빈도만 제시되어 있어 가족의 자살행동이 자살자에게 어떤 영향을 어떻게 미쳤는지 확인 할 수 없다. 추후 심리부검 연구에서는 단순히 자살사망자 가족 중 자살행동이 있었는지의 여부 뿐 아니라 가족의 정신장애, 가족의 자살행동과 자살사망자의

자살행동 사이의 기간, 자살 수단의 유사성 등을 조사할 필요가 있다.

국내외 국가적 심리부검 연구

국외 심리부검 연구 현황

앞서 언급한 바와 같이 몇몇 국가가 국가주도형 심리부검을 수행한 바 있으며, 우리나라 역시 최근 보건복지부 주도 하의 중앙심리부검센터가 전국 단위의 심리부검을 시도하고 있다. 국가주도형 심리부검연구는 각 국가의 자살 위험요인에 대해 포괄적인 평가를 한 후, 자살예방정책으로 유기적인 연계를 할 수 있다는 장점이 있다. 따라서 본 연구에서는 해외의 국가주도형 심리부검 결과를 간략하게 살펴본 후 국내 심리부검 연구결과에 대해 고찰하고자 한다.

핀란드는 1986년 국립건강위원회에서 국가 자살률 감소를 위한 국가자살예방프로젝트를 준비하였다(Hakanen & Upanne, 1996). 1987년부터 1년간 발생한 전체 자살사망 사례 1397건이 대상이었으며, 총 245명의 정신건강전문가(심리학자 47%, 정신보건간호사 27%, 사회복지사 15%, 의사 8%)가 심리부검 면담에 투입되었다. 면담 뿐 아니라 자살사망자에 대한 관련 기록들 예를 들어, 사망진단서, 정신과 및 진료기록, 경찰 및 법적 기록, 유서 등을 확보하여 함께 분석하였다. 면담 도구는 총 234문항의 구조화된 면담도구를 사용하였으며 자살자의 일상생활 및 행동, 가족, 알코올 및 약물 문제, 이전자살 시도 및 정신건강서비스 이용실태, 최근 생활사건 영역이 포함되었다(Hakanen & Upanne, 1996). 그 결과 자살 사망자 중 93%가 하나 이상의 정신장애가 있었던 것으로 나타났다. 가장 흔하게 나타난 질병은

우울장애(59%)와 알코올 관련 장애였다(43%). 이후 이러한 결과를 토대로 우울증을 비롯한 다른 정신장애의 발견과 치료, 알코올 문제에 대한 조기 발견, 알코올 중독자 치료 및 가족 지원 등 정신건강 문제에 대한 정책 뿐 아니라 학교 기반 프로그램, 공공교육, 자살보도에 대한 언론보도 기준 강화, 자살 유족의 상담과 지원 체계 구축 등 전방위적인 자살예방 정책을 수립하여 실행하였다. 그 결과 1990년에는 인구 10만명당 30.3명이었던 자살률이 2004년에는 20.4명으로 약 30% 가까이 줄어드는 성과를 보고했다(한국자살예방협회, 2011). 이러한 결과는 단순히 심리부검을 도입하는 것 뿐 아니라 타당한 심리부검 절차 수립, 그 결과에 대한 정확한 분석과 정책 실행이 뒷받침 될 때 자살률 감소로 이어질 수 있음을 시사한다.

중국에서는 2000년 북경자살예방연구센터의 주도로 북경 등 중국 23개 지역에서 총 519명의 자살자에 대한 심리부검을 실시한 결과 우울증, 과거의 자살시도, 사망 전 높은 스트레스, 특히 대인관계 갈등 등의 자살 위험요인이 중요하다는 것을 밝혀냈다(Phillips et al, 2002).

일본은 2000년대 중반 자살대책기본법을 제정한 후 심리부검에 대한 타당성 예비조사, 유가족을 대상으로 한 사전 시범사업 등을 실행한 바 있으며, 이후 지속적인 심리부검 연구를 통해 일본 내 자살 사망자의 경우에도 정신장애 비율이 대조군에 비해 월등히 높다는 것을 보고하였다(Hirokawa et al, 2012). 현재 일본 역시 국가 차원에서 보다 체계적인 자살 예방과 위기 대응 및 사후관리 시스템을 구축하여 자살 유가족에 대한 지원을 추진하고 있다. 특히 자살사망자의 사후조사에 의한 분석

통계를 근거로 자살 경로와 배경 및 구조 등을 분석한 ‘자살실태 백서’를 토대로 하여 중앙과 지방 그리고 민간 협력을 강조하면서 자살예방 프로그램의 실효성 제고에 노력하고 있다(한국자살예방협회, 2011).

국내 심리부검 연구 현황

국내에서 정신건강영역을 포함한 실질적인 심리부검 연구는 보건복지부와 한국 자살예방협회가 2009년에 처음 실시하였다(자살예방협회, 2009). 총 15건이 자살 의심 사례로 포함되었으며, 이중 7건에 대해 심리부검이 완료되었고 그중 4건을 보고서에 수록하였다. 면담도구는 Phillips 등(2002)이 개발하여, 현재 중국, 홍콩, 일본 등에서 사용 중인 면담 도구를 전문가 자문위원회를 통해 국내 상황에 맞게 수정·보완하여 사용하였다. 이 연구는 사례수가 너무 적어서 자살 사망에 대한 일반화된 결론을 도출할 수는 없으나, 국내에서 처음으로 포괄적인 사전 조사를 통해 심리부검을 시도했다는 의의가 있었다.

생명의 전화는 2003년~2009년까지 강원도 태백지역에서 발생한 자살 사례를 수집하여 총 10건에 대한 심리부검을 실시하였다(생명의 전화, 2010). 면담도구는 미 국방부의 심리부검 면담 및 Weisman(1974)의 자료를 참고로 연구자들이 번안 제작하였다. 그 결과 자살 사망자는 주로 고졸 이하의 무직자로 경제적 어려움을 크게 경험하는 경우가 많았으며, 정신장애와 그로 인한 신체기능 약화가 빈번하였다. 또한 사망자 대부분이 적절한 지원 및 치료 서비스를 받지 못했으며, 대개 정신과적 문제를 방치하거나 과소평가하였다.

“한국자살 사망자 특징: 사례-대조 심리부검

표 1. 국내 심리부검 연구현황

제1 저자 및 출판 년도	지역	표본 크기	표본 특성	연구 설계	주요 결과
한국자살예방협회, 2009	인천, 경기(수원), 강원(원주)	자살사망자 7사례 (4사례 보고)	전 연령 및 성별	비통제	자살자의 사회적 과거력, 성격, 대인관계, 업무 만족도, 사망 당시 특징 및 행동변화, 정신질환을 중심으로 분석했으나 결과적으로 연구결과는 제시되지 않았음
생명의 전화, 2009	강원도 태백지역	자살사망자 10사례	전 연령 및 성별	비통제	40~50대 자살자로 고졸 이하의 무직, 경제적 어려움을 경험 정신과적 질환을 갖고 있고 그로 인한 신체 기능 약화가 빈번함 정신과 문제를 방치하거나 과소평가함 알코올 의존, 우울증, 조현병, 성격장애 경향 시사
서울시 자살예방센터, 2012	서울시 자살예방센터 및 서울 자치구 정신건강 증진센터 수집 사례	자살 사망자 34사례	전 연령 및 성별	비통제	자살사망자 34명 중 15명은 사망당시 정신질환을 앓고 있었으며 증상이 심각한 수준이었음 과거 정신질환 진단 경험자는 17명으로 우울증, 조현병, 물질 남용 순 과거 자살시도경험자는 8명 사망이유로는 경제적 문제가 가장 높음
서종한, 2012	강원, 충북, 경북, 경기, 제주	사례: 56; 대조: 36	전 연령 및 성별	사례-대조	학교나 직장에서의 적응 문제. 친한 사람이 제한적 입 정신질환이 있는 경우가 22건(39.2%)이고, 우울장애가 19건(33.9%), 알코올 및 약물 남용 6건(10.7%), 조현병(7.1%) 순으로 나타남 사망 전 4주 내 의사를 만난 경우, 정신과적 약물 치료 경험, 정신과 입원치료 경험이 자살과 관련성이 높은 것으로 나타남 사망 전 자해행동 특성: 자살사망자는 과거의 자살 시도 및 자해 시도가 빈번하였음 생애 사건 및 어려움 특성: 자살 전의 생애 어려움을 크게 지각하고 있었던 것으로 나타남
충남 광역 정신건강증진센터, 2014	충청남도 관내 자살율이 높은 4개 지역 선정(지역명 비공개)	자살사망자 25사례	전 연령 및 성별	비통제	전체사례 중 75%에서 건강이나 능력의 문제로 사회적 역할 수행에 어려움을 갖고 있었음 대인관계 지지체계가 빈약하고 주변인을 비롯하여 가족 갈등을 경험하고 있는 경우가 많았음 성격적 특징으로 마음이 여리고 내성적이며 고집이 세고 다혈질적인 측면이 많았음을 보고 35%의 사례가 복합중증질환을 갖고 있었으며 우울증 진단은 4사례였지만 우울증이 의심되는 7사례를 포함하여 총 11사례(44%)를 우울증 경험 사례로 보고 음주문제를 자살자의 죽음에 단기적, 장기적으로 영향을 미친 주요한 요인으로 나타남 자살자의 가족, 친인척이 자살함. 또한 자살사건 3년 이내에 자살자의 동네 주민 자살한 경우가 8사례(32%)

연구”에서는 2009년 1월~2011년 4월까지의 자살 사망 사건 56사례에 대하여 심리부검을 실시하고, 대조군 36사례를 비교 검토하였다(서중환 등, 2012). 면담도구는 한국자살예방협회(2009)가 이전에 사용한 도구였다. 국내 연구 중 가장 많은 사례를 포함하였으며, 국내에서는 처음으로 대조 집단과의 양적 비교를 실시하였다. 이 중 정신장애 과거력이 있는 경우는 39.2%였으며, 대조군과 비교할 때 자살군은 사망 전 4주내 의사를 만난 것, 정신과 약물치료 과거력, 입원 치료 경험, 다양한 생애 사건(결혼, 건강, 대인관계갈등 등)으로 인한 높은 스트레스가 유의한 위험요인으로 나타났다.

서울시 자살예방센터와 강서구·성북구 정신건강증진센터에서는 2009년 1월~2012년 12월까지 “자살 사망자의 축약 심리부검에 관한 연구”를 진행하였다(이구상 등 2012). 자살예방센터 및 정신건강증진센터로 보고된 34사례에 대하여 심리부검과 자살 유가족 상담 서비스를 병행하였다. 면담도구는 이전 연구와 마찬가지로 한국자살예방협회(2009) 도구를 수정 보완하여 사용하였다. 다른 조사에 비해 정신장애의 빈도가 높게 나타나 정신장애 환자의 관리의 중요성을 시사하였으며, 가장 대표적인 자살 사유로 경제적 문제가 보고되었다.

충남 광역정신건강증진센터는 지방자치단체 차원의 심리부검 연구로는 국내 처음으로 도내에서 자살률이 높은 4개 지역을 선정하여 심리사회적 원인조사 연구를 수행하였다(충청남도 광역정신건강증진센터, 2014). 개인 차원의 심리적 요인 뿐 아니라 개인에 영향을 미치는 사회문화적 요인을 포함하여 조사하였다는 점, 유가족에 대한 상담과 지원을 병행하도록 계획되었다는 점에서 기존의 심리부검

연구와 차별화된다. 면담 도구는 핀란드 보건복지연구원의 심리부검 연구양식과 자살예방협회(2009)에서 활용한 양식을 종합하여 재구성하였다. 자살자의 개인적 특성으로는 사회적 역할 수행의 어려움, 내성적이며 경직되고 다혈질적인 성격, 음주 외에는 적절한 스트레스 해소법이 없는 것, 대인관계 갈등, 지지체계의 빈곤 등을 보고되었다. 전체 사례 중 단 4사례만 신체적, 정신적 질환이 없었던 것으로 나타났다. 25명 9명은 중증복합질환을, 11명은 우울증을 경험하고 있는 것으로 보고하였다. 자살자의 가족 및 친인척 자살 경험은 전체 20%에 이르렀으며 친인척 관계가 아니더라도 자살 전 최근 3년 이내에 자살자가 살던 동네 주민이 자살한 경우가 8사례로 농촌 자살의 특이성을 보여주었다.

2014년부터 보건복지부에서는 민간경상보조사업의 형태로 중앙심리부검센터를 위탁 운영하고 있다. 중앙심리부검센터에서는 심리부검 면담 도구 개발 및 심리부검 면담원 훈련, 자살유가족을 위한 심리지원 및 자살유가족 애도교육 등의 사업을 수행하고 있다(www.psyauto.or.kr). 그러나 보도 자료를 통해 해당 연도의 사업 결과를 보고 했을 뿐 아직까지 학계에 심리부검 면담 결과를 공식 발표한 적은 없다.

향후 국내 심리부검에 대한 제언

심리부검 연구가 한 국가의 자살률 감소로 이어지기 위해서는 심리부검의 방법, 심리부검과 자살예방정책이 연계가 필요하다. 즉 심리부검을 통해 고위험군을 규명하고, 그에 대한 구체적이고 실용적인 관리대책을 마련해야 자살예방 효과를 거둘 수 있다. 본 절에서는

향후 심리부검 연구의 방향을 제시하고, 효과적인 심리부검 연구와 자살예방정책이 연계되기 위한 제도적 개선방안에 대해 제안하고자 한다.

과학적이고 체계적인 심리부검 연구의 확대

앞서 자살 위험요인과 추후 연구를 위한 시점에서 밝혔듯이 기존 연구를 통해 알려진 위험 요인을 보다 체계적이고 과학적으로 규명하는 심리부검 연구가 확대되어야만 효과적인 자살예방정책을 수립할 수 있을 것이다. 자살 예방의 효과성을 향상시키기 위해서는 위험 요인 중에서도 특히 예방적 개입이 도입될 수 있는, 자살 사건과 시간적으로 가깝게 일어난 심리적, 환경적 맥락을 조사하는 것이 필수적이다. 이를 반영해 앞서 기술한 정신장애, 스트레스 생활사건, 기존의 자살시도, 치명적 수단에 대한 접근성, 자살 가족력과 같은 뚜렷한 위험요인이 어느 정도 국내 자살사망과 관련되어 있는지에 대한 체계적 규명이 필요하다. 이와 더불어 최근 심리부검 연구는 사례대조 연구(case-control study)를 권고하고 있으나 국내 연구는 아직 기술 연구에 머무르고 있다. 사례 대조연구는 자살 사망자와 비슷한 연령대와 거주 지역의 신체 질환이나 사고로 인한 사망자를 대조 집단으로 설정하여 보다 분명한 위험요인을 파악하는 것이다. 향후 국내 심리부검 연구는 필수적으로 사례대조연구를 포함해야 할 것이다.

표준화된 심리부검면담 도구의 개발 및 보급

최근까지 국내에서는 심리부검에 관심이 있는 개인연구자나 광역정신건강증진센터(자살예방센터)를 중심으로 특정 지역에 제한된 심리부검을 실시해왔다. 따라서 개인 연구자의

관심이나 각 기관이 처한 환경을 고려하여 그 안에서 수행 가능한 수준의 심리부검 면담을 진행하였다. 물론 이러한 노력의 결과들이 특정 지역의 자살 사망원인을 분석하고 그 지역 자살 특성을 반영한 자살예방 전략을 수립에 기여한다는 함의가 있으나 서로 다른 심리부검 면담도구를 사용함으로써 각 지역에서 수행한 심리부검 결과를 비교분석할 수 없다는 제한점이 있었다.

심리부검면담 도구는 면담에 포함되는 영역의 구성이나 문항 선정의 근거와 출처가 명확해야 한다. 특히, 우리나라 자살사망자의 특성을 반영한 요인 뿐 아니라 보다 자살 사건을 둘러싼 다양한 맥락들을 철저히 탐색해야만 자살사망원인 분석방법으로서의 심리부검의 의의를 가질 수 있다. 따라서 국가 수준의 심리부검 사업 수행할 수 있는 기관에서 표준화된 심리부검 면담도구를 개발하고 보급하며 이를 데이터베이스화함으로써 심리부검자료들이 축적될 수 있는 틀을 마련해야 한다.

경찰 및 정신건강증진센터를 통한 심리부검 사례 발굴

1993년 일본 심리부검 연구 초반 연구자들은 검시관들과 협력하여 동경 일부지역에서 심리부검을 계획했으나 자살 유가족에 대한 사생활 보호의 문제로 인해 결국 조사가 제대로 수행되지 못했다. 이후 일본의 경우 대부분 자살 유가족 자조모임을 비롯한 자살 유가족 사례관리 서비스를 받는 유가족을 대상으로 심리부검을 수행하고 있다(Hirokawa et al., 2012). 일본과 마찬가지로 우리나라 역시 고인에 대한 예우를 중시하는 사회적 분위기와 자살에 대한 오해와 편견으로 인해 유가족들이 심리부검에 자발적으로 참여하기를 기대하는

것은 매우 어려운 현실이다.

경찰은 모든 사망 사건의 1차 조사자일 뿐 아니라 자살자의 자살방법, 자살이유, 자살 시점, 자살 당시 약물 및 알코올 복용 여부가 확인되며 모든 자료를 전산 프로그램에 등록하도록 되어있어 경찰의 협조와 유가족의 동의가 있다면 경찰 번사사건 조사체계 및 일선 경찰 협력을 통한 가장 많은 사례발굴이 이루어질 수 있다. 그러나 사전의 제도적 장치 없이 경찰관에게 이러한 업무를 부과하는 어려우므로, 장기적으로는 경찰의 협력을 이끌어내기 위해서는 인센티브 도입, 경찰을 대상으로 하는 사전 교육 등의 전략을 수립해야 할 것이다. 또한 일본과 마찬가지로 각 지역 광역정신건강증진센터(자살예방센터)의 자살 유가족 사례관리를 받고 있거나 새롭게 유가족 사례관리로 등록된 유가족을 대상으로 심리부검 면담을 진행하는 것이 현실적인 접근일 수 있다. 정신건강전문요원은 유가족의 상태를 고려하여 심리부검에 대한 설명이나 동의를 할 수 있으므로 심리부검에 대한 참여율을 좀 더 높일 수 있을 것이다.

심리부검 면담원 양성

심리부검 면담원은 심리부검을 진행하면서 단 한번, 제한 시간 내에 자살사건 및 자살자의 다양한 생애 영역에 대한 정보를 획득해야 함과 동시에 면담에 참여하는 유가족의 심리상태도 고려해야한다. 이를 위해서 면담원은 효율적인 시간관리 뿐 아니라 면담 상황에서 발생할 있는 각종 돌발 변수에 대해 융통성 있게 대처할 수 있는 역량이 필요하다. 또한 유가족이 기술하는 내용과 감정 상태에 대해 지나치게 정서적으로 개입하지 않은 채 적절한 거리를 유지하면서 공감적인 반응을 함으

로써 유가족이 안전하다고 느끼면서 고인에 대해 이야기할 수 있는 지지적인 환경을 조성해야한다.

심리부검의 목적과 일차적인 관심의 초점은 정보제공자가 아닌 자살사망자이다. 만일 심리부검 면담의 초점이 자살사망자가 아니라 유가족으로 빈번하게 옮겨질 경우 심리부검 면담을 중단하고 유가족의 심리상태에 대한 면밀한 평가를 한 후 과연 심리부검의 정보제공자로서 현재 유가족의 상태가 적절한지를 판단해야 한다. 이를 위해 면담원은 정신건강 관련 분야에서의 임상경험과 임상적 면담에 대한 경험이 필요하다. 또한, 앞서 언급하였듯이 심리부검을 통해 유가족들이 건강한 애도를 할 수 있는 첫 번째 관문이 되기 위해서는 자살뿐 아니라 자살 유가족의 특성과 어려움에 대한 지식과 이해가 동반되어야 한다. 향후 심리부검 연구가 확대되기 위해서는 정신건강관련 분야에서의 경험을 갖춘 심리부검 면담원의 양성이 필요한 것으로 보인다.

유가족 지원 체계 수립

세계보건기구(2007)에 따르면 한 명이 자살한 경우, 사망자 주변 평균 5명에서 10명의 사람이 심리적인 타격을 입는다. 특히 사망자의 배우자, 부모, 자녀와 같은 유가족은 높은 수준의 우울과 불안을 경험하며(Mitchell 2009), 그 고통은 일반 유가족보다 매우 큰 것으로 알려져 있다(Gilewski & Farberow, 1991). 자살 유가족은 사랑하는 가족의 자살에 대한 납득할 만한 이유에 대해 알고 싶어 하면서도, 이러한 이야기를 다른 사람과 이야기하는 것을 거부하고 고통과 슬픔을 표현할 기회를 가지지 못한다. 또한 이들은 자살 유가족이라는 낙인을 두려워하면서 오랫동안 혹은 평생토

록 이러한 문제를 비밀로 안고 살아가기도 한다.

심리부검은 그 자체로 자살 유가족에게 치료적 효과가 있다(Henry & Greenfield, 2009). 자살 유가족은 왜 자살이 일어났는가에 대한 의미를 탐색하는 과정에서 사망자를 자살에 이르게 한 직접적이고 유일한 원인이 바로 유가족 자신이 아닌지 고민하는 경우가 많다(Neimeyer, 2000). 심리부검은 자살과 관련있는 다양한 생활 사건들을 모두 점검해 보도록 함으로써 자살에 기여한 요인들에 대해 현실적 관점을 갖게 도와주며, 그 결과 유가족의 막연한 죄책감과 자기 비난을 덜어줄 수 있다. 심리부검은 유가족이 어느 누구에도 터놓고 말하지 못했던 상실 경험에 대해 말할 수 있도록 한다. 또한 유가족은 자살에 대해 이야기하는 과정에서 자신의 고통스러운 감정을 있는 그대로 쏟아 놓으면서 사회적 고립에서 벗어나는 첫 발을 내딛을 수 있다. 더 나아가 심리부검에서의 경험을 토대로 자살로 인해 단절되었던 사회적 관계망을 다시 작동시키는 계기가 될 수 있다.

애도 과정의 가장 큰 과업은 상실이 돌이킬 수 없는 현실이라는 것을 수용하는 것이다(Kubler-Ross & Kessler, 2005). 유가족은 자살 사건의 어떤 측면은 회피하거나 무시하기도 하면서 동시에 어떤 부분에는 지나치게 매달리고 집착하기도 한다. 자살 사망자에 대한 유가족의 과편화된 고통스런 감정들은 심리부검 과정에서 재현될 수 있다. 하지만 이러한 작업을 통해 유가족은 상실을 과거 사건으로 받아들이고 현실을 살아가야 한다는 사실을 인정하게 된다. 한국자살예방협회(2009)는 가족 사망 후 사회적 관계의 단절을 경험하면서 상실에 따른 고통스러운 감정들을 표현할 기회

조차 없었던 유가족들이 면접원의 공감과 경청, 이해를 통해 상실을 받아들이고 일상으로 회복하였으며, 이것이 심리부검을 성공적으로 마치는데 기여했다고 분석하였다. 유가족은 트라우마를 경험한 생존자인 동시에 자살 고위험군일 수 있다. 따라서 심리부검은 유가족 지원 사업과 함께 진행되어야 할 것이며, 이것이 궁극적으로 자살을 예방하는 개입이 될 수 있을 것이다. 최근 자살 유가족 지원 및 사후 관리는 지역 자살예방센터 및 정신건강 증진센터를 중심으로 수행되고 있으나 아직까지 그 이용 실태는 미비한 실정이다. 심리부검에 참여하는 유가족들은 사별 이후 다양한 삶의 영역에서 매우 큰 변화를 경험한다. 따라서 심리부검 면담에서는 이러한 유가족들의 정신건강 및 일상생활에서의 어려움을 청취하고 이들에게 필요한 지역 사회 자원에 연계하는 중간 역할을 해야만 한다. 즉, 심리부검 면담은 자살 사망자의 사망 원인 분석을 통한 자살예방 뿐 아니라 참여하는 자살 유가족을 위한 사후 개입의 역할을 할 수 있도록 구성되어야 할 것이다.

결 론

한 개인의 자살의 원인을 규명하는 심리부검 연구는 자살의 위험 요인을 밝힘으로써 자살에 대한 이해를 증진하는 연구적 가치 뿐 아니라 한 국가의 자살률 감소를 위한 자살예방정책 수립을 위해 꼭 필요하다고 할 수 있다. 이러한 이유로 여러 국가에서 대규모 심리부검 연구가 실시된 바 있다. 이에 비해 국내 심리부검 연구는 제도적 장치의 미비로 인한 사례에 대한 체계적 접근의 한계, 유가족

의 협조를 구하는데 어려움 등의 이유로 활성화되지 못한 실정이다(권호인 등, 2014). 본 연구에서는 서구권, 아시아권, 국내의 심리부검 연구들을 검토하고 향후 심리부검 연구를 수행할 때 고려할 점을 제안하였다. 우선 심리부검의 내용 면에 있어서는 자살사망자의 지인을 대상으로 사망당시의 정신장애에 대한 진단, 과거의 자살시도, 스트레스 생활사건의 영향, 의료기관 이용과 치료여부, 치명적 도구에 대한 접근성, 자살행동의 가족력에 대한 통합적이고 심층적인 탐색이 필요하며, 대조 집단을 선정한 사례대조 연구가 필수적이다. 또한 국내 심리부검 연구가 지역 중심으로 분절되어 진행되고 있는 점을 감안할 때 표준화된 심리부검면담 도구를 개발보급한 후, 이를 국가적으로 데이터베이스화함으로써, 국내 심리부검자료들이 축적될 수 있는 틀이 마련되어야 한다. 심리부검이 대부분 자살 유가족을 대상으로 실시될 뿐 아니라, 유가족이 트라우마의 생존자임을 감안할 때, 심리부검면담과 자살유가족에 대한 심리지원의 연계가 필요하다.

자살은 개인의 심리적 문제이기도 하지만 동시에 현재 우리 사회가 안고 있는 사회문화적 상황이나 경제적 문제들이 함께 작용한 결과이다. 따라서 특정 지역, 특정 계층을 대상으로 한 자살예방정책만으로는 자살률 감소를 이끌어 내기 어렵다. 심리부검을 통한 결과를 근거로 공격적인 자살예방정책을 펼쳤던 핀란드는 심리부검 사업의 모범사례로 항상 언급된다. 그러나 핀란드의 심리부검 사업이 성공적일 수 있었던 이유는 단순히 심리부검을 했기 때문이 아니다. 자살에 대한 국가적 위기의식, 중앙정부의 재정적 행정적 지원, 심리부검의 의무화, 중앙과 지역 간의 소통체계 구

축, 정신건강전문 인력 양성, 정확한 통계자료 시스템을 토대로 한 자살사망 관련자료 확보 등 적극적이고 전방위적인 노력이 뒷받침되었기 때문이다(Lehtinen & Taipale, 2001). 결국, 우리나라에서 심리부검 사업을 통한 자살예방정책 실효성을 거두기 위해서는 통합적인 심리부검을 확대하고, 그 결과에 기반하여 다양한 자살예방 프로그램을 도입하는 것이 필요하다. 자살예방프로그램과 정책의 효과성을 평가하는 것이 이후의 과제가 될 것이다.

참고문헌

- 권호인, 김 란, 방수영, 홍현주, 권용실 (2014). 청소년 자살자에 대한 심리적 부검 방법론에 대한 고찰. *소아청소년 정신의학*, 25(3), 121-127.
- 도순원 (2012). 심리부검의 의의와 사례에 관한 연구. *경북대학교 수사과학대학원 석사학위논문*.
- 문국진 (1991). 자살의 증명과 심리부검. *대한법의학회지*, 15(1), 1-13.
- 보건복지가족부 (2008). 제2차 자살예방종합대책. *보건복지가족부*.
- 보건복지부 (2014). 2013년 자살실태조사 요약보고서. *보건복지부*.
- 부산광역시자살예방센터 (2014). 2014 자살예방의 날 기념 자살예방개입전략세미나 자료집. *부산광역시자살예방센터*
- 서종환, 이창환, 김경일, 김성혜 (2012). 한국 자살사망자 특징: 사례-대조 심리적 부검 연구. *한국심리학회지: 일반*, 31(2), 323-344.
- 신성원 (2005). 심리부검 연구의 실무적 활용

- 및 윤리적 고려사항, *한국범죄심리연구*, 1(1), 231-252.
- 신성원 (2011). 경찰공무원의 자살에 관한 연구, *한국위기관리논집*, 7(1), 61-82.
- 생명의 전화 (2010). 자살자 심리부검과 사후 예방 접근 방법 연구. *생명의 전화 이구상*, 최민정, 김수정, 박재영, 이명수, 서지혜 등 (2012). 자살사망자의 축약 심리적 부검에 관한 연구. *정신보건*, 3(1), 18-24.
- 이만석, 김명식, 권호인 (2015). 심리적 부검을 통한 전북지역 자살 실태에 관한 연구. *한국심리학회지: 문화 및 사회문제*, 21(2), 119-130.
- 이창룡 (2013). 한국형 심리적 부검 프로토콜 활용에 관한 연구. *경기대학교 대학원 석사학위논문*.
- 전충현, 임석현 (2012). 군 자살자의 자살원인에 대한 효과적인 심리부검 적용방안, *과학사학*, 6(2), 79-91.
- 정상혁 (2005). 우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구. *국립서울병원 국립정신보건교육연구센터 용역보고서* 11. 1-128.
- 제영묘 (2004). 자살과 정신 장애. *생물치료정신의학*, 10(1), 3-10.
- 중앙심리부검센터 (2015). 2015년 심리부검 결과보고서, 보건복지부.
- 통계청 (2002-2015). 사망원인통계. 통계청.
- 충청남도 광역정신건강증진센터 (2014). 충남 자살자 심리사회적 원인조사(부검)와 유가족 지원사업보고서. 충청남도 광역정신건강증진센터.
- 뉴스스 (2013. 12. 22). “법원, 자살사건에 첫 ‘심리적 부검’… 업무상 재해 인정” http://article.joins.com/news/article/article.asp?Total_Id=13456733에서 인출
- 한국자살예방협회 (2009). 자살사망자 심리적 부검 및 자살시도자 사례관리서비스 구축 방안. 한국자살예방협회.
- 한국자살예방협회 (2011). 자살예방기본계획. 한국자살예방협회.
- Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *The British Journal of Psychiatry*, 12, 355-373.
- Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (2004). *Introduction to Forensic Psychology: Research and Application*, California: SAGE Publication.
- Boardman, A. P., Grimbaldston, A. H., Hahndley, C., Jones, P. W., & Willmott, S. (1999). The North Staffordshire suicide study: A case-control study of suicide in one health district. *Psychological Medicine*, 29, 27-33.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine*, 25, 7-21.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1145-1152.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cavanagh, J. T., Owens, D. G., & Johnstone, E. C. (1999). 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, 1141-1149.
- Chen, Y. Y., Wu, K. C., Yousuf, S., & Yip, P. S. (2012). Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic Reviews* 34, 129-144.
- Cheng, A. T. A., Chen, T. H. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry* 177, 360-365.
- Clark, D. C., & Horton-Deutsch, S. L. (1992). Assessment in Absentia: The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, et al.(Eds.), *Assessment and Prediction of Suicide* (pp. 144-182). New York: Guilford Press.
- Conner, K. R., Beautrais, A. L., Brent, D. A., Conwell, Y., Phillips, M. R., & Schneider, B. (2011). The next generation of psychological autopsy studies; Part I. Interview content. *Suicide & life-threatening behavior*, 41, 594-613.
- Conner, K. R., Beautrais, A. L., Brent, D. A., Conwell, Y., Phillips, M. R., & Schneider, B. (2011). The next generation of psychological autopsy studies; Part II. Interview procedures. *Suicide & life-threatening behavior*, 42, 86-103.
- Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R., & Patterson, R. (1999). Risk factors for suicide independent of DSM-III-R axis I disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175, 175-179.
- Gilewski M. J., & Farberow N. L. (1991). Interaction of depression and bereavement on mental health in the elderly. *Psychology and Aging*, 67-75.
- Goldstein, B. I., Shamseddeen, W., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., et al. (2009). Substance use and the treatment of resistant depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 1182-1192.
- Gunnell, D., Eddleston, M., Phillips, M. R., & Konradsen, F. (2007). The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health*, 7, 357-395.
- Hakanen J. & Upanne M. (1996). Evaluation strategy for Finland's suicide prevention project. *Crisis*, 17, 167-174.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A. et al. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *Journal of Affective Disorder*, 50, 269-276.
- Hawton, K., Smith, S., Rue, J., Haw. C., Barbour, F., Clements, A., et al. (2002). Suicide in female nurses in England and Wales. *Psychological Medicine*, 32, 239-250.
- Henry & Greenfield. (2009). Therapeutic effect of psychological autopsies; The impact of investigating suicide on interviewees. *Crisis*, 30, 20-24.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttune, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Kuoppasalmi, K. I., et al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150, 935-940.
- Hirokawa, S., Kawakami, N., Matsumoto, T., Inagaki, A., Eguchi, N., Tsuchiya, M., et al.

- (2012). Mental disorders and suicide in Japan: A Nation-wide psychological autopsy case-control study. *Journal of Affective Disorders, 140*, 168-175.
- Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H. M., Heikkinen, M. E., Kuoppasalmi, K., & Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in major depression. *American Journal of Psychiatry, 151*, 530-536.
- Isometsä, E. T. (2001). Psychological Autopsy Studies-A Review. *European Psychiatry, 16*, 379-385.
- Joiner, T. E. J. (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Joiner, T., & van Orden, K. (2008). The Interpersonal-psychological theory of suicidal behavior indicates specific and crucial psychotherapeutic targets. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 80-89.
- Kim, S. Y., Kim, M. H., Kawachi, I., & Cho, Y., T. (2011). Comparative epidemiology of suicide in South Korea and Japan: effects of age, gender and suicide methods. *Crisis, 32*, 5-14.
- Kong, Y., & Zhang, J. (2010). Access to farming pesticides and risk for suicide in Chinese rural young people. *Psychiatry Research, 30*, 217-221.
- Kubler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On Grief and grieving: Finding meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner.
- Lehtinen, V., & Taipale, V. (2001). Integrating mental health services: the Finnish experience. *International Journal of Integrated Care, 1*, 1-7.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American journal of psychiatry, 159*, 909-916.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J. Beautrais, A., Currier, D., & Hass et al., (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association, 294*, 2064-2074.
- Mitchell, A. M. (2009). Depression, anxiety and quality of life in suicide survivors: A comparison of close and distant relationships. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 2-10.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies, 24*, 541-558.
- NIMH. (2003). *Research on reduction and prevention of suicidality*. National Institute of Mental Health.
- Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L. Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study. *The Lancet, 360*, 1728-1736.
- Pirkis, J., & Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts; A systematic review. *The British Journal of Psychiatry, 173*, 462-474.
- Rehkopf, D. H., & Buka, S., (2006). The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: A Systematic Review. *Psychological Medicine, 2*, 145-157.
- Robins, E., Murphy, G. E., Wilkinson, R. H., Gassner, S., & Kayes, J. (1959). Some clinical

- considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 49, 888-899.
- Runeson, B., & Beskow, J. (1991). Reactions of Survivors of Suicide Victims to Interviews. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 169-173.
- Runeson, B., & Åsberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1525-1526.
- Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a Suicidal Mind*, Oxford University Press.
- Wei, K. C., & Chua, H. C. (2008). Suicide in Asia. *International Review of Psychiatry*, 20, 434-440.
- Weisman, A. D. (1974). *The realization of death: A guide for the psychological autopsy*. New York: Behavioral Publications.
- WHO (2014). *Preventing suicide; A global imperative*. World Health Organization.
- WHO (2011). *Mental health—country reports and charts available*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html). (Accessed February 2, 2011).
- WHO (2007). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13, 243-256.

논문 투고일 : 2016. 09. 24
1 차 심사일 : 2016. 09. 30
게재 확정일 : 2016. 11. 18

Recommendation for psychological autopsy Studies

Hoin Kwon

Department of Counseling Psychology
Jeonju University

Seon-Gyu Ko

Korea Psychological Autopsy Center

The psychological autopsy is a method to estimate causes of suicidal death by collecting data from interviewing suicide victim's family added with additional life records. Recently, local governments and suicide prevention centers have been trying to implement psychological autopsy. but there is paucity of efforts examining the validity and effectiveness of the psychological autopsy. Therefore, this paper reviewed psychological autopsy studies and risk factors in Western and Asia countries. and then a methodology for the Korean version of psychological autopsy was suggested. After investigating the specific risk factors for korean suicide through psychological autopsy, then it can be possible to grasp the intervention point for effective suicide prevention. We also propose future directions for psychological autopsy study and interventions in Korea.

Key words : *Suicide, Psychological autopsy, Suicide survivor, Suicide prevention, Suicide prevention policy*