

2013

Health and Welfare Policy Forum

6

2 권두언 \_ 안용민 한국자살예방협회 회장

6 이 달의 초점 \_ 자살예방 및 정신건강증진을 위한 정책방안

7 우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제 \_ 노용환·이상영

19 일본의 제2차 자살예방종합대책 \_ 정진욱

30 4대 중독 원인 및 중독 예방 정책 \_ 이해국·이보혜

43 성폭력 피해자의 정신건강 관리 방안 \_ 김영택

50 정책분석

51 국제적 관점에서 본 한국의 노인학대 실태 및 정책적 대응 \_ 정경희

62 우리나라 공공보건의료의 문제점과 정책방향 \_ 오영호

83 유통보류검사제도 심층분석을 통한 향상된 식품안전관리시스템 도입검토 \_ 윤시문

105 국제 보건복지 정책동향

106 프랑스 부모 보육 시설(Crèches parentale) 운영 사례 \_ 신윤정

83 신생아 조산의 국제적 동향과 시사점 \_ 이난희

128 보건복지 소식광장

129 5월 보건복지동향

154 글로벌 소식광장

월간 「보건복지포럼」에 실린 모든 내용은 필자 개인의 의견으로서  
본 연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.  
본지에 실린 내용은 출처를 명시하는 한 자유롭게 인용할 수 있습니다.



안 용 민  
한국자살예방협회 회장

## 자살예방 및 정신건강증진을 위한 정책방안

일간지의 사회란에는 거의 매일 빠지지 않고 자살한 사람에 관한 기사가 등장한다. 때로는 일견 평범했던 사람의 안타까운 사연이기도 하고, 때로는 유명한 사람의 드라마틱한 자살일 때도 있다. 돈이 없어 전기세를 내지 못한 할머니서부터, 대통령까지 자살에 관한 기사가, 자살로 인한 죽음이 넘쳐난다. 이러한 지나치게 많은 자살에 대해 우려가 되는 것은, 너무 많기 때문에 자살이라는 현상 자체에 대해 무감각해 지거나, 혹은 자살을 감각적이고 선정적으로 보도하는 내용으로 인해 자살의 진짜 본질은 보지도 못하게 되는 것이 아닐까 싶다. 이번 글에서는 우리 나라 자살의 실태 및 그 문제점에 대해 살펴 보고, 미흡하게나마 해결책에 대해 논의 해 보고자 한다.

1년에 대략 만오천 명 가량(2012년 통계 15,906명)의 생명이 자살로 삶을 마감하는 우리나라 자살자의 통계는 10만명 단위로 계산해보

자면 30명으로 OECD 국가들 가운데 가장 높은 수치를 기록하고 있다. 단위를 치환하여, 매 30분마다 한 명이 자살로 목숨을 끊는다고 생각해 보면 그 숫자의 심각성을 체감하게 된다. 우리나라의 자살의 심각성은 1년에 15,906명이라는 숫자뿐 아니라, 그 가파른 증가 속도에 있는데, 불과 십 년 전과 비교하여 현재의 자살자는 약 두 배 정도가 된다고 한다. 이처럼 우리나라의 자살 문제는 양적인 측면에서 상당한 심각성을 갖는데, 이에 그치지 않는 더욱 심각한 면은, 자살로 인한 사망이 주변에 끼치는 파급력을 따졌을 때 드러난다. 가족이 자살로 사망한 자살자의 유족은 사회적인 낙인을 받고 이후 삶에서 큰 고통을 느끼면서 살아가게 된다. 따라서 이들 또한 심각한 정도의 정신적 고통을 겪고 자살 충동을 느끼는 일까지 발생하여 자살 가능성이 일반인에 비해 4.2배까지 상승한다는 보고도 있다. 이와 같이 자살이 주변에 끼치는 영향에

대해 WHO에서 발표한 기준에 따르면 한 명이 자살을 했을 경우 평균적으로 5명에서 10명 정도의 주변 사람들이 영향을 받는다고 하니, 우리나라의 경우 연간 7만명에서 14만명 정도가 자살로 인해 고통을 받고 있다고 할 수 있다. 심각한 문제가 아닐 수 없다.

우리나라의 자살의 문제는 양의 측면을 제외하고 다른 국가들과 비교하였을 때 몇 가지 특징을 갖는데, 첫째로는 노인 자살의 비율이 월등히 높다는 점을 들 수 있다. 그 이유로는 노인의 신체질환으로 인한 고통 및 경제적 어려움의 문제와 결부되어 있는 것으로 짐작하고 있으나, 가장 적절한 설명은 노인들에게서의 우울증의 심각성이 아닐까 생각된다. 노인들은 자신의 우울한 감정에 대해 인식하기도 쉽지가 않고, 또한 인식한다 해도 이를 치료를 받으려 하지 않을 가능성이 크다. 또한 이에 경제적 어려움까지 동반될 경우 치료에의 접근성이 떨어지게 되어 우울증에 대한 제대로 된 치료를 받는 비율이 적다. 따라서 불충분한 치료로 우울증이 깊어지고, 또한 고립 등의 사회적 문제들이 결부되었을 때 쉽게 자살이라는 방법을 택하게 되는 것으로 생각된다. 우리나라의 자살의 또 다른 특징으로 젊은 여성의 자살률이 높다는 것을 들 수 있다. 시대의 변화에 따라 여성의 경제참여 비율이 높아지고 남녀 및 부부역할의 가치관의 변화를 갖는 반면, 실제적으로는 육아 및 가정일에 대한 부담은 여성에게 일방적으로 지워지면서 젊은 여성들이 과도한 부담감 및 갈등을 겪으면서 이로 인한 심리적, 정신적 고통으로 인해 자살률이 높은 것으로 파악되고 있다. 또 하나 우리나라의 독특한 가족관념에 의한 특징

적인 자살의 형태 중 가족간의 동반 자살의 문제를 생각해 볼 수 있다. 우리나라에서는 부부의 동반 자살 및 자식들과의 동반 자살이 심심치 않게 보고 되는데, 이는 가족들은 다 같이 해야 하는 운명 공동체로서의 역할을 강조하는 한국의 가족 문화와 관련 되어 있다고 볼 수 있다. 부모가 제대로 키우지 못하는 바에야 차라리 같이 죽는 것이 낫다는 생각에서 자식과 동반으로 자살한다거나, 부부가 어려움을 겪을 때 같이 자살하는 것에 대해 미덕이라는 인식을 갖고 있는 데에 그 특징이 있다.

다음으로는 여러 매체의 영향과 모방 자살에 대한 이야기를 해 보고자 한다. 현대 사회의 대중 매체가 갖는 관심 거리 위주의 기사의 특징은 비단 우리나라뿐만의 이야기는 아닐 테지만, 한국의 일부 대중매체의 자살에 대해 보도한 태도는 때로는 자살에 대한 좋지 못한 사회적 여론을 조장하여 자살률을 급증하게 하는 데 한몫하기도 한다. 자살 방법에 대한 지나치게 자세한 묘사나 개인의 사생활에 대한 거의 관음증적인 보도는 자살 사고가 있었던 사람들의 자살 시도를 쉽게 촉발할 수 있다. 이러한 일종의 모방 자살은 '베르테르 효과'라는 이름으로도 불리는데, 어원은 독일의 대 문호였던 괴테의 소설 '베르테르의 슬픔' 발간 이후로 베르테르의 고뇌에 공감하는 젊은이들의 자살이 급증했던 현상에서 기인한다. 이후로 유명인의 자살 이후에 그 사람과 자신을 동일시하여 자살을 시도하는 현상에 대해 베르테르 효과라고 부르게 되었다. 한 예로 2008년 배우 최진실씨가 사망했을 때, 언론에서는 최진실씨가 선택한 자살 당시의 상황, 방법뿐 아니라 자살 도구로 쓰였

던 압박 붕대에 대해 자세한 보도를 내보냈다. 그 결과로 2008년 월별로 우리 나라의 자살 사망자수를 집계해 보았을 때, 최진실씨의 사망 전달 1000명 정도였던 사망자가 1800여명에 달했고, 그 중에서 목을 매는 방법으로 자살을 한 사람이 전달 44%에 대해 최씨의 사망 이후에는 66%까지 치솟았다. 비슷한 사례들을 모은 한 연구에서는 우리 나라의 연예인들의 사망 전후의 사망률을 같은 기간 동안의 그 이전 해와 다음해의 평균과 비교했다. 연구 결과에 따르면 2005년에 있었던 배우 이은주씨의 사망 전후로 약 500명의 사망이 증가했으며, 2008년의 안재환씨와 최진실씨의 사망을 전후로는 각각 700명과 1000여명의 정도의 사망 증가를 발견할 수 있었다. 이러한 결과에 대해서 유명인들의 사망 자체가 자살률을 높였다는 것 보다는 사망을 지나치게 자세한 방법까지 소개하고 그 가족들의 신상 및 애도 장면을 여과없이 내보내는 자살 보도의 선정성에 더 큰 무게를 두고 있다.

우리 나라의 자살의 이러한 심각성 및 특징에 대해 최근에 많은 학자들 및 사회 각계 각층에서 관심을 쏟고 있지만, 사실은 관심을 쏟기 시작한 것은 그리 오래되지 않았다. 따라서 이러한 큰 관심에 반해 학문적인 고찰 및 연구는 아직 미흡한 편이다. 한국자살예방협회는 2010년과 2012년 두 차례에 걸쳐전국 7개, 8개 병원의 연합으로 자살 예방을 위한 근거 마련을 위한 조사를 실시하였다. 그 대상은 자살의 가장 고위험군인 자살 시도자를 하여 응급실에 온 사람들에게 대한 연구였다. 여러 가지 결과들 가운데에서도 눈에 띄는 것은 자살의 원인에 대해 자살을 시도하고 온 당사자들 또한 그저 스트레스


때문에 충동적으로 자살을 기도했다고 응답한 것인데, 실제로 자살의 진정성에 대한 질문의 응답 결과를 보았을 때 약 80% 정도의 사람들은 어느 정도 자살 의도를 가지고 자살 시도를 감행한 것으로 나타났다. 즉 실질적으로 우울증 등의 정신 질환에 의한 자살 기도라고 대답한 33% 가량의 자살 기도자들 외에도 근본적으로 자살 기도를 일으킬 만한 정신과적, 심리학적 어려움을 겪고 있는 사람이 훨씬 높다는 결론으로 이 결과는 받아들여질 수 있다. 따라서 자살의 고위험군이 될 수 있는 이러한 아직 수면 위로 떠오르지 않은 정신적 어려움을 겪고 있는 사람들에게 대한 조기 발견 및 개입이 무엇보다 중요하다고 할 수 있다. 올 2013년에 한국자살예방협회 및 전국의 17개 병원의 협력 하에 자살자에 대한 원인 파악 및 개입에 대한 대규모 연구를 진행할 예정이다. 큰 보상 없이 연구비의 부족에도 전국의 17개나 되는 병원의 정신건강의학과와 연구자들이 올해의 대대적 연구에 흔쾌히 참여해주었다. 우리 나라 자살 문제의 심각성에 대해 두고 볼 수는 없다는 연구자들의 강한 책임의식이 표현된 결과라고 보인다.

자살을 예방하는 것이 가능한가? 물론 자신 있게 그렇다고 이야기한다. 자신 있게 이야기할 수 있는 까닭은 아직 우리 사회에 이에 대해 많이 고민해 보지 않았고, 많은 것들을 해 보지 않았기 때문이다. 북유럽의 자살 천국이라고 불렸던 핀란드의 사례를 들어보면, 1980년대 정부가 적극적으로 나서서 ‘자살예방프로젝트’를 시행하였다. 전국민 대상의 정신학적 조사 및 자살자에 대한 대대적인 심리적 부검을 통하여 자살의 원인을 찾아내고, 이에 대한 개입을 시

행했다. 그 결과 최고의 자살률을 자랑하던 나라의 자살률이 20여년만에 현재는 절반 수준으로 떨어졌다. 물론 어떤 일이 가능하다고 해서 쉬운 문제는 아니다. 우리 나라의 자살 예방을 위한 단계들에서는 여러 가지 어려움들이 예상된다. 그렇지만 이러한 어려움들을 예상하면서 정책들을 수립해 나간다면 불가능한 일들만은 아닐 것으로 생각된다.

먼저 정책들의 기반에서는 민간 역량을 적극 이용한 관과의 협력관계가 필수적이라고 할 수 있다. 그리고 이의 기반에서는 법적인, 제도적인 그리고 재정적인 지원이 뒷받침되어야 함은 당연한 이야기이다. 구체적인 정책으로는 대상에 따라 일반 국민, 자살고위험군, 자살 시도자, 유가족 등으로 나눌 수 있을 것이며, 사업의 내용에 따라 생명존중 문화 조성 및 자살 예방 홍보, 게이트키퍼(고위험자 조기 발견 및 개입을 위한 인력)를 비롯한 자살 예방 관련 전문 인력 양성,

자살 예방을 위한 사회 환경 및 기반 시설 개선, 유가족에 대한 지원 및 심리적 부검, 이러한 각종 사업을 뒷받침할 수 있는 학문적 연구 등을 예로 들 수 있을 것이다. 이러한 정책의 방향은 지금껏 수 차례 제시되어 왔다. 문제는 구호만 거창할 뿐, 실제적인 수행은 미진하다는 점이다. 이제는 정부 혹은 민간이 수행할 영역을 명확히 하고, 구체적인 자살 예방 사업이 실현될 수 있도록 분명히 추진하는 것이 절실하다.

“당신이 자살했던 사람이라면 혹은 그런 사람을 알고 있다면 그에 관해 이야기하고 도움을 요청하십시오. 삶은 나아집니다. 훨씬 나아집니다.” 자살을 시도했던 미국의 한 남성이 유명 강연 사이트에서의 강연의 마지막을 이런 말로 마감한다. 삶은 더 나아질 수 있다. 이런 삶 자체에 대한 긍정적이고 확신에 찬 믿음이 전제가 되어야 우리 나라의 자살 문제 또한 해결해 나가려는 시도를 할 수 있을 것이다. 

# 자살예방 및 정신건강증진을 위한 정책방안

- ▶ 우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제 | 노용환 · 이상영
- ▶ 일본의 제2차 자살예방종합대책 | 정진욱
- ▶ 4대 중독 원인 및 중독 예방 정책 | 이해국 · 이보혜
- ▶ 성폭력 피해자의 정신건강 관리 방안 | 김영택

# 우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제

*Policy Issues and Directions for a Rapid Increase in Suicides in Korea*



노용환 서울여자대학교 경제학과 교수  
이상영 한국보건사회연구원 선임연구위원

1997년 외환위기와 2008년 글로벌 금융위기 등 두 차례에 걸친 경제위기는 전통적으로 경제적 책임을 크게 느꼈던 중장년층 남자들의 자살률 증가세를 가속화시켰으며 특히 남자로서 고등학교 학력, 무직, 유배우자인 경우 자살자수가 많았다. 자살은 고립·소외된 집단에서 집중적으로 나타나고 있으며 경제적으로 안정되지 못한 노인계층, 지역발전에서 소외된 농어촌과 비수도권 지역의 개인, 힘겹게 가정의 생계를 책임져야 하는 가장들, 이혼·독거·사별 가구, 우울증에 갇혀 지내고 있는 개인들에게서 자살생각비율과 실제 자살률이 높게 나타나고 있다. 따라서, 자살을 예방하기 위해서는 자살행위의 강도가 낮은 단계에서부터 대상자를 선정하여 사회경제적 측면, 보건의료적 측면 등에서 다양한 대책이 강구되어야 한다.

## 1. 서언

우리나라의 자살률은 1990년대 외환위기를 전후로 급증하여 최근까지도 증가 추세에 있다. 우리나라는 OECD 회원국(표준인구 10만 명당 평균 12.9명) 중에서 가장 높은 33.5명(2010년 기준) 수준의 자살률을 기록하고 있을 뿐만 아니라, 자살증가 속도에 있어서도 가장 높은 수준을 기록하고 있다. 한국을 제외하고 지난 20년간 자살률이 증가한 국가는 일본, 폴란드 등 소수 국가에 불과하며 그나마 소폭 상승에 그치고 있다.

통계청 발표 「사망원인통계」에 의하면 자살은 사망원인 중 순위가 1993년 9위에서 2002년

7위로 상승하였으며, 2004년부터 현재까지 암, 뇌혈관질환, 심장질환에 이어 4번째를 유지하고 있다. 특히 10대 청소년 사망원인 1위가 자살로 나타나고 있으며 가장 왕성한 노동연령층인 20~39세 국민의 사망원인 1위도 바로 자살로 나타나고 있다.

다른 모든 조건이 동일하다 해도 일반적으로 자살은 개인이 처한 사회·문화적 환경이나 우울증 등 개인적인 속성에 크게 영향을 받는 것으로 알려져 있다. 우리나라 같은 경우는 외환위기 이후의 구조조정과 경쟁구조 심화, 소득불평등 확대, 인구구조의 고령화, 이혼율 증가, 출산율 저하, 혼인연령의 상승, 인터넷의 보급 확대 등 경제·사회를 둘러싼 급속한 환경변화 속

에서 자살률이 급증하고 있어 전통적인 자살의 원인 외에 한국적인 자살률 증가 속성을 면밀하게 찾아볼 필요가 제기되고 있다.

본고는 우리나라의 연령별 패널자료를 이용 자살 실태를 기술적·다면적으로 파악하고, 경기지표와 사회지표 등의 총량지표가 자살률과 어떠한 관계를 맺고 있는지를 살펴봄으로써 자살 예방에 필요한 현안과제들을 도출해 보고자 한다.

거의 모든 나라에서와 마찬가지로 남성의 자살률이 여성에 비해 높다. 특히 자살률의 성별 격차가 점차 커져 2011년 현재 남성의 자살률이 여성의 자살률을 2배 이상 상회하는 것으로 나타났다. 그리고 1997년 경제위기와 2008년 글로벌 금융위기 직후 자살률의 상승이 남자에게서 현저한 것으로 관찰되었는데, 이후 다시 반전되거나 완화되기는 했으나 경제위기로 인한 심리적 상실감이 일정부분 자살로 표출되었을 가능성을 시사하고 있다.

## 2. 자살 발생 실태 분석

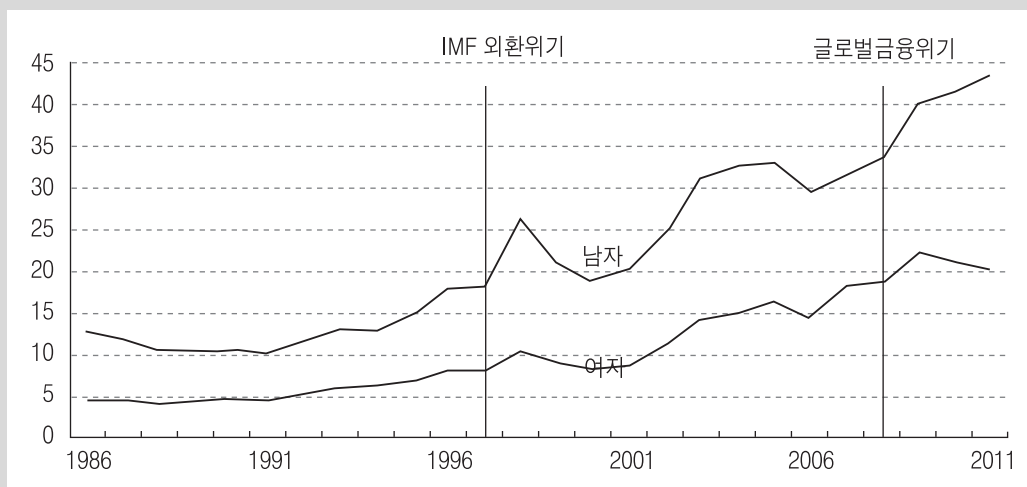
### 2) 성별·연령별 자살률

#### 1) 자살률의 시계열 추이

지난 20여 년간 우리나라의 성별 자살률 추이를 보면 남녀 모두 장기 증가 추세에 있으며

우리나라의 자살률(인구10만 명당 고의적 자해건수)은 2000년 13.6명 수준에서 2011년 31.7명 수준으로 지난 10년간 18.1명 증가하였다. 여자의 경우는 8.3명에서 20.1명으로 11.8

그림 1. 우리나라의 성별 자살률 추이(1986~2011년)



주: 인구 10만 명당 자살자 수  
 자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))



명 증가한 반면, 남자의 경우는 18.8명에서 43.3명으로 24.5명이나 증가하여 여자보다 남자의 자살률이 급증하였음을 알 수 있다. 또한 2000년 대비 2011년의 연령별 자살률은 연령이 많아질수록 증가세가 두드러져, 50대 남자는 25.9명, 60대 남자는 37.7명, 70대 남자는 81.3명, 그리고 80세 이상 남자의 경우는 무려 120.9명이나 증가하여 남자 고연령층의 자살률 증가가 두드러졌다.

### 3) 학력별, 직업별, 혼인상태별 자살자수

학력별 자살자수를 비교해 보면 고등학교 학력의 남자 자살자수 증가가 가장 크게 나타났

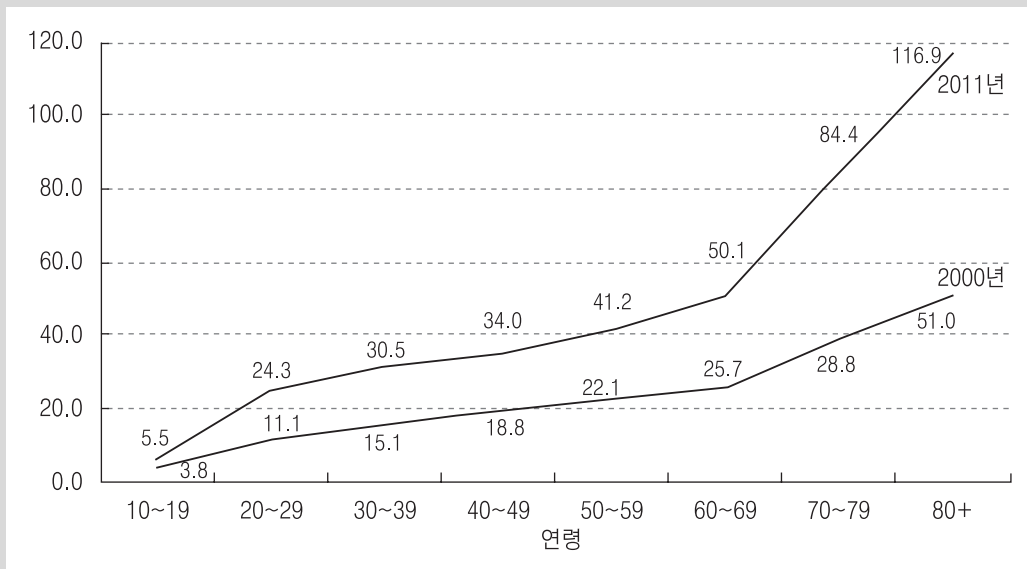
으며, 이어서 대학이상 남자, 고등학교 학력의 여자 순으로 자살자수가 크게 증가한 것으로 나타났다.

자살자 직종을 보면 남·여 모두에게서 무직이 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것이 특징이며, 직업별 자살자수는 무직·가사·학생 신분의 남자 및 여자가 크게 증가 증가하였고, 이어서 서비스직과 사무직 남자의 자살자수도 크게 증가한 것으로 나타났다.

혼인상태별 자살자수를 비교해 보면 배우자가 있는 남자의 자살자수 증가가 가장 크게 증가하였으며, 미혼 남자, 배우자가 있는 여자 등의 순으로 자살자수가 크게 증가한 것으로 나타났다.

그림 2. 우리나라의 연령별 자살률 비교(2000년, 2011년): 전체

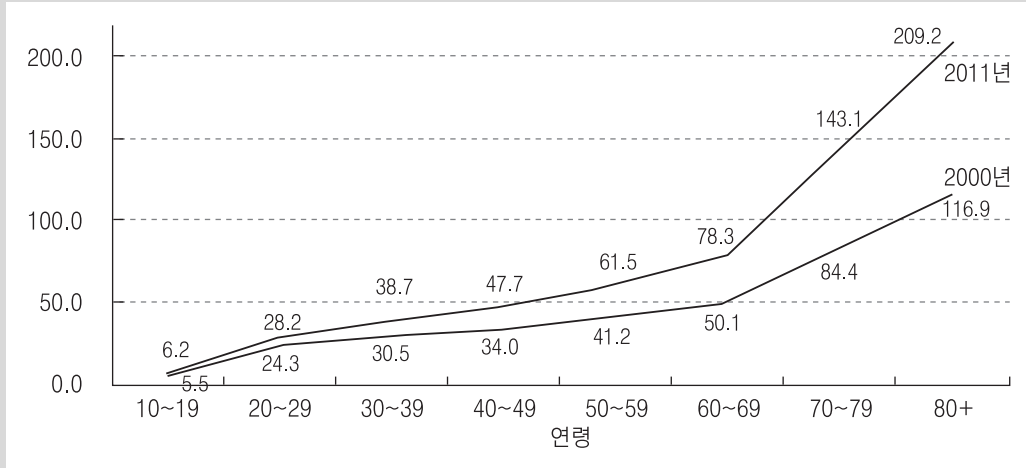
(단위: 인구 10만명당 발생 건수)



주: 인구 10만 명당 자살자 수  
 자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

그림 3. 우리나라의 연령별 자살률 비교(2000년, 2011년): 남성

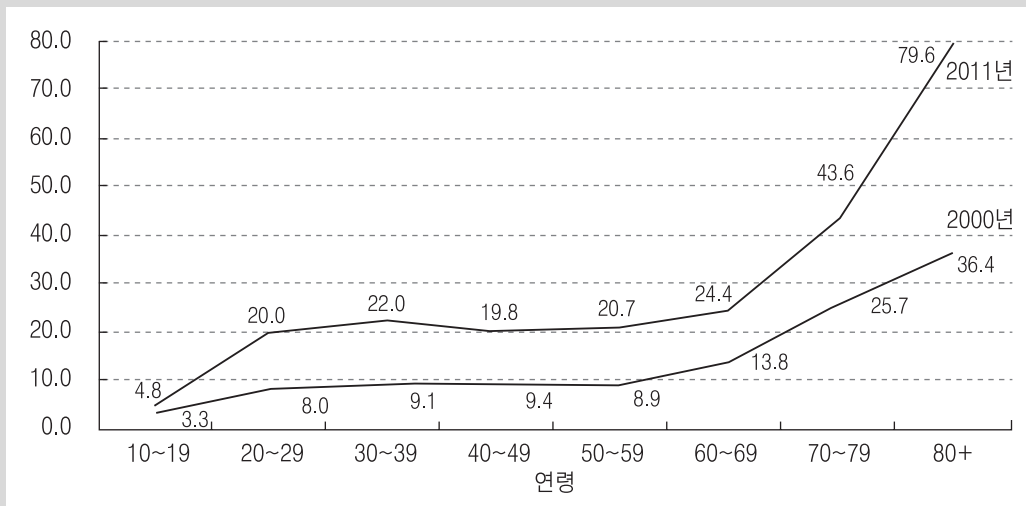
(단위: 인구 10만명당 발생 건수)



주: 인구 10만 명당 자살자 수  
 자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

그림 4. 우리나라의 연령별 자살률 비교(2000년, 2011년): 여성

(단위: 인구 10만명당 발생 건수)



주: 인구 10만 명당 자살자 수  
 자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

표 1. 2000년과 2011년의 학력별, 직업별, 혼인상태별 자살자수 비교

(단위 : 명)

구분		전체			남성			여성		
		2011년 (A)	2000년 (B)	A-B	2011년 (A)	2000년 (B)	A-B	2011년 (A)	2000년 (B)	A-B
학력 (15~64세)	무학	233	243	-10	152	142	10	81	101	-20
	초등학교	1,387	1,192	195	953	868	85	434	324	110
	중학교	1,846	1,168	678	1,314	862	452	532	306	226
	고등학교	4,965	1,985	2,980	3,423	1,430	1,993	1,542	555	987
	대학이상	2,856	661	2,195	1,985	478	1,507	871	183	688
직업 (15~64세)	관리자	231	25	206	195	23	172	36	2	34
	전문가 및 관련 종사자	544	191	353	391	156	235	153	35	118
	사무종사자	1,071	267	804	837	215	622	234	52	182
	서비스 및 판매종사자	1,271	534	737	941	422	519	330	112	218
	농림어업 숙련종사자	472	679	-207	401	562	-161	71	117	-46
	기능원 및 관련기능 종사자	373	218	155	355	209	146	18	9	9
	장치, 기계조작, 조립 종사자	202	118	84	202	116	86	0	2	-2
	단순노무 종사자	454	327	127	415	292	123	39	35	4
	무직, 가사, 학생	6,341	2,750	3,591	3,831	1,661	2,170	2,510	1,089	1,421
	기타	485	144	341	372	127	245	113	17	96
혼인상태 (15세 이상)	미혼	4,217	1,792	2,425	2,963	1,348	1,615	1,254	444	810
	유배우	7,471	3,296	4,175	5,573	2,433	3,140	1,898	863	1,035
	이혼	2,166	522	1,644	1,549	384	1,165	617	138	479
	사별	1,955	786	1,169	723	283	440	1,232	503	729
총자살자 수		31,812	12,888	18,924	15,906	6,444	9,462	15,906	6,444	9,462

주: 학력별, 직업별, 혼인상태별 소계는 집계대상 연령이 제한되어 있어 실제 총자살자수와 일치하지 않음.  
 자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

### 3. 자살생각 및 자살 시도

자살생각 결정요인 추정을 위한 기초자료는 국민건강영양 조사 제5기 1차년도(2010년 기준

자료)를 이용하였다.<sup>1)</sup> 다만 분석대상 표본은 19세 이상 80세 이하인 연령층으로 한정하였다.

자살생각 비율은 우울증 유병률이 높은 여자가 남자에 비해 약 2배 높게 나타나고 있으나,

1) 「국민건강·영양조사」는 「국민건강증진법」(제16조, 동법 시행령 제9조-제22조, 동법 시행규칙 제10조-제17조)에 근거하여 1998년부터 3년 주기로 실시되어 온 표본인구조사임. 데이터는 전국 단위지역별 대표가구에 거주하는 10세 이상 개인을 대상으로 조사원에 의한 면접조사와 자기기록조사의 병행을 통해 수집되며, 상세한 조사 목적과 방법 및 결과는 보건복지부·질병관리본부(2012), 「국민건강영양조사 원시자료 이용지침서: 제5기 1차년도(2010)」(2012.9월 수정본)를 참조하면 됨.

자살시도 비율은 남자가 다소 높은 수준을 보이며, 실제 자살률은 남자가 여자의 2배를 상회하는 것으로 나타났다. 남자의 경우 대체로 연령이 증가하면서 자살생각, 자살시도, 자살률이 급격하게 증가하는 경향을 보이고 있다. 다만 남자는 25~44세 연령구간 보다는 15~24세 연령층의 자살생각 및 자살시도 비율이 더 크게 나타났다. 그러나 실제 남자의 자살률은 연령에 비례하여 증가하는 것으로 나타났다. 남자의 자살시도비율이 40~50대 중장년층을 거쳐 60대 이상 노인

층으로 접어들며 급증하는 양상을 보이는데, 이는 실제 자살률의 급격한 증가로 이어졌다. 한편 여자의 경우 연령에 따라 자살률의 증가속도가 남자에 비해 급격한 증가를 나타내고 있지는 않다. 이는 자살생각과 자살시도 비율의 경우도 마찬가지인데, 자살시도율의 경우 45~54세 중년 여성층에서 가장 높게 나타났으며, 15~24세 청소년 여성층의 경우 자살시도율이 높지는 않으나 자살생각비율은 높게 나타났다.

한편 평균적인 개인의 자살생각 확률이 성별,

표 2. 우리나라의 성별 자살생각, 자살시도, 실제자살률(연령별 비교)

(단위: %)

	자살생각		자살시도		자살률 (인구 10만명당)
	관측치수	비율(%)	관측치수	비율(%)	
전 체	7,030	13.95	7,030	0.78	31.7
(남 자)	3,114	9.06	3,114	0.83	43.3
15~24세	301	7.64	301	0.33	28.2
25~34세	434	6.68	434	0.23	38.7
35~44세	684	4.97	684	0.29	47.7
45~54세	536	9.14	536	0.74	61.5
55~64세	510	10.39	510	0.78	78.3
65~74세	452	12.83	452	2.21	143.1
75~이상	197	18.27	197	2.03	209.2
(여 자)	3,916	17.85	3,916	0.74	20.1
15~24세	374	17.65	374	0.53	20.0
25~34세	602	15.78	602	0.83	22.0
35~44세	763	10.75	763	0.39	19.8
45~54세	720	16.67	720	1.39	20.7
55~64세	628	18.47	628	0.64	24.4
65~74세	548	23.18	548	0.55	43.6
75세 이상	281	33.10	281	0.71	79.6

주: 자살생각, 자살시도, 실제자살률 자료의 비교를 위해 통계청 발표 연령구간별 자살률 자료를 기준으로 표를 작성하였기 때문에 본 표에 제시한 전체 자살생각비율 및 자살시도율은 추정식에서 이용하는 19세 이상 80세 이하 자료기준과 차이가 발생함  
 자료: 자살생각과 자살시도 자료는 제5기 1차년도 국민건강영양조사(2010년 기준자료)로부터, 실제 자살률 자료(2011년 기준)는 통계청(한국통계정보시스템 KOSIS)으로부터 추출함.

연령별, 지역별로 차이를 보이는 이유를 알아보기 위해 자살생각 결정요인을 추정하면 <표 3>과 같다. 추정의 기본이 되는 실증모형은 노용환(2007)<sup>2)</sup>이 자살위험의 결정요인을 분석하기 위해 도입한 ‘확률효용극대화’ (random utility maximization) 모형에 따라 로그 우도함수 (log likelihood function)를 이용하였다.<sup>3)</sup> 추정방정식은 다음과 같다.

또한 자살행위를 설명하기 위한 설명변수 벡터에는 연령 · 성격차 · 거주지 등 개인적인 속성과 함께 생존의 기본 요소인 소득, 건강, 가족요인을 고려한다. 또한 Collings and Beautrais (2005)<sup>4)</sup>가 주장하는 자살을 유발하는 심리적 요인인 미래에 대한 희망의 부재 및 고통스러운 삶으로부터의 탈피 욕구 등의 특성을 반영하기 위해 교육수준, 건강 · 우울증 등 정신적 · 육체적 질환, 음주 등을 자살위험의 영향 요인으로 주목한다. 추정을 통해 분석된 일반적인 특성을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 자살생각은 연령이 높아짐에 따라 지속적으로 증가하는 실제 자살률 통계와는 달리 연령이 증가하면서 감소하다 다시 증가하는 U자형 곡선의 형태를 보이고 있다. 특히 남자와 여자의 연령에 대한 자살생각의 한계효과를 계산한 결과가 [그림 5]에 나타나 있는데, 연령이 10세 높아질 때 남자와 여자의 평균적인 자살생각 확률은 통계적으로 유의한 수준에서 각각

0.78%와 0.31% 증가하는 것으로 나타났다. 그러나 40대 이전 연령층에서는 연령의 한계효과가 부(-)로 나타났으며, 50대 이후 연령층의 연령에 대한 자살생각의 한계효과는 연령증가에 따라 지속적으로 커지는 것으로 나타났다.

둘째, 자살은 분명한 ‘성 격차’ (gender differences)를 보인다는 점이다. 자살생각은 실제 자살률과는 달리 여성이 남성보다 유의한 수준에서 높게 나타났다.

셋째, 실제 자살률은 도시지역에 비해 농어촌 지역에서, 수도권지역에 비해 비수도권지역에서 높게 나타났으나, 거주지(농촌 혹은 도시)와 가구규모 등이 자살생각에는 유의한 영향을 미치는 요인이 아닌 것으로 분석되었다.

넷째, 남자의 경우 동거인을 포함하는 유배우자의 경우 통계적으로 유의한 수준에서 이혼 · 별거 · 사별 등 집단에 비해 자살생각을 덜 하는 것으로 나타났다. 그러나 여성의 경우 배우자 유무가 자살생각에 미치는 영향은 유의하지 않게 나타났다.

다섯째, 남녀 모두 취업유무가 자살생각에 미치는 영향은 유의하지 않게 나타났으나, 소득이 높을수록 통계적으로 유의한 수준에서 자살생각에 미치는 영향이 낮은 것으로 추정되었다. 특히 남자와 여자의 소득에 대한 자살생각의 한계효과를 계산한 결과가 [그림 6]에 나타나 있는데, 월평균 소득이 100만원 증가할 때 남자와

2) 노용환(2007). 자살위험의 미시적 결정요인 분석, 보건경제와 정책연구, 13(1), pp.41~58.

3)  $L(y_1, y_2, \dots, y_n; x_i, \beta) = \sum_{i=1}^n \{ (1-y_i) \ln(\Phi(x_i, \beta)) + y_i \ln(1-\Phi(x_i, \beta)) \}$

(여기서  $y_i$ 는 개인  $i$ 의 ‘사느냐’ ( $y_i=0$ ) 혹은 ‘죽느냐’ ( $y_i=1$ )의 생각을 나타내는 이산변수,  $x_i$ 는 개인  $i$ 의 특성을 나타내는 자살결정요인 벡터,  $\beta$ 는 추정하고자 하는 계수벡터,  $\Phi(\cdot)$ 는 표준화된 정규분포함수를 의미한다.)

4) Colling, Sunny and Annette Beautrais, Suicide Prevention in New Zealand: A Contemporary Perspective Wellington: Ministry of Health, New Zealand, 2005.

여자의 평균적인 자살생각 확률은 통계적으로 유의한 수준에서 각각 4.32%와 3.08% 감소하며, 그 효과는 소득이 낮은 계층에서 더 커지는 것으로 나타났다.

표 3. 자살생각 결정요인(프로빗 분석)

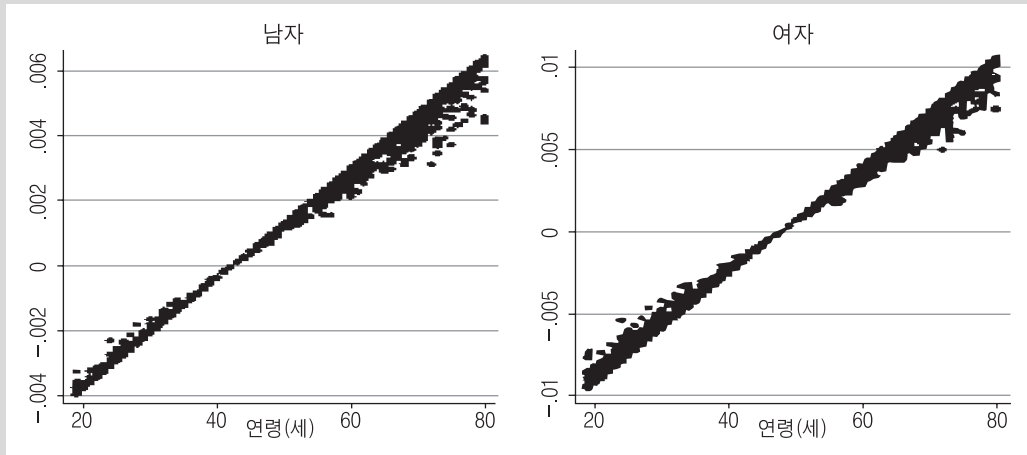
설명변수	전 체	남 자	여 자
연령	-.0371 (.0114)***	-.0180 (.0189)	-.0397 (.0150)***
연령의 제곱	.0003 (.0001)***	.0002 (.0001)	.0004 (.0001)***
남자	-.3432 (.0652)***	-	-
농촌지역 거주자	.0608 (.0611)	.1372 (.0936)	.0103 (.0811)
가구원수	.0176 (.0222)	.0339 (.0357)	.0108 (.0285)
유배우자	-.0307 (.0658)	-.1976 (.1209)*	.0206 (.0834)
log(월 가구소득)	-.1512 (.0347)***	-.1828 (.0549)***	-.1313 (.0451)***
취업자	-.0563 (.0549)	-.1105 (.1026)	-.0075 (.0660)
저학력자	.2087 (.0704)***	.2544 (.1044)***	.1722 (.0970)*
흡연자	.1315 (.0674)**	.1141 (.0821)	.2029 (.1250)*
높은 음주빈도	.0416 (.0960)	.0837 (.1147)	-.1480 (.2045)
큰 폭의 체중변화	.2392 (.1342)*	.2143 (.2185)	.2565 (.1723)*
낮은 건강수준	.3341 (.0574)***	.4125 (.0935)***	.2894 (.0730)***
우울증 유병경험	.7691 (.0594)***	.7364 (.1199)***	.7662 (.0690)***
CES-D	.3047 (.0250)***	.3404 (.0413)***	.2946 (.0320)***
AUDIT	.0203 (.0045)***	.0149 (.0059)***	.0290 (.0074)***
상수항	-.3879 (.2907)	-.9959 (.4731)**	-.4665 (.3820)
Log Likelihood	-1,654.6	-631.1	-1,016.1
McFadden's Pseudo-R <sup>2</sup>	0.1981	0.1987	0.1828
실제 사용된 관측치 수	5,087	2,428	2,659

주: 1) \*, \*\*, \*\*\* 표시는 계수 값이 각각 10%, 5%, 1% 수준에서 유의함을 의미함.  
 2) ( ) 내의 숫자는 추정된 '점근적 표준오차' (asymptotic standard errors)를 의미함.

여섯째, 남녀 모두 유의한 수준에서 중졸 이하의 저학력자 집단에서 고졸 이상 학력 집단에

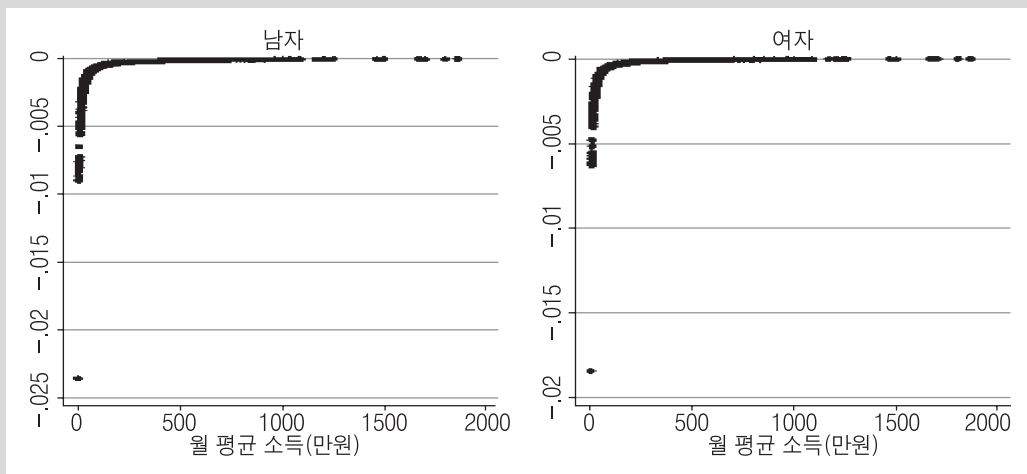
비해 상대적으로 자살생각을 더 많이 하는 것으로 추정되었다.

그림 5. 연령이 자살생각 확률에 미치는 한계효과



주: 남자와 여자의 나이가 자살생각 확률에 미치는 한계효과 ( $\beta_{\text{연령}} + 2\beta_{\text{연령}^2}$ )의 표본평균은 각각 0.0007771, -0.0003050이나, 남자의 추정치는 유의하지 않게 나타남. 여기서 '추정확률 값' (fitted choice probabilities)  $\phi(X_i, \hat{\beta})$ 의 계산을 위해 표본 평균을 이용함.

그림 6. 소득이 자살생각 확률에 미치는 한계효과



주: 남자와 여자의 소득이 자살생각 확률에 미치는 한계효과 ( $\beta_{\log(\text{소득})} / \text{소득}_i$ )의 표본평균은 모두 유의한 수준에서 각각 -0.0004317, -0.0003079로 나타남. 그리고 앞서와 마찬가지로 '추정확률 값' (fitted choice probabilities)  $\phi(X_i, \hat{\beta})$ 의 계산을 위해 표본 평균을 이용함.

일곱째, 음주빈도는 자살생각에 유의한 영향을 미치는 요인이 아닌 것으로 분석되었으나, 흡연자 집단은 상대적으로 비흡연자 집단에 비해 더 자살생각을 할 확률이 높은 것으로 분석되었다.

여덟째, 큰 폭의 체중 변화와 낮은 건강수준이 자살생각을 증가시키는 요인으로 분석되었으며, 예상대로 우울증 정도가 심할수록, 알코올 중독위험이 높은 집단일수록 유의한 수준에서 자살생각에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

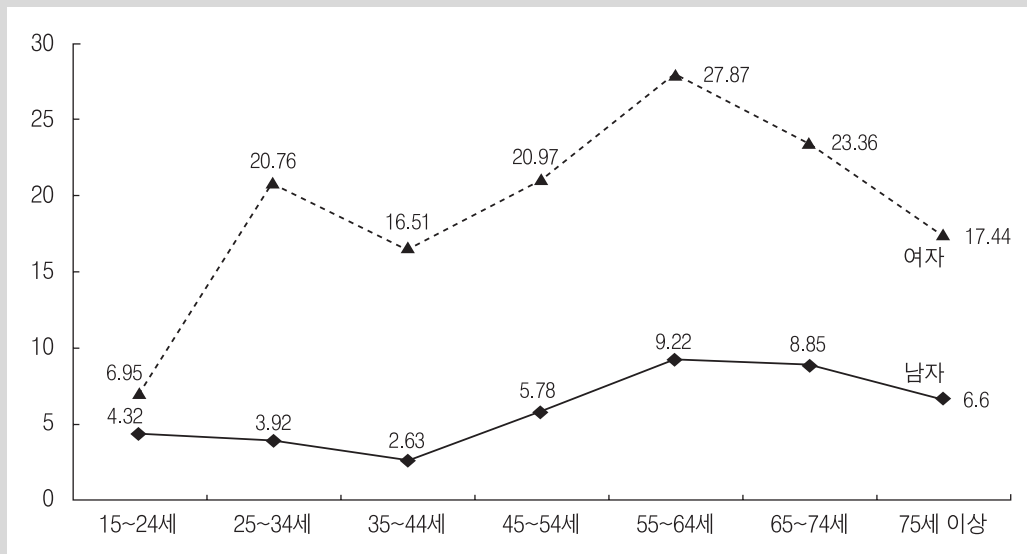
한편 남녀 모두 우울증 유병률은 50대 중반에 최고조에 달하나 이후 연령이 증가하면서 감소하는데, 이는 다음과 같은 추론을 가능하게 한다. 즉 우울증이 자살생각과 자살률 증가의

중요 원인으로 작용하며, 중장년층과 노년층의 우울증 유병률이 감소하고 있음에도 불구하고 이들 집단의 자살률이 증가하는 것은 중년기 이후에 연령이 증가하면서 우울증이 자살에 미치는 영향이 더 커지기 때문으로 추정된다. 특히 고령층의 우울증이 자살에 미치는 영향은 남성이 여성에 비해 더 민감하게 반응하여 자살생각 비율은 여성이 남성에 비해 더 크에도 불구하고 실제 자살률은 남성이 여성을 압도하는 것으로 나타났다.

‘제5기 1차년도 국민건강영양조사’(2010년 기준자료)에 의하면 우리나라 여성의 우울증 유병경험이 남성에 비해 3배 이상 높고, 우울증 자가진단 스케일(CES-D) 지표에서도 여성의 우울증 유병율이 높음에도 불구하고 왜 실제 자살

그림 7. 연령별 우울증 유병경험 비율(2010년)

(단위: %)



자료: 국민건강영양조사 5기 1차년도(2010) 원자료.



률은 남성이 2배 이상 높게 나타나는 지에 대한 의문은 강상경(2010)<sup>5)</sup>도 지적하고 있듯이 우울증이 ‘실제 자살’ (complete suicide)에 미치는 영향이 여성보다는 남성에게 강하기 때문에 해석할 수밖에 없다.

## 4. 자살예방정책에 주는 시사점

### 1) 인구·사회학적 측면에서 자살예방 정책에 주는 시사점

우리나라의 자살급증은 급속한 고령화와 밀접한 관련이 있는 것으로 관측되고 있는데, 급속한 고령화는 노인들이 가난, 고독, 질병, 무직업에 대응할 충분한 물질적·정신적 여유를 갖지 못한 채 진행되어 왔고 실증분석 결과, 남자의 경우 유배우자가 이혼·별거·사별 집단에 비해 자살생각을 덜 하는 것으로 나타났는데, 독거노인을 위한 정책적 대안 마련이 필요하다 또한 우리 미래의 주역인 청소년층 사망 원인 1위가 자살로 나타나 있는데, 미래의 주역이자 꿈을 펼쳐야 하는 청소년층의 우울증 원인이 되는 학교폭력문제, 학습장애문제 등을 해결하고, 청소년을 대상으로 우울증 및 자살에 대한 정책적 대응이 필요하다 즉, 사회적 차원에서 사회적 지원네트워크를 확대하고, 소그룹 및 종교적 치유그룹을 확대해 가야 한다. 정책적 차원에서는 자살하려는 사람들이 원천적으로 자살수단에 접근하지 못하도록 위

험환경에 대해 안전점검을 하고, 자살방지정책을 개발해야 한다.

### 2) 경제적 측면에서의 자살예방 정책에 주는 시사점

우리나라는 지난 반세기 동안 압축적인 빠른 경제성장을 통해 발전해 왔는데, 이 과정에서 경제적 능력을 제대로 갖추지 못한 소외계층을 양산하게 되고 경쟁을 통해 부를 가지게 된 경제주체들도 공통의 가치를 추구하는 사회적 공동체를 만들어 내지 못해 자살을 예방하지 못하였으며, 비경제활동인구의 자살이 많고 도시지역보다는 농어촌지역 1차산업 종사자들의 자살자수가 높게 나타나고 있는 것도 특징이다. 경제적 위기상황이 반드시 자살을 초래한다고 확신할 수는 없지만 외환위기 시기인 1998년 이후 자살률이 급격히 증가한 사실에 비추어 본다면 경제상황의 위기가 자살률에 영향을 미치지 않는다고는 단언하기 어렵다. 경제적 요인에 의해 발생하는 자살을 예방하기 위해서는 실직 등으로 경제적 곤란에 처한 가계에 대해서는 긴급 재정지원과 정신건강서비스 지원 노력을 강구하고, 신용불량자들에 대해서는 개인파산 허용 후 인생 2라운드가 가능하도록 지원하며, 저소득층에 대해서는 정신과 진료비를 지원하는 등 개인의 속성별로 세심한 관심과 구체적인 지원이 필요하다.

5) 강상경(2010). 우울이 자살을 예측하는가?: 우울과 자살태도 관계의 성별, 연령차이, 사회복지연구, 41(2), pp.67~100.

### 3) 보건·의료 측면에서의 자살예방 정책에 주는 시사점

지난 20여년간 자살이 국민 전체의 사망률에서 차지하는 비중은 계속 증가해 왔는데, 자살의 중요 원인으로 분석되어 온 우울증과 같은 정신건강비용 부담 역시 증가해 왔고 자살은 더 이상 개인의 문제가 아니라 보건의료 측면에서의 사회적 문제라고 할 수 있다.

자살은 우울증 및 알코올중독과 같은 정신의학적 문제와 관련이 있는 것으로 분석되었는데, 이는 정신의학적 문제에 대한 적극적인 예방과 치료가 자살을 예방하는 주요 수단이 될 수 있음을 의미하므로 우울증에 대한 일반인들의 이해도를 높이는 노력을 하여 우울증 당사자는 물론이고 주변사람들의 도움으로 정신과 치료시기를 앞당길 수 있다면 자살예방에 큰 역할을 할 수 있을 것이다. 또한 알코올중독환자들은 우울증에 걸릴 확률이 높아 알코올중독 치료시스템 지원, 음주에 대한 규제 강화 등 건전한 사회적 분위기 조성을 위한 전략적인 노력이 필요하다.

## 5. 결론

자살이라는 인간의 행위(혹은 선택)는 예측하기 어려운 속성을 가지고 있다. 즉, 자살을 발생시키는 원인을 규명하여 유형화한다는 것 역시 개인의 입장에서 보면 의미 없는 작업일 수 있으나 그럼에도 불구하고 많은 연구자들이 자살이라는 행위 자체뿐만 아니라 총량적인 현상에

대해 다양한 측면에서 이해하려 노력해 왔다.

우리나라의 자살률 증가추세는 1990년대 중반 이후 본격화 되었다고 할 수 있는데, 가장 큰 원인으로 인구의 고령화 속도가 빨라지면서 중장년층과 노년층 남·여 자살률이 급증한데서 찾을 수 있고 1997년 외환위기와 2008년 글로벌 금융위기 등 두 차례에 걸친 경제위기는 전통적으로 경제적 책임을 크게 느껴온 중장년층 남자들의 자살률 증가세를 가속화 시켰다. 또한 세계적으로도 자살률은 여자보다 남자에게서 더 높게 나타나는데, 우리나라는 특히 남자로서 고등학교 학력, 무직, 유배우자인 경우 자살자수가 많았다.

기존의 많은 연구결과를 보면 자살 원인은 다면적인 속성을 가지고 있어 자살이유를 이해하기 어렵고 동시에 자살이라는 병리적 현상을 치유하는 예방책을 수립하는 것도 매우 신중하고 섬세해야 한다.

한 가지 분명한 사실은 자살은 고립·소외된 집단에서 집중적으로 나타나고 있으며 우리나라의 경우도 노후 준비 미비로 경제적으로 안정되지 못한 노인계층, 지역발전에서 소외된 농어촌과 비수도권 지역의 개인, 힘겹게 가정의 생계를 책임져야 하는 가장들, 이혼·독거·사별 가구, 우울증에 갇혀 지내고 있는 개인들에게서 자살생각비율과 실제 자살률이 높게 나타나고 있다. 따라서, 자살을 예방하기 위해서는 자살행위의 강도가 낮은 단계에서부터 대상자를 선정하여 물질적·정신적으로 건강한 사회를 만들어야 한다. 본문

# 일본의 제2차 자살예방 종합대책

*The Second Plan for Suicide Prevention in Japan*



정진욱 한국보건사회연구원 초빙연구위원

일본은 자살방지와 자살자의 친족 등에 대한 지원을 충실히 도모하기 위해 2006년 10월 자살대책기본법을 제정하고 이에 근거하여 2007년 6월 자살종합대책을 수립한 이래 자살대책을 종합적으로 추진해 왔다. 5년 경과 후 자살대책 시행 결과를 평가하여 이를 근거로 2012년 8월 제2차 자살종합대책을 수립하고 시행해 오고 있는데 그 내용을 파악하여 자살예방 관련 정책에 기초자료로 활용하고자 한다.

## 1. 들어가는 말

일본의 자살자수는 1998년에 3만명을 넘어 그 후 계속해서 높은 수준을 이어가고 있으며 인구 10만 명당 자살사망률이 구미선진국과 비교해 높은 수준에 있다.

이러한 상황아래 2006년 10월 자살대책을 종합적으로 추진하여 자살을 방지하고 아울러 자살자의 친족 등에 대한 지원을 충실히 도모하기 위해 자살대책기본법(이하 「기본법」이라고 한다)이 수립되었고 기본법에 근거하여 정부가 추진해야 할 자살대책 지침으로 2007년 6월 제1차 자살종합대책을 수립하여 추진해 왔고 2012년 8월 제1차 자살종합대책 시행 결과를 근거로 새롭게 제2차 자살종합대책이 수립되었다.

사람의 생명은 무엇과도 대신할 수 없는 것이

며 자살은 본인에게 있어 이 이상의 비극도 없을 뿐만 아니라 가족이나 주위 사람들에게 큰 슬픔과 생활상의 곤란을 가져오며 사회전체에 있어서도 큰 손실이다. 이러한 비극이 더 늘어나지 않도록 정부, 지방자치단체, 관계기관, 민간단체 등은 긴밀한 협력을 도모하여 거국적으로 자살 대책에 임해 한 사람 한 사람이 돌도 없는 개인으로서 존중되어 아무도 자살에 물리지 않는 사회를 실현하고자 제2차 자살종합대책을 추진하고 있다.

## 2. 제2차 자살종합대책의 수립배경

2007년 6월 일본정부는 기본법에 근거하여

정부가 추진해야 할 자살대책 지침으로써 자살 종합 대책 대강(이하 「대강」이라고 한다)을 수립, 자살 대책을 종합적으로 추진해 왔다.

대강에 근거한 정부의 대책뿐만 아니라 지방 자치단체, 관계기관, 민간단체 등에 의한 여러 가지 대책의 결과 최근 연간 자살자수는 다소 감소경향을 보이고 14년째 지속적으로 연간 자살자수가 3만명을 넘던 상황에서 2011년 처음으로 3만 1천명을 밑돌았다.

자살자의 현황을 보면 남성 특히 중장년남성이 높은 비율을 차지하는 상황은 변하지 않았으나 자살 사망률은 착실하게 감소하고 있으며 또한 고령자의 자살사망률의 감소도 주목할 만하다. 따라서 이전의 중장년 남성을 위한 자살예방대책 제발 및 보급 활동이나 사회적 요인에 관한 각종 상담 지원 사업, 지역사회 고령자 독립방직대책 등, 중장년층, 고령자 층을 위한 대책이 성과를 올리고 있는 것이라고 생각할 수 있다. 한편, 젊은 층에서는 자살 사망률이 높아져 학생의 자살자수가 증가하는 경향이 있어 새로운 과제로 나타났다. 또한 2012년 1월에 일본 내각부가 실시한 의식 조사에 따르면, 국민 약 20명 중 1명이 '최근 1년 이내에 자살을 생각했던 적이 있다'라고 응답해 현재 자살문제는 일부 사람이나 일부 지역의 문제가 아니라 국민 누구나 당사자가 될 수 있는 중대한 문제임을 보여주었다. 이에 자살예방주간 등을 중심으로 자살이나 정신 질환에 대한 올바른 정보의 보급 활동을 추진해 오고 있지만, 사회 전체적으로 자살에 물리는 위기가 '누구에게라도 일어날 수 있는 위기'이며 이러한 경우 누군가에게 도움을 요청하는 것이 바람직하다는 사회적 인식

은 아직 확립되지 못했다.

특히 자살종합대책 초창기에 자살예방에 이바지한다고 생각되는 대책은 모두 실시해 보는 것으로 대강에 따른 대책을 강구하려 한 나머지, 자칫 전국적으로 획일적인 자살 대책이 실시되는 것이 아닐까라는 지적과 대책의 유효성이나 효율성, 우선순위 등이 아직 충분히 인식되지 못했다는 지적이 있다. 또한 효과적인 자살 대책을 위해서는 대책의 대상(전체적 예방개입, 선택적 예방개입, 개별적 예방개입)을 명확하게 하여 균형 있게 조합하는 것이 필요하다는 의견도 있다. 그러나 그간 자살자 수 등에 관해 지역별로 상세하게 집계된 정보를 이용 할 수 있고 또한 각 지역에서 현장의 요구에 응하는 선진적인 대책이 많이 전개되는 등, 지역 실정에 맞는 치밀한 대책을 강구할 수 있는 환경이 계속 갖추어지고 있다. 향후, 이러한 지역단위의 실천적 대책이 중심이 되는 자살대책으로 전환해 갈 필요가 있기 때문에 관계자들간의 협력을 강화하고 각 지역의 자살실태와 지역 실정을 고려한 대책을 진행시키는데 필요한 선진적 대책에 관한 정보를 제공하거나 그 활용에 따른 지원이 앞으로의 과제이다. 자살재시도의 가능성이 현저하게 높은 자살미수자의 반복적 자살 시도를 막기 위한 대책으로 응급시설에 이송된 자살 미수자에 대한 복합적 사례관리의 효과 검증 등 여러 가지 대책이 시행되어 그 성과가 축적되고 있지만, 아직도 자살 재시도를 방지하기 위해 필요한 지원을 쉽게 받을 수 있는 상황은 만들어지지 않았다.

정부, 지방자치단체, 관계기관, 민간단체 등이 각각의 입장에서 자살종합대책에 적극적으

로 임해 온 결과 여러 분야의 기관이 자살대책에 참여하게 되어 대책의 내용도 확대되는 등 협력이 크게 확대되었다. 한편, 협력이 이루어진 부분에 반해 상호교류협력이 어려운 부분이 무엇인지 분명히 알게 되었으며 이에 따른 대책의 중복 및 결핍도 확인되었다.

### 3. 제2차 자살종합대책의 구성 및 주요시책

#### 1) 자살종합대책의 구성

##### (1) 사회적 요인을 고려한 종합적 대처

자살은 실업, 도산, 다중채무, 장시간 노동 등의 사회적 요인을 포함한 여러 요인과 개인의 성격특성, 가족의 상황, 사생관(死生觀) 등이 복잡하게 관계되어 있다.

따라서 자살을 예방하기 위해서는 사회적 요인과 개인적 요인 양면을 종합적으로 고려할 필요가 있다.

##### 〈사회적 요인에 대한 작용〉

실업, 도산, 다중채무, 장시간 노동 등의 사회적 요인은 심각한 마음의 고민을 일으키거나 정신건강에 변화를 가져오며 자살의 위험을 높이는 요인이 된다. 이러한 사회적 요인이 영향을 미치고 있는 자살을 예방하기 위해서는 우선, 장시간 노동을 할 수 밖에 없는 현재 일본인의 일하는 방법을 재검토하거나 실패하더라도 몇 번이든 재도전할 수 있는 사회를 만들어 가는

등, 사회적 요인의 배경이 되는 제도·관행을 재검토 하는 것이 중요하다. 또한, 문제를 가지고 있는 사람에 대한 상담·지원체제의 정비를 충실히 하고 상담기관의 존재를 몰라 충분한 사회적 지원을 받지 못하는 경우가 없도록 관련기관의 폭넓은 협력에 의해 상담 창구 등과 관련한 정보를 제공하기 위한 대책을 강화할 필요가 있다. 또한, 문제가 되는 장소의 안전 확보, 위험한 약품 등에 대한 적정한 관리도 중요하다.

##### 〈우울증의 조기 발견 및 조기 치료〉

자살을 도모한 사람의 자살직전의 심리상태를 보면, 대다수가 정신질환을 가지고 있고 그 중에서도 우울증의 비율이 높다. 세계 보건기구에 의하면 우울증 등에 대해서는 유효한 치료법이 확립되어 있고 우리나라를 포함한 여러 국가들에서 우울증 관련 대책을 실시하여 자살예방 효과를 높이고 있어 우울상태에 있는 사람을 조기 발견, 조기 치료하는 대책의 중요성을 보여주고 있다. 따라서 자살의 위험성이 높은 사람을 발견할 기회가 많은 단골 의사 등을 게이트키퍼로서 양성하여 우울증 대책에 활용하고 정신과 의료제공체제의 충실을 도모할 필요가 있다.

##### 〈자살이나 정신 질환에 대한 편견을 없애기 위한 대책〉

국민에게 생명의 중요성에 대한 이해를 높이는 것과 정신건강문제 등의 고민이 있을 때 부담 없이 상담기관을 심리적 저항 없이 이용 할 수 있도록 자살이나 정신질환에 대한 올바른 정보를 제공할 수 있는 대책을 개발하고 편견을 없애는 대책을 세우는 것이 중요하다. 특히, 혼

자서 고민을 안아 버리는 배경이 되는 자살이나 다중채무, 우울증 등 자살 관련 현상은 불명예스럽고 부끄러운 것이라고 하는 잘못된 사회적 통념으로부터의 탈피나 자살에 몰리는 위기는 누구에게라도 일어날 수 있는 것이며 이 경우 누군가에게 도움을 요청하는 것이 적당하다고 말하는 것이 사회 전체의 공통된 인식이 되도록 적극적으로 보급 개발하는 것이 중요하다.

#### 〈매스미디어의 자주적인 대처의 기대〉

매스미디어에 의한 자살 보도에서는 사실관계와 더불어 자살의 위험을 나타내는 신호나 그 대응방법 등 자살 예방에 유용한 정보를 제공하는 것으로써 큰 효과를 얻을 수 있다. 그러나 한편으로 자살 수단의 상세한 보도, 단기 집중적인 보도는 또 다른 자살을 유발할 수 있는 위험성도 가지고 있다. 따라서 국민의 알 권리나 보도의 자유를 감안하면서 적절한 자살 보도를 하도록 매스미디어에 의한 자주적인 대처가 이루어지기를 기대한다.

#### (2) 국민 한 사람 한 사람이 자살 예방의 주역이 되는 대책

현대사회는 스트레스 과다의 사회이며 저출산·고령화, 가치관의 다양화가 진행되는 가운데, 핵가족화나 도시화의 진전에 수반하여 종래의 가족이나 지역사회와의 관계가 약해지고 있고 누구나가 마음의 건강을 해칠 가능성이 있다. 따라서 우선, 국민 한 사람 한 사람이 스스로의 인생의 여러 순간에서 자살에 몰리는 위기에 직면할 가능성이 있다는 것을 인식하고 그 경우

에는 적절한 도움을 요청할 수 있도록 하는 것과 함께 정신건강문제의 중요성을 인식하고 스스로가 마음상태가 좋지 않음을 인지할 수 있도록 하는 것이 중요하다.

또한 마음의 문제를 떠안고 자살을 생각하고 있는 사람이 전문가에게 상담을 받거나 정신과 의사에게 진찰을 받는 경우는 적지만, 어떠한 자살의 신호를 보내고 있는 경우가 많으므로 모든 국민이 가까이에 있을지도 모르는 자살을 생각하고 있는 사람의 신호를 빨리 인식하여 정신과 의사 등의 전문가에게 연결해 주고 전문가의 지도를 받으면서 지켜볼 수 있도록 하는 것이 중요하다.

국민 한 사람 한 사람이 자살 예방의 주역이 될 수 있도록 홍보활동, 교육활동 등을 시행할 필요가 있다.

#### (3) 단계별, 대상별 대책의 효과적 조합

자살 대책은 아래의 각 단계 마다 효과적인 시책을 강구할 필요가 있다

1. 사전 예방: 심신 건강의 유지 및 증진에 대한 대책, 자살이나 정신 질환에 대한 올바른 정보의 보급 개발 등 자살의 위험성이 낮은 단계에서 예방을 도모하는 것
2. 자살 발생의 위기 대응: 실제로 일어나고 있는 자살의 위험에 개입하여 자살을 막는 것
3. 사후 대응: 불행하게 자살이나 자살미수가 발생한 경우에는 가족이나 직장 동료 등 남겨진 사람에게 주는 영향을 최소화함으로써 새로운 자살을 막는 것

동시에 아래와 같은 대상별 대책을 효과적으로 조합하는 시점도 중요하다.

1. 전체적 예방 개입: 위협의 정도를 불문하고 모든 사람을 대상으로 하는 대책
2. 선택적 예방 개입: 자살 행동의 위험이 높은 집단을 파악하여 그 집단을 대상으로 하는 대책
3. 개별적 예방 개입: 과거에 자살을 시도했던 사람 등, 자살 행동의 위험이 높은 개인을 대상으로 하는 대책

특히, 미수자에 대한 사후대응이 반복적 자살 기도를 막을 수 있을뿐더러 장차 일어날 수 있는 자살을 사전에 예방하는 효과가 있음에도 불구하고 지금까지 충분한 대처를 하지 못한 것을 발판으로 향후, 미수자의 사후 대응에 대해 적극적으로 임해 시책이 균형 있게 실시되는 것이 중요하다.

(4) 관계자와의 연계에 의한 포괄적 지원 강화

자살은 건강문제, 경제·생활문제, 인간관계 문제 및 지역·직장의 본연의 자세의 변화 등 여러 가지 요인과 그 사람의 성격 특성, 가족의 상황, 사생관 등이 복잡하게 관계하고 있기 때문에 자살을 막기 위해서는 자살을 선택하게 되는 사람들이 안심하고 살 수 있도록 정신보건적인 시점뿐만 아니라, 사회·경제적인 시점을 포함한 포괄적인 대책이 필요하다. 또한 이러한 포괄적 대책을 실시하기 위해서는 여러 분야의 관계자나 조직이 밀접하게 협력할 필요가 있다.

예를 들면, 우울증 등을 겪고 있어 자살의 위험성이 높은 사람이나 자살미수자의 상담, 치료에 임하는 보건·의료 기관에 대해서는 마음 고민의 원인이 되는 사회적 요인에 대한 대책을 요구하는 문제에 대응할 수 있는 상담 창구를 소개할 수 있도록 할 필요가 있다. 또한 경제·생활 문제의 상담 창구 담당자도 자살의 위험을 나타내는 신호나 그 대응방법, 지원을 받을 수 있는 외부의 보건·의료 기관 등 자살 예방의 기초정보를 가지는 것이 요구된다.

이러한 연계의 체계는 현장의 실천적인 활동을 통해서 서서히 퍼지고 있고, 또 다른 자살의 요인이 될 수 있는 생활 빈곤, 아동학대, 성 폭력 피해, 은둔형 외톨이, 성적 소수자 등의 문제에 있어도 같은 연계체계가 진행되고 있다. 향후 정부, 지방자치단체, 관계기관, 민간 단체 등의 연계를 진행할 때, 자살 대책과 관련된 여러 기관·단체의 네트워크뿐만 아니라, 이들 유관 기관·단체 또는 그 네트워크와의 연계체제를 확립하고, 보다 많은 관계자에 의한 포괄적인 지원을 전개해 나가는 것이 중요하다.

(5) 자살 실태에 맞는 시책을 추진

자살 대책을 추진하는데 있어 우선, 문제의 종류와 심각성을 파악한 다음 이러한 자살 실태에 입각해서 시책을 추진할 필요가 있다.

그렇지만, 지금까지의 조사 연구만으로는 자살 실태에 대해 아직도 분명하지 않은 부분이 많다. 따라서 실태 파악을 위한 조사 연구를 시행하는 것과 함께 정부뿐만 아니라 지방자치단체, 관계기관, 민간단체 등이 가지고 있는 정

보를 집약하고 대책에 활용할 수 있도록 할 필요가 있다. 또한 지역별 자살실태와 각 지역 실정에 맞는 대책이 진행되도록 필요한 정보의 제공이나 그 활용에 대한 지원, 지역별 선진적 대책의 전국적 보급이 필요하다.

#### (6) 시책의 검증·평가를 시행하면서 중장기적으로 진행

자살 대책은 사회적 요인의 배경이 되는 제도·관행의 재검토나 상담·지원체제의 정비·발전을 도모하고 국민 전체에 대해 계발 활동 등을 통해 올바른 지식을 보급시켜 자살이나 정신질환에 대한 편견을 줄이고 아울러 정신과 의료체계의 개선을 도모해 가는 것은 필요한 일이지만 즉시 효과를 발휘할 수 있는 것은 아니다. 다른 국가들의 예를 봐도, 자살 예방에 즉효성이 있는 시책은 없다고 하고 있어 중장기적인 전략을 가지고 지속적으로 실시할 필요가 있다.

동시에 시책의 실시 상황을 검증·평가하고 지속적으로 시책이 효과적, 효율적으로 실시되고 있는지를 확인하는 것은 불가결하다. 이 때 직접 효과를 측정하기 어려운 시책에 대해서는 진척 상황을 확인하기 위한 중간 실행 목표를 설정하는 것도 고려해 볼 수 있다.

#### (7) 정책대상이 되는 집단별 실태에 근거하여 대책 추진

##### <젊은층>

사춘기는 정신적인 균형을 해치기 쉽고 청소년기에 받은 마음의 상처는 전 생애에 걸쳐서

영향을 미친다. 최근 자살사망률을 보면 다른 연령층은 감소하고 있는데 반해 젊은 층은 증가하는 추세를 보이는 등 젊은 층의 자살문제는 심각성이 커지고 있다 그 배경의 하나로 청년고용을 둘러싼 사회 상황의 변화가 지적되고 있다.

이러한 상황에서 청소년과 젊은 층의 자살 대책은 중요한 과제이며 청소년의 마음 건강을 유지·증진시키거나 좋은 인격형성, 생활상의 곤란·스트레스에 직면했을 때의 대처 방법을 익히기 위한 지원을 실시하는 등, 청소년의 자살을 미연에 방지하고 예방에 이바지하는 교육을 실시하는 것이 중요하다. 또한 학교에서 자살이나 자살미수가 발생했을 경우 학생의 심리적 케어를 할 필요가 있다.

더욱이 집단 괴롭힘의 문제로 학생이 스스로 생명을 끊는 일이 지속적으로 발생하고 있는 것을 심각하게 받아 들여 이러한 참혹한 일이 반복되지 않도록 각 학교에서 집단 괴롭힘의 문제 행동에 관한 한층 더 충실한 대책을 제시하고 문제행동을 미연에 방지하거나 조기 발견·조기 해소를 위해 국가에서도 계속적이고 중장기적인 대책을 시행하는 것이 필요하다. 아울러 청년고용을 둘러싼 사회상황의 변화에 입각하여 종합적인 지원책을 사회 전체로 추진해 가는 것이 중요하다.

##### <중장년층>

중장년은 가정과 직장 모두에서 중요한 위치를 차지하는 한편, 부모와의 사별이나 퇴직 등의 큰 상실을 체험해 심리적으로나 사회적으로 많은 부담을 느끼게 되는 세대이다. 특히, 일에 관해서 강한 불안이나 스트레스를 느끼고 있는



근로자가 많다. 또한 여성은 출산이나 갱년기에 정신건강을 해치기 쉽다.

심리적, 사회적 스트레스에 대응하기 위한 마음의 건강 만들기와 함께 스트레스의 원인이 되는 장시간 노동, 실업 등의 사회적 요인에 대한 대책이 중요하고 스트레스에 의한 우울증이 많으므로 우울증의 조기발견, 조기치료가 중요하다.

#### 〈고령자층〉

고령자의 자살 배경에는 만성질환으로 지속적인 신체적 고통이나 미래에 대한 불안, 신체 기능 저하에 따른 사회나 가정에서의 역할 상실, 근친자의 상실 체험, 간병 피로 등에 의한 우울증이 많다.

고령자는 신체적 부조로 인해 의료기관에서 진찰을 받을 기회가 많으므로 단골의사를 통해 우울증과 같은 정신질환을 진단하는 기술을 향상시키고 건강진단 등을 활용한 우울증 조기발견, 조기치료와 함께 고령자의 삶의 보람 만들기 대책이 중요하다. 또한 재택 간병자에 대한 충실한 지원도 중요하다.

#### 〈자살미수자〉

자살미수자가 다시 자살을 기도 할 가능성은 자살시도를 해본 적이 없는 사람에 비해 현저하게 높은 것으로 알려져 있다. 또한, 응급센터에서 치료를 받은 자살미수자의 대부분이 정신질환을 가지고 있지만 신체적인 케어만 시행되고 정신과 의사를 통한 충분한 케어나 여러 가지 사회적 요인을 해소하기 위한 지원을 받지 못하고 퇴원하는 경우가 있다. 게다가 자살미수자의 가족 등 친밀한 사람들도 어떻게 해야 반복적

자살 기도를 방지할 수 있는지에 대한 충분한 정보와 지원을 받지 못해 반복적 자살 기도에 대한 불안을 안고 자살 미수자를 접하게 되는 것이 현실이 있다. 따라서 정신과 응급의료체제를 충실하게 하고 응급센터에서 치료를 받은 자살미수자가 필요에 따라서 정신과 케어나 생활 재건의 지원을 받을 수 있는 체계를 정비할 필요가 있다. 또한 자살 미수자에 대한 상담 체제와 자살미수자의 가족 등 친밀한 사람에 대한 지원을 확충하는 것도 중요하다

- (8) 정부, 지방자치단체, 관계기관, 민간단체, 기업 및 국민의 역할을 명확하게 하고 그 연계·협동을 추진

자살대책이 최대한 효과를 발휘하여 ‘아무도 자살에 몰리지 않는 사회’를 실현하기 위해서는 정부, 지방자치단체, 관계기관, 민간단체, 기업, 국민 등이 연계·협동해 거국적으로 종합적 자살 대책을 추진하는 것이 필요하다. 따라서 각각의 주체가 완수해야 할 역할을 명확화, 공유화한 다음 상호연계·협동 구조를 구축하는 것이 중요하다.

자살 종합 대책에 있어서 정부, 지방자치단체, 관계기관, 민간단체, 기업 및 국민이 완수해야 할 역할은 아래와 같다.

#### 〈정부〉

자살 대책을 종합적으로 수립, 실시하는 책무를 가지는 정부는 각 주체가 자살대책을 추진하기 위해 필요로 하는 기반의 정비나 지원, 관련 제도와 시책에 있어 자살대책의 추진, 정부 자

체가 전국을 대상으로 실시하는 것이 효과적이고 효율적인 시책이나 사업 등을 실시한다. 또한 각 주체가 긴밀히 연계·협동하기 위한 구조의 구축이나 운용을 실시한다.

#### 〈지방자치단체〉

지역 상황에 맞는 시책을 수립하고 실시하는 책무를 가진 지방자치단체는 국민 한 사람 한 사람의 친밀한 행정주체로서 지역의 자살상황을 분석하고 그 결과에 근거하여 필요한 자살대책을 스스로 기획 입안하여 계획적으로 실시한다.

대책에 있어서 중점시책을 포괄적으로 제시하는 것이 아니라 지역의 실정에 맞는 실질적 중점 시책을 독자적으로 설정하고 대책을 진행시킨다. 또한 정부와 연계하여 지역에 있어서의 각 주체의 긴밀한 연계·협동을 위해 노력한다.

#### 〈관련기관〉

자살대책에 관계하는 전문직의 직능단체 또는 직접 관계는 하지 않지만 그 활동 내용이 자살 대책에 기여 할 수 있는 업계단체 등 관련기관은 거국적으로 자살 대책에 임하는 것이 중요하므로 각각의 활동 내용의 특성에 따라 적극적으로 자살 대책에 참여한다.

#### 〈민간단체〉

지역에서 활동하는 민간단체는 직접 자살 방지를 목적으로 하는 활동뿐만 아니라, 관련분야의 다양한 활동이 결과적으로 자살대책에 기여할 수 있다는 것을 이해하고 다른 주체와의 연계·협동과 정부, 지방자치단체로부터의 지원을 받아 적극적으로 자살 대책에 참여한다.

#### 〈기업〉

기업은 노동자를 고용해 경제활동을 영위하는 사회적 존재로서 고용하는 노동자의 마음의 건강이 유지 될 수 있도록 노력하는 것이 자살 대책에서 기업이 할 수 있는 중요한 역할임을 인식해 적극적으로 자살 대책에 참여한다.

#### 〈국민〉

국민은 자살의 상황이나 자살 대책의 중요성에 대한 이해와 관심을 갖는 것이 중요하고 마음 고민의 배경이 되는 자살이나 다중채무, 우울증 등 자살 관련 상황은 불명예스럽고 부끄러운 것이라는 사회 통념은 잘못된 것이고 자살에 물리는 위기는 누구나 일어날 수 있는 위기이며 이때 누군가에게 도움을 요청하는 것은 적절하다는 것을 이해해 자신의 마음의 부조나 주위 사람의 마음 부조를 알아 차려 적절히 대처할 수 있도록 하는 등 주체적으로 자살 대책에 임한다.

## 2) 자살예방종합대책의 중요 시책

자살 종합 대책의 기본적 사고를 근거로 하여 당면, 특히 집중적으로 임하지 않으면 안 되는 시책으로서 9개의 기본적 시책을 설정한다.

향후 조사연구의 성과에 의해 새롭게 요구되는 시책에 대해서는 순차적으로 실시하는 것으로 하고 아래의 당면 중점시책은 어디까지나 국가가 집중적으로 임하지 않으면 안 되는 시책이며 모든 지방자치단체에서 이것을 모두 적용해야 할 필요가 있는 것은 아니다. 지방자치단체에 대해서는 지역의 자살 실태, 지역의 실정에 따라 필요한 중점 시책을 독자적으로 설정하고

**1. 자살의 실태를 분명히 한다**

- 실태 해명을 위한 조사 실시
- 정보제공의 충실
- 자살미수자, 유족 등의 실태 및 지원 방책에 대한 조사 추진
- 청소년의 자살 예방을 위한 조사 추진
- 우울증 등의 정신 질환의 병태(病態) 해명 및 진단·치료 기술의 개발
- 기존 자료의 이익 활용 촉진

**2. 국민 한 사람 한 사람의 인식과 관심을 촉구**

- 자살 예방주간과 월간 자살 대책 강화 실시
- 청소년의 자살 예방에 이바지하는 교육 실시
- 우울증에 대한 대처 개발 보급 추진
- 자살이나 자살 관련 사상 등에 관한 올바른 정보 보급

**3. 조기대응의 중심적 역할을 완수하는 인재를 양성한다**

- 단골의사의 우울증 등의 정신질환 진단·치료 기술의 향상
- 교직원의 조기 대응 방법 개발 보급 실시
- 지역보건요원이나 산업보건요원의 자질 향상
- 개호지원 전문원 등에 대한 연수 실시
- 민생위원·아동위원 등에 대한 연수 실시
- 연대조정을 담당하는 인재의 양성
- 사회적 요인과 관련된 상담원의 자질 향상
- 유족 등에 대응하는 공적기관의 직원 자질 향상
- 연수 교재의 개발 등
- 자살 대책 종사자의 마음의 케어 추진
- 여러 분야의 게이트키퍼 양성 촉진

**4. 마음의 건강 만들기를 진행시킨다**

- 직장에서의 정신보건 대책 추진
- 지역에서의 마음의 건강 만들기 추진체제 정비
- 학교에서의 마음의 건강 만들기 추진체제 정비
- 대규모 재해에 있어서 이재민의 마음 케어, 생활 재건 등의 추진

**5. 적절한 정신과 진료를 받을 수 있도록 한다**

- 정신과 의료를 담당하는 인재 양성 등 정신과 의료 체제의 충실
- 우울증 진찰률 향상

- 단골의사를 통한 우울증 등의 정신질환의 진단·치료기술의 향상
- 어린이 마음의 진료체제 정비 추진
- 우울증 선별검사 실시
- 우울증 이외의 정신질환에 관한 고위험자 대책 추진
- 만성 질환 환자에 대한 지원

**6. 사회적인 대처로 자살을 막는다**

- 지역에 있어서의 상담체제의 강화와 지원책, 상담 창구 정보 등 알기 쉬운 발신
- 다중채무의 상담 창구 정비와 세이프티 넷(safety net) 용자의 충실
- 실업자 등에 대한 상담창구의 충실
- 경영자에 대한 상담 사업 실시
- 법적 문제 해결을 위한 정보 제공의 충실
- 문제가 되는 장소, 약품 등의 규제
- 인터넷상의 자살 관련 정보 대책 추진
- 인터넷상의 자살예고 대응
- 간병자의 지원 충실
- 집단 괴롭힘으로 근심하는 아이의 자살 예방
- 아동학대나 성범죄·성폭력의 피해자에게 지원 강화
- 생활 빈곤자의 지원 강화
- 보도기관에 대한 세계 보건기구의 지침 주지

**7. 자살미수자의 반복적 자살 기도를 막는다**

- 응급의료시설에 있어서 정신과의를사를 통한 진료체제 충실
- 가족 등 친밀한 사람의 관심에 대한 지원

**8. 남겨진 사람에 대한 지원을 충실히 한다**

- 유족의 자조그룹 운영지원
- 학교, 직장에서의 사후대응 촉진
- 유족 등을 위한 정보 제공 추진
- 유아(遺兒)의 지원

**9. 민간단체와의 연대를 강화한다**

- 민간단체의 인재육성에 대한 지원
- 지역에 있어서의 연계체제 확립
- 민간단체의 전화 상담 사업에 대한 지원
- 민간단체의 선구적·시범적 대책이나 자살 다발 지역에 있어서 대책에 대한 지원

대책을 진행시켜야 하는 것이다.

## 4. 자살 대책의 수치목표

2016년까지 자살 사망률을 2005년과 비교해서 20% 이상 감소시키는 것을 목표로 한다.<sup>1)</sup>

더불어 자살대책의 목적은 자살을 생각하고 있는 사람을 한명이라도 더 구하는 것이며 가능한 조기에 목표를 달성할 수 있도록 노력하는 것으로 목표가 달성될 경우에 대책의 재검토 기간에 관계없이 수치목표를 재검토하는 것으로 한다.

## 5. 시사점

일본의 자살 종합 대책에 근거하여 우리나라 자살예방 정책 수립에 있어 고려되어야 할 점으로 자살 위기에 몰려 지원이 필요한 사람이 쉽게 적절한 지원을 받을 수 있는 체제 정비와 지원책에 관한 정보를 인터넷 등을 활용하여 집약적으로 제공할 수 있는 체제 구축 및 변호사, 약사 등 여러 분야의 게이트키퍼가 양성될 수 있도록 하여야 한다.

또한 청소년이 생명의 중요성을 실감할 수 있도록 교육을 강화하고 생활상의 빈곤, 스트레스에 직면했을 때 대처할 수 있는 방법의 교육을 추진하여야 하며 청소년의 자살이 일어난

경우에는 철저한 실태조사와 따돌림 문제가 있었는지 파악하고 이에 대한 대처가 강화되어야 한다.

그리고 인지행동요법 등의 진료의 보급과 정신과 의료체계의 강화 및 우울증과 같은 정신질환의 적절한 약물요법과 과다복용에 관한 대책 마련 및 응급의료시설에서 자살미수자가 필요에 따라 정신과 의사로부터 진료를 받을 수 있는 체제 정비가 필요하다.

근로자의 정신건강 향상을 위해 직장의 관리 감독자 및 산업보건 전문원 등을 대상으로 근로자의 정신건강에 관한 교육연수를 강화하고 근로자가 좋은 환경에서 근무할 수 있는 직장환경의 정비 및 소규모 사업장이나 비정규직을 포함한 전 근로자의 장시간 노동을 억제하기 위한 노동시간 개선에 필요한 환경정비가 추진되어야 할 것이다. 또한 자살예방정책을 수행하기 위해 정부, 지방자치단체, 관계기관, 민간단체 연계 및 협력체계를 구축하고 자살예방정책의 실시현황을 검정하고 효과를 평가할 수 있는 체제가 마련되어야 한다.

## 6. 나가는 말


일본은 자살예방대책을 종합적으로 추진하기 위해 2006년 10월 자살예방기본법을 제정하였고 이 법에 근거하여 2007년 6월 제1차 자살 예방종합대책을 시행하였으며 그 결과 최근 연

1) 2005년의 자살사망률은 24,20이며, 그것을 20% 감소시키면 19,4가 됨. 덧붙여 2010년의 자살사망률은 23,4임. 자살사망률은 인구 10만명당의 자살자수이므로 인구가 증감하면 그 수치도 변동함. 만일, 2011년 10월 1일 현재의 추계 인구(1억 2618만명)로 인구수가 일정하다면 목표를 달성하기 위해 자살자수는 2만4428명 이하가 될 필요가 있음.

간 자살자 수가 다소 감소하는 경향을 나타내기 시작하였다. 자살예방종합대책을 시행한 지 5년이 경과한 시점에서 자살예방대책에 대한 평가를 근거로 하여 2012년 8월 9개의 시책을 중심으로 한 제2차 자살예방종합대책을 수립하여 시행하고 있다.

최근 우리나라의 자살사망률은 8년째 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 1위를 차지하고 있고 인구구조 변화의 추이를 고려할 때 향후 최소 10년 동안은 자살률과 자살자수가 계속 증가할 것으로 추정된다. 우리나라도 2000년대 중

반부터 자살예방대책을 수립하여 시행하여 왔으나 효과적이지 못하였고 법적 근거도 없었기 때문에 2011년 3월 30일 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률을 제정하고 법적 근거를 마련하였다. 이 법에 자살예방 기본계획을 수립하도록 되어 있으나 구체적 내용은 아직 수립되지 않고 있는 실정이다.

따라서 우리나라와 자살 현황이 비슷한 일본의 자살예방종합대책을 파악하여 기본계획 수립 및 자살예방정책의 기초자료로 활용되기를 바란다. 

# 4대 중독 원인 및 중독 예방 정책\*

*The Current Status and Cause of the Addiction Problem*



이해국 가톨릭대학교 정신건강의학과 교수  
이보혜 고려대학교대학원 보건과학과 박사과정

우리나라의 중독문제는 지속적으로 증가하고 있으며, 알코올, 인터넷, 도박, 마약 등 중독으로 인한 피해는 중독자 뿐만 아니라 사회의 안전을 위협하는 시급성이 높은 보건학적 문제이다. 그러나 중독 및 중독으로 인한 피해에 대하여 국민들의 인식은 아직까지 낮은 상태이며, 그 심각성에 비하여 충분한 개입이 이루어지지 못하고 있는 것이 현실이다. 본고에서는 4대 중독의 문제 현황 및 개입 현황에 대한 파악을 통하여 그 원인에 대하여 고찰하였으며, 중독 문제의 해결을 위한 정책과제로 첫째, 중독에 대한 적극적 보호환경의 근거 마련을 위한 중독관리법을 제정, 둘째, 근거기반 중독성 질환의 예방 및 선별, 치료, 재활 지침과 프로그램 개발 및 체계구축, 셋째, 중독관리 활성화를 위한 치료, 연구 인프라 구축, 넷째, 중독관리를 위한 범부처 거버넌스가 구축되어야 함을 제시하였다.

## 1. 들어가며

우리나라의 중독문제는 지속적으로 증가하고 있으며, 알코올, 인터넷(게임), 도박, 마약 등 중독으로 인한 피해는 중독자뿐만 아니라 사회의 안전을 위협하는 시급성이 높은 보건학적 문제이다.

중독이라는 용어는 크게 두 가지의 의미가 있으며, 하나는 '독으로 지칭되는 유해 물질에 의한 신체 증상인 중독(intoxication, 약물 중독)'이라는 의미이고, 또 다른 하나는 '알코올, 마약과

같은 약물 남용에 의한 정신적인 중독이 주로 문제되는 중독(addiction, 의존증)'을 말한다. 본고에서 말하고자 하는 중독은 후자의 경우로 정신적 의존증으로서의 중독을 말한다<sup>1)</sup>. 정신적 의존증으로서 중독은 알코올, 니코틴, 마약과 같은 물질중독(substance addiction)과 인터넷, 도박, 쇼핑과 같은 행위중독(behavioral addiction)으로 구분될 수 있으며<sup>2)</sup>, 특히 우리나라에서 심각한 사회적 문제가 되고 있는 중독인 알코올, 도박, 인터넷, 마약 중독을 최근 보건복지부에서는 4대 중독이라고 분류한 바 있다.<sup>3)</sup>

\* 본고는 "중독포럼"에서 수행한 4대 중독 개입대책 개발연구 결과 일부를 재구성한 것임.

1) 조근호 등(2011). 중독재활총론.

2) Grant JB et al(2006). The Neurobiology of Substance and Behavioral Addictions, CNS Spectr. 11(12), pp.924~930.

이러한 4대 중독의 중독자는 우리나라 국민 8명 중 1명에 해당하는 약 600만명으로 추정되고 있으며, 중독자 뿐만 아니라 그 가족 및 사회에 미치는 부정적 영향을 생각한다면 이로 인한 폐해의 규모는 더욱 크고 심각하다<sup>4)</sup>. 그러나 중독 및 중독으로 인한 폐해에 대하여 국민들의 인식은 아직까지 낮은 상태이며, 그 심각성에 비하여 충분한 개입이 이루어지지 못하고 있는 것이 현실이다.

본고에서는 이러한 4대 중독의 문제 현황과 개입 현황에 대한 파악을 통하여 그 원인에 대하여 고찰하고, 앞으로 우리나라의 4대 중독문제의 해결을 위한 중독예방 정책과제를 도출하고자 한다.

## 2. 4대 중독 문제 현황

### 1) 알코올

알코올은 뇌를 비롯하여 인체 각종 장기에 영향을 주는 유해물질로, 섭취하는 양과 패턴, 그리고 섭취하는 기간 등에 따라 사람에게 다양한 형태의 위험을 증가시키며, 개인 뿐만 아니라 간접적·이차적인 영향을 사회전반에 미친다<sup>5)</sup>.

2011년 실시한 전국 정신질환실태 역학조사<sup>6)</sup>의 결과에 의하면, 알코올사용장애의 평생유병률은 남자 20.7%, 여자 6.1%, 전체 13.4%로, 남자 다섯 명 중 한명은 알코올사용장애를 경험한 적이 있는 것으로 나타났으며 여자에 비하여 3.4배 높았다. 또한 알코올사용장애의 일년유병률은 4.3%로, 지난 한 해 이환된 환자 수는 약 155만 명 이상으로 추정되었으며, 남자에서는 6.6%, 여자에서는 2.1%로 남자에서 약 3배 높았다(표 1).

표 1. 알코올사용장애 일년유병률 및 추정환자수

(단위: %, 명)

구분	남자		여자		전체	
	유병률	추정 환자수	유병률	추정 환자수	유병률	추정 환자수
알코올남용	3.4	612,472	0.9	162,752	2.1	758,047
알코올의존	3.2	576,444	1.2	217,003	2.2	794,145
알코올사용장애	6.6	1,188,916	2.1	379,756	4.3	1,552,192

자료: 서울대학교 의과대학(2011). 2011년도 정신질환실태 역학조사.

3) 중독포럼(2013). 중독포럼 1월 신년세미나 자료집.

4) 중독포럼(2013). 중독포럼 1월 신년세미나 자료집.

5) 이해국, 이보혜(2012). 알코올 사용장애의 역학. J Korean Diabetes, 13, pp.69~75.

6) 서울대학교 의과대학(2011). 2011년도 정신질환실태 역학조사.

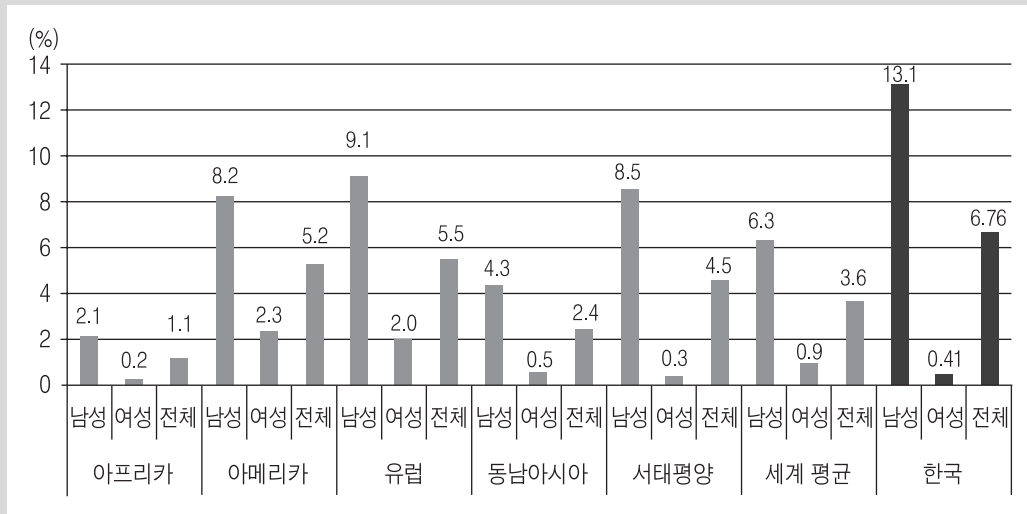
WHO의 2011년 Global status report on alcohol and health<sup>7)</sup>에 의하면 2004년 우리나라의 알코올사용장애 유병률은 6.62%(남자 13.1%, 여자 0.41%)로 WHO 평균인 3.6%(남자 6.3%, 여자 0.9%)보다 1.8배 높으며, WHO 전 지역과 비교했을 때도 가장 높은 유병률을 보인다(그림 1).

이처럼 우리나라의 알코올사용장애 유병률은 세계적으로 높은 수준이며, 알코올문제는 만성적으로 지방간, 간경변을 일으키고<sup>8) 9)</sup>, 간암, 구강암, 식도암등 각종 암의 발생률을 증가시킬

뿐 아니라<sup>10)</sup>, 우발적인 상해나 상호간의 폭행 등을 발생시켜 수많은 건강문제와 사회문제를 유발한다.

알코올사용에 의한 정신행동장애(F10)로 인한 진료실인원은 2003년 72,938명에서 2010년 108,340명으로 67% 증가하였으며, 진료비 또한 2003년 1,200억원에서 2010년 2,700억원으로 2배 이상 증가하였다<sup>11)</sup>. 또한 2000년 음주로 인한 사회경제적 비용은 14조 9,352억원에서 2009년 23조 4,430억원으로 10년 간 10조 원 증가하였으며<sup>12)</sup>, 음주 관련 범죄로 인한 사회적 비

그림 1. WHO 지역별 알코올사용장애 유병률 비교



자료: WHO(2011). Global Status Report on Alcohol and Health.

7) WHO(2011). Global Status Report on Alcohol and Health.

8) Savolainen VT et al(1993). Alcohol consumption and alcoholic liver disease: evidence of a threshold level of effects of ethanol. Alcohol Clin Exp Res, 7, pp.1112~1117.

9) Batey RG et al(1992). Alcohol consumption, and the risk of cirrhosis. Med J Aust 156, pp.413~416.

10) Bagnardi V et al(2001). A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk, British Journal of Cancer, 85(11), pp.1700~1705.

11) 국민건강보험공단(2010). 건강보험통계연보, 의료급여통계연보.



용은 8조 8577억원으로 음주로 인한 사회경제적 비용 23조 4천억원에 포함시키면 실질 사회경제적 비용은 32조 2577억원에 이르른다<sup>13)</sup>. 이러한 비용손실은 흡연(최소 4조 8860억~최대 5조 9381억원, 2006년<sup>14)</sup>), 암(7조 7358억원, 2001년<sup>15)</sup>) 등 기타 보건학적 문제의 사회경제적비용보다 큰 것이다.

뿐만 아니라 자살시도환자의 40.9%가 자살 전 음주상태라고 보고<sup>16)</sup>되고 있어 알코올은 자살문제의 주요 요인으로 나타난다. 또한 경찰청 2011 범죄통계에 의하면 폭행 및 강도, 강간, 살인과 같은 강력범죄의 경우 약 30% 이상이 음주상태에서 발생하며, 음주관련 강간 및 강제추행 등 성범죄는 2005년 1만 3,336건에서 2011년 1만 9,498건으로 매년 급증세를 이어가고 있으며, 13~20세 청소년을 대상으로 한 성폭행 사건 역시 증가하고 있다<sup>17)</sup>. 이처럼 알코올중독은 개인의 건강 뿐 아니라 수많은 사회문제를 일으켜 사회의 안전을 위협하는 사회적으로 심각한 문제이다.

## 2) 도박

도박중독은 지속적이며 반복적으로 나타나는 부적응적인(maladaptive) 도박 행위로 개인적, 사회적, 직업적 측면 등에서 심각한 결과를 일으키는 질환이다. DSM-IV-TR<sup>18)</sup>에서 <달리 분류되지 않는 충동조절 장애> 중 '병적도박'으로, ICD-10<sup>19)</sup>에서 <습관 및 충동장애> 중 '병적도박으로 분류되고 있으며, 2013년 새로 개정된 DSM-V에서는 병적 도박의 물질 사용 장애와의 임상적, 신경생물학적, 유전적 기반의 유사성을 보고한 선행연구를 기반으로 병적 도박의 중독질환적 특성을 반영하여 물질 관련 장애 내 '도박중독'으로 분류되었다<sup>20)</sup>.

2010년 기준 한국의 도박중독 유병률(CPGI 기준)은 6.1%로 영국, 프랑스, 호주에 비해 상당히 높은 수준으로 그 문제의 심각성이 매우 크다(그림 2)<sup>21)</sup>.

2012년 사행산업 이용실태 조사에 의하면, 일반인 도박중독 유병률은 2008년 9.5%(문제성 이용자 2.3%+중위험 이용자 7.2%), 2010년 6.1%(문제성 이용자 1.7%+중위험 이용자 4.4%), 2011년 7.2%(문제성 이용자 1.3%+중위

12) 정우진, 이선미, 김재운(2009). 음주의 사회경제적 비용, 집문당.

13) 이해국 등(2011). 음주 폐해 예방 감소를 위한 치료활성화 방안, 보건복지부·가톨릭대학교 산학협력단.

14) 김수정, 권순만(2008). 흡연의 사회적 비용 분석: 2006년을 기준으로, 정책분석평가학회보.

15) 정영호, 고숙자(2003). 5대사망질환의 비용추계: 2001년, 보건복지포럼.

16) 질병관리본부(2009). 표본병원 손상유형 및 원인통계.

17) 경찰청(2011, 2012). 범죄통계.

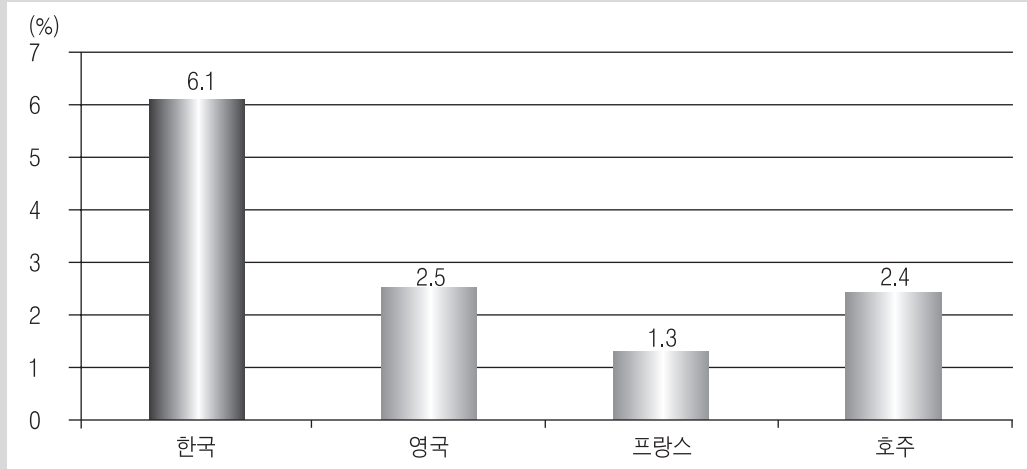
18) American Psychiatry Association(2000). diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th edition)(DSM-IV).Washington, DC: American Psychiatric association.

19) WHO(1992). International Classification of Diseases(ICD)-10. World Health Organization.

20) APA(The American Psychological Association)(2011). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition(DSM-V).Washington, DC: American Psychiatric association.

21) 사행산업통합감독위원회(2012). 사행산업 이용실태 조사.

그림 2. 국가별 도박중독 유병률 비교



자료: 사행산업통합감독위원회(2012). 사행산업 이용실태 조사.

험 이용자 5.9%)로 나타나, 2008년에 비하여는 하락하였으나, 2010년에 비하여 1.1% 증가한 결과를 보였다. 이용객의 경우 2008년 55.0%(문제성 이용자 25.9%+중위험 이용자 29.1%), 2010년 61.4%(문제성 이용자 22.2%+중위험 이용자 39.2%), 2011년 41.0%(문제성 이용자 22.9%+중위험 이용자 18.1%)로 나타나, 2008년에 비하여 14% 감소한 것으로 나타났다(그림 3).

도박중독은 개인적 차원을 넘어, 가족 및 지역사회 그리고 국가적으로 많은 부작용을 야기하고 있다. 도박중독으로 인한 사회경제적 비용은 지난 10년 간 지속적인 증가 추세로 향후 도박중독 문제로 인해 한국사회가 부담하게 될 비용은 2050년경 약 361조 원(한국 GDP 약 10%

이상)에 이를 것으로 추정되고 있다<sup>22)</sup>. 또한 도박중독 문제를 겪는 사람들은 자존감이 낮고, 우울감이 높으며, 술과 담배의 사용이 많고<sup>23)</sup>, 도박으로 인한 자살, 노숙, 불법 사채를 사용하는 경우가 많다고 보고되며, 도박중독 문제를 겪는 사람들은 결혼생활 및 가족관계에서 많은 어려움을 겪고 있으며, 도박을 시작한 후 가족관계가 악화되었음을 보고하고 있다<sup>24)</sup>.

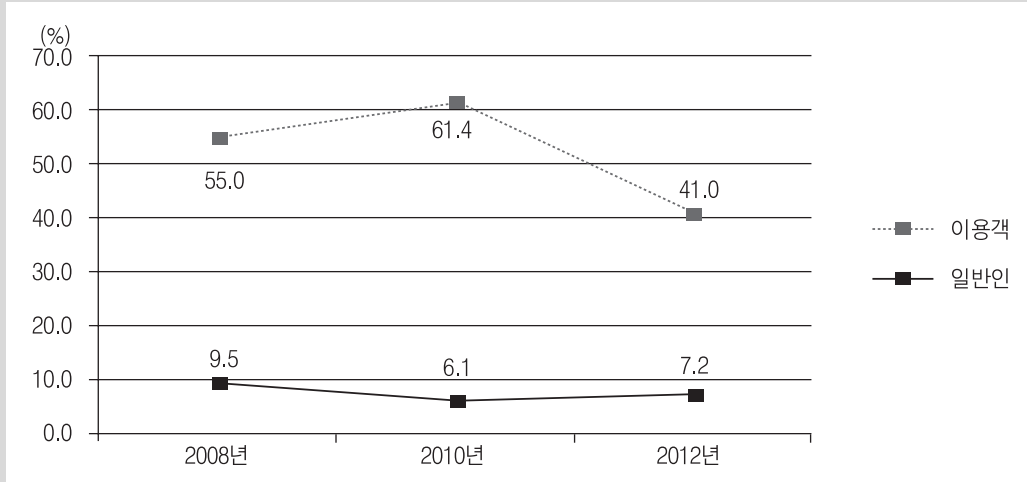
뿐만 아니라 도박에 지출하는 금액이 늘어남에 따라 가정의 부채가 증가하고, 도박문제로 인한 직간접적 사회비용 역시 증가하며, 도박으로 인한 채무의 불이행, 또는 도박과 관련한 범죄문제에 연루되는 경우도 발생한다. 카지노 이용객들 중 도로교통법위반을 제외하고 지난 1

22) 전종설(2010). 도박문제의 사회경제적 비용추계 연구, 사행산업통합감독위원회.

23) 이민규 등(2003). 도박중독실태와 중독자의 심리사회적 특성-지역별 비교를 중심으로, 한국심리학회지, 8(2), pp.399~414.

24) 손덕순, 정선영(2007). 도박중독자 실태 및 중독수준별 특성과 그 영향에 관한 연구, 정신보건과 사회산업, 26, pp.377~407.

그림 3. 일반인과 이용자의 도박중독 유병률 추이



자료: 시행산업통합감독위원회(2012), 시행산업 이용실태 조사.

년 간 도박으로 인한 범죄경험이 있는 경우가 14.0%로 집계된바 있으며<sup>25)</sup>, 금전 관련 불법행위(사기, 자금횡령, 부도수표의 발행, 세금포탈, 절도, 재물범죄)가 급증하고 있으며 그 심각성이 증가하고 있는 현실이다<sup>26)</sup>.

이처럼 도박중독은 개인 내 문제일 뿐만 아니라 불법행위 및 각종 범죄발생 가능성을 높인다는 점에서 사회 불안정성을 가중시키는 요소이며, 도박중독으로 인한 자살문제까지 많이 발생하고 있어 사회적 개입이 필요한 심각한 문제이다.

### 3) 인터넷

인터넷중독이란 인터넷 이용자가 약물, 알코올, 또는 도박에 중독되는 것과 유사한 방식으로 인터넷에 중독되는 심리적 장애이며, 즉 인터넷 사용(혹은 활동)에 탐닉되어 이에 대한 의존성, 내성 및 금단증상 등과 같은 병리적인 증상을 보이는 중독 상태를 말한다<sup>27) 28)</sup>.

우리나라는 인터넷 보급률이 세계최고 수준이며, 이용률 및 이용자수 또한 증가하고 있다. 2012년 우리나라의 만 3세 이상 인터넷 이용률은 78.4%로 3,812만명이 인터넷을 이용하고 있

25) 강원대학교산학협력단(2008). 불법도박의 실태조사 및 대책.

26) 이재훈(2003). 국내 도박산업의 타당성 분석, 홍익대학교 박사학위논문.

27) Goldberg I(1996). <http://www.emhc.com/mlists/research.html>, Internet addiction, electronic message posted to research discussion list, World Wide Web.

28) Young K(1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Cyber Psychology and Behavior, 1(3), pp.237~249.

으며, 이러한 이용률은 꾸준히 증가하고 있는 추세이다<sup>29)</sup>.

행정안전부의 인터넷중독 실태조사 보고에 따르면<sup>30)</sup>, 2011년도 기준 인터넷 중독률은 7.7%로 중독률은 0.3% 포인트 하락한 것으로 보이지만 고위험군 중독자는 1.7%로 0.3% 포인트 증가하였다. 중독률은 점차 줄어드는 추세 이기는 하지만 인구구조의 변화에 따라 중독자 수는 2008년 대비 34만명 증가한 것으로 나타났다(표 2).

특히 청소년(만 10~19세) 인터넷 중독률은 10.4%로 전체연령대 중 가장 높게 나타났으며, 연령층의 인터넷이용률 증가추세를 고려하여 조사개시 이후 처음 조사한 유아동 인터넷 중독률이 7.9%(중독자 수 160천명)로 나타나 성인 인터넷 중독률 6.8%(중독자 수 1,501천명) 보다 높은 것으로 조사되었다.

인터넷중독으로 인한 사회경제적 비용은 단

기적으로 개인과 가족의 학습·소득·시간손실, 상담비 등 연 7조 8천억~10조 1천억원으로 추정되며, 장기적으로 학습능력 저하 및 직업경력 단절 등으로 인해 사회소외집단으로 발전할 경우 국가 생산성을 저하시키고, 사회통합을 저해하는 국가적 문제이다<sup>31)</sup>. 또한 인터넷중독에 의한 청소년의 학습 기회 손실 비용은 연간 최저 4,124억원(성적 하락 10% 및 고용률 59.5% 가정)에서 최대 1조 3,872억원(성적 하락 20% 및 완전 고용 가정)에 이르른다<sup>32)</sup>. 기회비용의 손실이 크다는 점은, 국가 인력관리의 측면에서 볼 때 그 비용의 크기를 떠나 매우 중요한 문제라는 것이며 이는 단순히 질병을 예방하고 치료하는 보건영역 뿐만 아니라, 청소년, 초기 성인과 같이 향후 우리나라의 중추로 자라나갈 인력의 잠재력과 능력을 어떻게 보호하고 육성해 나갈 것인가의 관점에서 접근해야 하는 문제로 볼 수 있다.

**표 2. 인터넷중독 유병률**

(단위: %, 명)

년도	인터넷 중독률(A+B)		고위험사용자군(A)		잠재적위험사용자군(B)	
	중독률	중독자수	중독률	중독자수	중독률	중독자수
2008년	8.8	1,999,000	1.6	366,000	7.2	1,633,000
2009년	8.5	1,913,000	1.5	338,000	7.0	1,575,000
2010년	8.0	1,743,000	1.4	317,000	6.5	1,426,000
2011년	7.7	2,339,000	1.7	516,000	6.0	1,823,000

자료: 행정안전부·한국정보화진흥원(2012). 인터넷중독 실태조사.

29) 방송통신위원회·한국인터넷진흥원(2012). 인터넷이용실태조사.

30) 행정안전부·한국정보화진흥원(2012). 인터넷중독 실태조사.

31) 한국정보화진흥원(2009). 인터넷 중독의 사회경제적 비용분석.

32) 이해국 등(2011). 온라인게임 설타운제 도입에 따른 비용편익분석 연구, 여성가족부.

#### 4) 마약

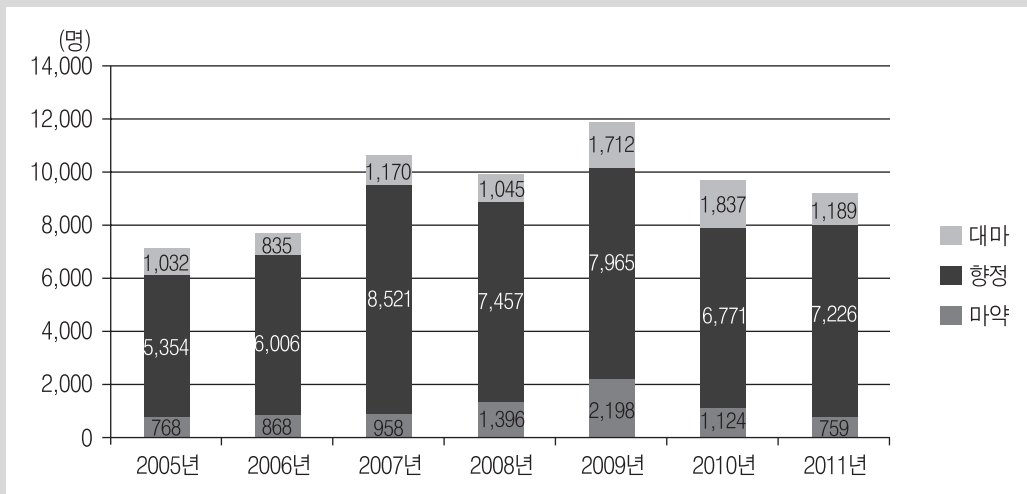
본고에서는 마약류 관리에 관한 법률에 규정된 마약류 물질(마약, 향정신성의약품, 대마) 및 유해화학물질로 규정된 본드 혹은 신나와 같은 화학물, 고카페인 음료와 같이 일반인들이 흔히 접하는 중독의 위험이 있는 기능성 식·음료 등을 모두 포괄하여 마약으로 정의하여 그 현황을 알아보도록 하겠다.

우리나라는 마약류 중독자의 현황 및 유병률 자료가 없는 현실로, 현재 적발된 마약류 사범의 공식적인 숫자를 통한 추정치만이 연구 및 제반 정책 수립에 이용되고 있을 뿐 전 국민을 대상으로 한 마약류 약물 사용의 실태 조사는

전혀 이루어지고 않고 있다. 국내 추산 마약류 중독자의 수는 연구자에 따라 다르지만 일반적으로 암수범죄의 개념에서 검거된 마약류 사범의 수의 약 10배에 달하는 인원을 사실상의 중독자로 추정하고 있다<sup>33)</sup>. 이러한 추정 방식으로 환산할 경우 2011년 현재 마약류 사범으로 단속된 9,174명<sup>34)</sup>을 근거로 추정되는 국내 마약 중독자의 수는 약 10만명에 육박하는 것으로 추정된다.

2011년 기준 마약류 사범의 약 36.6%가 재범이며, 그 결과로 추산할 때, 실제 재범의 비율을 이보다 훨씬 높을 것으로 사료된다. 마약류 사범은 밀수 혹은 판매에 관한 범죄 이외에 상당 수는 투약 사범이며, 이들은 중독 질환을 앓고

그림 4. 연도별 마약류 사범 단속 인원



자료: 대검찰청(2011). 마약류 범죄백서.

33) 보건복지부·건강증진사업지원단(2009). 마약류 등 유해약물의 사회적 손실연구.

34) 대검찰청(2011). 마약류 범죄백서.

있는 환자로 볼 수 있다. 이에 마약류 사범에 대한 재범률 통계는 치료가 수반되지 않는 마약 투약 사범은 흔히 재범을 저지른다는 의미로 해석될 수 있을 것이다.

또한 세계화 추세에 따른 활발한 국제 교류로 인하여 외국에서 개발된 다양한 신종마약이 국내로 반입되고 있으며, 향정, 기타 습관성 식음료가 범람하고 있다. 2011년 마약류 사범 중 78.7%가 향정신성의약품 사범으로 특히 프로포폴이나 각종 수면제(졸피뎀 등) 등과 같은 향정신성 의약품들이 사회적 이슈가 되고 있다<sup>35)</sup>. 2012년 10월 29일 조선일보 기사에 따르면 2011년 우리나라의 하루 커피 소비량은 약 300t(에스프레소 기준 3700만 잔)에 달했으며, 국내 경제활동인구가 하루에 커피 1잔 반을 소비한 것으로, 고카페인 음료는 특히 청소년에서 정신병적 증상을 유발할 수 있다는 보고가 있으며 술과 알코올을 함께 복용했을 때 그 위험성은 더욱 증가한다. 다이어트 식품 및 약물들의 경우 인터넷을 통해서 에페드린 등 마약 성분이 함유된 알약 형태의 약품들이 광범위하게 유통되고 있으며 이들 약물을 만성적으로 복용했을 경우 발생하는 심각한 부작용들이 지속적으로 보고되고 있다.

### 3. 4대 중독문제의 원인

이처럼 우리나라의 중독문제는 매우 광범위하고 심각하다. 본 장에서는 우리나라의 중독문

제가 심각한 원인을 개입현황에 대한 고찰을 통하여 살펴보았다.

#### 1) 높은 접근성과 허용적인 문화

우선 우리나라의 경우 중독에 대한 접근성이 매우 높음에도 불구하고, 접근성을 제한할 만한 정책이 부재하다. 알코올의 경우 공공장소 음주 규제 관련법이 없어 음주조장환경에 노출되고 있으며, 주세법에 의해 면허제도를 시행하고 있으나 판매통제기능이 없어 형식적인 면허제도일 뿐이다. 또한 판매시간과 장소에 대한 규제가 없어 음주에 대하여 무분별한 노출이 이루어지고 있고, 주류접근성 제한을 위해 연령규제 및 연령확인을 실시하고는 있으나 법적 실효성이 떨어지며 잘 준수되지 않고 있어 청소년의 음주율 및 위험음주가 매년 증가하고 있다. 뿐만 아니라 만취자 및 주취자 대상 주류제공에 대한 통제가 없고 문제를 일으키는 주취자에 대한 처벌규정과 수준이 미비하여 사회적인 문제가 되고 있다.

도박의 경우 사행산업의 허가와 운영을 규제할 수 있는 권한이 여러 부처에 분산되어 있어 효과적인 규제를 위한 장치가 미비한 실정으로 사행산업 및 도박에 대한 노출과 접근성이 지속적으로 증가하고 있다. 또한 장외발매소의 경우 대부분 도심 및 서민 생활권과 근접한 곳에 위치하며, 본장에 비교하여 레저 및 오락 기능보다는 베팅위주로 진행되므로 도박중독자 양산의 우려가 높아 엄격한 관리와 감독이 이루어져

35) 식품의약품안전청(2010), 서울대학교, 프로포폴 남용 실태 조사 및 관리방안 연구.

야함에도 불구하고 공급 위주의 시설 기준체계만이 존재하며, 건전 레저 공간을 위한 기준은 부족한 실정이다. 불법 사행성 게임 역시 경찰청의 지속적인 단속에도 불구하고 개조 및 변종 형태의 불법 사행사업장이 유통되고 있어, 이에 대한 대책마련의 필요성이 제기되고 있다.

인터넷중독의 경우에는 여성가족부의 “강제적 셧다운제”와 문화체육관광부의 “선택적 셧다운제”가 실행 또는 검토되고 있으나, 스마트폰이 제외되는 등 범위가 제한적이며 실효성에 대한 의문 등의 한계가 있다. 또한 하루에 이용가능한 게임시간을 제한하는 “클링오프제”의 입법안이 제출되었으나 제외된 상태이다. 또한 청소년 PC방 출입시간을 규제(9시부터 저녁 10시까지)하고는 있으나, PC방 이용시간이 정해져 있을 뿐 PC방에서의 사용 내용에 대한 규제는 없으며, 위반 시 처벌이 약하여 그 효과가 제한적이다. 게임물에 대한 연령별 등급제 역시 실시하고는 있으나, 심의기준이 선전성, 폭력성, 범죄 및 약물, 부적절한 언어, 사행성으로만 분류되고 각 연령별 기준이 매우 모호한 점이 있는 현실이다.

이처럼 우리나라는 중독에 대한 높은 접근성을 갖고 있을 뿐만 아니라 사회적으로도 허용적인 문화가 존재하고 있다. 대표적으로 주류광고는 청소년 및 성인의 음주의도와 행동에 영향을 미침에도 불구하고, 음주를 미화하는 각종 광고와 TV 드라마가 난무하고 있으며, 게임마케팅 등으로 인하여 사행성 게임 등의 체험 연령이 낮아지고 있다.

## 2) 예방 및 치료 서비스 제공 취약

두 번째 원인으로서는 중독에 대한 예방 및 치료 서비스에 대한 접근성과 공급의 취약을 들 수 있다. 2010년 알코올사용장애로 치료받은 환자수는 100,433명으로<sup>35)</sup>, 추정환자 중 6.5%에 불과하며, 정신의료서비스를 이용한 비율은 8.6%로 기타 다른 정신질환(정신병적장애 25.0%, 기분장애 37.7%, 불안장애 25.1%)에 비해 가장 낮다. 또한 보건복지부 지정 알코올상담센터가 설치되어 있으나, 2011년 기준 등록되어 치료받은 사람은 5,500여명으로 전체 추정환자의 0.36%만이 관리되고 있는 현실이다.

또한 도박중독으로 의료기관 치료서비스를 제공받은 사람은 706명(2011년 기준)으로, 매우 적은 수준이며 집중적 치료가 필요한 중증 도박중독환자의 규모가 80만명 정도로 추산됨을 감안할 때 상담서비스에서 치료서비스로 연계가 취약함을 알 수 있다.

인터넷 중독의 경우에는 인터넷중독에 대한 명확한 정의가 없어 각 부처에 따라 ‘인터넷 과몰입자’, ‘인터넷 중독자’, ‘게임 과몰입’ 등의 용어가 혼재되어 사용되고 있으며, 실제 인터넷 중독 상태에 있는 대상자를 명확히 규정하고 못한 상태로 공급자 중심의 서비스가 제공되고 있다. 또한 대부분의 지역 인터넷 관련 센터의 서비스는 예방교육 및 상담서비스이며, 일부 심리검사 등에 대한 지원이외 의료기관 연계서비스는 거의 이루어지지 않고 있고, 더욱이 성인 인

35) 식품의약품안전청(2010). 서울대학교, 프로포폴 남용 실태 조사 및 관리방안 연구.

36) 국민건강보험공단(2011). 알코올사용에 의한 정신장애 진료실인원(건강보험+의료보호).

터넷 중독에 대해서는 지역사회 혹은 병원에서 어떤 치료적 개입이 이루어지는 지에 대해서는 불명확한 현실이다.

마약중독 또한 사법형사체계로부터 치료가 시작함에도 불구하고 치료보호전담부서인 복지부와와의 협력체계가 취약하여 제도 활용이 미흡하며(2011년 치료보호 실적 81명), 마약퇴치운동본부에 위탁하여 교정시설 및 보호관찰소(수강명령)프로그램, 기소유예조건부 재활교육 프로그램이 운영 중이나 지역사회 접근성이 취약하여 이용실적이 미흡하다.

### 3) 중독문제의 예방과 치료적 개입을 위한 인프라 취약

세 번째 원인은 중독문제의 예방과 치료적 개입을 위한 인프라의 취약이다. 우리나라는 중독이 흔한 건강문제임에도 불구하고 선별을 통한 조기개입 체계가 없다. 일차의료기관 및 각종 사회서비스 기관에서의 선별, 단기개입, 전문치료의뢰 서비스가 중독문제 조기개입에 효과적이지만, 국내에서는 전혀 이루어지고 있지 않고 있다. 또한 중독은 치료가 필요한 보건의료문제임에도 불구하고 치료인프라는 취약한 현실이다. 지역사회의 중독전문치료기관이 취약하며, 마약의 경우에는 치료 홍보가 제대로 되지 않고 있고, 행위중독의 경우는 지역사회기관과 치료기관 연계가 취약하고 상담중심이며, 심한 중독문제에 대한 의료서비스 제공이 취약하다. 뿐만 아니라 표준화된 서비스를 제공할 전문인력 제

공체계가 존재하지 않는 것도 매우 큰 문제이다. 현재 정신보건법에서는 중독전문인력을 양성하기 위한 법적 준거가 없으며, 정신보건사회복지학회, 중독심리학회, 중독전문가협회 등 민간 학회, 협회와 대학의 학과 및 교육과정운영을 통해 여러 측면으로 양성되고 있으나 교육과정의 표준화가 거의 이루어지지 않아 교육양성과정에서의 편차가 매우 커서, 질적 수준 담보가 현실적으로 어렵다.

### 4) 범부처 거버넌스 부재

중독은 다양한 사회, 경제, 문화적 영향에 의해 발생하며, 중독의 문제는 단편적 개입이나 단기간의 치료만으로 회복되는 것이 아니기 때문에, 효율적이며, 지속적인 전문적 관리와 치료가 요구되는 질병이다. 그러나 현재 알코올, 마약, 도박, 인터넷 등 중독문제의 관리 업무가 정부 내 여러 부처로 분산되어 있어(표 3)<sup>37)</sup>, 관련 법규의 산재 및 서비스의 공백과 중복 등의 비효율적 개입이 이루어지고 있으며, 중독의 통합적 예방 및 관리가 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 즉 통합적 예방 및 관리를 위한 범부처 거버넌스의 부재가 심각한 우리나라 중독문제의 마지막 원인으로 꼽아볼 수 있겠다.

## 4. 정책과제

중독은 다양한 사회, 경제, 문화적 영향에 의

37) 중독포럼(2012). 중독포럼 12월 송년세미나 자료집.



표 3. 중독분야별 관리현황

중독 대상	관할 부처	사업 수행 기구 (공공)
알코올	• 보건복지부	• 보건소 • 알코올상담센터(47개소)
마약	• 보건복지부 • 식품의약품안전청	• 마약퇴치운동본부 및 지부(12개소) • 치료보호기관
도박	• 사행산업통합감독위원회 (문화체육관광부, 행정안전부, 기획재정부, 농림수산부)	• 중독예방치유센터(서울, 부산, 수원, 광주, 강원) • 사업자 센터 및 민간 상담 센터
인터넷	• 미래창조과학부(2012년까지 행정안전부) • 문화체육관광부 • 여성가족부 • 교육과학기술부 • 보건복지부	(미) 인터넷중독대응센터(11개) ..... (문) Wee센터에 게임과몰입 전문상담사 지원 (45개 센터에 45명 지원) ..... (여) 청소년상담복지센터(190개) ..... (교) Wee 센터(135개) ..... (복) 정신보건센터(157개) 사회서비스(바우처)사업(2012년 54개)

출처: 중독포럼(2012), 중독포럼 12월 송년세미나 자료집.

해 발생하며, 중독문제는 사회 전반에 걸쳐 부정적 영향을 미쳐 사회의 모든 영역의 협력을 요하는 분야이다<sup>38)</sup>. 앞서 살펴본 바와 같이 우리나라의 중독문제 및 이로 인한 피해는 매우 광범위하고 심각하다. 그러나 우리나라는 중독에 대하여 높은 접근성과 허용적인 문화를 갖고 있으며, 예방 및 치료서비스에 대한 공급과 접근성은 매우 취약하며 인프라가 부족하다. 또한 지속적으로 전문적 관리와 치료가 요구되는 질병임에도 범부처 거버넌스가 부재한 현실이다.

이번 정부에서도 중독문제의 심각성을 인식하여 '4대 중독 대응체계 구축'을 국정과제로 선정하였다. 이처럼 심각한 우리나라의 중독문

제를 예방하고 감소하기 위해서는 중독에 대한 보호요인 강화와 위협을 통제하는 예방과 정책이 필요할 것이며, 이에 다음과 같은 정책과제를 제안한다.

첫째, 중독에 대한 적극적 보호환경의 근거마련을 위한 중독관리법을 제정하여야 한다. 몇가지 법에서 중독에 대한 예방과 치료의 내용을 다루고는 있으나, 중독의 예방과 치료를 미션과 목적으로 한 법은 아직까지 없다. 중독성질환이 사회안전, 국가경쟁력, 국민보건상 주요 위협요인으로 적극적 예방과 관리가 필요함을 선언하고, 이를 위해 국가, 지자체, 개인 및 중독관련 산업, 중독예방, 치료에 종사하는 모든 사람들

38) Drug Commissioner of the Federal Government(2012), National Strategy on Drug and Addiction Policy.

의 중독성질환 예방과 관리를 위해 해야 할 역할을 정의하는 기본법인 중독관리법을 제정하여야 하는 이유이다.

둘째, 근거기반 중독성 질환의 예방 및 선별, 치료, 재활 지침과 프로그램을 개발하여야 하며, 생애주기별 및 성별에 맞는 중독문제 예방 콘텐츠 개발과 확산을 위한 체계를 구축하여야 한다. 보건의료서비스의 엄격한 질적관리 기준에 부합하도록, 중독성 질환의 예방, 선별, 치료, 재활 지침을 개발하고 관련 공공, 민간 서비스 기관에서 이를 준용하도록 하여야 한다.

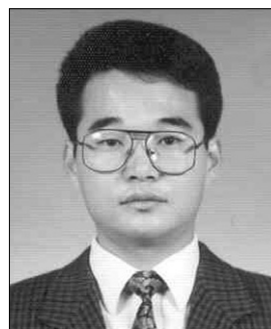
셋째, 중독관리 활성화를 위한 치료, 연구 인프라를 구축하여야 한다. 중독성질환의 치료의 효율성을 제고하여야 하며, 지속적인 치료재활

체계를 구축하여야 하고, 다양한 중독문제를 다양한 수준의 기관에서 개입할 수 있도록, 질적으로 표준화되고 관리된 전문인력을 양성하여야 한다. 또한 국가정책 수립과 서비스 개발에 필요한 연구과제를 개발하고, 적절한 예산을 확보하여 단기, 중장기로 나누어 중독관련 연구수행을 지원하여야 한다.

넷째, 중독관리를 위한 범부처 거버넌스를 구축하여야 한다. 국무총리산하에 실효성 있는 중독관련 사업 추진을 위한 국가중독문제관리위원회를 신설하여, 중독물질 및 사행성산업과 관련된 관련법, 국가정책 및 중독관련 국가, 민간 서비스, 인력에 대하여 통합·조정하는 기능을 하도록 해야 할 것이다. **보건복지**

# 성폭력 피해자의 정신건강 관리 방안

*Ways of Caring Mental Conditions for Women who  
have been Sexually Assaulted*



김명택 한국여성정책연구원 연구위원

정부는 성폭력 피해를 막고 성폭력 피해자를 위한 다양한 지원을 하고 있으나 여전히 성폭력 피해자는 지속적으로 증가되어 왔고 성폭력 피해자의 정신적 건강상태는 상당히 심각한 것으로 나타났다. 성폭력 피해자 정신건강 상태는 결국 현재 우리사회의 문제인 자살과도 연관성을 가질 수 있어 보다 더 적극적인 정부의 지원이 필요하다. 최근 성폭력 피해자의 정신건강 현황과 더불어 정신건강 관리 방안으로 성폭력 피해자 지원 시설 및 기관에 성폭력 전문 간호사 배치, 피해자의 정신건강 회복을 위한 개인별 맞춤형 프로그램 개발 및 지속적인 지원체계 확립, 성폭력 피해자 회복 및 치유를 위하여 개발된 지침서를 성폭력 피해지원 기관 및 시설에서 의무적으로 활용, 성폭력피해자보호시설과 정신건강지원센터, 자살예방지원센터와 연계체계 구축, 성폭력 피해자를 위한 자조모임 운영 지원을 제안한다.

## 1. 서론

그 동안 정부는 성폭력을 막기 위하여 많은 노력을 해왔다. 양성평등교육 및 성희롱 예방교육 등의 근본적인 예방 정책을 비롯하여 성폭력 피해자 지원을 위한 성폭력 상담소 및 성폭력 피해자 보호 시설을 설치하여 성폭력 피해자의 치유 정책을 실시하고 있다. 이러한 노력에도 불구하고 성폭력 피해자는 지속적으로

증가되어 왔다. 2010 성폭력 실태조사의 결과에 따르면 여성 1,000명당 강간 및 강간 미수가 2007년 2.2명에서 2010년 5.1명으로 증가되었고 심각한 성추행인 경우에는 2007년 4.7명에서 2010년 20.6명으로 증가되었다<sup>1)</sup>. 또한 최근 성폭력 피해자 정신건강 관련 조사의 결과를 살펴보면, 성폭력 피해자의 정신건강 상태가 심각한 것으로 나타나고 이를 세 가지로 요약할 수 있다<sup>2)</sup>. 첫 번째로, 성폭력 피해 경험 후 신체적

1) 여성가족부. 2010 전국 성폭력 실태조사.

2) 김명택, 김동식, 김인순, 차지영(2012). 성폭력 피해자 정신건강 현황 및 정책지원 방안, 한국여성정책연구원 수시과제: 성폭력 상담소(전국 152개소) 방문자 및 성폭력 피해자 보호시설(전국 19개소)에 거주하는 자 중 설문조사에 응하는 성폭력 피해여성 550명을 조사함. 조사기간은 2012년 7~11월임.

건강수준은 어느 정도 치유가 되고 있는 반면 정신적 건강수준은 여전히 좋지 않은 것으로 나타났다. 두 번째로, 성폭력 피해 후 여성은 스트레스 및 우울감이 상당히 심해지고 이는 결국 자살생각에 영향을 주며 실제 자살시도가 이루어진 것으로 나타났다. 세 번째로, 성폭력 피해 여성은 스트레스 관리 및 대인 관계측면에서 일반인들과 비교하여 상당히 심각하며 이는 결국 정신건강에 부정적으로 영향을 끼칠 수 있다. 본 원고에서는 이러한 성폭력 피해 여성들의 정신건강 현황을 설명하고 보다 효과적인 정책적 지원방안을 제시하고자 한다.

## 2. 성폭력 피해자 정신건강 현황

앞에서 언급된 최근 연구인, 「성폭력 피해자의 정신건강 현황 및 정책지원 방안」의 설문조사 분석 결과를 요약하고 성폭력 피해자 심층면접 결과와 성폭력 피해자 지원 관련 전문가 자문회의를 통하여 도출된 성폭력 피해자 정신건강 지원방안을 제안하고자 한다.

첫 번째로, 정신적 건강수준측면에서 성폭력 피해 이후의 시간이 경과되어 현재 정신적 건강상태에 관하여서는 설문조사 응답자의 34.9%가 여전히 '대체로 좋지 않은 편'이라고 응답하였다. 점수가 높을수록 정신적 건강상태가 좋지 않은 것으로 코딩된 5점 척도의 평균값으로 나타내면, 성폭력 피해경험 이후 시간이 경과되어

현재 3.79인 반면 성폭력 피해 전의 시기에는 2.25, 성폭력 피해 당시에는 4.33으로 나타났다. 성폭력 피해 이후 시간이 경과된 현재의 정신건강 수준은 성폭력 피해 경험 이전의 정신적 건강수준에는 못 미치는 것으로 나타났다. 또한 성폭력 피해 이후 시간이 경과된 현재의 정신건강 수준은 성폭력 피해 당시보다 정신건강 치유 및 회복이 상당히 이루어진 것으로 볼 수 없는 수준인 것으로 나타났다.

두 번째로, 성폭력 피해 여성 응답자 중 70% 이상이 성폭력 피해 경험 후 스트레스 및 우울감이 많아졌다고 응답하였으며 자살생각은 성폭력 피해 경험 후 성폭력 피해 여성 응답자의 50% 이상이 하게 되었으며 실제로 자살시도는 성폭력 피해 여성 응답자 중 41%가 경험을 하였다고 응답하였다.

또한 성폭력 피해 여성 응답자의 사회적 위치인 연령, 경제수준, 학력수준, 결혼상태 그리고 장애 여부, 우울증을 보정하고 성폭력 피해 경험 횟수와 우울증 경험 여부 변수<sup>3)</sup>와의 상호작용효과가 자살생각에 미치는 영향력을 검증한 결과를 살펴보면, 우울증 경험한 집단이 준거집단 보다 5.41배 자살생각에 영향을 끼치며 ( $\text{Exp}(B)=5.41, p<.000$ ), 성폭력 횟수가 2회 이상이며 우울증을 경험한 집단이 준거집단보다 2.84배 자살생각을 높이는 것으로 나타났다 ( $\text{Exp}(B)=2.84, p<.05$ ).

세 번째로, 일반인과 성폭력 피해여성의 정신건강 비교결과를 살펴보면<sup>4)</sup>, 성폭력 피해 여성

3) 설문 문항에서 우울증 경험 여부는 '귀하는 올해 2주일 이상 기분이 우울하여 의욕이 없고 잠도 잘 오지 않고 식사도 못하는 경우가 있었습니까?'를 활용하였음.

표 1. 성폭력 피해 시기와 횟수, 우울감이 자살생각에 미치는 영향

	B(S.E)	Exp(B)
최근 성폭력 피해 시기 (5년 전)		
4년-1년 전	.05(.39)	1.05
1년 미만	.52(.52)	1.69
처음 성폭력 피해 시기 (13년 전)		
12년-4년 전	.29(.40)	1.34
3년-1년 전	-.04(.46)	.96
1년 미만	-.80(.61)	.45
성폭력 피해 횟수 (1회)		
2회 이상	-.42(.43)	.33
우울증 경험 여부	1.68(.33)	5.41***
성폭력 피해 경험 횟수*우울증	1.04(.49)	2.84*

주: p<.05 -, p<.000-\*\*\*. 연령, 경제수준, 학력수준, 결혼상태, 장애 여부를 보정하였음.  
출처: 김영택 외, 2012. 성폭력 피해자의 정신건강 현황 및 정책지원 방안, 37쪽 인용.

인 경우 스트레스 관리 영역에서의 문제점이 가장 큰 문제로 나타났다. ‘스트레스를 받아도 해소를 잘 못하는 경우’가 일반인 중 24.1%가 ‘그렇다’로 응답한 반면 성폭력 피해 여성 중 65.3%가 ‘그렇다’로 응답하였다. ‘특별한 이유 없이 화를 내는 경우인 경우’도 일반인은 16.4%가 ‘그렇다’고 응답한 반면 성폭력 피해 여성은 52.4%가 ‘그렇다’고 응답하고 있다.

또한 스트레스 관계적 요인도 문제점이 있는 것으로 나타났다. 타인과의 관계로 인한 스트레스를 경험한 비율이 일반인의 경우 30.7%인 반

면 성폭력 피해여성인 경우 60.3%로 나타났고 ‘심각한 고민이 있어도 함께 이야기 할 사람이 없다’인 경우에도 일반인은 22.8%가 ‘그렇다’고 응답한 반면 성폭력 피해 여성인 경우 51.8%가 ‘그렇다’고 응답하였다.

한편, 우울증 경험<sup>5)</sup>, 자살 생각, 자살 시도에 관한 일반인과 성폭력 피해 여성과의 차이를 비교하면, 일반인 중 26%가 우울증을 경험한 반면 성폭력 피해 여성 중 69.8%가 우울증을 경험하였다. 일반인 중 23.9%가 자살생각을 경험한 반면 성폭력 피해 여성 중 63.5%가 자살생각을

4) 김영택 외(2012). 성폭력 피해자의 정신건강 현황 및 정책지원 방안 연구에서 2011년 서울시 정신보건센터에서 실시한 일반인 정신건강 설문조사 문항과 일치하게 구성하여 비교 연구한 결과임. ‘서울시 정신보건센터, 2011년 정신건강에 관한 인식조사 보고서’를 참고하였음.

5) 설문 문항에서 우울증 경험 여부는 ‘귀하는 올해 2주일 이상 기분이 우울하여 의욕이 없고 잠도 잘 오지 않고 식사도 못하는 경우가 있었습니까?’ 설문문항을 활용하였음.

경험하였다. 일반인 중 10%가 자살시도를 경험한 반면 성폭력 피해 여성 중 51.6%가 자살시도를 경험한 것으로 나타났다.

현재 시점(지난 1주일 동안)의 우울증을 신뢰성과 타당도가 검증된 CES-D 척도로 분석한 결과를 살펴보면, 15점 이하의 구간의 정상인 집단은 성폭력 피해 여성 중 16.3%, 16~20점 구간의 경우우울증을 가진 집단은 성폭력 피해 여성 중 10.6%, 21~24점 구간의 중등도우울증을 가진 집단은 성폭력 피해 여성 중 9.2%, 25점 이상인 구간의 중증우울증을 가진 집단은 성폭력 피해 여성 중 63.9%로 나타났다. 박은옥(2011)의 연구<sup>6)</sup>에서 성인 남성과 여성을 대상으로 한 CES-D 우울증 조사 결과를 살펴보면, 21

점 이상 집단인 중등도 우울증 이상의 비율이 약 15% 정도로 나왔다. 성폭력 피해 여성의 중등도 우울증 이상 집단이 73.1%(9.2%+63.9%)로 나타나 일반인들의 우울증 경험과 상당한 차이가 있음을 알 수 있다.

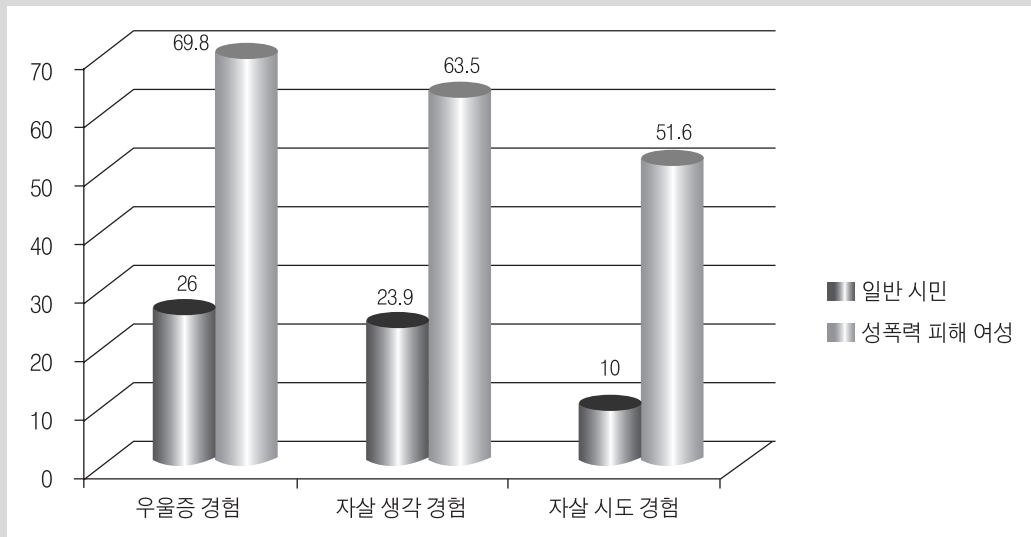
### 3. 성폭력 피해자 정신건강 지원 방안

#### 1) 성폭력 피해자 지원 시설에 성폭력 전문 간호사 배치

미국의 메사추세츠(Massachusetts)주의 경우

그림 1. 우울증, 자살생각, 자살시도 일반인과 성폭력 피해 여성 차이

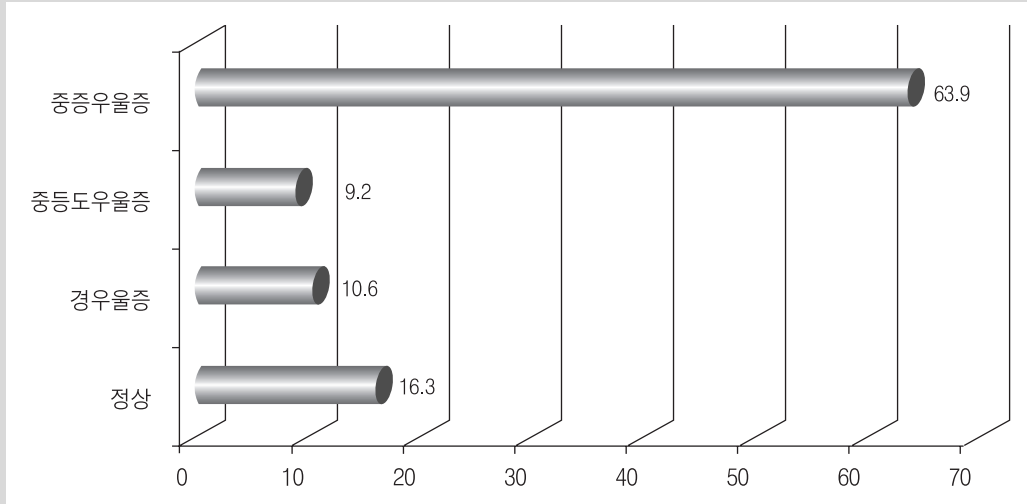
(단위: %)



출처: 김영택 외(2012). 성폭력 피해자의 정신건강 현황 및 정책지원 방안, p.31 인용.

6) 박은옥(2011). 성별에 따른 성인의 사회적 지지와 우울에 관한 연구, Korean J Women Health Nurs, 17(2), pp.169~177.

그림 2. 성폭력 피해여성의 CES-D 우울증 분류에 따른 분포



출처: 김영택 외(2012). 성폭력 피해자의 정신건강 현황 및 정책지원 방안, p.33.

성폭력 검진 간호사(sexual assault nurse examiner, SANE)가 존재하고 있다. 이들은 성폭력 피해자의 의료적 검진, 법정에서 사용될 의료 증거자료 작성, 그리고 정서적 지지를 제공하고 있으며 그러한 정책의 성과를 인정받고 있다<sup>7)</sup>. 현재 우리나라의 아동성폭력 피해자 지원을 위한 해바라기 아동센터 및 성인 여성의 성폭력 피해자 통합적 지원(의료, 법률, 등)을 담당하고 있는 원스톱센터에 미국과 마찬가지로 성폭력 검진 간호사를 배치할 수 있다. 성폭력 검진 간호사가 의료검진, 경찰조사 및 재판을 성폭력 피해자와 함께 하고 통합적 지원을 성폭력 피해자에게 제공하게 되면 궁극적으로 정신건강 돌봄에 긍정적으로 영향을 끼칠 수 있다.

## 2) 피해자의 정신건강 회복을 위한 개인별 맞춤형 프로그램 개발 및 지속적인 지원 체계 확립

성폭력 피해자의 정신심리 치유를 위한 지원은 피해자 개개인의 맞춤형 접근이 필요하다. 예를 들어, 한 피해자는 우리사회의 성 이중잣대에 대한 성교육이 본인의 죄책감을 줄일 수 있는 데 도움이 되며 이는 결국 정신적 건강에 긍정적으로 도움이 된다고 보고한 반면 다른 피해자는 미술에 관심이 있어 미술치료가 정신건강에 긍정적으로 도움이 된다고 보고하고 있다. 이처럼 개개인의 특성을 고려한 교육, 상담 등의 프로그램을 개발하여 개인별 맞춤형의 치료가 필요하다. 또한 성폭력 피해자는 성폭력 피

7) Health and Human Service, 2013. www.mass.gov.

해 이후 시간이 경과되어도 지속적으로 정신적 문제를 가지며 자살 행위로 연계될 수 있어 폭력 피해자의 정신심리 치유를 위해서는 장기간 동안 지속적인 치료가 필요하다.

### 3) 성폭력 피해자 회복 및 치유를 위하여 개발된 지침서를 성폭력 피해지원 시설에서 의무적으로 활용할 수 있도록 함

성폭력 피해자 치유 및 회복을 위한 개발된 매뉴얼을 성폭력 피해지원 기관 및 시설장서의 무적으로 활용할 수 있도록 하는 규정이 필요하다. 정부는 2005년에 개발한 성폭력 피해자 치유를 위한 지침서를 성폭력 피해자 시설에 배치하여 성폭력 피해자의 치유 및 회복을 도우려고 하였으나 큰 효과를 보지 못했다. 주요한 이유로 성폭력 피해자 지원 기관 및 시설장에서 그러한 지침서를 의무적으로 활용해야 한다는 규정이 부재하였다<sup>8)</sup>.

### 4) 성폭력피해자보호시설과 정신건강지원센터, 자살예방지원센터와 연계체계 구축

성폭력 피해자들의 정신건강이 관리되지 않을 경우 자살로 직접 연계될 수 있어 성폭력 피해자들은 자살 고위험군에 속한다고 할 수 있다. 따라서 성폭력상담소는 성폭력 피해자의 효과적인 정신건강 관리와 돌봄을 위하여 정신건강지원센터, 자살예방지원센터와 연계체계 구축이 필요하다. 그러한 연계체계는 성폭

력 피해자 특이적인 상황을 고려한 효과적인 정신건강 치료 및 회복을 기대할 수 있어 성폭력 피해자의 자살생각 및 자살시도를 예방할 수 있다.

### 5) 성폭력 피해자를 위한 자조모임 운영 지원

성폭력 피해자 지원 및 상담기관 등을 중심으로 성폭력 피해자 자조모임을 가질 수 있도록 정부의 적극적인 지원이 요청된다. 이러한 자조모임은 성폭력 피해자들이 스스로 정신건강문제를 토론하고 해결할 수 있는 기회를 제공할 수 있다.

## 4. 결론

여성에게 성폭력 피해로 인한 심각한 정신건강 문제는 성폭력 피해자 지원 시설 혹은 병원에서의 단기간 치료로 완전한 치유를 기대할 수 없다. 성폭력 피해로 인하여 여성은 평생 동안 정신건강 문제에 고통 받을 수 있다는 사회적 경각심을 높이는 것이 필요하다. 여성의 성폭력 피해 경험은 스트레스 관리를 원활하게 하지 못하고 대인관계로 인한 스트레스 문제가 발생하며 전반적인 스트레스 수준 및 우울증이 악화되게 한다. 이는 성폭력 피해 경험을 가진 여성에게는 자살 생각을 하게 되는 원인이 되며 실제 자살 시도로 연계되어 질 수 있다.

8) 권해수 외(2012). 성폭력 피해자 치유 회복 프로그램 효과성 분석 및 매뉴얼 개발.



그 동안 정신건강 돌봄에 대하여서는 신체적 질병에 비하여 상대적으로 낮은 사회적 관심이 존재하기 때문에 개인 또한 정신건강 문제를 병인화하고 적극적으로 치료하기 보다는 지나가는 마음의 감기 정도로 간주하기 쉽다. 성폭력 피해 후 신체적 건강문제의 치유 및 회복이 이루어지면 성폭력 피해자 정신건강 문제는 성폭

력 피해자 자신 뿐만 아니라 피해자 가족 및 지인에게도 쉽게 간과될 수 있다. 이로 인해 성폭력 피해자의 정신적 건강문제가 더욱 심각해지는 원인이 될 수 있다. 따라서 정신적 건강 문제가 큰 성폭력 피해자에 대한 정신건강 치유 및 회복을 위한 정부의 보다 적극적이고 효과적인 지원이 절실히 필요하다. **모건**