

우리나라 자살실태와 대책

서동우 (김포한별병원 진료원장)

I. 우리나라 자살사망의 사회적 부담

1. 자살과 우울증의 사회적 부담
2. 우리나라 사망원인과 자살

II. 우리나라 자살사망의 변화추이와 특성

1. 자살사망율의 변화추이
2. OECD 국가들의 자살사망률 비교
3. 연령별 자살률
4. 혼인상태별 자살률
5. 직업별 자살률
6. 자살의 지역적 분포
7. 자살 및 생명존중에 대한 국민의 태도조사

III. 자살의 원인과 대책

1. 자살의 원인 및 분류
2. 자살의 국가예방대책

IV. 결어

I. 우리나라 자살사망의 사회적 부담

1. 자살과 우울증의 사회적 부담

우리나라에서의 자살은 개인의 생명의 상실과 가족의 비극일 뿐 아니라 국민 전체의 공중보건학적인 사회적 문제로 발전되고 있다. 자살이 우리나라의 공중보건학적인 문제로 된 것은 국민의 보건문제중 그 비중이 계속 증가하고 있기 때문이다. 특히 국민 전체의 사망률이나 장애율, 의료비 부담 등 각종 보건관련 지표에 있어서 우리나라의 자살은 그 중요도가 계속 증가되고 있다.

또한 자살의 중요한 원인이 되고 있는 우울증 역시 사회적 부담에서 차지하고 있는 비중이 증가하고 있으며, 이로 인해 우울증은 전 지구적인 보건문제로 부각되고 있다. WHO와

하바드 보건대학원이 공동으로 연구한 세계의 질병부담 연구에서, 사망과 질병에 의한 장애를 동시에 감안한 척도에 의한 질병부담 순위를 구한 결과 세계적으로 부담이 가장 큰 3대 질병이 1990년에 비해 폐렴, 설사, 추락이었으나 2020년에는 허혈성 심장질환, 우울증, 교통사고가 3대 주요 질병이 될 것으로 예측하였다(표 1). 또한 자살의 주요 원인이 되는 우울증을 포함한 정신질환이 전체 질병부담 중 1990년 10%에서 2020년에는 15%에 이를 것으로 예측되었다. 즉, 후진국에서 선진국으로 갈수록, 같은 국가에서 시간이 지날수록 우울증과 같은 정신건강문제가 그 국가와 사회에 더 큰 부담으로 다가오는 것을 알 수 있다.

〈표 1〉 전 세계의 5대 질병부담(사망과 장애로 인한 부담 합산)

1990년 5대 부담질병	2020년 5대 부담질병
1. 폐렴	1. 허혈성 심장질환
2. 설사	2. 우울증
3. 추락	3. 교통사고
4. 우울증	4. 뇌혈관질환
5. 허혈성 심장질환	5. 만성폐색성폐질환

자료: Murray & Lopez, *The Global Burden of Disease*, Harvard University Press, 1996.

단순한 수명연장보다 삶의 질을 더 중요하게 생각하게 된 대부분의 국가에서는 보건정책의 목표를 평균 수명보다 건강수명에 두고 있다. 우리나라 보건복지부의 정책 목표도 평균 수명이 아닌 건강수명에 두고 있다(보건복지부, 2002). 평균 수명보다 건강 수명에 영향을 미치는 질병에 있어서 중요한 지표는 사망원인 질병보다 장애원인 질병이 된다. 같은 연구에서 사망을 통한 질병부담을 제외하고 장애원인이 되는 질병의 순위를 제시한 <표 2>를 보면, 10대 원인 중 5개가 정신건강문제가 되고, 특히 자살의 중요한 원인이 되는 우울증이 가장 부담이 큰 것으로 나타났다.

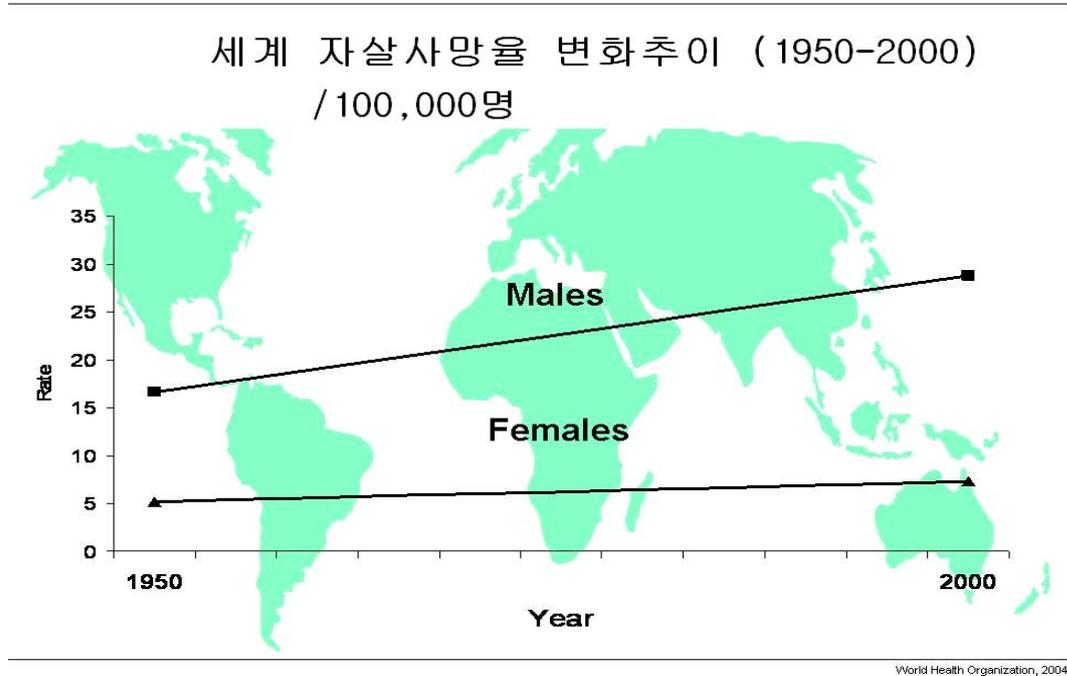
〈표 2〉 전 세계의 10대 장애요인

질 병	건수(100만년)	율
1. 단극성 우울증	50.8	10.7
2. 철결핍성 빈혈	22.0	4.7
3. 추락(Falls)	22.0	4.6
4. 알코올 남용	15.8	3.3
5. 만성폐색성폐질환	14.7	3.1
6. 양극성 정동장애(조울증)	14.1	3.0
7. 선천성 기형	13.5	2.9
8. 골관절염	13.3	2.8
9. 정신분열병	12.1	2.6
10. 강박장애	10.2	2.2
총 건수	472.7	100.0

자료: Murray & Lopez, *The Global Burden of Disease*, Harvard University Press, 1996.

우울증 유병율과 그로 인한 사회적 부담의 증가와 함께 전 세계적으로 자살이 증가하고 있다. <그림 1>은 전 세계적인 자살의 증가추세를 보여주고 있는데, 여자보다도 남자의 자살률 증가가 더 빠른 것을 알 수 있다.

<그림 1> 세계 자살사망을 변화추이



정상혁 등이 수행한 자살의 사회경제적 부담연구에서 우리나라 국민의 자살로 인한 사회경제적 비용은 최소 1조 2천억원에서 최대 3조 1천억원 정도에 이르는 것으로 나타나 자살 문제가 심각한 사회적 문제임을 실증적으로 확인한 바 있다.

2. 우리나라 사망원인과 자살

<표 3>에 제시된 바와 같이 2005년도 우리나라의 자살사망자는 12,047명으로, 하루에 33명이 사망하였다. 자살로 인한 사망자는 전체 사망자중 자살이 4.9%를 차지하여, 암과, 뇌혈관질환, 심혈관질환 다음의 4위에 해당하는데, 이는 전 세계에서 가장 높은 순위를 보이고 있다. 자살이 전체 사망원인에서 차지하는 순위는 1992년 10위에 해당하였으나 1995년 9위, 1998년 7위, 2004년 5위, 2005년 4위로 지속적으로 순위가 상승하고 있는 추세이다.

<표 3> 사망원인 대분류별 사망자수 및 사망률(2005)

(단위:천명, 10만명당, %, 명)

	사망자수	사망률	구성비	1일평균 사망자수
전 체	246	504.3	100.0	673
특정 감염성 및 기생충성 질환	6	11.4	2.3	15
호흡기 결핵	3	5.5	1.1	7
신 생물	66	136.0	27.0	181
암(악성신 생물)	65	134.5	26.7	179
내분비, 영양 및 대사 질환	12	25.5	5.1	34
당뇨병	12	24.2	4.8	32
순환기계통 질환	57	116.2	23.0	155
고혈압성 질환	5	9.3	1.9	12
심장 질환	19	39.6	7.9	53
뇌혈관 질환	31	64.3	12.7	86
호흡기계통 질환	14	29.4	5.8	39
만성하기도 질환	8	15.5	3.1	21
소화기계통 질환	11	23.1	4.6	31
간 질환	8	17.3	3.4	23
사망의 외인(사고사 등)	31	63.6	12.6	85
운수사고	8	16.3	3.2	22
자살 ¹⁾	12	26.1	4.9	33
나머지 사망원인	47	97.3	19.4	130

주: 1) 사망률은 5세 이상 인구10만명당

자료 : 통계청 사망률 통계연보

<표 4>에서 제시된 바와 같이 1995년 대비 2005년의 사망원인 순위를 보면, 절대적인 사망률 증가는 암이 제일 높았으나 상대적 증가율(1995년 사망률 대비 2005년 사망률의 비율)은 전체 사망원인 중 자살이 가장 높은 것으로 나타났다.

연령별 사망원인 순위를 보면, 20대와 30대에서 사망원인 1위이며, 10대와 40대에서 사망원인 2위, 50대와 60대에서 5위를 차지하였는데, 생산성 높은 젊은 계층에서 사망원인이 높아 자살이 다른 질병보다 상대적으로 우리나라에 주는 사회경제적 부담이 상당한 것을 알 수 있다.

<표 4> 사망원인 순위(1995년 vs. 2005년)

(단위: 인구10만명당)

	1995년			2005년			증 감		
	계	남	여	계	남	여	계	남	여
암(악성신생물)	110.8	141.3	79.9	134.5	169.5	99.3	23.7	28.2	19.4
당뇨병	17.2	17.4	17.0	24.2	24.4	24.0	7.0	7.0	7.0
고혈압성 질환	18.3	16.4	20.2	9.3	6.6	12.1	-9.0	-9.8	-8.1
심장 질환	36.9	38.9	34.8	39.6	41.0	38.2	2.7	2.1	3.5
뇌혈관 질환	79.7	75.6	83.9	64.3	61.2	67.3	-15.4	-14.4	-16.6
폐렴	4.2	4.6	3.8	8.6	9.0	8.2	4.4	4.4	4.4
만성하기도 질환	14.9	16.1	13.7	15.5	18.9	12.2	0.6	2.8	-1.5
간 질환	29.4	47.8	10.9	17.3	27.5	7.1	-12.1	-20.3	-3.8
운수사고	38.7	57.1	20.0	16.3	24.0	8.6	-22.4	-33.1	-11.4
고의적 자해(자살)	11.8	16.2	7.4	26.1	34.9	17.3	14.3	18.7	9.9

자료 : 통계청 사망률 통계연보

<표 5> 연령별 사망원인 순위(2005)

(단위 : 인구10만명당)

연령	1 위		2 위		3 위		4 위		5 위	
계	암	134.5	뇌혈관질환	64.3	심장질환	39.6	자살	26.1	당뇨병	24.2
0	출생전후 기질환	208.1	선천기형	82.3	영아급사 증후군	17.6	심장질환	6.7	암	4.6
1~9	운수사고	4.9	암	3.2	익수사고	1.9	선천기형	1.4	추락사고	1.0
10~19	운수사고	4.7	자살	4.2	암	3.6	익수사고	1.5	심장질환	0.8
20~29	자살	17.7	운수사고	10.1	암	5.9	심장질환	2.0	타살	1.4
30~39	자살	21.8	암	20.0	운수사고	11.1	심장질환	5.4	간 질환	4.5
40~49	암	68.4	자살	28.3	간 질환	26.2	뇌혈관질 환	17.0	운수사고	16.5
50~59	암	197.9	간 질환	44.5	뇌혈관질환	43.9	심장질환	36.7	자살	34.6
60~69	암	495.3	뇌혈관질환	165.4	심장질환	94.3	당뇨병	84.1	자살	54.6
70+	암	1133.3	뇌혈관질환	827.0	심장질환	468.0	당뇨병	259.2	만성하 기도질환	238.0

자료 : 통계청 사망률 통계연보

II. 우리나라 자살사망율의 변화추이 및 특성

1. 자살사망률의 변화추이

통계청 자료¹⁾에 의하면 2005년 자살자수는 12,047명으로 5세 이상 인구 10만 명당 26.1명(전체 인구 10만 명당 24.9명)이었다. 이는 통계청에서 사망원인 통계를 작성한 이후 가장 높은 수치로 지속적인 증가양상을 보이고 있음을 알 수 있다(그림 2 참조). 경찰청과 통계청 자살사망 통계는 통계산출 방식의 차이로 인해 다소간의 사망률의 차이가 있는데, 대체로 경찰청 통계가 통계청 통계보다 높은 양상을 보이고 있다.

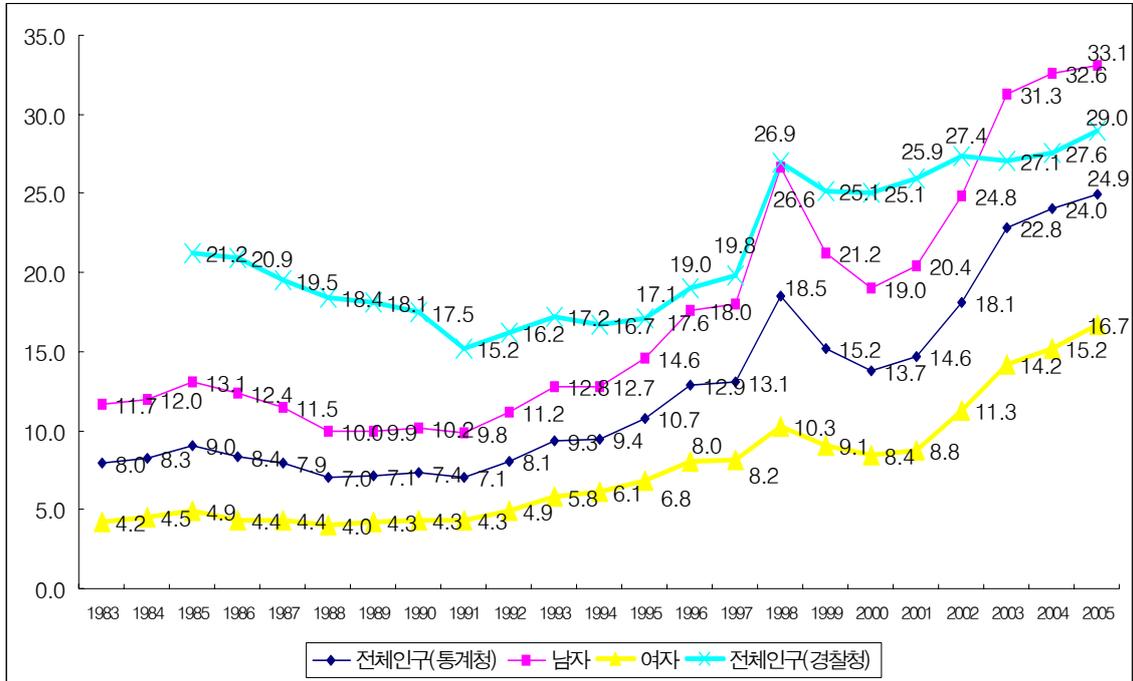
자살사망률의 변화추이를 보면, 1980년대 이후 지속적으로 서서히 증가하는 양상을 보이다가, IMF 경제위기 이후 1998년 급격한 상승이 있었다가 이후 2년간 약간의 감소가 있기도 하였지만, 다시 증가하기 시작하여 2003년 이후에는 1998년 자살사망률을 상회하기 시작하였다. 이러한 변화추이를 보면, 우리나라에서 경제와 자살사망률의 일정 정도의 상관관계를 알 수 있다. 그러나 경제가 비교적 좋았던 1990년대에서도 지속적으로 자살사망률이 증가하고, 2003년 이후 자살사망률이 1998년을 상회하는 것을 보면, 경제위기 이외의 중장기적인 사회의 변화(예를 들어, 가족의 지지체계 약화, 도시화, 이혼율의 증가 등)와 자살사망률의 연관성을 추정할 수 있다.

남녀별로는 남자의 자살사망률이 여자의 자살사망률보다 약 2배 정도 높은 것을 알 수 있는데, 이는 10대 사망원인 중 교통사고와 간 질환을 제외하고, 남녀의 사망률 비가 가장 큰 차이가 나는 사망원인이 되고 있다.

1) 우리나라 통계청은 대부분의 국가와 달리 자살사망률을 5세 이상 인구 10만 명당 자살사망자수로 발표하고 있다.

<그림 2> 우리나라 자살사망률의 변화추이(1983-2005)

(단위 : 인구 10만 명당 자살사망자수)



자료 : 통계청, 2005년 사망원인통계, 경찰청 사망통계

2. OECD 국가들의 자살사망률 비교

<표 6>에 제시된 OECD 국가들의 자살사망률(연령 및 성 보정 자살사망률)을 보면, 우리나라가 OECD 국가중에서 가장 높은 사망률 수치를 보이고 있음을 알 수 있고, 과거 통계와 비교해보면, 그 증가율도 가장 높다는 것을 알 수 있다. <표 6>에서 제시된 자살사망률은 국가간의 연령 및 성별 구성비의 차이를 보정한 수치를 비교한 것인데, 노인인구의 비율이 상대적으로 적은 우리나라는 절대적 자살사망률(인구 10만 명당 자살사망자수)보다 연령 보정 자살사망률이 더 큰 반면, 일본과 같이 노인인구의 비율이 큰 국가의 경우 절대적 자살사망률보다 연령 보정 자살사망률이 더 크다. 절대적 자살사망률이 우리나라보다 약간 높은 수치를 보이고 있는 일본이 우리나라보다 연령을 보정한 자살사망률은 다소 낮은 수치를 보인 것이다²⁾.

2) 일본의 인구 구성은 자살사망률이 높은 노인인구의 비중이 우리나라보다 크기 때문에 절대적 자살사망률이 높다고 하더라도 연령을 보정한 자살사망률은 우리나라가 높음

<표 6> OECD 국가들의 자살사망률(연령/성 보정사망률) 비교

국가	연도	연령/성 보정 자살사망률
한국	2005	24.7
	2004	24.2
	2003	23.3
	2002	18.7
네덜란드	2004	7.9
독일	2004	10.3
룩셈부르크	2004	12.5
오스트리아	2004	14.5
체코	2004	13.0
핀란드	2004	18.4
그리스	2003	2.9
노르웨이	2003	10.5
스페인	2003	6.7
아이슬란드	2003	8.7
일본	2003	20.3
포르투갈	2003	8.7
폴란드	2003	13.6
헝가리	2003	22.6
미국	2002	10.2
스웨덴	2002	11.4
스위스	2002	16.3
슬로바키아	2002	11.9
아일랜드	2002	11.1
영국	2002	6.3
이태리	2002	5.6
캐나다	2002	10.6
프랑스	2002	15.1
호주	2002	11.1
덴마크	2001	11.3
뉴질랜드	2000	12.0
벨기에	1997	18.4
멕시코	1995	3.8

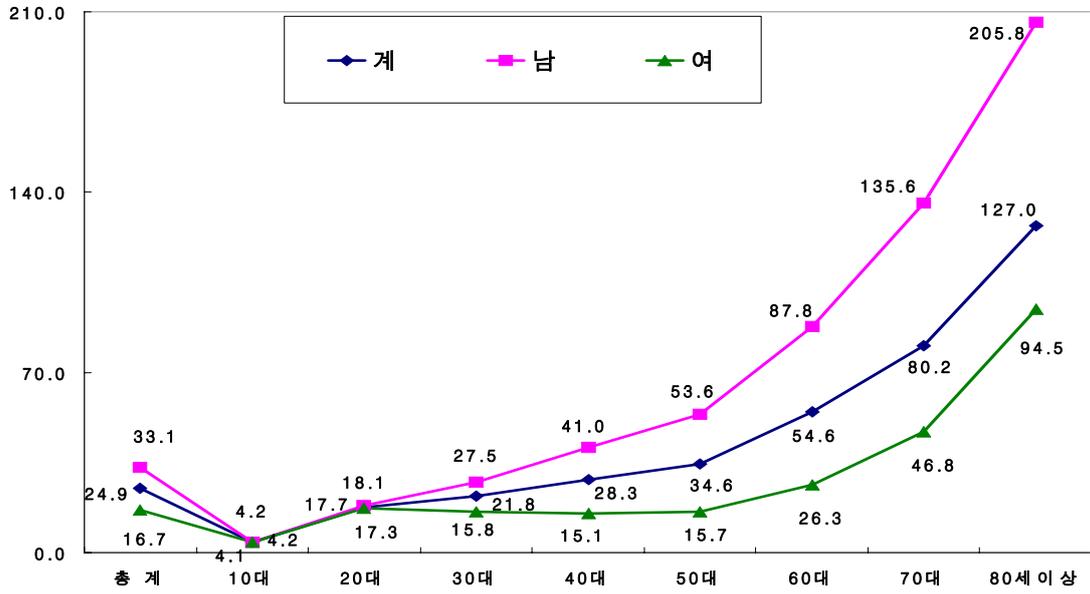
자료 : 통계청, 2005년 사망원인통계(2006)

3. 연령별 자살사망률

우리나라의 연령별, 성별 자살사망율을 제시한 <그림 3>을 보면, 남녀 모두 연령이 증가함에 따라 자살사망율이 증가하는 것을 알 수 있다. 자살사망률의 남녀별 차이는 10대와 20대에서는 나타나지 않다가 30대부터 나타나기 시작하는 것을 알 수 있다.

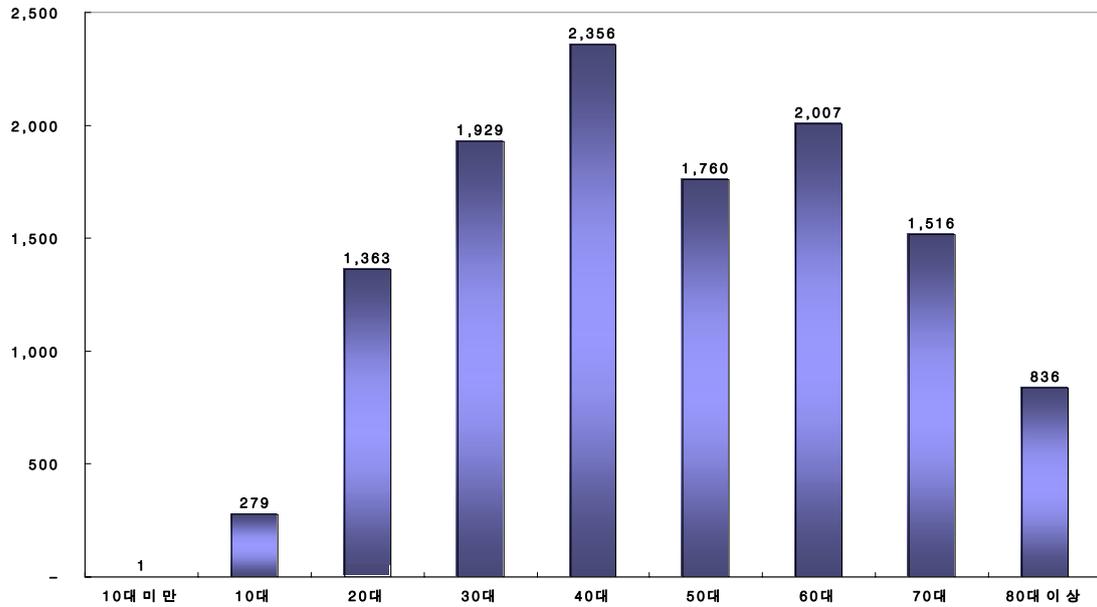
<그림 4>와 제시된 바와 같이 연령별 자살사망자수를 보면, 자살사망률에 의한 연령별 분포와 달리 40대의 자살문제가 가장 심각한 것을 알 수 있는데, 자살사망자수뿐 아니라 우리나라 사회경제적, 가정적 기여도를 고려하면, 40대의 자살문제가 더욱 중요하다고 할 수 있다. 40대 다음으로 자살사망자수가 많은 연령대는 60대, 30대, 50대 순으로 다른 사망원인보다 생산적 계층에서의 사망자수가 많은 것을 알 수 있다.

<그림 3> 우리나라 연령별, 성별 자살사망률(10만명당, 2005)



자료 : 서동우(2006)

<그림 4> 연령별 자살사망자수(2005년)



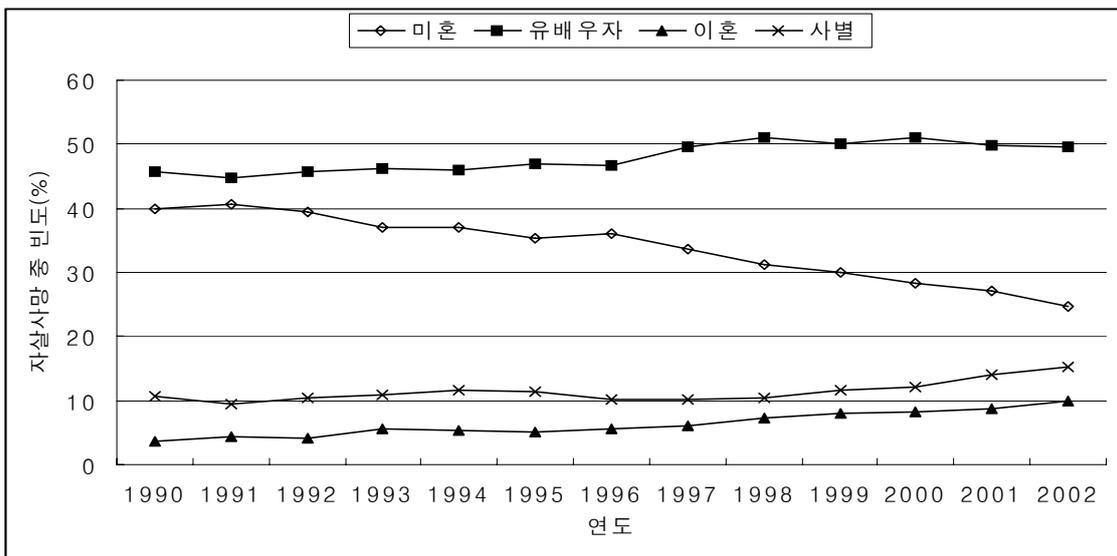
자료 : 서동우(2006)

4. 혼인 상태별 자살

자살사망자들의 혼인 상태를 미혼, 배우자 있음(유배우자), 이혼, 사별로 구분하여 분석한 결과, 1990년부터 2002년 동안 자살사망자 중 유배우자인 경우 35,338명(49%), 미혼은 23,560명(32%), 이혼 4,980명(7%), 사별한 사람은 8,509명(12%)이었다. 지난 13년 동안 미혼인 사망자는 점차 감소하고 있지만, 이혼이나 사별한 사람들의 비중이 조금씩 늘어가는 추세이다(그림 5).

이는 우리 사회가 사별자나 이혼자들의 총 수가 증가하고 있다는 것을 반영한 결과로 보인다. 그러나 1995년과 2000년도의 혼인상태별 자살률을 비교해 볼 때, 사별 및 이혼자들의 자살률이 다른 혼인상태의 자살률이나 일반 인구의 자살률에 비해 매우 높아 이혼과 사별이 자살의 위험 요인임을 시사하고 있다. 특히 남성 사별자나 이혼자들은 같은 기간의 여성 사별자나 이혼자에 비해 자살의 위험이 매우 높은 것으로 나타났다(표 7).

<그림 5> 혼인 상태별 자살사망의 변화 추세(1990년 - 2002년)



자료 : 남윤영(2005)

<표 7> 혼인 상태별 자살사망률(1995년, 2002년)

	1995년			2002년		
	남성	여성	전체	남성	여성	전체
미혼	24.4	10.5	18.1	21.9	10.0	16.8
유배우자	15.7	6.3	11.0	22.3	7.9	15.1
사별·이혼	83.3	16.7	27.3	104.3	23.7	39.2
사별	-	-	-	88.6	21.7	29.7
이혼	-	-	-	120	36.5	74.9

자료 : 남윤영(2005)

5. 직업별 자살률

1990년-1991년 기준에 따라 분류³⁾한 직업군별 자살사망률은 비경제활동 인구의 자살이 전체 자살사망자의 절반 이상으로 가장 많았으며 농축산, 어업과 같은 일차산업 종사자들의 자살이 두 번째로 많았다. 1995년과 2000년도의 각 직업별 자살률을 비교해 보면, 직업군에서는 농업 및 어업 근로자들의 자살률이 가장 높아 자살 위험이 높은 직업군인 것을 보여주고 있다(표 8). 2000년 비경제 활동인구 중 무직인 사람들의 자살률은 10만명당 221명으로 당시 일반 인구의 자살률(14.6명) 보다 약 15배나 높아 자살의 위험이 특히 높았다.

<표 8>. 직업별 인구 10만명당 자살률(1995년, 2000년)

	1995년	2000년
전문직,기술직	3.4	6.2
행정,관리직	0.9	2.8
사무직	13.2	11.0
판매,서비스직	10.9	13.9
농업 및 어업 근로자	27.1	39.4
생산,노동,운전자	16.7	12.7
비경제활동인구	18.5	24.4
(무직,가사,학생)		
가사, 학생	-	5.2
무직	-	220.9

자료 : 남윤영(2005)

6. 자살의 지역별 분포

서울과 6대 광역시는 광역시군으로, 다른 지방은 비광역시군으로 각각 구분하여 구한 자살사망률을 제시한 <표 9>를 보면, 1998년부터 2002년까지 비광역시군의 자살률이 광역시군보다 더 높은 추세를 유지하였다. 이는 시도에서의 자살과 관련된 다양한 위험요인의 차이와 시도 주민의 성별, 연령별 차이가 혼재되어 나타난 결과로 보인다. 따라서 시도별로 상이한 성별, 연령별 분포의 차이에 의한 자살률의 차이를 보정한 뒤 시도별 자살사망률을 제시한 <그림 6>을 보면, 성과 연령 보정전의 광역시군과 비광역시군간의 차이가 많이 좁혀진 것을 알 수 있다. 시도별 자살사망률은 충남이 가장 높았고, 그 다음이 강원과 충북이었으며, 대도시중 가장 높은 곳은 대전이었다. 가장 낮은 곳은 서울이었고, 그 다음이 광주와 전남 순이었다. 대체로 대도시가 낮은 자살률을 보이는 경향이 있으면서, 지역별로는 충청지역이 높고, 호남지역이 낮은 편이었다.

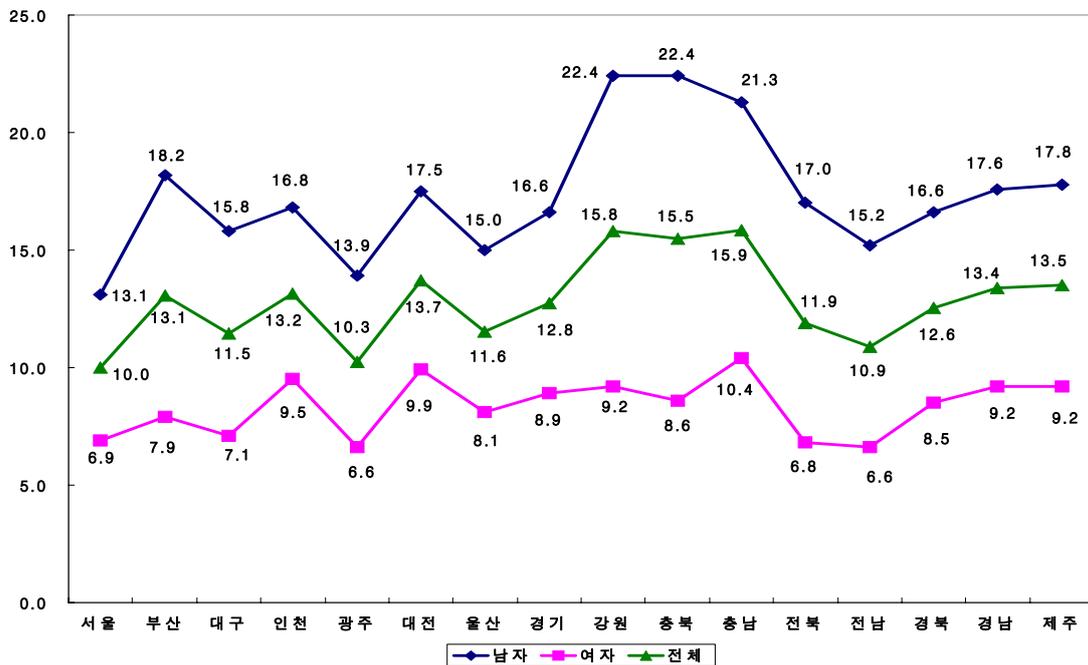
3) 직업이 없거나(무직), 학생, 또는 가사 종사자들을 모두 비경제활동 인구로 분류하고 있다.

<표 9> 각 지역별 인구 10만명당 자살률 비교(1998년 - 2002년)

	1998	1999	2000	2001	2002
광역시군	18.3	13.1	11.7	12.2	15.4
비광역시군	21.1	19.0	17.2	18.5	22.5

자료 : 남윤영(2005)

<그림 6> 시도별 성, 연령 보정 자살사망률(2005년)



자료 : 서동우(2006)

7. 자살 및 생명존중에 대한 국민의 태도조사

생명과 자살에 대한 국민들의 태도는 그 사회의 자살률에 큰 영향을 미친다고 알려져 있다. 즉, 경제위기 등 사회적인 위험요인과 우울증 등 개인적인 위험요인은 자살에 대한 일반인들의 태도라는 환경속에서 자살로 이어지는 확률이 결정된다.

보건복지부와 한국자살예방협회는 생명 및 자살에 대한 국민들의 태도를 조사하고, 이러한 태도가 자살행동과 어떤 관련이 있는지 조사하고 있다. 2006년 12월에 실시된 생명존중 및 자살에 대한 국민태도조사는 전국 16개 시도에서 성과 연령에 따라 층화비례추출된 15세에서 69세까지의 1,501명을 대상으로 실시되었고, 허용오차는 ±2.5%이었다.

조사에서 나타난 우리나라 국민의 자살행동 및 태도결과를 보면, 전체 국민의 33.4%가 살

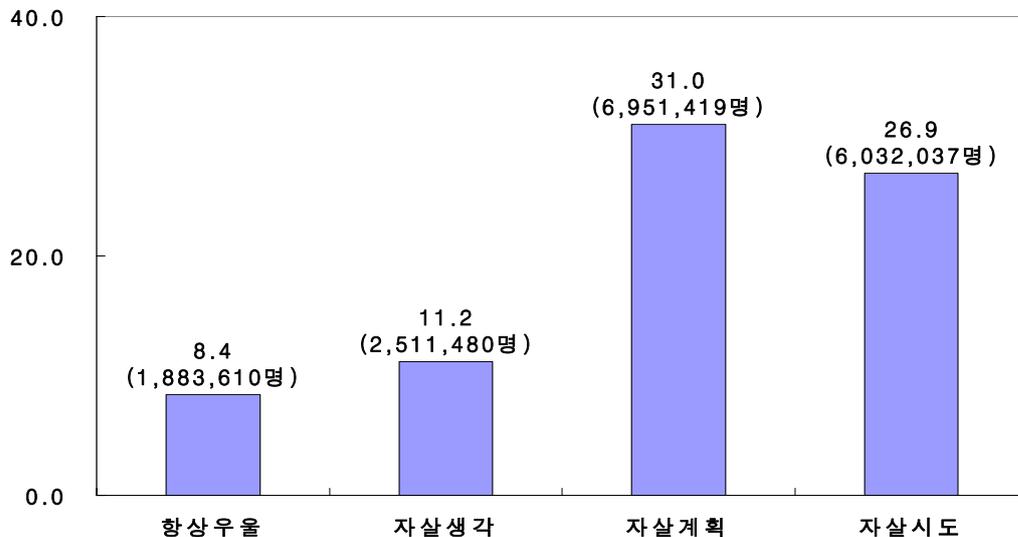
면서 한 번 이상 죽고 싶다는 생각을 해본 적 있다고 했고, 지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있다고 응답한 비율도 15.6%에 달했다. 또한 자살 장소와 방법, 시간 등 자살계획을 구체적으로 세워본 적이 있다고 한 경우도 3.9%나 되었으며, 더 나아가 자살시도까지 한 적이 있다는 응답도 1.8%에 달했다. 가까운 사람 중에 현재 자살을 생각하고 있는 사람이 있다는 국민의 비율이 9명중 1명꼴(11.6%)이었고, 가까운 사람중에 자살을 시도해서 미수에 그쳤거나 자살로 사망한 사람이 있었다고 응답한 국민의 비율이 무려 16.7%에 달해 세계적으로 가장 높은 자살률을 보이고 있는 우리나라에서 자살과 관련된 개인의 행동과 경험의 심각성도 확인해주었다.

이에 따라 반 이상의 국민들이(52.4%) 우리나라에는 생명경시풍조가 있다고 하였고, 89.2%의 국민들이 우리나라의 자살률이 빠르게 증가하고 있다고 하는 등 자살문제의 심각성을 인지하고 있었다. 이에 따라 95.9%의 국민들이 자살예방을 위해서 정부가 적극적인 정책을 수립하고 활동해주어야 한다고 응답하였다.

자살에 대한 매스미디어의 부정적 영향에 대해 74.8%에 달하는 국민이 우려하고 있었는데, 67.2%의 국민이 드라마나 영화에서 자살장면이 지나치게 많이 나온다고 생각하고 있었으며, 77.2%의 국민들은 정치인이나 연예인의 자살이 일반인의 자살에 영향을 주고 있다고 응답하였다.

50.6%의 국민이 자살에 대해서는 얘기해서는 안 된다고 하는 등 많은 국민이 자살에 대해 보수적이고, 금기적인 태도를 보였으나 국민의 24.2%가 자살이 유일한 해결책인 상황이라고 하였고, 38.7%의 국민은 개인이 자살할 권리가 있다고 생각하는 등 일부 허용적인 태도를 보였다. 국민의 71.2%가 불치병 환자의 자살에 대해서 이해할 수 있다는 태도를 보였고, 특히 저소득층과 노인연령층에서 허용적 태도의 비율이 높았다.

<그림 7> 15-69세 우리나라 국민중 자살고위험자의 상담/치료 경험률(단위 : %)



자료 : 서동우(2007).

마지막으로 대부분의 국민이 상담과 치료를 통하여 자살이 예방될 수 있다고 생각하고 있으나 자살충동자의 10%, 자살을 계획했거나 및 자살을 시도했던 사람의 30%만이 상담이나 치료를 받은 적이 있다고 응답하여, 우리나라는 자살문제가 매우 심각함에도 불구하고, 자살고위험자의 대부분이 적절한 상담과 치료를 받지 못하고 있는 것으로 나타났다(그림 7).

III. 자살의 원인과 대책

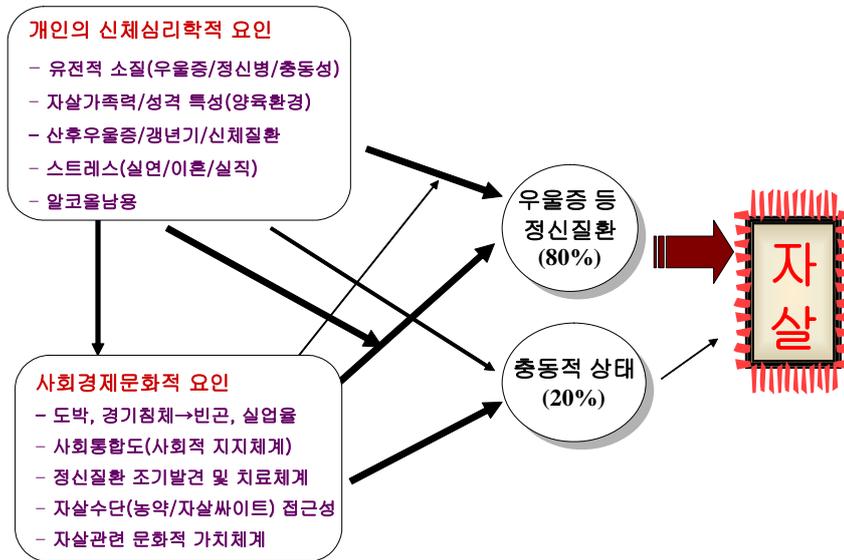
1. 자살의 분류 및 원인

자살은 무의식에 의한 자살, 자아에 의한 이기적 자살, 자아가 초자아와 동일시하면서 선택한 이타적 자살 등으로 분류될 수 있다. 첫째로, 무의식에 의한 자살은 병리적 무의식에 의해 합리적 자아가 무력화되어 발생한 자살인데, 주로 정신분열증과 같은 정신병의 증상에 의해 자살이 발생한다. 지하철에 뛰어들어도 지하철이 그냥 통과할 것이라는 환청과 망상에 시달리는 환자가 합리적 판단력을 상실한 채 자살하는 경우이다. 둘째로 자아에 의한 이기적 자살은 다양한 신체적, 심리적, 사회적 스트레스로 인해 고통을 받고 있는 자아가 고통회피를 위해 자살을 선택하는 경우이다. 이 경우에도 자아의 판단과정에 고통을 과대평가하면서 비관적으로 자신과 환경, 미래를 바라보게 하는 우울증이 동반된 경우가 아주 흔하다. 셋째로 자아가 초자아와 동일시하면서 선택한 이타적 자살은 가족, 타인, 종교, 민족, 국가, 이념 등을 위해 자신의 생명을 버리는 자살이다. 우리나라는 역사적 변화과정에서 주류 종교의 변화를 경험하면서 많은 순교 경험이 있었고, 민족과 국가를 위해 자살을 선택한 많은 전통이 있었으며, 최근에는 민주화를 위해 많은 사람들이 자살을 선택한 ‘자결’ 문화가 있다. 일본도 가미카제 등 집단을 위한 이타적 자살에 대한 수용도가 높은 국가이며, 최근에는 아랍권의 자살 테러가 국제적 이슈가 되고 있다.

무의식에 의한 자살은 정신질환의 유병율과 정신질환에 대한 조기발견, 치료체계에 의해 그 발생율이 영향을 받고, 자아에 의한 이기적 자살은 아동청소년 시절의 부모양육과 학교 교육과정을 통해 형성되는 자아의 건강성과 사회적 스트레스에 의해 영향을 받으며, 이타적 자살은 자살에 대해 영향을 미치는 문화적, 종교적 가치체계에 의해 영향을 받는다고 할 수 있다.

이와 같이 자살에 영향을 주는 요인은 매우 다양한데, 이를 다시 개인적인 신체심리학적 요인과 사회경제문화적 요인으로 구분하고, 이들 요인이 자살에 이르는 과정에서의 정신병리적 요소를 종합적으로 고려하여 도시하면 <그림 8>과 같다.

<그림 8> 자살 영향 요인 모델



2. 국가 자살예방대책

대부분의 개인적인 신체심리학적 요인이나 사회경제문화적 요인은 현대 의학이나 경제적 여건상 단시일내에 개선하기 어렵다. 반면, 자살의 80% 정도가 거쳐가는 우울증 등 정신질환은 대부분 완치는 어렵다 하더라도 자살을 비합리적으로 선택하지 못하게 할 수준으로의 회복은 가능한 경우가 많다. 따라서 우울증 등 정신질환을 조기에 발견하여 치료재활하는 ‘길목 차단’이 비용효과적인 자살예방대책이 될 것이다. 물론, 중장기적인 자살예방을 위해서는 개인적, 사회적 차원에서 자살을 예방하는 다양한 요인에 대한 대책이 필요하다. 이러한 관점에서 보건복지부는 2005년 자살예방 5개년 계획을 발표한 바 있다.

보건복지부의 자살예방 5개년 계획은 이를 추진함에 있어서, 3가지의 추진원칙을 세웠다. 첫째, 생명존중문화조성 등 환경적 접근과 자살위험자 조기발견 및 치료 등 대상자적 접근을 포괄하는 추진체계 구축, 둘째, 생애주기와 사업단계별 추진체계 구축, 마지막으로 공공부문과 민간부문의 역할분담과 협력체계 구축을 통한 사업추진 등이 그것이다.

이에 따라 아동청소년기, 성인기, 노인기로 구분된 생애주기와 사회환경적 접근, 정신건강증진, 자살위험요인 예방, 자살위험자 조기발견 및 조기개입, 자살시도자의 치료 및 사후관리로 구분된 사업단계별 자살예방대책은 다음과 같다(표 10).

<표 10> 우리나라 생애주기별, 사업단계별 자살예방대책

생애 주기	사회환경적 접근 (지역사회 대상)	정신건강증진 (일반인구 대상)	자살위험요인 예방 (정신건강위험 인구 대상)	자살위험자 조기발견 및 조기개입 (자살위험자 대상)	자살시도자 치료 및 사후관리 (자살시도자 대상)
아동 청소년기	-학교교육 정상화 -학교폭력 감소 -저소득층 학생의 교육권 보장	-우울증 위험인자(학습장애, 왕따, 학교폭력 등) 감소 -아동청소년 대상 정신건강증진 교육 -부모대상 정신건강 중요성 홍보/올바른 양육방법교육	-이혼 또는 부모사망, 극빈층, 알코올중독/정신질환자/자살경력 부모 아동청소년 등 위험군 대상 우울증 예방프로그램 제공	-보건교사, 상담교사, 교사, 학부모에 대한 정신보건교육 -아동청소년기 우울증 및 자살에 대한 홍보 책자 배포 -위험군에 대한 정기적 선별검사 시행 -정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보 -인터넷상담 활성화	-우울증 및 자살 시도 아동청소년의 치료연계 및 사례관리 강화 -저소득층에 대한 정신과 치료비 지원
성인기	-공동체 의식 강화 -경제성장을 제고 및 실업을 감소 -개인워크아웃제도 등 신용불량자에 대한 대책 -인터넷 자살사이트 단속 폐쇄	-일반국민 대상의 정신건강의 중요성 홍보 -정신보건센터에서 스트레스 관리프로그램 제공	-이혼, 실직, 저소득층, 알코올중독, 정신분열증환자 등 대상 우울증예방 프로그램 제공	-‘우울증 선별의 날’ 등 국가적인 행사로 우울증에 대한 조기발견 분위기 조성 -정신보건센터의 조기발견체계 구축 -자살상담 등 정신건강전화 구축 -인터넷상담 활성화	-정신보건센터 상담전화 및 생명의 전화와 119연계 강화 -우울증 및 자살 시도 대상자의 치료연계 및 사례관리 강화 -저소득층에 대한 정신과 치료비 지원
노인기	-고층건물 및 강다리 관리강화 -수면제/독극물 판매의 적절한 규제 -생명존중문화조성 -마스크의 선정적 자살보도 억제 -자살위험도 모니터링체계 구축	-직장 정신보건사업(직무스트레스 관리) 시행	-배우자사망, 독거노인, 만성질환자 대상 우울증 예방 프로그램 및 사회적 지지체계 연결사업	-자살상담 등 정신건강전화 구축 -인터넷상담 활성화 -생명의 전화 활성화 -생명의 전화 상담이후 정신보건센터로의 연계 활성화 -자살정후에 대한 주민교육홍보 -정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보	-자살시도로 응급실에서 치료받은 자에 대한 정신과 치료 강화

IV. 결어

현재 우리나라는 특정이념이나 종교가 강요되거나 박해하는 닫힌 사회를 점차 벗어나고 있다. 자살이라는 극단적 방법 이외에 개인이나 집단적 의견을 표현할 수 있는 자유도 많이 열려있는 사회가 되었다. 자신이 죽어야만, 가족이나 타인을 살리는 극한적인 자연재해나

전쟁, 국가적, 민족적 위기 상황도 아니다. 따라서 이타적 자살은 요구되는 시대가 아니다.

따라서 정신병리에 의한 자살과 이기적 자살 감소를 위한 여러 대책이 필요한 시점이다. 이 두 가지 자살은 그 구분이 모호한 경우가 많아 그 대책 또한 종합적이어야 하지만, 정신병리에 초점을 맞추면, 첫째 자살에 이르게 할 수 있는 정신질환을 갖고 있는 국민이 적절한 치료나 지원을 받을 수 있도록 정신건강을 위한 사회안전망이 구축되어야 한다. 즉, 적극적인 정신질환 조기발견과 치료, 재활체계가 구축되어야 하고, 정신질환의 적절한 치료를 가로 막는 사회적, 경제적, 문화적 장애를 제거해야 한다.

둘째, 우리나라 자살의 가장 큰 비중을 차지하는 이기적 자살을 막기 위해서는 사회가 보다 건강해져야 한다. 경제가 건강하고, 불안정성이 감소되어야 하며, 도박과 범죄같은 사회병리가 감소되어야 한다.

셋째, 어렵고 척박한 사회에서도 곳곳하게 살아갈 수 있는 자아가 있다면 고통을 회피하기 위해 시도하는 이기적 자살이 감소할 수 있다. 따라서 나약하고 비관적이지 않고, 건강하고 긍정적인 자아를 갖고 있는 보다 건강한 국민, 인간이 갖고 있는 한계속에서 어쩔 수 없이 받게 되는 좌절과 고통이라면, 더 잘 견뎌내고 더 조그마한 것에 만족하고, 기뻐하는 국민이 사회로 배출될 수 있도록 가정과 학교가 노력해야 한다.

마지막 대책은 사회문화적, 종교적 측면의 대책이다. 자살은 고통스러운 이생을 마감하고, 다시 태어나고 싶은 욕망의 극단적 표현이라고 할 수 있다. 어찌면 이런 욕망은 인간의 본성 중에서도 매우 원초적인 것일 수 있다. 우리는 갈등과 범죄, 사건, 사고가 끊이지 않는 우리 사회에서 이생을 마감하고 싶을 정도로 좌절과 외로움, 상처를 받으며, 우리 또한 다른 사람과 사회에 많은 실수와 죄를 짓고 살아간다.

따라서 항상 어느 사회에서든지, 이생을 정리하고, 새로운 삶으로 재생하고자 하는 개인적, 사회적 필요성이 자살로 표현된다. 개인과 사회가 자신의 생명 대신에 고통과 상처에서 벗어나는 생명의 무게와 같은 제물을 바칠 수 있다면, 그 제물을 바치고, 새로운 삶을 부여 받을 수 있는 사회문화적, 종교적 제사, 상징, 문화, 의식(ritual)이 있다면 자살은 감소할 수 있을 것이다.

자살의 사회적 원인과 최근 동향

발표 : 이 미 숙
미디어정보·사회학과

배재대학교 PAI CHAI UNIVERSITY 培材大學校

2009. 4. 30

목 차

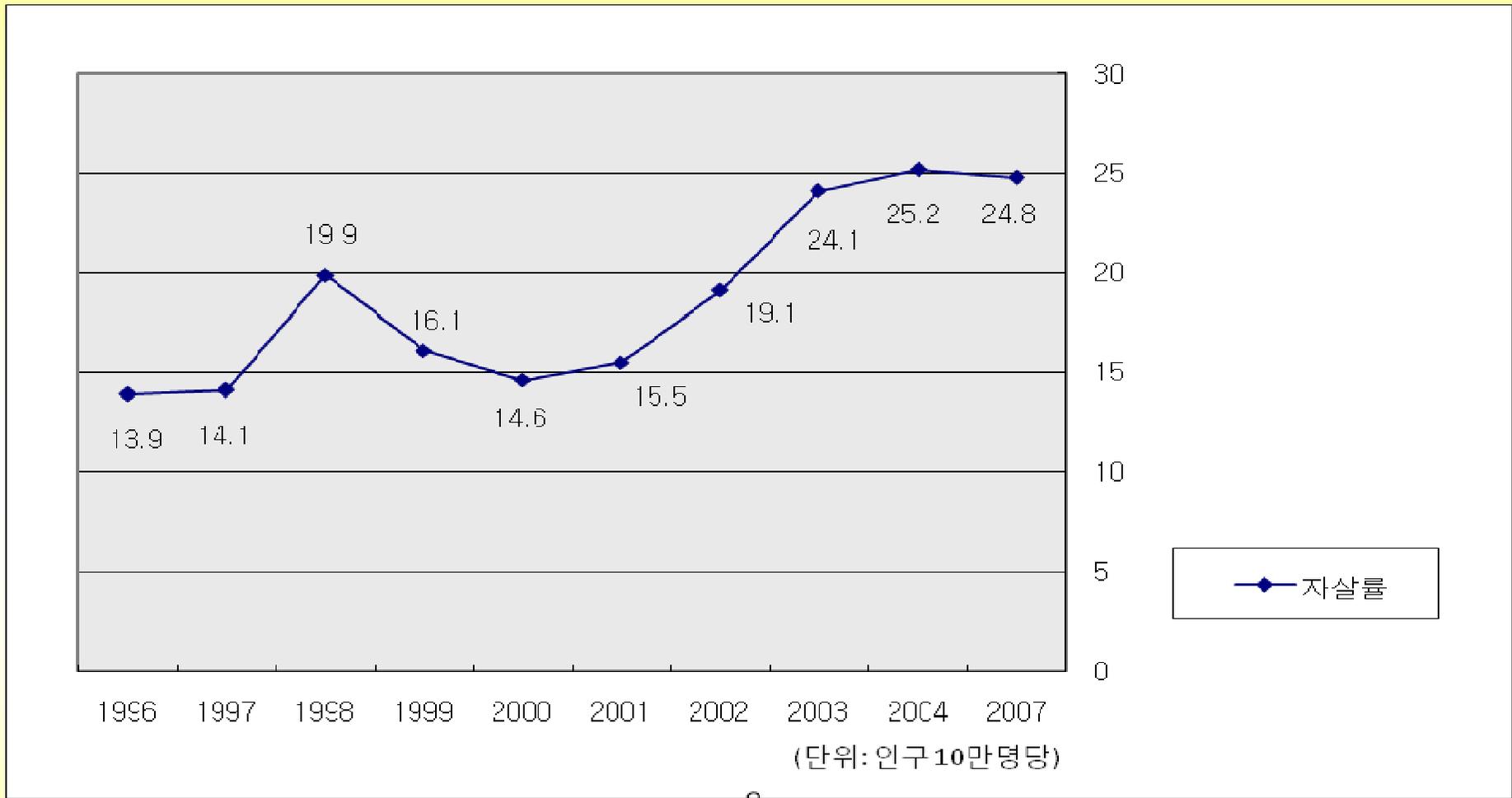
I. 들어가며: 자살, 한국사회의 병리

II. 자살의 사회적 속성: 이론적 배경

III. 자살의 최근 동향

□ 한국인의 자살률, 사회적 건강의 지표

- OECD 최고 불명예: OECD 평균 2배,
자살률 1위 2004년 ~
- 전체 인구의 10대 사망원인 중 4위
- 20-30대의 사망원인 1위
- 하루 평균 33.3명 자살
- 여성 자살률 1위, 2008
- ‘자살공화국인가?’

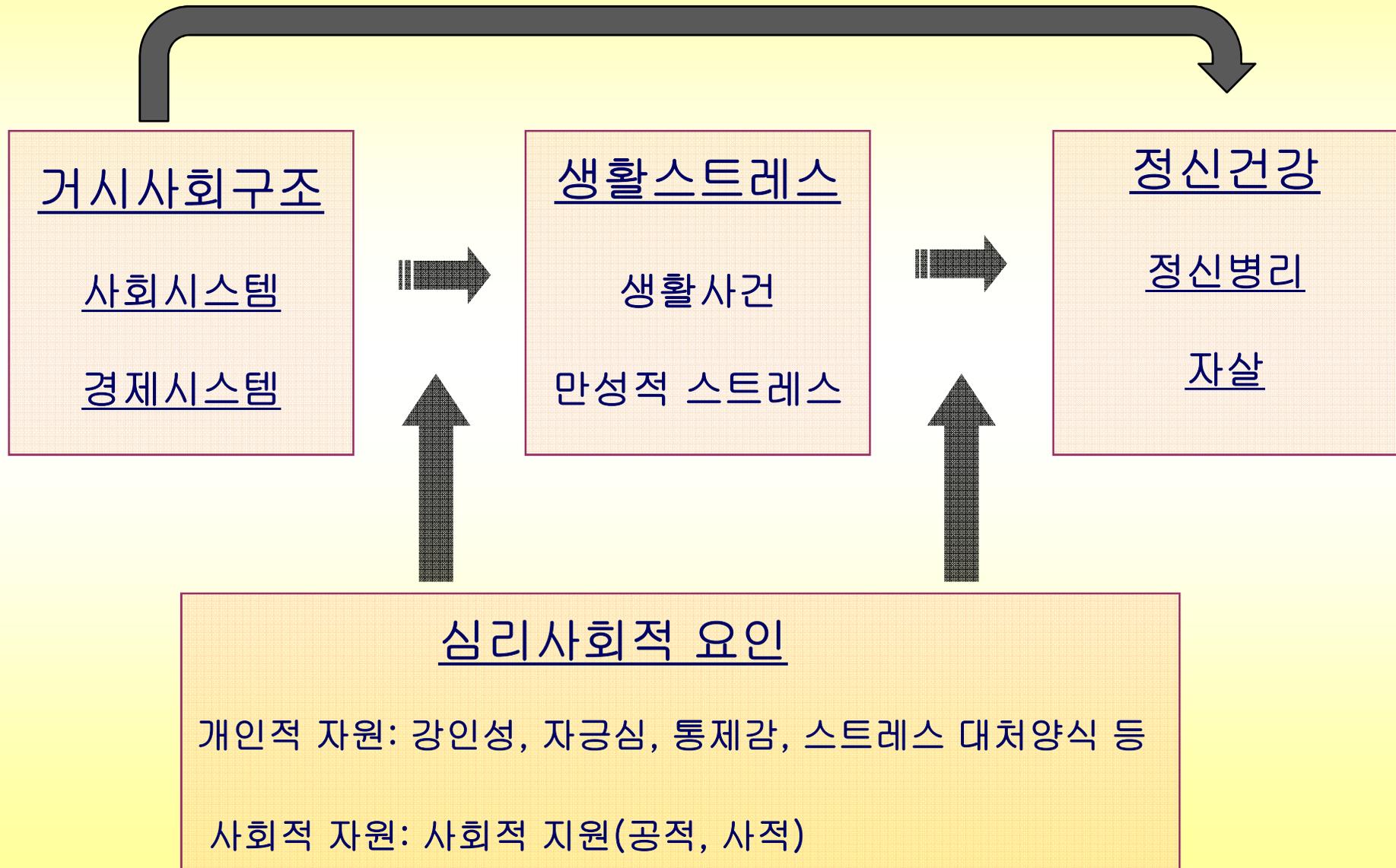


<그림 1> 한국의 자살률: 1995-2007

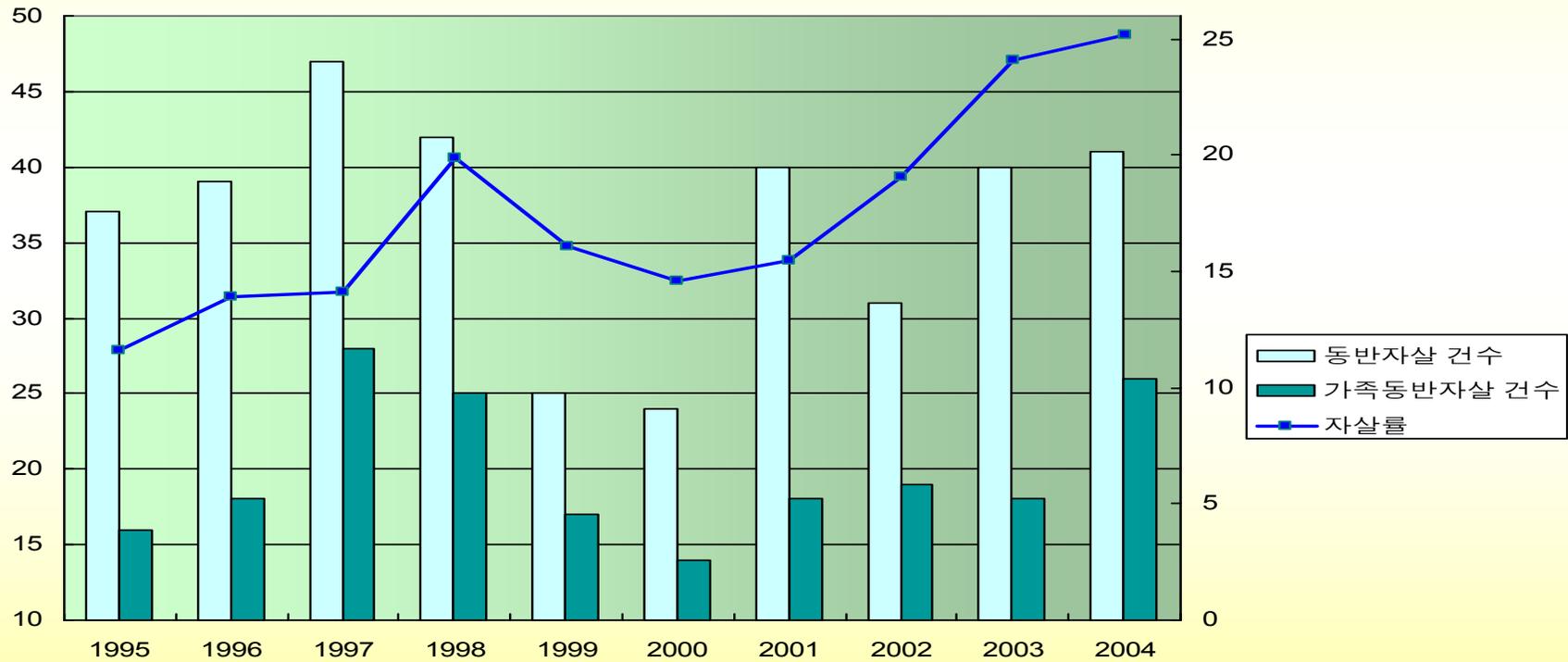
□ 자살의 사회적 원인(Social Origins of Suicide)

- 뒤르켐(Durkheim, 1897)의 자살론
 - ▶ 개인적 속성 ⇒ 사회적 속성
 - ▶ 핵심 개념: 사회적 결속/통합(Social Integration)
 - ▶ 자살의 3 유형:
 - *이기적(Egoistic S.) 사회적 고립
예: 노숙자, 이혼비관 자살
 - *아노미(Anomic S.) 규범 혼란, 목표-수단 갭
예: 최근 연예인 자살, 성적비관 자살
 - *이타적(Altruistic S.) 극단적 결속
예: 자살폭탄, 사이비종교단체 집단자살

□ 자살의 사회심리학적 모델



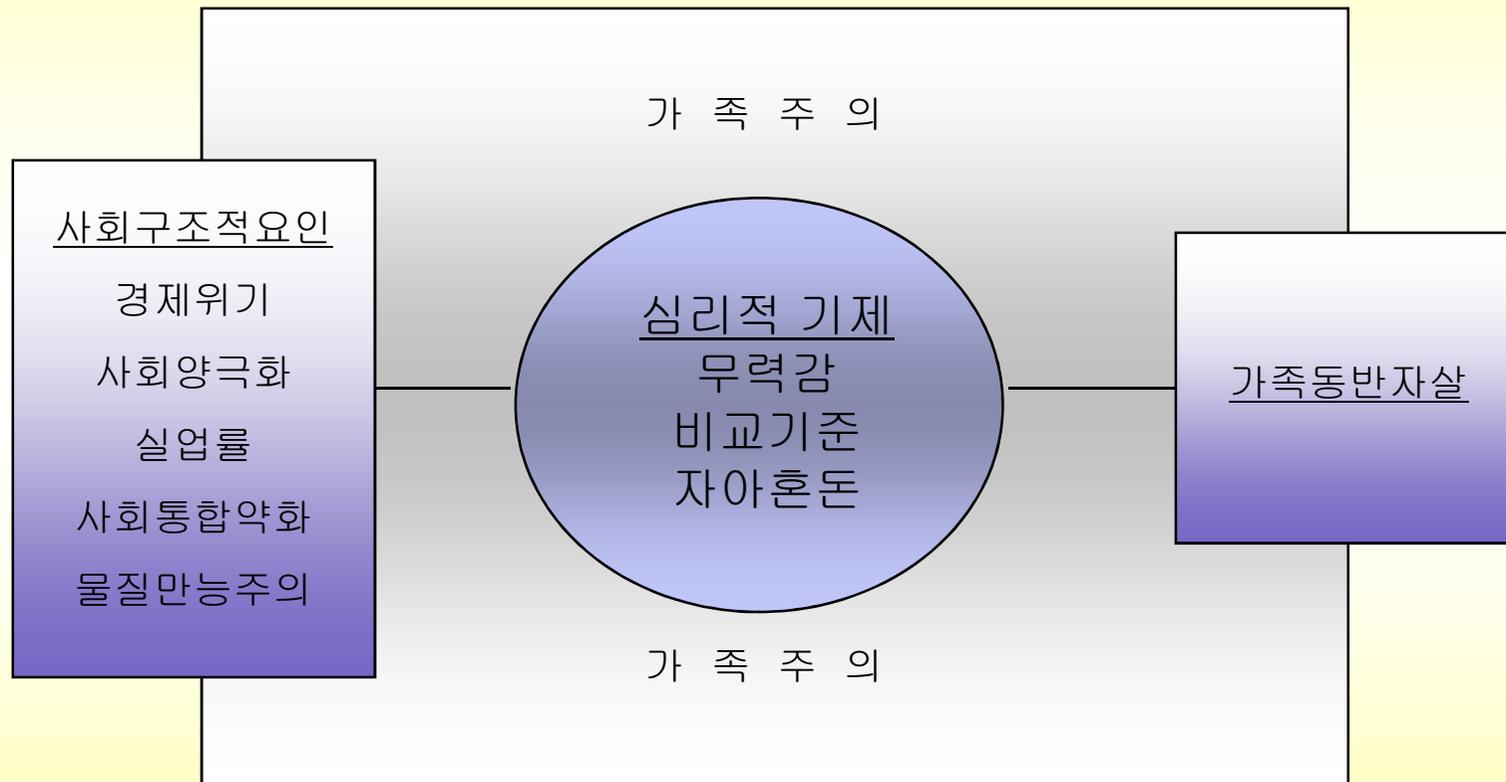
동반자살, 사회적 전염병의 양상



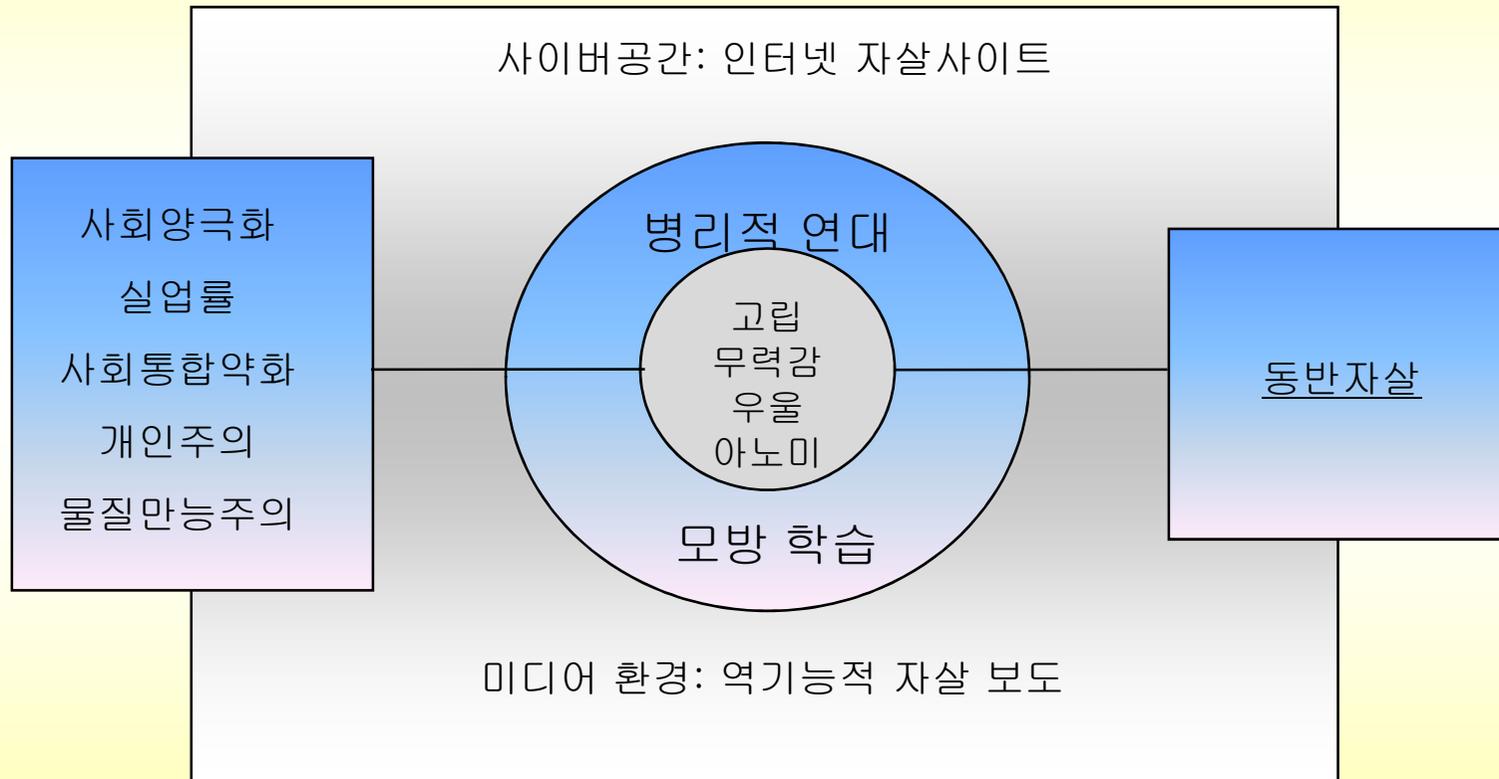
이미숙(2007)

<그림 2> 동반자살률: 1995-2004

□ 가족동반자살의 사회심리학적 모델 □



□ 젊은 세대 동반자살의 사회심리학적 모델 □



□ 연예인 자살, 사회적 아노미의 지표이자 모방 자살의 위험

- ▶ 2009.4.27 = 영화배우 우승연(25)
- ▶ 2009.3.12 = 가수 이창용(38)
- ▶ 2009.3.7 = 탤런트 장자연(29)
- ▶ 2008.12.1 = 가수 이서현(30)
- ▶ 2008.10.7 = 탤런트 김지후(23)
- ▶ 2008.10.2 = 탤런트 최진실(40)
- ▶ 2008.9.8 = 탤런트 안재환(36)
- ▶ 2007.2.10 = 탤런트 정다빈(27)
- ▶ 2007.1.21 = 가수 유니(26)
- ▶ 2005.2.22 = 영화배우 이은주(25)



“**얼짱** 출신 신인 탤런트 우승연 사망”

“사망한 신예 **우승연**은 누구?”

“곧 날개 펼 신인?”



강원서 잇단 동반자살...열흘 새 11명 숨져

- 열흘새 강원도에서 세 건의 남녀 동반자살로 잇달아 11명이 숨지는 사건에 발생해 지역사회에 충격을 주고 있다. 더구나 이들은 모두 연탄을 피워놓고 자살하는 방법을 택해 경찰이 사건의 연관성을 조사하고 있다.

이들 사건의 공통점은 연탄가스 중독과 인터넷 자살사이트다.

- 17일 오전 9시 10분경 인제군 북면의 한 휴게소 주차장에 세워진 렌터카에서 지모(47·속초·무직), 이모(29·전남 여수·무직), 또 다른 이모 씨(21·여·경남 양산·대학 휴학) 등 3명이 연탄가스에 질식해 숨진 채 발견됐다. 차 안에는 화덕에서 연탄이 타고 있었고 차량 문 틈은 청테이프로 밀폐돼 연탄가스 냄새가 가득했다고 경찰은 밝혔다. 차량에서 '세상 살기가 힘들다'는 내용의 유서가 발견됨에 따라 경찰은 이들이 자신의 처지를 비관해 자살한 것으로 보고 정확한 경위를 조사 중이다.
- 이에 앞서 15일에는 횡성군 갑천 면의 한 펜션에서 10대~40대 남녀 5명이 연탄불을 피워놓고 자살을 시도해 이 가운데 4명이 숨졌다. 8일 정선군 북평면의 민박집에서도 남녀 4명이 연탄가스에 질식해 숨진 채 발견됐다.

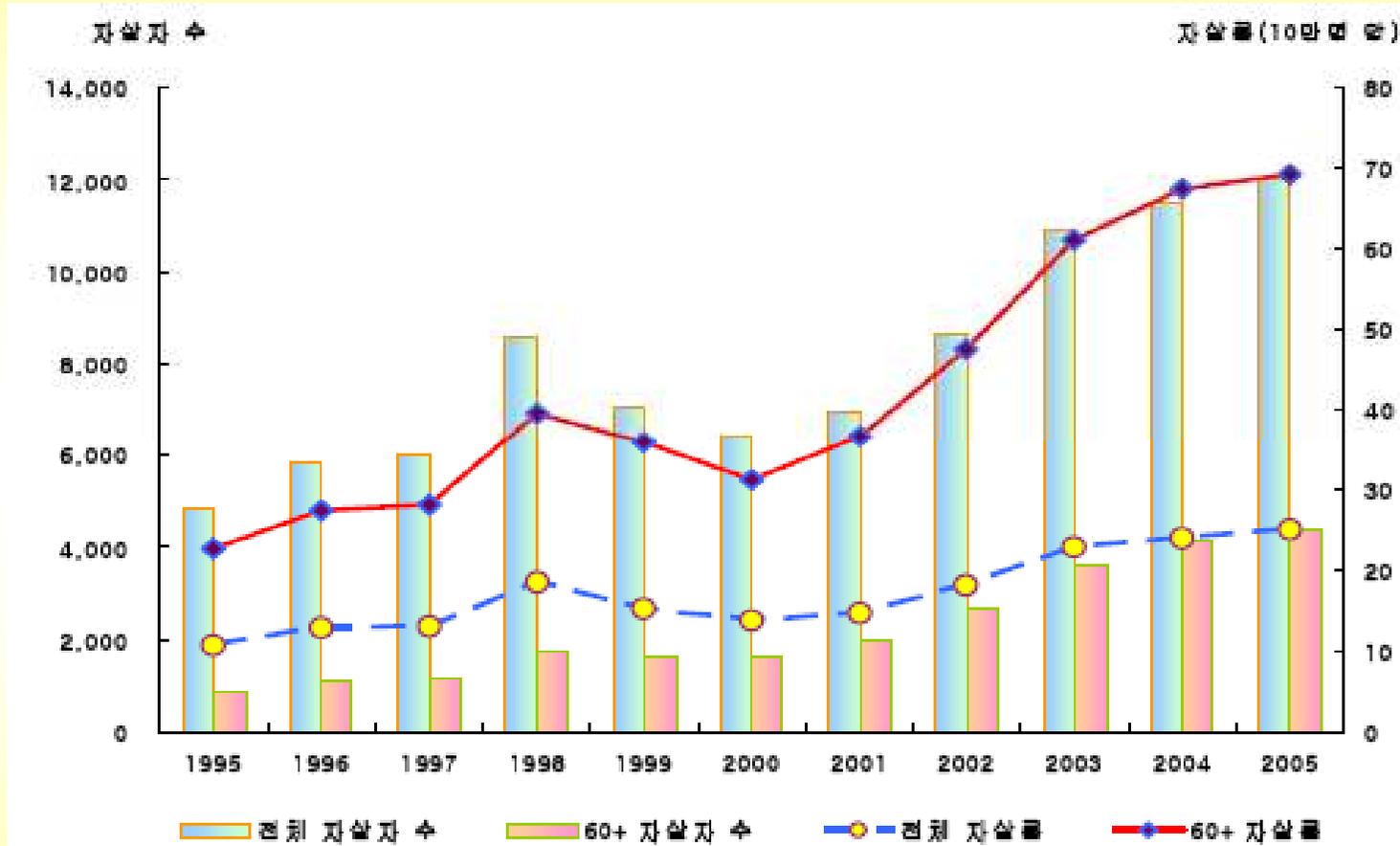
최근 발생한 세 건의 동반자살 사건은 연탄과 화덕을 이용하고 방 문이나 차 문틈을 테이프로 막은 점, 렌터카를 이용해 강원도 외진 곳을 선택하고 서로 주소지 등이 다른 공통점을 갖고 있다. 또 숨진 일행들의 연령대가 10대~40대로 다양한데다 거주지도 달라 경찰은 이들이 자살 사이트 등을 통해 알게 된 뒤 자살을 모의한 것으로 추정하고 있다. 경찰은 "지난해 9월 8일 탈런트 안재환 씨의 자살 이후 연탄가스 중독을 모방한 자살이 부쩍 늘었다"며 "유명인의 자살 이후 이를 따라 하는 베르테르 효과로 볼 수도 있다"고 말했다. 강원도에서는 세 건의 동반자살 사건에 앞서 3월 8일 강릉시 강동면과 지난해 12월 26일 삼척시 미로면 도로에서도 연탄가스를 이용한 차량 내 동반자살 사건이 있었다. (동아일보, 2009. 4. 17)

□ 언론의 자살보도 권고 기준

1. 언론은 자살 보도에서 자살자와 그 유족의 사생활이 침해되지 않도록 주의를 기울여야 합니다. 중요한 인물의 자살과 같은 공공의 정당한 관심의 대상이 되는 사건이 아닌 경우에는 자살에 대한 보도를 자제해야 합니다.
2. 언론은 자살자의 이름과 사진, 자살 장소 및 자살 방법, 자살까지의 자세한 경위를 묘사하지 않아야 합니다. 다만 사회적으로 중요한 인물의 자살 등과 같이 공공의 정당한 관심의 대상이 될 수 있는 경우에 그러한 묘사가 사건을 이해하는데 필요한 경우는 예외입니다.
3. 언론은 충분하지 않은 정보로 자살동기를 판단하는 보도를 하거나, 자살 동기를 단정적으로 보도해서는 안 됩니다.
4. 언론은 자살을 영웅시 혹은 미화하거나 삶의 고통을 해결하는 방법으로 오해하도록 보도해서는 곤란합니다.
5. 언론이 자살 현상에 대해 보도할 때에는 확실한 자료와 출처를 인용하며, 통계 수치는 주의 깊고 정작하게 해석해야 하고, 충분한 근거 없이 일반화하지 말아야 합니다.
6. 언론은 자살 사건의 보도 여부, 편집, 보도 방식과 보도 내용은 유일하게 저널리즘의 기본 원칙에 입각해서 결정하며, 흥미를 유발하거나 속보 및 특종 경쟁의 수단으로 자살 사건을 다루어서는 안 됩니다.

(2004. 7. 29. 보건복지부, 한국기자협회, 한국자살예방협회)

□ 노인 자살, 고령화 사회의 또 하나의 과제



자료: 통계청 (2006)

유정균(2008)

<그림 3> 노인 자살률: 1995-2005

<표 1> 재가 노인 자살 생각 관련 요인

		자살생각	가족관계	스트레스
정상집단	자살생각	-		
	가족관계	-0.440*	-	
	스트레스	0.184	-0.230	
	건강상태	0.011	-0.011	0.036
우울집단	자살생각	-		
	가족관계	-0.666***	-	
	스트레스	0.720***	-0.623***	
	건강상태	-0.576***	0.576***	-0.532***

*P<0.05, *** P<0.001

출처: 최연희, 김수현 (2008)

<표 2> 65세 이상 노인의 우울증세 분포

척도		빈도	백분율	누적백분율
우울증 2주 이상 (N=4155)	없다	3524	84.8	84.8
	있다	631	15.2	100.0
CES-D10 기준 우울증 (N=4123)	없다	2286	55.4	55.4
	있다	1837	44.6	100.0
정신과 질환 진단 (N=4155)	없다	4035	97.1	97.1
	있다	120	2.9	100.0

*P<0.05, *** P<0.001

출처: 이미숙 (2008)

□ 노인 자살의 사회심리학적 요인

- 개인적: 우울증, 스트레스, 건강상태
- 가족 및 사회연결망:
빈곤, 가족관계, 사회적 연결망 및 지원 결핍
- 사회구조적: 사회 가치관 변화(효, 부양),
소득양극화
실업률
경기침체
사회안전망 부족

□ 정책 대응의 과제

- 자살 통계시스템 구축 (현, 자살 유형 구분 없음)
 - ⇒ 인구집단에 따른 자살의 양상, 자살유형별 원인을 분석할 수 있는 **객관적 자료 확보**
 - ⇒ 정책 대응을 위한 원인과 사회적 기제에 대한 과학적 분석 (현, 자살률 중심으로 연구)
- 자살의 사회적 전염 방지
 - 미디어역할 제고: ‘언론의 자살보도 권고 기준’ 강화 및 제도화 (예: 가족동반자살 vs. 근친 살해)
 - 인터넷 자살사이트 방지: 사이버수사대 활동 강화 및 처벌 제도화
 - 자살위험 신고센터: 예) 최근 동반자살 구한 여관 주인

➤ 사회적 결속/연대 강화

○ 위험집단 지원 대책: 사회적 네트워킹 방안

*노인(독거, 빈곤)-노인정지원제도 활용 방안

*해체가족(홀부모 가족 등)의 가족 기능 지원제도

*특수집단(연예인 등) 방안 연구 필요

○ 우울증에 대한 사회적 대응

*우울증에 대한 사회적 인식 전환 (공익광고 활용)

*건강보험 무료검진 포함

*복지(상담)/의료(치료) 전달체계 제도화

➤ 사회구조의 개선

* GDP 13위 vs. 삶의 질 37위 (2007)

○ 사회적 안정망 구축: 빈곤층, 실업자, 경제적 추락 집단 지원 대책

○ 경제 구조 개선: 일자리 창출, 실업률 감소

○ 사회적 양극화 해소: 소득양극화 해소, 소외계층 지원

○ 사회적 가치관과 규범의 재정립: 물질만능주의 vs. 생명.인간 존중,
개인주의 vs. 공동체의식, 도덕성 회복, 조기 생명교육



경청해 주셔서
감사합니다