

# WHO의 자살예방 프로젝트와 핀란드의 자살자 심리부검 활용 사례

지난 1월 발표된 자살자 심리부검 결과에 따르면, 자살희생자 10명 중 9명 이상이 경고신호를 보냈음에도 불구하고 주변인이 이를 알아차린 경우는 20% 미만이었던 것으로 나타났다. 이는 적절한 관심과 대처를 통해 대부분의 자살이 예방 가능함을 의미한다. WHO는 효과적인 자살예방대책 마련을 위해 국가적 차원의 전략을 수립할 것을 제안한다. 예방 전략은 정책대상과 주요 위험 요인에 따라 구체화 될 필요가 있으며, 자살자 심리부검 결과는 그 근거기반을 마련하는 데 기여할 수 있을 것이다.

## 머리말

OECD 국가 중 자살률 1위라는 불명예가 십여 년째 계속되는 가운데, 지난 1월 말 자살사망자에 대한 우리나라 최초의 심리부검(psychological autopsy) 결과가 발표되었다. 심리부검은 자살희생자의 사망 전 심리행동 양상 및 변화를 주변인들의 진술을 통해 재구성하는 것으로, 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)에 포함되어 보건복지부 산하 중앙심리부검센터에 의해 수행되었다. 발표된 내용에 따르면, 자살희생자의 93.4%가 경고 신호를 보냈음에도 유가족이 이를 알아챈 경우는 19.1%에 불과한 것으로 나타났다. 이것은 주변의 적절한 관심과 대처로 대부분의 자살을 예방할 수 있었음을 의미한다.

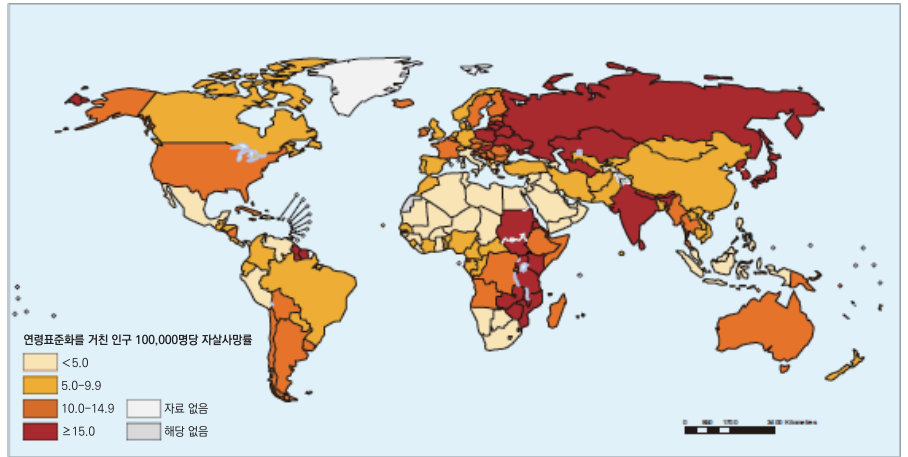
자살은 세계보건기구(World Health Organization)에서도 관심을 갖는 이슈이다. WHO는 2008년 “정신건강 격차 감소 프로그램(Mental Health Gap Action Programme)”을 시작 하면서 자살을 인류 정신건강 증진을 위한 선결과제 중 하나로 규정하고 “정신건강 액션 플랜(Mental Health Action Plan) 2013~2020”에서 2020년까지 세계 각국의 자살률을 10% 줄일 것을 목표로 제시했다. 이 글에서는 WHO가 2014년 발표한 자살예방지침(Preventing Suicide - A Global Imperative)을 소개하고, 핀란드 사례를 통해 자살자 심리부검 활용 방안을 살펴보고자 한다.

## WHO의 자살예방지침

### | 자살예방전략 수립의 필요성

WHO에 따르면 최근 세계 자살률은 감소 추세에 있다. 2012년 세계 인구 100,000명당 자살률은 11.4명으로, 2000년 대비 약 26% 감소하였다. 그럼에도 불구하고 자살이 가족 및 사회에 미치는 부정적인 파급효과를 고려할 때 자살예방의 필요성은 아무리 강조해도 지나침이 없다. WHO는 특히 자살이 젊은 층 사망의 주요한 원인이라는 점,<sup>1)</sup> 취약계층의 자살률이 다른 계층보다 높다는 점, 선진국에서만뿐만 아니라 저개발국가에서도 자살이 심각한 문제라는 점<sup>2)</sup> 등을 들어 국제적·국가적 차원의 자살예방 정책 수립 필요성을 역설한다.

그림 2012년 세계 자살률 지도



출처: WHO (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.

WHO의 자살예방지침은 일반인을 대상으로 보건의료시스템 및 사회적 차원의 위험요인에 대응하는 보편적 전략, 취약계층을 대상으로 지역사회 및 관계적 위험요인에 대응하는 선택적 전략, 정신질환자나 알코올 중독자 등 개인적 위험요인이 높은 사람 개개인을 대상으로 하는 지시적 전략을 포함한다.

**| 자살예방전략의 세 가지 차원**

WHO의 자살예방전략은 정책대상과 주요 위험요인에 따라 다음의 세 가지로 나뉜다. 우선, 일반인을 대상으로 하는 보편적 전략(universal strategy)은 주로 보건 의료 시스템 및 사회적 차원의 위험 요인(health system and societal risk factors)에 대응하는 수단이다. 정신보건정책 강화, 알코올 남용 줄이기, 의료서비스 접근성 강화, 자살수단 접근성 제한, 언론보도의 책임성 강화, 정신건강에 대한 사회적 관심 제고 등 6가지 항목이 여기에 포함된다. 특히 정신보건정책 강화에 관해서는 “정신보건 액션 플랜(Mental Health Action Plan) 2013-2020”을 통해 (1) 정신보건의 질 제고를 위한 리더쉽과 거버넌스 강화, (2) 정신보건 사회적 케어 서비스의 지역사회 중심 재편을 통한 서비스의 통합성 및 대응성 제고, (3) 정신건강 증진 및 예방 전략 수립, (4) 정보 시스템 및 근거기반 연구 강화 등이 강조되고 있다.

다음으로 선택적 전략(selective strategy)은 지역사회 및 관계적 위험 요인(community and relationship risk factors)에 관한 것으로, 자연재해 및 전쟁 생존자, 난민, 이민자, 원주민, 수감자, 성소수자, 자살유가족 등 자살의 위험에 빠지기 쉬운 취약계층을 대상으로 한다. WHO는 자살위험자들이 위험징후를 표출할 때 이를 알아차려 적극적으로 도움을 제공할 수 있도록 지역사회 차원에서 병원 관계자, 교사, 지역사회 지도자, 경찰, 소방관, 군인, 사회복지사, 종교 지도자, 심리상담사, 사내 인사 담당자 등을 “게이트키퍼(gatekeeper)”로 양성할 것과 “위기대응 콜 센터(crisis helpline)”를 운영할 것을 제안하고 있다.

마지막으로 지시적 전략(indicated strategy)은 자살시도자나 정신질환자, 알코올이나 마약 중독자, 실직자, 만성질환자, 자살 가족력이 있는 사람 등 개인적 위험 요인(individual risk factors)을 많이 보유한 사람들에게 대한 개별적 접근을 의미한다. WHO는 정신질환이나 만성질환으로 입원하였다가 퇴원한 사람들에게 대한 사후 관찰 및 지역사회의 지지 강화가 특히 저소득 국가에서 매우 효과적인 자살예방 전략이 될 수 있다고 강조한다. 또한 자살시도나 각종 정신질환에 대한 평가 및 관리를 통해 의료 관계자나 심리상담사가 위기 시 적절하게 대응할 수 있도록 준비하는 것도 개별적 개입의 중요한 부분이다.

2012년 현재 28개국이 국가 차원의 자살예방전략을 이미 도입했으며, 13개국은 도입을 준비 중인 것으로 조사되었다.

**| 자살예방 국가전략 수립 현황**

WHO는 자살예방전략이 국가적 차원에서 수립되어 실시될 경우 더 큰 효과를 발휘할 수 있다고 강조한다. 2013년 IASP(International Association for the Study of Pain)와 WHO의 공동 조사 결과에 따르면, 2012년 현재 조사대상 90개국 중 55개국이 자살을 심각한 공공보건 문제로 인식하였으며, 28개국은 국가 차원의 자살예방전략을 이미 도입하였고 13개국은 도입을 준비 중인 것으로 나타났다. 한편, 국가 수준의 전략은 아니지만 어떠한 형태로든 자살예방에 기여할 수 있는 정책을 가지고 있는 나라는 47개국으로 파악되었다.

## 자살자에 대한 심리부검 활용 사례

### | 1980년대 후반 핀란드의 자살예방 프로젝트

심리부검은 WHO가 강조하는 근거기반(evidence-based) 개입 정책 수립에 기여할 수 있는 연구 방법이다. 심리부검을 적극 활용하여 자살률을 떨어뜨리는 데 성공한 대표적인 사례로 핀란드를 들 수 있다. 1986년 시작된 자살예방프로젝트의 일환으로 핀란드 국립보건연구원(National Public Health Institute)은 1987년 4월부터 1988년 3월까지 발생한 자살 사건에 대한 전수조사를 실시하였다. 기간 내 발생한 모든 변사와 돌연사에 대해 자살 가능성이 조사되었으며, 자살로 분류된 1,397건의 사건 전체에 대해 정신과 의무 기록, 유서 등을 토대로 한 자료수집<sup>3)</sup>과 자살희생자 한 명당 평균 3명의 주변인에 대한 인터뷰가 진행되었다.

### | 자살희생자 심리부검을 위한 인터뷰 방식

인터뷰는 심리상담가(47%), 정신의학과 간호사(27%), 사회복지사(15%), 의사(8%)로 구성된 총 245명의 전문가에 의해 다음과 같은 방식으로 실시되었다.

우선, 자살유가족에 대한 조사가 사건 발생 약 4개월 후 유가족의 자택에서 총 1,155건(전체 사건의 83%) 진행되었다. 인터뷰는 구조화된 설문지를 사용한 심층면접 방식으로 평균 약 2시간 45분에 걸쳐 진행되었으며, 사망자의 일상생활과 행동, 가족요인, 음주 및 약물 복용, 이전 자살 시도 경험, 자살 시도 전 도움 요청 여부, 기타 최근 생애사건 등 234개 항목이 조사되었다.

다음으로, 자살희생자가 사건 발생 전 1년 간 접촉하였던 보건의로 전문가에 대한 조사가 공공보건의료체계와의 접촉이 미미하였던 경우를 제외한 모든 사건에 대해 실시되었다. 전체 사건의 43.8%에 해당하는 총 612건에 대해 심층면접조사가 수행되었으며, 구조화된 설문지를 통해 자살희생자의 건강상태, 공공보건의료체계에서의 치료 경험, 정신의학적 스트레스 요인, 기능 수준(level of functioning) 등 113개 항목이 조사되었다. 이와는 별개로, 보건복지기관 전문가와의 마지막 접촉에 대한 평가가 주치의 인터뷰를 통해 진행되었는데, 이 조사는 8개 항목으로 구성된 반구조화된 설문지를 이용한 면접 혹은 전화조사 형식으로 총 860건(61.6%)이 수행되었다. 이외에도 추가적인 조사가 필요한 경우, 기타 친척, 친구 등 지인에 대한 비구조화된 전화조사가 실시되었다.

### | 심리부검 자료를 이용한 연구 성과

1990년대부터 2000년대에 이르기까지 핀란드에서는 위의 심리부검 자료를 이용한 수많은 연구결과가 발표되었다. 이를 통해 대다수의 자살희생자들이 두 가지 이상의 만성질환을 가지고 있었다는 점, 정신질환과 알코올 중독을 복합적으로 앓고 있는 경우가 많았는데 특히 정신질환은 여성 사이에서, 알코올 중독은 남성 사이에서 비율이 높았다는 점, 조울증 환자의 자살시도는 일반적으로 우울증 시기 또는 삶의 부정적인 큰 충격을 경험한 후 발생하였다는 점, 정신질환을 앓던 대다수의 자살희생자들이 마지막 순간 정신과 치료를 받기는 했으나 그에 앞서 증상이 악화되기 전 적절한 예방치료를 받은 경우는 거의 없었다는 점 등이 밝혀졌다. 또한 청소년, 여성, 군인 등 취약집단별로 특유의 자살원인을 규명한 것도 심리부검의 성과로 평가된다.

### 시사점

자살자 심리부검 연구 결과를 바탕으로 체계적인 자살예방대책을 수립한 결과, 핀란드의 자살률은 인구 100,000명당 1995년 30.2명에서 2013년 15.8명까지 감소하였다. 큰 폭의 감소에도 불구하고 아직 OECD 평균을 상회하는 자살률을 추가적으로 떨어뜨리기 위해 핀란드는 정신건강보전정책에 지속적인 관심을 기울이고 있으며, 최근에는 “The National Plan for Mental Health and Substance Abuse Work 2009–2015”를 통해 정신보건 서비스의 제공주체를 병원에서 지역사회로 전환하려는 노력을 기울이고 있다. 구체적인 근거에 기반한 자살예방정책 수립은 WHO 자살률 감소 프로젝트의 핵심 중 하나이다. 보다 효과적인 자살예방대책 마련을 위해 우리나라도 자살자 심리부검을 적극 활용할 필요가 있을 것이다.

핀란드는 근거기반 자살예방대책 마련을 위해 1980년대 후반 1년간 발생한 자살 사건 1,397건 전체에 대한 심리부검을 실시하였다. 자살 유가족, 자살희생자와 접촉한 적이 있는 보건의로 전문가 및 주치의, 친척 혹은 친구 등 자살희생자의 주변인 평균 3명에 대한 심층면접이 심리상담가, 정신의학과 간호사, 사회복지사, 의사로 구성된 총 245명의 전문가에 의해 진행되었다.

핀란드는 자살자 심리부검 연구 결과를 활용하여 1990년 인구 100,000명당 30.2명에 달하던 자살률을 2013년 15.6명까지 낮추는데 성공하였다. 우리나라도 효과적인 자살예방대책 마련을 위해 자살자 심리부검 결과를 적극 활용할 필요가 있다.

출처

- 
- 박진영(2016.2.2). 자살률 폭증하던 핀란드, 심리부검으로 확 낮췄다. 세계일보 기사. <http://www.segye.com/content/html/2016/02/02/20160202003879.html?OutUrl=naver>에서 2016.2.15. 인출
  - 보건복지가족부(2008). 제2차 자살예방종합대책(2009~2013).
  - Isometsä, E. (2005). Suicide in bipolar I disorder in Finland: psychological autopsy findings from the National Suicide Prevention Project in Finland. Archives of suicide research, 9(3), pp. 251-260.
  - OECD (2015). "Suicide", in OECD, Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing.
  - Patana, P. (2014). "Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Finland", OECD Health Working Papers, No. 72, OECD Publishing.
  - WHO (2013). Mental health action plan 2013-2020.
  - WHO (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.

---

1) WHO에 따르면 15~29세에서 자살은 교통사고에 이은 두 번째 주요 사망원인으로, 2012년 한 해 동안 전 세계 15~29세 사망자의 8.5%, 고소득국가 15~29세 사망자의 17.6%가 스스로 생을 마감하였다.

2) 2012년 세계 자살의 75.5%가 중저소득 국가에서, 24.5%가 고소득 국가에서 발생하였다.

3) 정보수집을 위해 각 자료가 활용된 비율은 다음과 같다: 사망진단서(전체 사건의 100%), 정신의학과 의무기록(80.8%), 경찰 조사 및 법의학 조사 보고서(99.9%), 유서(27.8%) 등.