

심리부검 기반 자살유형 연구

서 종 한

(사이먼프레이저대학교)

최 선 희

(아주대학교)

김 경 일*

(아주대학교)

본 연구에서는 심리부검 프로토콜과 방법론, 윤리적 쟁점, 체크리스트 등을 고찰하고, 이에 따라 자살완료 사례 78건을 대상으로 각각 1회 이상 면담과 자료 수집과정을 통해 사례 정보를 파악하였다. 기존의 연구에서 미비했던 심리부검 방법론과 프로토콜을 한국 상황에 맞게 심층적으로 다루고자 하였고, 절차상 과학적 엄격성을 확보하고자 하였다. 또한 수집된 정보를 바탕으로 자살 예방에 활용할 수 있는 자살유형을 탐색적으로 분류하고자 하였다. 그 결과, 위험요인이라 판단되는 12개의 준거를 기반으로 크게 급성 스트레스 유형, 만성스트레스 유형, 적극적 자해 및 자살시도 유형, 정신과적 문제 유형의 4가지 유형 등으로 구분되었다. 급성스트레스 유형은 생애사건의 급성 반응으로 발생하는 자살유형이며, 만성스트레스는 특이한 정신과적 문제는 존재하지는 않지만 장기간 겪는 생애 어려움으로 발생하는 손상과 관련되어 있다. 혼합유형은 심각한 스트레스 상태에서 반복적인 자해 및 자살시도가 동반되며, 정신과적 문제유형은 조현병 등 최소한 하나 이상의 장애진단 수준의 정신과적 문제로 심각한 스트레스를 받는 유형이다. 각 유형에 따른 구체적 정보와 자살예방 시사점을 추가적으로 논의하였다.

주요 용어: 자살, 유형분석, 심리부검, 프로토콜

IRB No. 201406-HR-SB-001-01, 아주대학교

* 교신저자: 김경일, 아주대학교(kyungilkim@ajou.ac.kr)

■ 투고일: 2018.1.30 ■ 수정일: 2018.3.29 ■ 게재확정일: 2018.4.13

I. 서론

심리부검(Psychological Autopsy)이란, 사망 전을 기준으로 전생애 기간 동안(생애경로) 사망자의 심리·행동·정신·생물학적 양상과 변화 상태를 1) 주변인들(정보제공자)의 인터뷰진술(면담과정)과 2) 관련 기록(참고자료)을 통해 3) 객관적으로 검토(전문가 논의)하여 5) 사망의 유형(예: 자살, 타살, 사고자, 자연사)과 6) 그 원인을 추단적으로 탐색하는 과정을 의미한다(Shneidman & Farberow, 1965; Shneidman, 2004; 서종한, 2015). 이를 통해 밝혀진 자살 원인에 대한 양적·질적 분석 자료를 근거로 국가차원의 자살예방 정책수립에 기여할 수 있다(Berman, 2009). 그 외에도 심리부검은 원인불명의 사망사건(equivocal suicide)에 대한 방식(mode of death; 자살, 타살, 자연사, 사고사)을 밝히는 법의학적 목적과 자살을 둘러싼 각종 분쟁 및 소송 해결을 위한 법률적 목적에도 활용될 수 있다(Litman, Curphey, Shneidman, Farberow, & Tabachnick, 1963; 문국진, 1991; 최상섭, 2003; 신성원, 2005; Berman, 2009; 서종한, 2015).

심리부검의 용어는 일반적으로 부검의(coroner)나 검사관(medical examiner)을 통해 이루어지는 일반 부검(autopsy)과 대비되는 용어로 1956년 LA 자살예방센터(Los Angeles Suicide Prevention Center: LASPC)의 책임자인 Edwin Shneidman과 Norman Farberow, Rober Litman이 처음 사용하였다(Clark & Horton-Deutsch, 1992). 당시 이들이 수행한 심리부검은 부검의 출신인 Farberow의 요청에 의해 사망 원인이 불분명한 사례에 대해 자살인지 타살인지 혹은 사고사인지를 감별하기 위한 것이었다.

자살의 원인과 사망 유형에 대한 분석정보를 얻는 것 외에도 심리부검은 자살 유가족들이 건강한 애도를 할 수 있도록 돕는 긍정적 효과를 지니고 있다(Henry & Greenfield, 2009; 서종한, 2015; 권호인, 고선규, 2016). 유가족들은 고인이 '왜 그런 선택을 할 수 밖에 없었는'지에 대한 다양한 이유를 심리부검 면담을 통해 검토할 수 있으며, 고인의 부재를 현실로 받아들이게 함으로써 죄책감을 감소시키고 심리적 지지와 위안을 얻을 수 있게 한다(Henry & Greenfield, 2009; 서종한, 2015).

1. 심리부검 문헌검토

심리부검의 시작은 1934~1940년 7년에 걸쳐 뉴욕 경찰 93명이 연속적으로 자살 사망한 사건에 대한 '자살 원인 규명을 위한 전문가 조사'로 시작되었으며(Friedman, 1967; 서종한, 2015), 현대적 의미의 심리부검 연구 시작은 1956년 미국 세인트루이스의 워싱턴 의과대학에서 Eli Robins와 동료들이 1년간 세인트루이스 지역에서 발생한 134건의 자살사건을 체계적으로 조사한 것이다(Robins, Gassner, Kayes, Wilkinson, & Murphy, 1959; 서종한, 2015). 이 연구는 특정 지역에 대한 자살사건의 전수조사를 했다는 것 외에도 자살 사망자 가족(정보제공자)과 주변인들에 대한 표준화된 면담(면담 과정)을 실시했다는 데 의의가 있다. 연구결과로는 자살사망자들의 자살사고(ideation)와 의도(intention)에 대한 주변인들과의 반복적 의사소통 등으로 현재 자살연구 분야에서 통용되는 자살징후(warning sign)가 처음 보고되었으며, 98%의 사망자들이 자살 이전에 정신질환을 앓았을 가능성을 보고하였다.

심리부검의 결과를 대규모의 국가차원의 자살예방정책에 성공적으로 반영한 대표적 사례는 핀란드이다. 핀란드는 1986년 국립보건위원회에서 국가 자살예방 프로젝트를 추진하였으며, 1987년에서 1988년까지 총 1397건의 심리부검을 실시하였다(Hakanen & Upanne, 1996). 명확하지 않은 사망이라도 자살 가능성이 있다면 모두 심리부검의 대상에 포함시켰고 자살사건 발생 후 3~12개월이 경과한 자살 유가족에게 일대일 면접을 진행하였는데, 이 때 고인의 가정환경, 일상생활, 음주 및 약물복용 여부, 자살 시도 등 총 234개의 문항으로 구성된 심리부검도구를 사용하였다. 이 외 고인이 일 년 이내에 방문한 의료인 및 기타 지역사회 서비스 기관의 전문가들도 면접 대상에 포함시켰다.

또한, 심리부검 시행 사례 중 무작위로 229건을 추출하여 정신과 전문의 2인이 DSM-III-R(APA, 1987)을 토대로 정신질환에 대한 잠정적 진단을 실시하였다. 1992년에는 심리부검을 실시하여 도출된 주요 결과를 근거로 자살원인을 유형 구분하였고, 이를 기반으로 자살예방 프로그램을 마련하여 이후 4년간 핀란드 전역에서 확대 실시하였다. 이 프로그램의 핵심은 자살위험성이 높은 집단을 일찍 발견하여 효과적인 치료를 제공하는데 있었다. 연구 결과, 대상자의 2/3 이상이 잠정적으로 우울증을 앓고 있었고 이 중 15%만이 치료를 받았다. 또한 85%는 자신이 우울증인지 모르는 상태에서 적절한 치료를 받지 못한 채로 사망에 이른 것으로 밝혀졌다. 이에 따라 핀란드 정부는 정신질

환 진단을 받고 시설에서 치료중인 환자 이외에 일반 외래 환자도 우울증과 자살충동 여부를 혈당이나 혈압 검사처럼 주기적으로 점검하도록 하면서 잠재적 우울증 환자들을 발견하는데 노력하였다. 1986년부터 10년간 지속된 핀란드의 자살예방프로젝트 결과, 20년 전 인구 10만 명당 30명이던 자살률이 2008년에는 16.7명으로 낮아지는 결과가 나타났다(한국자살예방협회, 2011; 김경일, 서종한, 2014; 서종한, 2015).

이후 미국, 캐나다, 호주, 유럽 등 특정 지역에서 발생한 모든 자살 사건에 대해 표준화된 면담과정과 심리부검도구를 이용하여 자살원인을 규명하려는 심리부검 연구가 지속되었다(Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). 연구결과를 통해 자살행동에 대한 주요원인을 밝힌 자료들이 축적되었고, 기존의 간략한 사망기록을 통해서도 미처 확인할 수 없었던 요인들이 발견되었다. 하지만 이들 연구들은 사례-대조군의 설계에 의한 것이 아니기 때문에 단순히 자살사건에 대한 기술적 보고에 그쳤다. 1990년대 이후 심리부검은 아시아 지역으로 점차 확대되었으며(서종한 등, 2012), 사례-대조군 연구방법론을 사용하거나 정신질환에 대한 구조화된 면담도구를 사용하는 등 과학적이고 체계적인 심리부검 결과를 얻기 위한 노력이 지속되었다(Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003).

아시아에서 처음으로 실시된 일본의 경우, 1993년 동경 정신의학연구소 소속 연구자들이 부검의와 검시관의 협조를 얻어 동경 일부 지역에서 심리부검을 실시하고자 했지만 유가족 사생활 문제로 인해 어려움을 겪었다. 당시는 응급의료기관을 방문한 자살 사망자 93명에 대해서만 심리부검이 이루어졌으나, 2000년대 중반 이후 후생노동성 산하 국립정신보건연구소의 주도로 전국적 규모의 심리부검 사업을 추진하였고, 단계적인 심리부검 타당성 조사와 시범사업을 거쳐 2007년 유가족 사례관리 서비스를 제공할 수 있는 60개 지역 대상 심리부검 사업을 추진하여 총 50건의 심리부검 면담이 이루어졌다. 연구결과 우울증을 46% 가량이 앓았고 조현병 26%, 물질사용장애와 기타 정신질환이 각각 3%가 있었던 것으로 나타났다. 일본의 심리부검과 다른 국가와의 차이점은 사례관리 서비스를 신청한 자살 유가족 혹은 유가족 자조집단에서 심리부검 사례를 발굴한다는 점을 들 수 있다(한국자살예방협회, 2011). 심리부검 연구를 통해 일본 내 자살 사망자의 우울증 비율이 대조군과 비교했을 때 더 높았다고 보고 하였다(Hirokawa et al., 2012).

중국의 경우, 대표적으로 Phillips 등이 '심리부검체크리스트'를 개발하여 북경 등 23

개 지역에서 총 519명을 대상으로 대단위 프로젝트를 실시하였다. 그 결과, 농촌 지역의 높은 노인자살 비율과 심리사회적 스트레스요인의 영향력 등 다양한 결과가 확인되었다(Phillips, Yang, Zhang, Wang, Ji, & Zhou, 2002; Zhang, Conwell, Zhou, & Jiang, 2004). 또한 Chieu 등의 연구(2004)에서는 기분장애와 자살미수 혹은 과거자해 유무가 자살위험요인과 작용한다고 보았다. 서구 문화권에서 자살과 정신장애의 관련성이 90% 이상이었던 것에 비해 중국에서는 정신장애를 지닌 자살자의 비율이 76%로 서구 문화권에 비해 상대적으로 낮은 점 역시 차이점으로 드러났다(Zhang et al., 2004).

2. 국내 심리부검연구 결과와 방법론

가. 자살예방관련 기관 및 대학연구소 심리부검

강준혁(2015)이 제기한 바와 같이, 심리부검 연구의 흐름은 크게 이를 소개하고 절차 및 방법론 등을 다룬 주제(문국진, 1991; 신성원, 2005; 최광현, 2008; 오윤성, 2010; 전충현, 임석현, 2012; 김선현, 2013; 고제원, 2014; 권호인 등, 2014; 황태운 등, 2014; 나경세 등, 2015; 권호인, 고선규, 2016)와 실제 표본 과정을 거쳐 현실에 적용한 연구(한국자살예방협회, 2009; 이구상 등, 2012; 서종한 등, 2012; 송혜진, 2013; 강준혁 등, 2014; 서종한, 김경일 2014; 서종한, 2015)로 나눌 수 있다. 본 연구에서는 두 주제를 동시에 다루어 방법론에서 답아야 하는 부분과 계량적 분석을 통해 자살 관련 특성을 유형하거나 사례를 중심으로 서술하는 등 현실에 적용된 연구를 중심으로 살펴보도록 하겠다. 현재까지 다양한 심리부검 연구가 존재하지만 본 연구에서는 심리부검을 주제로 한 대표적인 연구결과를 중심으로 살펴보도록 하겠다.

한국자살예방협회(2009)에서 2009년에 약 10개월 간 인천 등 3개 지역의 자살 사망자를 대상으로 심리부검을 실시하였다. 이 연구에서는 북경 자살연구 및 예방센터(Beijing Suicide Research and Prevention Center)의 Phillips(2002)가 DSM-IV(APA, 2000)를 기반으로 개발한 심리부검도구를 우리나라 상황에 맞게 수정하였다(보건복지가족부, 2009). 결과적으로 총 4건에 대해서만 보고서에 포함하여 기술하였기 때문에 사례수가 적고, 연구 설계는 통제 집단이 없이 자살사망자의 과거력, 성격, 대인관계 등을 중심으로 한 서술적 연구라 볼 수 있다. 연구결과 및 논의 과정에서 구체적인 결과

나 함의점을 확인할 수 없었다. 이 논문에서는 방법론에 대한 부분 즉, 면담과정과 조사원교육 등을 어떻게 실시했는지에 대한 부분이 명확하게 제시되어 있지 않았고 표본과정에서 면담접촉과 그 과정에 대해 일부만을 기술하였다. 하지만 국내 심리부검 활용을 위한 사전 조사를 시도한 부분에서 큰 의의가 있다고 본다.

두 번째로 국내 심리부검은 '생명의 전화(2009)에서 이루어졌는데, 2003~2009년까지 강원도 태백지역 일부 지역을 중심으로 발생한 사례를 수집하여 총 10건에 대한 심리부검을 실시하였다. 연구결과, 자살자는 주로 경제적 어려움을 크게 지각하고 있으며, 40~50대 고졸 이하인 무직자로 나타났다. 정신질환이 있는 경우 적절한 지원 및 치료서비스를 받지 못했으며, 정신과적 문제를 방치하거나 과소평가하는 경향이 발견되었는데, 주로 알코올 의존, 우울증, 조현병, 성격장애 등의 정신과적 진단과 관련되었다(생명의 전화, 2009). 하지만 이 연구는 통제 집단 없이 이루어졌고 면담과정이 없는 자료만을 바탕으로 분석이 이루어졌다. 따라서 방법론 측면에서 조사원교육과 면담절차, 심리부검도구, 연구 전반에 걸친 프로토콜 등에 대한 자세한 기술을 확인할 수 없었다. 또한 단일 지역(강원도 태백지역)에 한정된 심리부검이라는 제한점을 지니고 있어 문헌을 기초로 한 탐색적 논문이라 볼 수 있다.

세 번째, 서종한 등(2012)의 '한국 자살 사망자 특징: 사례-대조 심리부검 연구'에서는 2009년 1월~2011년 4월까지의 자살 사망사건 56사례의 심리부검 결과를 발표하였다. 연구결과, 자살군은 통제군(일반집단)에 비해 학교나 직장에서의 적응에 분명한 문제가 있으며, 무직 기간이 상대적으로 긴 것으로 나타났다. 또한, 자살 집단은 정신질환이 22건(39.2%)으로 비교 집단에 비해 유의미하게 높았는데, 장애 유형으로는 우울장애 19건(33.9%)으로 가장 많았고, 그 외 알코올 및 약물 남용(10.7%), 조현병(7.1%) 순으로 나타났다. 서구연구 결과와 비교했을 정신질환 비율과 치료받은 비율이 낮았다. 자살자는 과거의 자살 시도 및 자해시도가 빈번하였고, 자살 전 생애사건 스트레스를 심하게 경험했던 것으로 보고되었다. 현재까지도 심리부검 조사 중 가장 많은 국내 사례조사이며, 통제집단과의 비교를 양적으로 실시한 첫 연구였다. 면담도구는 보건복지가족부(2009)의 심리부검서식을 사용했다. 방법론도 면담절차, 자료수집절차, 측정도구 등에 대해 자세히 기술하고 있고 연구자가 직접면담을 통해 면담을 실시한 최초의 연구였다. 하지만 대조집단과 사례집단 간에 사례 수 차이가 있고, 표본과정도 일부 자살률이 높은 지역을 대상으로 이루어졌기 때문에 결과의 일반성에 제한점이 존재한다. 다만 국내에

서는 무작위 대조군비교(Randomized Controlled Trials; 이하 RCT)를 통한 최초의 심리부검이다.

네 번째, 서울시자살예방센터와 강서구·성북구 정신건강증진센터에서는 2009년 1월~2012년 12월까지 ‘자살 사망자의 축약 심리부검에 관한 연구’를 진행하였다. 전체 대상자 중 16명(47.1%)의 환자가 자살 시점에 진단 받은 장애가 있었고, 그 중 대다수인 15명(93.7%)이 정신장애가 있었던 것으로 보고되었다. 정신진단별로 우울증이 57.9%로 가장 많았고, 조현병 26.3%, 물질남용 5.3%이었다. 또한 23.5%가 과거 자살시도가 23.5%로 높았던 반면 죽음 당시 음주 여부는 14.7%로 상대적으로 낮게 나타났다. 죽음을 결심하게 된 이유를 살펴보면, 경제적 어려움 29.4%, 가족 간 불화, 그리고 성적과 신변비관이 각각 14.7%로 밝혀졌다. 다른 심리부검 연구에 비해 자살군에서 정신질환의 빈도가 높게 나타났다는 차이점을 지니고 있다. 이 연구에서는 자살예방센터 및 정신건강증진센터로 보고된 34사례의 자살 사망에 대하여 심리부검과 자살 유가족 상담서비스를 병행하였으며, 면담도구는 자살예방협회에서 제작한 것을 사용하였다. 대조군이 없는 연구였고 무엇보다도 직접면담이 없이 상담원이 상담종결 후 설문지 작성을 하는 간접 방식을 이용했다. 따라서 조사원 교육과 면담절차에 대한 기술과 연구 전반에 걸친 프로토콜 등을 확인할 수는 없었다. 축약 심리 부검에 대해 논하였지만 기존의 국내의 문헌에는 심리부검에서 축약이라는 형식이 없음에도 불구하고 축약이 정확하게 어떤 의미를 나타내는지에 대한 내용은 알 수 없었다. 마지막으로 심리부검도구에 대한 부분도 한국자살예방센터(2009)의 도구를 수정/보완하여 사용했다고 하지만 모든 문항을 구성할 때 근거출처와 문헌검토가 필요한데 이 부분에 대한 구체적인 기술을 확인할 수 없었다.

다섯 번째, 충청남도 광역정신건강증진센터(2014)에서는 2013년 1월~2013년 11월 까지 충청남도 관내 자살률이 높은 4개 지역에서 25건의 자살사건을 토대로 심리부검을 실시했다. 주요 연구결과로 전체 사례 중 75%에서 건강이나 능력의 문제로 사회적 역할 수행에 어려움을 갖고 있었음을 발견하였다. 대인관계 지지체계가 빈약하고 주변인을 비롯하여 갈등을 경험하고 있는 경우가 잦았다. 성격은 내성적, 다혈질적 측면이 많았다. 우울증 진단과 의심사례를 합하면 44%가량이었고 음주문제가 단기적, 장기적으로 영향을 미친 요인으로 나타났다. 또한 자살자의 가족, 친인척이 자살하거나 동네 주민이 자살한 경우가 32%가량으로 나타났다. 이 연구에서는 유가족 거주지역 관할의 보건진

료소장, 이장 등을 통해 자살 유가족에게 접촉하였고, '유가족 협조 동의과정 안내' 매뉴얼을 제공하기도 하였다. 당시 핀란드 보건복지연구원의 심리부검 연구양식과 한국자살 예방협회 및 생명의 전화에서 활용한 양식을 종합하여 심리부검 도구를 재구성하였는데, 다양한 사회문화적 요인들을 추가했다는 점에서 시사점을 지니고 있다. 또한 유가족의 협력 체계를 구축하여 사례를 발굴하고 자살 유가족에 대한 지원이 뒤따랐던 점이 의미 있다 하겠다. 하지만 방법론에서는 조사원을 어떻게 교육하고 면담과정을 감독했는지에 대한 내용이 부재하였고, 대조군이 없는 단순 기술적 형식의 결과를 제시하였다.

마지막으로, 경기도 자살예방센터(2014)에서 실시한 심리부검연구이다. 전체 사례가 30건이었고 경기도 내 전체 정신건강증진센터를 중심으로 표본조사가 이루어졌다. 연구 결과 자살 전 96.7%가 스트레스를 경험하고 있었고 이 중 83.3%가 극심한 수준에서 스트레스를 느꼈다고 진술했다. 40%가량이 스트레스에 부적절하게 대처하였고, 자살 전 경제적인 변화로 어려움을 겪은 사람들도 40%정도였다. 50%가량이 어린 시절 불행감을 호소했다. 대략 50%가량이 일상생활을 영향을 주는 정도의 신체적 질병을 앓고 있었고, 정신과 치료를 받고 있는 경우는 30%정도였다. 20%가량이 알코올과 관련된 문제를 호소했다. 또한 33.3%가량은 자살시도 경험이 있었다. 전체적으로 정보제공자와의 접촉, 면담과정, 심리부검도구개발, 유가족 간 협력, 사례 발굴의 구조화, 그리고 체계적인 조사원 교육 등에 대한 내용을 자세히 확인할 수 있었다. 다만 통제군이 없는 단순 기술 형식의 계량적 분석이었고 자살예방으로 이어지는 함의나 자살예방과 연결 짓는 해결방안 제시가 구체적이지는 않았다.

나. 국내 심리부검의 고찰

국내에서 이루어진 심리부검 선행 연구에는 공통적으로 몇 가지 한계점이 존재한다. 크게 네 가지로 나누어 살펴 볼 수 있다. 첫째, 일부의 연구를 제외하고는 대부분의 연구에서 실제 직접면담 과정을 거치지 않은 단순 기록정보(혹은 설문지 등의 간접조사)에 근거한 것들이다. 이를 테면 이구상 등(2012)의 연구에서는 상담원이 상담 종결 후 설문지 등을 작성하는 방식으로 샘플링이 이루어졌고 송혜진(2013)의 연구는 군에서 발생된 기존 자료를 모아 이를 분석한 것이었다. Berman(2009)이 제시한 심리부검 정의를 적용한다면 이들 연구는 심리부검 연구라 보기에는 한계점이 존재할 여지가 있다

(서종한, 2015). 엄밀히 따진다면 실제 직접면담 과정을 거쳤다고 하더라도 일부 어쩔 수 없는 조건일 경우를 제외하고는 주정보제공자인 직계 유가족을 만나지 않은 경우 결과분석에서 제외하는 것이 보통이다(Berman, 2014, 보건복지부 컨퍼런스). 서종한 등(2012)가 제시한 바와 같이, 결국 정보제공자에 대한 사전 접촉과 면담 조율 그리고 자료수집의 과정을 명확히 하기 위해서는 유관기관들 간의 협력체계 구축이 절실하며, 강준혁(2015)의 논고처럼 연구자의 적극적인 역할 수행이 필요하다고 할 수 있다.

둘째, 국내에 생소하게 출발한 심리부검은 불과 7여년 정도 연구가 진행되어 왔고, 최근에는 점차 다양한 분야로 확대되고 있어 아직 조사원에 대한 관리감독 절차가 명확하지 않은 실정이다(오운성, 2010; 전충현, 임석현, 2012; 송혜진, 2013; 서종한, 2015). 연구자는 조사원들을 관리·감독해야 하고 면담 절차에 대한 사례검토와 모니터링을 수시로 해야 하며, 개별 피드백을 주어 조사원 자체가 가지고 있는 가외 오염변인(기대 효과, 사전정보에 대한 오염 등)을 가급적 통제할 수 있도록 해야 한다. 또한 교육을 통해 면담상황에서 직면할 수 있는 예기치 못한 돌발 변수에 적절하게 대처할 수 있도록 통제해야 한다. 조사원은 유가족의 감정 상태에 지나치게 몰입되지 않도록 거리를 유지할 수 있어야 하며, 지속적인 공감과 반응을 통해 심리적인 안정감도 동시에 줄 수 있도록 임상적 역량을 키워야 한다.

셋째, 반구조화된 면담과정(clinical semi-structured PA interview process)과 프로토콜에 대한 부재이다(서종한, 2015; 김보라 등, 2015; 권호인, 고선규, 2016). 일부 심리부검 연구에서 개별 사례 면담과정이 어떤 방식으로 진행되었는지 확인할 수 없었다(강준혁, 2015). 연구자마다 적용하는 심리부검 면담과정이 다르다면 최종 결과는 같은 대상을 두고도 연구자의 의도에 따라 다르게 이해되고 해석될 수 있다. 따라서 구조화된 심리부검 프로토콜이 없더라도 연구자는 심리부검에 대한 방법, 표집절차, 면담과정과 자료수집 절차를 명확하게 방법론에 기재하여 연구 결과가 도출된 과정을 이해시켜 주어야 한다. 그리고 결과나 논의에 한계점으로 서술하여 다른 연구자가 결과를 적용함에 있어 경계의식을 갖도록 해야 한다. 따라서 강준혁(2015)이 제기한 것처럼, 연구의 신뢰성 확보를 위한 이론적 논의가 부족하다. 결국, 평가자간에 신뢰성을 확보할 수 있는 구조화된 프로토콜과 면담과정이 시급하다고 볼 수 있다(Werlang & Botega, 2003).

개별 연구자마다 다른 체크리스트(즉, 심리부검도구)를 활용하고 있고 이에 따라 수집되는 정보의 형태와 양이 현저히 다르기 때문에 같은 사례라도 얻을 수 있는 정보의

편차가 발생할 수밖에 없다. 연구자마다 상이한 문항으로 구성된 심리부검도구를 활용하고 있어 그 결과를 대응 비교할 수 없으며 각 기관이 처한 환경에 국한되었기 때문에 지역적 한계성을 극복하기 어렵다. 결국, 심리부검 결과는 제각기 연구자마다 다르게 이해되고 해석할 수밖에 없다(Werlang & Botega, 2003; 권호인, 고선규, 2016). 표준화된 심리부검도구는 한국에서 나타나는 자살 위험요인을 포괄적으로 다루어야 하며 다양한 맥락을 품고 있어야만 한다. 뿐만 아니라 도구에 들어가는 문항 선정의 근거는 특정 목적에 따른 개인적 판단이 아니라 기존 문헌 검토를 통해 명확한 근거와 출처가 기재되어야 한다.

마지막으로, 일부 국내 심리부검 연구는 단순 기술 통계적 수준에 머무르고 있다(이구상 등, 2012; 서종한 등, 2012; 송혜진, 2013; 정현정, 2014; 강준혁, 2015; 권호인, 고선규, 2016). 효과적인 자살예방에 심리부검 결과를 적용하기 위해서는 자살사망자에게 나타난 위험유형을 세분화하고 시간대별로 나타나고 있는 위험징후가 무엇인지 살펴볼 필요가 있다. 자살 사망에 이룰수록 자살사건과 스트레스, 자살시도, 치명적 수단에 대한 접근성, 가족력 등에 대한 체계적인 탐색이 이루어져야 한다. 또한 각 위험요인 간에 다층적 혹은 위계적 분석을 통해 이들 간에 어떤 상호작용을 보이고 있는지, 자살 행동과 시도에 영향을 주는지도 면밀히 탐색되어야 한다(Nock, 2009). 무엇보다도 질적 분석을 통해 생애경로가 자살사망자의 유형에 따라 어떻게 진행되고 있고 그것이 실제 자살에 어떤 영향을 미치는지 살펴보아야 한다. 자살사망자의 유형을 어떻게 구분하고 이 유형에 따라 어떻게 상담자가 개입을 해야 하는지 심리부검을 통해서 도움을 줄 수 있기 때문이다. 최근 심리부검연구 흐름은 사례-대조 연구(지역, 연령, 성별 등을 통제된 상태)를 권고하고 있는데 이 연구방법은 세계적으로 자살사망자에게 나타나는 순수 혹은 차별 위험요인을 찾아 낼 수 있기 때문에 현재 많은 연구에서 선호되고 있는 방식이다.

3. 자살유형 구분과 선행연구

자살유형화 중 가장 오래된 개념 중 하나는 Durkheim(1897)의 “자살론”에서 찾아볼 수 있다. 그는 사회구조적 상태와 나와의 관련성을 기반으로 사회 내 혼란이 가중되고 사회적 구조가 무질서해질수록 결속력이 약해져 결국 자살 비율이 높아진다는 것이

다. 따라서 그는 자살의 원인에 따라 자살유형을 세분화하였으며 크게 이기적 자살, 이타적 자살, 아노미적(사회적 무질서) 자살, 숙명론적 자살로 구분하여 하였다.

아노미적 자살은 사회구조의 갑작스런 변화와 격변 속에 개인이 혼자 느끼게 되는 가치관 혼란으로 자살이 나타난다고 보고 있다. 이타적 자살은 지나친 사회적 통합으로 사람들이 스스로를 버리고 더 큰 목표에 몰두하도록 하며, 따라서 자기희생이 이 유형의 주요 특징이다. 일본의 이미타종 신도들이 자신을 신에게 바치기 위해 자살을 하는 행위를 예로 들고 있다. 이기적 자살은 개개인이 사회가 붕괴되면서 사람들이 목적의식을 잃고 자포자기에 빠지면서 최선의 선택으로 자살을 선택하게 된다는 것이다. 마지막으로 숙명론적 자살은 아노미적 자살과 대조되는 개념으로 노예처럼 지나치게 규제되기만 할 뿐 보상은 없는 삶을 사는 사람들에게서 발생하는 것으로 이 네 가지 유형중 가장 낮은 비율을 보이고 있다. 정신분석학적 수준에서 Freud(1913)은 자살을 마조히즘 즉 '자기피학성의 결과'라고 보기도 하며 Menninger(Man Against Him Self; 1936, p.61)는 자살을 일종의 무의식적 동기라고 보면서 공격성을 수반하는 죽음본능이 내면으로 향한 것이라고 보았다.

탐색적 수준에서의 자살유형과 관련된 국내 논문 중 하나는 박창호(1992)의 것이다. 그는 80년대 신문기사에 나타난 사례를 중심으로 한국사회에서 발생한 자살 형태를 '정서적' 혹은 '표출적' 자살과 '도구적' 혹은 '목적지향적' 자살로 크게 두 가지로 나누어 보았다. 한국의 경우 도구적 목적 지향적 경향성이 강하게 나타나고 있어 성취동기가 지나치게 강해서 자살이 나타나는 것으로 보았다. 예를 들어 대학입시에 실패해서, 다른 경쟁에서 뒤쳐져서 나타는 자살을 말한다. 정서적 혹은 표출적 자살 유형은 소위 세상에 허무를 느껴서 생의 의미를 잃어서 행하는 자살이라고 하였다.

이후 김종두(1998)는 의학적 모델을 통해 정신과 환자의 자살을 크게 4가지로 분류하였다. 관란증 자살, 우울증 자살, 강박증 자살, 충동적 자살이다. 정신과 환자를 대상으로 하였기 때문에 전체적으로 정신증과 정신질환과 관련성이 두드러지는 것이 특징이다. 간략하게 설명하자면 관란증 자살은 환각과 망상에 의해 위협적인 어떤 대상이나 모욕감으로부터 자신을 보호하기 위해 하는 자살이다. 우울증 자살은 우울감, 슬픔, 침울, 무기력감, 자괴감 등을 느끼며 더 이상 존재의 의미를 느끼지 못하고 주변인과 단절될 때 일어나는 경우를 말한다. 강박증 자살은 특별한 자살 동기가 없었던 환자가 죽음에 과도하게 몰입되어 있거나 사로잡혀 있는 상태에서 발생하는 자살을 말한다. 마지막

으로 충동적 자살은 특별한 이유가 없이 순간에 자살 충동을 느끼며 갑자기 혹은 자동적으로 나타나는 유형이다.

심리학적 모델로 가장 각광을 받고 있는 것이 최초 Zubin과 Spring(1977)에 의해 제기된 스트레스-취약성 모델(stress-vulnerability model)이다(국내에서는 원호택, 1997; 박상철, 조용범, 1999). 이 모델에 따르면 자살은 개인의 유전적 소인과 환경간의 상호작용을 통해 개인의 취약성을 형성하게 되고 이 수준은 개인의 생물학적 수준과 대처수준, 지원체계 등 사회적 위치에 따라 다르게 나타난다고 하였다. 개인의 취약성이란 “생애 발달과정에서 유전적 소인과 환경의 지속적인 상호작용에서 점진적으로 형성된 정신병리에 취약한 특성”라고 정의할 수 있다(김효창, 2006, p.18). 스트레스의 경우 일정기간 이상 지속되고, 심각한 수준으로, 통제 불가능하다고 인식하며, 심각한 수준의 자신감 결여가 동반되면서 우발적으로 발생한 상태여야 한다. 가장 대표적으로 볼 수 있는 스트레스는 외상적 사건 이룰때면 신체적 공격, 자연재해, 대형참사 등의 극히 위험한 상황을 말한다(오세진 등, 2005). 자살현상과 그 유형을 나눔에 있어 스트레스-취약성 모델이 최근 소개되고 있으며(박상철, 조용범, 1999) 이 모델에서 자살현상과 유형에 대한 연구는 자살과 이어질 수 있는 환경적 스트레스와 촉발사건 간 상호작용을 이해하는 것이 중요하다고 말한다(Mościcki, 1995; Silverman & Felner, 1995). 다음은 이 모델에 근거해서 자살을 유형 분석한 논문들이 있다.

한국에서는 김기환과 전명희(1999)가 80년대 6년간 신문기사에 나타난 청소년 자살자를 대상으로 자살의 유형화를 시도하였다. 취약성요인과 촉발사건을 두 축으로 하여 취약형 자살, 사건반응형 자살, 그리고 복합형으로 구분하였다. 사건반응형 자살은 다시 충동형과 지연형의 두 가지 하위 유형으로 구분하였다. 사건반응형은 스트레스 사건에 대한 반응으로서 충동적인 자살을 시도한 경우를 말한다. 충동형 자살은 자살을 할 만한 취약성 요인들이 거의 두드러지지 않은 상태에서 특정 촉발 건에 대한 반응으로 3일 이내에 자살에 이르는 경우를 말한다. 하위유형인 지연형 자살은 충격적 사건 경험 이후 어느 정도 기간을 두고 고민을 하다가 대안 책을 찾지 못하고 좌절하면서 자살하게 되는 경우를 말한다. 복합형 자살은 다양한 스트레스 상황을 경험하는 와중에 자살을 촉발시키는 특정 사건을 겪으면서 자살을 하게 되는 경우를 말한다. 일전의 사건이 자살에 촉진적 역할을 하게 되어 이미 어느 정도 형성된 스트레스 수준과 맞물리면서 발생한 자살이라 볼 수 있다. 마지막으로 취약형 자살은 개인, 가족 및 환경과 관련, 사회구조적

취약성 변인들을 구성하고 있었고 특별한 촉발사건 없이도 자살 가능성이 임박해 있는 위험군을 말한다.

김효창(2006)과 김효창과 손영미(2006)는 노인과 성인 자살사망자를 대상으로 취약성 요인과 촉발 사건의 상호영향력에 따라서 취약형 자살, 사건반응형 자살, 그리고 복합형 자살로 세부 분류하였다. 구체적으로 살펴보면, 취약형 자살은 자살 촉발사건이 보이지 않고 취약성 요인만 나타나는 경우로 개인, 가족환경, 사회환경 취약 변인들을 보이고 있는 경우라고 할 수 있다. 사건 반응형 자살은 촉발사건만을 보인 경우로 평소 자살과 관련지을 수 있는 취약성을 두드러지게 보이지 않는다. 단순히 촉발사건을 경험한 직후에 자살의도를 갖고 실행하기도 하며 장기간의 고민 끝에 자살하기도 한다. 마지막으로 복합형 자살은 취약성을 경험하는 상태에서 다양한 스트레스 상황에 놓여 있다가 촉발사건을 겪으면서 일종의 상승작용을 하면서 자살에 이르게 되는 경우이다. 촉발사건이 일종의 촉진적 역할을 한 셈이 된다. 따라서 이미 지속적인 스트레스, 일정 수준의 자살의지, 그리고 사건자체의 영향력 등이 복합적으로 결합된 것이라 볼 수 있다.

최근 Joiner와 동료들(2005, 2010, 2015)이 제시하는 대상관계 이론에 따르면 자살에 영향을 미치는 강력한 요소 중에 하나가 반복적인 노출을 통한 친숙화라고 보고 하였고 자살적(suicidal self-injury; SSI) 혹은 비자살적 자해라는 유형(NSSI; non-suicidal self-injury)으로 독립적 수준에서 이를 구분하고자 하였다. 반복적인 자해를 통한 두려움 감소를 심각한 자살행동 발생에 필수적인 요소로 보고 있다. 자해처럼 도발적이거나, 고통스런 자극에 대한 지속적인 경험의 영향은 대단히 광범위하다. 설령 자살에 대한 의지가 없더라도 이런 반복적인 연습은 사람들로 하여금 더욱 유능해지고 용감해지며 심지어 특정 행동에 대해 자신감을 증대시키는 효과를 발한다. 마음을 진정시키고, 고통을 경험시키는 효과를 보이며 더 깊은 감정적 고통으로부터 주의를 분산시켜 살아있는 느낌을 주기 때문에 혹은 내면세계와 현실세계의 조화를 회복시켜주기 때문에 자해를 감행한다(Nock, 2009; 서중환 등, 2017).

위의 종합적인 분석에 기초하여 본 연구에서는 실제 면담과정과 프로토콜을 구성하여 체계적인 심리부검을 실시하고자 하였다. 연구에 활용할 수 있는 체크리스트를 고안하여 구성하였고 이를 적용하여 면담을 실시하고자 하였다. 마지막으로 자살위험요인을 선별하여 한국에서 나타나고 있는 자살 유형을 찾아 세분화 하여 정책적 함의점을 찾아 보고자 하였다.

II. 방법론

1. 연구대상자 선정

완결된 자살사망자가 거주했던 곳(변사사건기록기준)을 기준으로 보면 서울 9명, 경기 52명, 인천 1명, 충남/충북 2명, 대구 4명, 대전 1명, 부산·울산 3명, 전남/전북 5명, 제주 1명 등 총 78명이었다. 모든 변사사건은 2005년에서 2014년 사이에 발생하여 법원에서 자살로 판결 난 사건이며 2010년 이후 발생한 사례는 이중 32%였다. 본 연구는 전수조사가 아닌 1)몇몇 협력 공공기관을 통한 신청자와 2)개별 지원자들이 있는 지역의 중심으로 표본조사가 실시되어 지역 간에 편중이 발생할 수밖에 없었다.

성별과 연령대의 경우 20대 이하는 남성이 75%로 상대적으로 여성보다 높았고, 30대는 남성이 64.7%로 여성보다 비교적 높게 나타났다. 하지만 40대는 여성이 66.7%로 남성보다 약간 높게 나타나 젊은 세대와는 다소 차이를 보였다. 50대와 60대 이상 두 세대의 경우 남성이 각각 73.7%, 88.9%로 여성보다 상당히 높았다. 결혼상태의 경우, 20대 이하는 미혼이 58.3%, 독신이 41.7%이었고, 30대는 기혼자 중 배우자나 동거인과 함께 거주 중인 경우가 47.1%로 나타났다. 이와 비슷하게, 40대, 50대, 60대도 각각 66.7%, 57.9%, 77.8%로 기혼이면서 배우자와 함께 거주 중인 경우가 가장 많았다.

2. 심리부검 연구절차

본 연구는 경찰청 산하 지방경찰청 각 경찰서, 광역 자살예방센터 간 업무협약체결 이후 심리부검을 실시하였다. 정보제공자와의 면담은 1)유가족 개별 접촉, 2)경찰서, 그리고 3)자살예방센터 산하 정신건강증진센터에서 상황에 따라 조율되었다. 본 연구자가 속한 연구팀에서 연구자와 조사원이 심리부검 면담을 실시하였고 이후에는 자살예방센터와 개별 전문상담기관에 위탁하여 사후 사례관리와 모니터링이 이루어졌다. 이 중 일부는 개인 접촉을 통해 심리부검이 이루어졌고, 대부분의 면담은 정보제공자의 자택에서 이루어졌으며, 일부는 정보제공자의 요청으로 근처 조용한 곳에서 진행되었다. 심리부검이 이루어진 사례는 총 78건이었고 이중 면담을 중도 포기하거나 유가족과 집적적인 접촉 없이 주변인들만의 면담이 있었던 6건을 제외한 72건에 대해서만 본 연구에

필요한 자료 분석이 이루어졌다. 유가족지원 단체 등을 통한 개별 접촉의 경우 중도에 포기한 사례는 없었으나 경찰서와 센터에서 소개한 4사례의 경우 면담도중 개인적 사정
으로 인해 포기하였고 2사례의 경우 심리부검 요건(예, 직계 유가족이 아닌 친구나 친척
혹은 정보제공자의 나이가 고령)에 충족되지 않아 정보량과 정확성이 떨어지는 것으로
판단하여 제외하였다. 개인적으로 지원한 경우 모두 자택에서 면담이 이루어졌고 관련
정보를 적극적으로 제공하는 등 적극적인 참여 의지를 보인 반면 기관을 통해 획득된
사례의 경우 상대적으로 동기와 참여 수준은 떨어지는 차이점이 나타났다.

3. 면담원 전문교육과 슈퍼비전

본 연구 책임자는 미국심리학회(APA)와 미국자살예방협회(AAS)에서 인증한 자격과
정 프로그램을 2회 이수하여 관련 전문가자격을 유지하였고 국내에서 다수의 심리부검
프로젝트와 실증적 연구를 진행하였다(서종한 등, 2012; 서종한, 2015). 본 연구자가
면담을 직접 실시하는 조사원을 대상으로 일정기간 집중 교육을 실시하였다. 현재 우리
나라에서는 중앙심리부검센터(보건복지부 산하)가 존재하고 있지만 그 교육과정과 자격
규정 등이 체계적으로 정립되어 각 학회나 정신보건 및 법과학 전문가 집단에서 폭 넓게
인정을 받고 있지 못하고 있고, 심리부검 관련 전문 위원회나 해당 전문가가 거의 존재
하지 않는다. 하지만 미국이나 핀란드, 캐나다, 영국 그리고 아시아국가 중 중국과 홍콩
에서는 심리 부검에 대한 교육안을 만들고 해당 권위자가 직접 교수하는 등 자격 규정과
관련된 부분이 어느 정도 체계적으로 정립되어 있다. 이에 따라 건강증진센터와 자살예
방센터 소속 직원 그리고 임상심리학과 소속 등 정신건강에 대한 배경지식이 있는 사람
들을 중심으로 조사원을 구성하였고 이들을 본 연구자가 교육한 후 감독하였다. 본 연구
자가 제작하여 사용한 교육 안에 들어가는 내용은 심리부검 개념, 체크리스트, 유가족
심리특성, 심리부검 면담 프로토콜, 시나리오 역할연습 등 이었다(구체적인 내용은 서종
한 등, 2012 참조). 이후 아주대학교 기관생명윤리위원회(IRB)에서 제공하는 연구원 윤
리지침 및 가이드 교육을 이수하였고 IRB 승인을 통과하였다.

4. 정보제공자 면담과정 프로토콜

연구진에서 개발한 심리부검 프로토콜은 면담이 포함되어 있으며 그 과정을 크게 전·중·후반부의 3 세션으로 구성하였다. 면담을 시작하기 전에는 조사원을 간략하게 소개하고 본 연구의 목적과 취지에 대해 고지하도록 하였다. 곧 연구 목적을 위해 개인정보 이용 동의를 구하도록 하였다. 면담은 원칙적으로 자율기술 형식으로 이루어지도록 하였고 정보제공자가 연대기적 기술을 할 경우에는 조사원이 중간에 간섭하거나 흐름을 끊지 않도록 하였다. 정보제공자 상태를 살펴보고 중간에 쉬는 세션을 삽입하였고 조사원이 정보제공자와 충분한 라포를 형성한 후 면담이 진행될 수 있도록 하였다. 또한 조사원인 면담 가이드 질문을 기계적으로 읽지 않도록 하고 정보제공자가 충분히 진술할 시간을 갖고 난 후 부족한 정보를 중심으로 선택적으로 탐색질문을 하도록 하였다(Isometsa, 2001; 김경일, 서종한, 2014). 가급적 지시적인 지침, 성급한 훈계, 자살 이유를 성급하게 설명하려는 시도에 대해서는 자제하도록 하여 정보제공자 받을 2차 피해를 최소화하였다(Isometsa, 2001). 면담이 종결된 뒤에는 사후 팔로업으로 정보제공자가 면담을 통해 느낀 감정과 생각에 대해 이야기 했으며 이후 상담 등 도움을 받을 수 있는 주변 상담 기관을 소개하였다. 면담전체는 서종한 등(2012)과 Conner 등(2012)이 제시한 반구조화된 면담 방식(semi-structured interview)을 따랐다. 면담과정에서 일부 유가족은 사망자의 사망 유형에 대해 의문을 제기 하거나 자살로 보지 않는 경우도 있는데 조사원이 이에 대해 반론을 제기하거나 강요하는 듯한 태도는 지양하도록 했다(Isometsa, 2001).

5. 면담 시 고려 사항(윤리 및 사후 면담 등)

한국과는 달리 캐나다, 미국, 유럽 등 일부 국가의 서구사회에서는 비교적 자살사망자가 발생한 경우 자살예방이라는 목적에 공감을 표하며 적극적으로 심리부검 절차에 협조를 하려 하지만, 한국 뿐 아니라 중국, 홍콩, 대만 등 아시아국가에서는 가족이 자살로 사망하는 경우 이를 감추려하거나 오히려 죄책감을 느끼며 덮으려고만 하는 경향이 있어 심리부검에 어려움이 상대적으로 따를 수밖에 없었다. 따라서 본 제한점에 기초하여 면담 시 1) 인터뷰 접촉시기 및 방법, 2) 비밀과 익명성 보장, 3) 개인정보동의, 4) 연구자 신분공개, 5) 사후관리 및 조사원 감독 등을 고려하도록 하였다.

가. 인터뷰 접촉 시기 및 방법

심리부검 연구과정에서 가장 중요하게 다루어져야 하는 부분은 정보제공자와 어떻게 접촉하고 어떤 시기에 면담을 결정해야 하는 지에 대한 부분이다. 초기에 정보제공자와의 접촉에서 목적과 취지에 대한 전달이 이루어져야 하나 강요적인 태도는 절대 피해야 한다. 정보제공자의 동의가 있더라도 적절한 애도기간(3~6개월; Beskow, 1979; Brent et al., 1998; 서종한 등, 2012; Connors et al., 2012)이 지난 이후 재접촉을 시도하였다(서종한 등, 2012; 서종한, 2015; 권호인, 고선규, 2016). 하지만 너무 긴 애도기간은 기억에 편향과 오염을 일으킬 가능성이 있기 때문에 5년 이상의 시간을 보낸 정보제공자에 대해서는 부차적인 정보나 이를 뒤받침 할 수 있는 다른 정보제공자의 추가 정보를 확보하도록 노력하였다. 본 연구의 경우 정신건강센터와 경찰서에서 관리하는 정보제공자 혹은 정보제공자가 직접 개별적으로 본 연구자에게 접촉한 경우가 많았다. 구체적으로 본 연구자가 홍보한 계시물을 보고 직접 신청한 경우를 제외하고, 경찰서의 경우 자살변사사건 발생 시 유가족 심리지원 과정에서 심리부검에 대한 내용을 설명하여 향후 협조를 부탁하였고 정신건강증진센터의 경우 기관에 등록된 유가족이 센터를 찾아올 때 심리부검 내용에 대해 자연스럽게 소개하였다. 이에 관심을 보여 소개책자 발송과 개별접촉 등에 대해 동의를 받은 경우에만 연락처와 주소를 대상자로부터 수집하였고 이 후 소개문이나 관련 우편물을 송부하는 등 개별 접촉을 재차 시도하였다.

나. 비밀과 익명성

정보제공자의 가장 큰 관심사는 정보제공자의 신분 노출과 제공된 자료가 언론이나 제 삼자에 공개되어 사생활 침해를 받는 것에 대한 우려에 있다(신성원, 2005; 서종한 등, 2012). 따라서 심리부검 연구에서 개인의 사생활과 민감정보 비밀보장은 매우 민감한 주제일 수밖에 없다(개인정보보호법 제 23조). 면담 과정 전반에 걸쳐 정보제공자의 비밀과 익명성 보장에 대해 반복해서 고지하였고, 정보제공자가 이에 대해 이해한 상태에서 심리 부검이 이루어져야 하며 심리부검을 실시 중이라 하더라도 정보제공자가 면담을 원치 않을 때 언제든지 면담이 종결 될 수 있다는 사실을 알려 주었다. 또한 정보제공자에게 개인 비밀을 보호하기 위한 본 연구자의 방법에 대해 구체적으로 설명해 주었

다. 예를 들어, 이름, 주민등록번호 등 개인 정보는 삭제되거나, 자료를 분석할 경우 숫자로만 표기된다는 등 분석 과정에서 신분을 식별할 수 있는 모든 자료가 삭제된다는 점을 알려 주었다. 마지막으로, 이를 보장하기 위해 개인정보동의서를 작성하고 서명을 하여 근거 자료를 남겨 놓았다. 개인정보동의서에는 연구의 목적에서부터 비밀보호와 관련된 모든 요소를 포함하였다.

다. 개인정보동의

개인정보동의서는 심리부검의 목적과 취지를 정보제공자가 충분히 이해할 수 있도록 풀어서 설명하도록 하였고, 심리 부검 면담의 전반의 과정, 소요 시간, 면담과정 중 충분한 휴식을 취할 수 있다는 내용을 정보제공자가 이해하기 쉽게 기재하도록 하였다. 무엇보다도, 심리부검을 통해 야기될 수 있는 위험요인 즉, 면담 종결 후 정보제공자가 가질 수 있는 불편한 감정과 이를 해결할 수 있는 전문 상담관의 연락처도 함께 고지하였다. 심리 부검을 통한 혜택, 이를 테면 사례비나 면담비용 혹은 상담비용 지불 등에 대한 부분과 연구비 지원, 참가비 등에 대한 이야기, 연구비의 출처도 함께 고지하였고 명확히 정보제공자가 자발적으로 참여하는지에 대해 개방형으로 그 의사를 물어 보았다. 구체적으로 면담자는 정보제공자에게 ‘귀하는 본 연구에 자발적으로 참가하였습니다. 언제라도 연구 참여에 대한 중지할 수 있고 면담중이라도 중단 할 수 있으며 이러한 결정에 대해 어떠한 불이익도 따르지 않습니다.’라는 내용을 전달하였다.

라. 연구자의 신분 공개와 면담 시작

Cooper(1999)와 서중환 등(2012)의 연구에서 제시 된 바와 같이, 면담 전에 연구자는 자신의 신분과 소속을 간략히 소개하고 조사에 대한 협조에 대해 감사를 표하였다. 일반적으로 상담 형태의 면접으로 시작하고, 처음부터 심리부검 체크리스트를 읽거나 딱딱하게 피의자를 취조하듯이 질문하는 것은 지양하고 자유기술로 대화를 끌어가면서 적절한 라포를 형성하였다. 정보제공자가 편안한 분위기를 느껴서 자연스럽게 관련 정보를 이야기할 수 있도록 만드는 것이 중요하다. 정보제공자의 이야기가 시작되면 중간에 말을 끊거나 개입하려 하지 말고 편안한 분위기에서 자신의 생각과 경험을 이야기

할 수 있도록 격려하고 지지하도록 하였다(서중환, 2015). 평균적으로 면담 진행 시간은 3시간에서 5시간 사이가 소요되었으며, 정보제공자의 상태와 요구에 따라 중간에 쉬는 시간을 가지도록 하였다. 유족과 자살사망자가 오랜 기간 떨어져 지냈거나 최근 만나지 못한 경우 자살 직전의 정신과적 진단 내역과 상담 경험 등에 대한 정보를 상세히 알 수 없었다. 독신으로 지낸 자살 사망자의 경우 상당기간 가족과 단절된 채 지내왔기 때문에 최근의 대인관계와 스트레스 문제에 대한 구체적인 정보를 얻기에는 제한점이 따를 수밖에 없었다.

마. 정보제공자 사후관리 및 조사원 감독

심리 부검 면담이 종결된 후 정보제공자가 심리적 불편감을 경험하고 있는지 체크하였고 불편감이 지속될 경우 가까운 상담기관, 자살예방센터, 정신과를 소개하여 적절한 치료를 받을 수 있도록 하였다. 또한 심리 부검 조사원은 면담 종결 전에 정보제공자가 자신의 감정을 잘 가다듬을 수 있도록 충분한 시간을 갖도록 하였고, 조사원이 강압적으로 정보제공자의 상태에 상관없이 시간적인 이유로 면담을 종결하지 않도록 했다. 면담 종반에 정보제공자의 상태를 충분히 지켜보면서 Beskow 등(1990)이 제시한 것처럼 상담 서비스를 받을 수 있는 기관에 대해 정보제공자에게 조언하였고, 지속적인 상담의 필요성을 느낄 때 적극적으로 정보제공자에게 상담을 받아 볼 수 있도록 조언하였다.

또한 Beskow는 심리부검 조사자에 대한 지속적인 감독이 심리부검에 대한 높은 윤리적 기준을 보장할 수 있다고 주장하였다. 본 연구는 그가 제시한 심리부검 조사자에 대한 감독 방법을 따랐다. 첫째, 책임연구원은 담당 조사자가 기존 연구 원안대로 엄격하게 진행하도록 조사자를 강제하였다. 예를 들어, 정보제공자에 대한 접촉은 반드시 연구 설계의 지침(기존 IRB 지침)을 준수하도록 하였다. 둘째, 감독은 정보제공자가 반드시 적절한 지원기관에서 서비스를 제공받을 수 있도록 조사자를 강제하여 소개하도록 하였다. 셋째, 감독은 조사의 비밀성이 보장되도록 조사자를 강제하여 관리하였다. 예를 들어, 연구 목적을 위해 자살사망자에 대한 의학적 기록이 공개되어야 할 때, 반드시 연구 설계의 지침(IRB 지침)에 따라 각 사례의 신상에 대한 정보는 철저히 보호하였다(신성원, 2005 재인용).

6. 측정도구

가. 참고자료 출처

심리부검에 활용했던 정보출처는 크게 5가지로 나뉜다. 경찰사법기관, 정신과 및 상담기관/센터, 병원 및 응급실, 정신건강증진센터, 마지막으로 정보제공자가 소지하고 있었던 사망자에 대한 기록 등이었다. 경찰기관에서 열람 혹은 획득할 수 있는 자료는 1) 경찰청 수사보고서, 2) 부검, 검시 기록, 3) 병원 기록, 4) 사망 전 처방 받은 약물 기록, 5) 범죄행동분석 보고서 등이었다. 정신과 및 상담기관을 통해서 확인할 수 있었던 정보는 1) 상담기록, 2) 진단기록, 3) 약물 복용 기록 등이었다. 병원 및 응급실 등을 통해 1) 진단기록, 2) 약물 복용 기록, 3) 치료 기록 등을 확인할 수 있다. 필요한 경우 경찰기관과 협조체계 구축 후 관련 자료를 일부 열람하였고 병원 기록 및 그 이외의 기록 자료는 정보공개 요청 등을 통해 획득하였다.

나. 심리부검체크리스트(서종한, 김경일, 2014)

본 연구의 면담 과정에서는 보건복지부 연구용역 과정에서 서종한과 김경일(2014)이 제작한 「심리부검체크리스트」를 활용하였다. <표 1>에 자세히 기술된 바와 같이, 이 체크리스트는 크게 1) 일반정보, 2) 사망자 자살행동 및 사망 정보, 3) 사망자 건강상태(신체적 및 정신적) 정보, 4) 사망자 주변인 정보, 5) 마지막으로 사망자 언어적 정보로 나누어져 있다.

표 1. 심리부검체크리스트 항목 기술

항목	상위 항목	문항수	하위 항목
1	일반정보	65	정보수집 방법과 정보제공자 기본정보, 직업력, 경제력, 군 과거력/여성관련, 성격과 생활방식
2	자살행동 사망정보	11	자살행동정보, 사망 전 위험상황 노출 및 자살행동 정보(생각부터 시도까지)
3	건강상태	17	신체 및 정신건강 관련 정보 기술
4	주변인 정보	19	주변 가족 등에 대한 기술
5	언어 정보	3	유서, 편지 등 각종 기록물과 관련된 정보
6	보호요인	4	보호요인에 관한 정보

7. 분석방법

SPSS 21.0을 이용하여 수집된 자료를 바탕으로 다음과 같이 통계처리 하였다. 먼저 본 심리부검 연구를 통해 자살사망자 집단에서 나타나고 있는 위험요인과 기존 심리부검 문헌 등을 바탕으로 자살사망과 가장 관련성이 높은 위험요인 12개를 선별하여 준거변인으로 삼았다(Wei & Chua, 2008; 한국자살예방협회, 2009; Chen, Chien-Chang, Yousuf & Yip, 2011; 서종한 등, 2012; 이구상 등 2012; 김경일, 서종한, 2014; 송혜진, 2013; 권호인, 고선규, 2016). 각각에 대해 이분형 방법(유, 무)을 사용해서 계층적 군집분석(hierarchical method; 군집 형성에 위계가 있어 한 군집에 속하게 된 두 개체는 다시 흩어지지 않는 방식)을 실시하였다. 이 방법은 변수 값들의 차이를 제공한 거리인 유클리드(Euclidean distance)를 다시 제공한 값을 최소화 하도록 군집들을 병합시키는 방법이다. 군집유형에 적용한 12개 관련 준거에 대해서는 각 군집 유형별로 빈도수와 백분율을 적용하여, 70% 이상일 때 “고”, 50% 이상 70% 미만 사이 일 경우 “중”, 50% 미만일 때 “저” 등으로 3단계 수준으로 분류하였다. 즉 빈도수와 백분율이 “고(70% 이상일 경우)”일 경우 각 군집은 그 변인에 대한 특성을 높게 반영한다고 볼 수 있다. 상기 백분율에 따라 3단계 수준으로 구분한 근거는, Sea 등(2014), 서종한 등(2010) 그리고 서종한 등(2012)이 제시한 분류 기준을 따랐다. 준거를 포함하는 수준에 따라 각 군집 유형 결과를 해석하여 4개의 군집 유형으로 분류하였고, 각 군집 유형별 관련 변인들 차이를 검증하기 위해 다변량분석, 교차분석을 순차적으로 실시했다.

III. 결과

표 2. 군집유형 12개 준거변인 기술

연번	준거변인	존재유무	상세내용
1	대인관계	있음	최근 대인관계 멀어지거나 갈등과 불화가 이어지고 가족을 포함한 인간관계 수준이 단절되어 있는 상태
		없음	최근 대인관계 갈등 및 불화, 단절 등이 존재하지 않음
2	경제적 문제	있음	최근 파산, 회생절차, 본인이 감당할 수 없는 수준의 빚, 최근 실직 등으로 인한 심각한 수준의 경제적 어려움(고용문제포함) 가중
		없음	최근 본인이 감당할 수 없을 만큼의 경제적 가중을 경험하지 않음
3	정신과적 문제	있음	최근 기분장애, 정신병증 증상, 망상장애 등 진단 경력
		없음	최근 위에서 언급한 진단 경력은 존재하지 않음
4	자해 및 자살 시도	있음	최근 1회 이상의 자해 및 자살시도, 이 경우 비자살적 자해시도 포함
		없음	최근 자해 및 자살시도 경력이 존재하지 않음
5	생애사건 노출	있음	최근 스트레스를 경험하는 생애사건이 4건 이상인 경우(구체적인 생애사건은 목록 표를 참고)
		없음	최근 생애사건 4건 이하의 미미한 수준의 스트레스를 경험 함
6	주변자살행동/시도 노출	있음	가족/지인 등의 자살행동에 대한 노출
		없음	가족/지인 등의 자살행동 노출이 존재하지 않음
7	치료기관 서비스 접촉	있음	지금까지 치료기관(방문/입원 등) 경험
		없음	지금까지 치료기간 경험이 존재하지 않음
8	자살의도/사고 노출	있음	최근 자살에 대한 관념을 갖고 외부인에게 그 의사를 내비치는 상태
		없음	최근 자살 관념뿐 아니라 의사를 내비친 적이 존재하지 않음
9	다른 관련 정보	있음	최근 급격한 상실과 무기력감, 개인의 성격으로 인한 심각한 스트레스 반응 대처
		없음	최근 상실감, 무기력감, 심각한 스트레스 반응 대처에 어려움이 존재하지 않음
10	18세 미만 양육경험(역기능 & 외상적 경험)	있음	18세 미만 아동기, 청소년 중 양육자로부터 지속적인 분리, 방임, 학대 등을 경험
		없음	18세 미만 분리, 방임, 학대 등에 대한 경험이 존재하지 않음
11	음주/약물 남용	있음	알코올, 항정신성 약물 복용 경험
		없음	알코올, 항정신성 약물 복용 경험이 존재하지 않음
12	주변(가족/지인)정신질환노출	있음	가까운 가족이나 지인 중 정신질환 경험이 있거나 이로 인한 자살경험이 있을 경우
		없음	가까운 가족이나 지인 중 정신질환 경험 혹은 자살 경험이 존재하지 않음

주: '최근'에 대한 명확한 기준은 명확히 존재하지는 않지만 과거 선행연구를 보면 통상 3개월에서 6개월 사이 전으로 잡고 있음(Douglas et al., 2013; Hart et al., 2003). 이를 기준으로 '최근'을 자살사망일을 기준으로 3~6개월 사이로 잡았음.

<표 2>에 제시된 12개의 관련 준거변인을 바탕으로 계층적 군집 분석을 실시하였다. 이 후 데이터를 2개로 나누어 제1의 군집의 반분결과와 제2의 군집 반분결과를 전체의 결과와 비교하여 군집분석 신뢰도를 평가 하였다. 군집화에 따른 분석 절차는 Sea 등 (2014)이나 Knight과 Prentky(1990)에서 활용한 방식을 따라 진행하였다. 구체적으로 군집화 일정표(Agglomeration Schedule)에서 군집의 수가 4개일 때 유사성 변화(13.5)가 가장 많았고 수직고드름(VICICLE) 형식으로 묶이는 차례에 따라, 군집의 수를 4개로 지정했을 때 군집별 사례수가 적절하고 유형 분류의 해석적 의미가 극대화되므로 본 연구자들 간 심층 논의를 통해 군집 유형의 수를 4개로 최종 결정하였다. 마지막으로 본 데이터를 크게 2개로 나누어 신뢰도를 분석한 결과, 신뢰도는 .74로 양호하게 나타났다.

표 3. 유형별 12개 준거변인 차이

	대인관계문제		경제적문제		정신과적 문제 관련		서비스 접촉 관련 정보		자해자살 시도경력		생애사건 수 ≥4건 (평균=3.56)	
	없음	있음	없음	있음	없음	있음	없음	있음	없음	있음	없음	있음
군집1 N=12	9 75.0%	3 25.0%	7 58.3%	5 41.7%	10 83.3%	2 16.7%	7 58.3%	5 41.7%	10 83.3%	2 16.7%	12 100.0%	0 0.0%
군집2 N=18	3 16.7%	15 83.3%	3 16.7%	15 83.3%	17 94.4%	1 5.6%	16 88.9%	2 11.1%	16 88.9%	2 11.1%	5 27.8%	13 72.2%
군집3 N=22	1 4.5%	21 95.5%	11 50.0%	11 50.0%	17 77.3%	5 22.7%	16 72.7%	6 27.3%	2 9.1%	20 90.9%	14 63.6%	8 36.4%
군집4 N=20	2 10.0%	18 90.0%	6 30.0%	14 70.0%	6 30.0%	14 70.0%	4 20%	16 80%	12 60.0%	8 40.0%	8 40.0%	12 60.0%
전 체 N=72	15 20.8%	57 79.2%	27 37.5%	45 62.5%	50 69.4%	22 30.6%	43 59.7%	29 40.3%	40 55.6%	32 44.4%	39 54.2%	33 45.8%

유형	준거		주변지인 자살행동노출		자살의도노출		다른 관련 정보/스트레스 반응		초기 양육경험		음주약물남용		주변정신질환 노출	
	없음	있음	없음	있음	없음	있음	없음	있음	없음	있음	없음	있음	없음	있음
군집1 N=12	8 66.7%	4 33.3%	2 16.7%	10 83.3%	10 83.3%	2 16.7%	4 33.3%	8 66.7%	12 100.0%	0 0.0%	11 91.7%	1 8.3%		
군집2 N=18	17 94.4%	1 5.6%	4 22.2%	14 77.8%	2 11.1%	16 88.9%	13 72.2%	5 27.8%	15 83.3%	3 16.7%	17 94.4%	1 5.6%		
군집3 N=22	15 68.2%	7 31.8%	4 18.2%	18 81.8%	2 9.1%	20 90.9%	15 68.2%	7 31.8%	9 40.9%	13 59.1%	15 68.2%	7 31.8%		
군집4 N=20	3 15.0%	17 85.0%	4 20.0%	16 80.0%	0 0.0%	20 100.0%	10 50.0%	10 50.0%	11 55.0%	9 45.0%	7 35.0%	13 65.0%		
전 체 N=72	43 59.7%	29 40.3%	14 19.4%	58 80.6%	14 19.4%	58 80.6%	42 58.3%	30 41.7%	47 65.3%	25 34.7%	50 69.4%	22 30.6%		

표 4. 군집유형별 프로파일

유형 분류	세부 특징
1 급성 스트레스	생애 사건의 급성 반응으로 자살과정의 발생 / 다른 유형에 비해 부모경험에서 분리·학대·위협 등 존재. 예) 특별한 생애 사건이 없었던 사람이 특정 급성 사건에 촉발되어 사망하는 경우
2 만성 스트레스	정신과적 문제는 없지만 오랜 기간 생애 어려움 사건, 환경 실패, 가정 관계 문제, 가정폭력, 성격문제 및 스트레스 반응, 낮은 자존감 그리고 열악한 대인관계, 경제적 사건. 예) 장기간의 경제적 어려움, 대인관계 손상, 실업, 반복적인 생애사건과 스트레스 경험, 심각한 스트레스 반응 등으로 사망
3 자해/자살시도·의도 표현	적극적 자해/자살시도, 자살의도 노출 지향, 일부분의 장기적 손상(대인관계)과 일부분의 정신과적 문제도 혼합. 예) 대인관계 문제가 심각하고 스트레스 반응이 심한 상태에서 자해, 자살시도, 자살표현이 적극적인 과정에서 사망
4 정신과적 문제	정신과적 장애, 최소한 하나 이상의 정신과적 문제가 존재. 예) 정신과적 진단을 받고 1) 장기 혹은 2) 단기간 생애 사건을 경험 하면서 정신질환 악화와 맞물려 사망

1. 급성 스트레스 유형

이 유형은 생애 사건의 급성(촉발적) 반응으로 자살이 이루어졌다. 다른 유형에 비해 부모경험에서 분리·학대·위협 등 존재했고 특별한 생애 사건이 없었던 사람이 특정 급성 사건에 촉발되어 사망하는 경우라고 볼 수 있다. 이 유형 중 급성 대인 스트레스 하위 유형으로 D 지역에서 발생한 고등학생 자살 사건이 있다. 자살사망자는 16세로 맞벌이 부모 밑에서 성장하였고, 형이 있는 4인 가구였다. 사망자는 초등학교, 중학교까지 중위권 이상의 성적을 유지하며 주변 친구와도 원만한 관계를 맺고 생활해 왔었다. 하지만 중학교 졸업 즈음 친구의 권유로 일진회를 가입하였고, 가입 후 폭력 씨클이라는 사실을 알게 된 자살 사망자는 탈퇴하려고 했다. 하지만 이를 안 일진회 회원들이 학대와 따돌림을 가했고 이로 인해 사망자는 급격히 성격이 의기소침해졌고 주변을 경계하는 등 강박행동을 보이기도 하였다. 또한 부모와의 대화가 단절되고 혼자 있는 시간이 급격히 많아지는 등 우울감을 보였다고 진술했다. 자살 전에는 부모의 출장일을 묻고 손톱을 깎아 달라는 등 자살에 대한 준비를 하였고, 부모가 없는 사이 집안에서 줄을 이용하여 목을 매 사망하였다. 유서를 남기지지는 않았다.

2. 만성 스트레스 유형

이 유형은 특별히 정신과적 문제는 없지만 오랜 기간 생애 어려움 사건, 환경 실패, 가정 관계 문제, 가정폭력, 성격문제 및 스트레스 반응, 낮은 자존감 그리고 열악한 대인 관계, 경제적 사건 등을 경험하였다. 장기간의 반복적인 생애사건과 스트레스 경험, 심각한 스트레스 반응 등으로 사망한 경우이다.

만성적 복합 스트레스 유형으로 분류된 20대 자살사망자의 사례를 보면, 부모가 기독교 사역활동으로 바빠 충분한 관심을 받지 못하고 남동생과 함께 방치되는 일이 잦았다. 그래서 어려서부터 남동생을 돌보며 집을 지켜야 하는 압박을 많이 받았다. 교회일이 없는 평일에도 부모와 함께 있는 시간이 적었고, 사망자는 부모와 같은 교회를 다닌 적이 없어 적절한 유대감과 소속감을 형성할 기회도 없었다. 부모 역시 부부불화, 별거 등 성숙하지 못한 모습을 보여주었고, 동생과도 심한 갈등이 있었다. 동생은 따돌림 피해로 인해 이상행동을 보여 병원에 입원 치료를 받은 적도 있었다. 이렇게 가족 구성원들 간의 불화가 심한 상태에서 성장하면서 사망자는 학교생활에서도 또래들과 잘 어울리지 못하는 등의 문제를 보이기도 했다.

경제적인 어려움도 있어 대학에 입학했을 때부터 대학 등록금을 대출 받아 다니는 상황이었고, 생활비를 벌기 위해 아르바이트를 하면서 생활하였다. 대학 생활을 하면서도 기독교 동아리 모임에서 많은 일들을 자신이 하려고 했지만 오히려 많은 일 때문에 심하게 힘들어 했고, 동아리 회원들과도 관계가 원만하지 못했다. 이 일로 부모에게 교회일과 학업, 동아리 일이 너무 많아 힘들다고 울며 하소연하는 경우가 많았다. 자살 전 동아리 친구가 봉사활동 갔다가 매몰되어 사망하는 사고가 있었고 불면증과 소화 불량 등으로 체중이 심각하게 빠졌고 모친에게는 자살과 천국에 대한 질문을 하기도 했다. 이처럼 만성 복합 스트레스 자살유형은 생애 초기부터 자살 사망 당시까지 대인관계 적응, 학업, 가족에서의 문제, 경제적인 문제가 장기간 혼합되어 스트레스가 가중되어 자살하는 경우이다.

3. 자해/자살시도·표현 유형

이 유형은 적극적 자해/자살시도, 자살의도 노출 지향, 일부분의 장기적 손상(대인관

계)과 일부분의 정신과적 문제도 혼합하여 발생한 유형이다. 예를 들어, 대인관계 문제가 심각하고 스트레스 반응이 심한 상태에서 자해, 자살시도, 자살표현이 적극적인 과정 중에 사망한 경우이다. 지속적인 자살시도, 자살위협, 반복적인 자해시도 등으로 자살한 사례를 보면, 자살사망자는 젊었을 때 부친을 잃고 가난하게 성장하였다. 결혼 전인 스물세 살 때 딸을 낳았고 원치 않는 결혼을 하게 되었다. 21년간의 결혼 생활을 했지만, 남편의 음주 폭력과 모멸감을 주는 언어적 학대로 힘들어 했고, 이때마다 남편이 보는 앞에서 수십 차례의 자살시도가 있었다. 남편 등 가족이 있는 자리에서 매년 2~3차례 자살시도를 하였고, 베개 밑에다 끈이나 칼등을 감춰 두는 등 자살을 준비했다. 남편과는 10여 년 동안 각방 생활을 했고 끝내 남편의 외도로 이혼했다. 이혼 과정에서 남편이 여성 2명 사이에서 양다리를 한 정황을 알게 되는 등 자존심에 크게 상처를 입었지만 결혼관계를 유지하기를 바랐던 고인과는 달리 남편은 직접 이혼을 종용했다. 이혼 후 지역사회가 좁아 남편과 아는 사람들과의 관계가 거의 단절되었고, 딸이 서울로 유학을 가게 되면서 정신적 불안 상태가 심해졌다. 사망 전 모친이 질병으로 사망하게 되고 경제적인 어려움이 커지자 주변 사람들에게 자살 의도를 내비쳤다. 이처럼 유형3은 반복적인 자해 시도 및 자살 위협 등 내비치면서 결국에는 자살 사망에 이르는 경우이다.

4. 정신과적 문제 유형

이 유형은 정신과적 장애, 최소한 하나 이상의 정신과적 문제가 존재한 경우이다. 이를 테면, 정신과적 진단을 받고 1) 장기 혹은 2) 단기간 생애 사건을 경험 하면서 정신 질환 악화와 맞물려 사망한 유형이라 볼 수 있다. 이 유형으로 분류된 자살사망자는 7년 전 정신질환 진단을 받고 오랫동안 병을 앓아 왔고, 외래진료를 받으면서 장기간 약물을 복용해 왔다. 대인관계는 다니던 교회 목사님 이외에는 거의 없었다. 막노동 일을 하며 생계를 유지했고, 정신질환 진단을 받은 후에는 막노동도 못하고 정신장애 등급으로 인한 정부보조금만으로 생활하였다. 하지만 사망 전 지원 정책 변화로 인해 정신장애 등급이 하락하여 지원금이 상당부분 감소하였고, 이로 인해 경제적 어려움이 심화되어 경제적, 심적으로 힘든 상황에 처했다. 사망 전에 정신분열증상으로 하나님의 음성이 들리거나, 로또번호를 알려주겠다 혹은 담배를 끊어라 등의 환청이 들렸고, 기분변화가 동반된 조울증까지 진단 받았다. 음주도 지속적으로 이루어졌고, 알코올 복용

이 심해지면서 주변 형제들과도 잦은 다툼이 발생해 가족 간의 관계도 거의 단절된 상태였다.

이 자살사망자는 장기간 정신과적 문제로 경제, 신체, 대인관계에 심각한 손상을 받고 약물중단과 경제적 악화로 정신질환 증세가 악화되면서 자살에 이르게 된 정신과적 문제 유형이라 볼 수 있다.

5. 자살사망자 4가지 유형별 배경정보

<표 5>는 자살유형에 따른 기본적인 배경특성을 보여주고 있다. 유형2가 남성 비율(83.3%)이 가장 많았고 평균 연령대를 보면 유형 3이 48.7세(sd=15.1)로 다른 유형보다 상대적으로 높았다. 결혼상태에서는 4가지 유형 모두 기혼상태가 가장 높은 비율을 나타냈고 그 중에서도 유형 3이 기혼상태가 가장 높았고(72.7%) 유형 1은 비교적 독신 비율이 높았다(41.6%). 전체적으로 동거인과 함께 거주하고 있는 비율이 혼자거주 비율보다 높았고 동거중인 경우 대체로 가족 중 배우자와 자녀와 함께 지내고 있었다. 4가지 유형모두 무직비율이 30%에서 45%사이에 분포하고 있어 직업을 가지고 있었던 경우가 다소 높게 나타났다.

표 5. 4가지 유형에 따른 배경정보

변인	유형1		유형2		유형3		유형4		Statistic*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
성별(남성)	9	75	15	83.3	11	50	12	60	0.035
연령M(SD) ¹	40.8(14.9)		41.6(12.9)		47.7(15.1)		43.8(14.0)		t=1.233
20대 이하	3	25	3	16.7	3	13.6	3	15	0.694
30대	4	33.3	5	27.8	3	13.6	5	25	
40대	0	0	5	27.8	6	27.3	4	20	
50대	4	33.3	4	22.2	5	22.7	6	30	
60대 이상	1	8.3	1	5.6	5	22.7	2	10	
결혼상태									0.019
기혼	5	41.7	8	44.4	16	72.7	9	45	
사별	0	0	0	0	1	4.5	0	0	
이혼	0	0	4	22.2	2	9	3	15	

변인	유형1		유형2		유형3		유형4		Statistic*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
독신	5	41.7	0	0	2	9	5	25	
미혼	2	16.7	6	33.3	1	4.5	3	15	
학력									
무학	0	0	0	0	1	4.5	0	0	
초등학교 이하	1	8.3	1	5.6	1	4.5	3	15	0.854
중학교 이하	1	8.3	4	22.2	2	9.1	1	5	
고등학교 이하	5	41.7	8	44.4	7	31.9	7	35	
대학교 이상	5	41.7	5	27.8	10	45.5	9	45	
동거인									
혼자거주	4	33.3	5	27.9	4	19.2	5	25	0.463
배우자/자녀	4	33.3	5	27.9	14	63.6	10	50	
부모/형제	2	16.7	5	27.9	3	13.6	5	25	
친구(들)	1	9.3	1	5.6	0	0	0	0	
종교									
불교(원불교)	0		1	5.6	2	9.1	2	10	0.473
기독교(통일교)	3	25	4	22.2	9	40	9	40	
천주교	0		2	11.1	3	15	3	15	
무교	9	66.7	10	55.5	7	35	7	35	
직업(무직)	5	41.7	8	44.4	7	31.8	8	40	0.856

주: * Fisher's exact test used because of the number of frequency; 1 t-test; '성별과 '결혼 상태'에서 유의미한 유형별 차이를 보임

6. 유형별 자살사망 특징

<표 6>은 자살유형에 따른 자살사망 과정에 대한 특징을 보여주고 있다. 4가지 유형 모두 액사가 가장 높게 나타났다(각각 58.3%, 38.9%, 68.2%, 75%). 다음으로 투신이나 가스 등에 의한 중독이 많이 나타났다. 하지만 음독이나 칼 등을 이용한 직접적인 자살방식은 많이 보이지 않았다. 유형에 상관없이 자살사망자가 대체로 주변에 도와줄 수 있는 사람과의 접촉은 없었던 것으로 나타났다. 자살직전 마지막 접촉 대상자 중 유형 1, 2, 3은 접촉 대상이 거의 없었지만(각각 66.7%, 83.3%, 86.4%) 유형 4(정신과적 문제형)은 치료를 받는 과정에서 의사나 목사 등을 만나 도움을 받아 왔던 것으로 나타났다(60%). 자살시 비음주 비율이 가장 높았던 유형은 유형2(75%)였고 유형

3(46.2%)이 가장 낮았다. 자살시 알코올을 한 병 이상 과음을 가장 많이 한 유형은 유형3(38.5%)이었다. 유서를 가장 많이 남긴 유형은 유형2(66.7%)였고 유형3은 가장 적었다. 자해/자살시도유형과 정신과적 문제 유형은 유서 작성 비율이 낮았다(각각 31.8%, 35%)

표 6. 4가지 유형에 따른 자살사망 특징

변인	유형1		유형2		유형3		유형4		Statistic*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
자살 방식									
향정신성 약물 음독	1	8.3	0	0	0	0	1	5	0.569
다른 고형 또는 액상 물질 음독	0	0	1	5.6	1	4.5	2	10	
가스나 증기에 의한 중독	2	16.7	5	27.8	2	9	0	0	
목매달기 혹은 질식에 의한 자살	7	58.3	7	38.9	15	68.2	15	75	
칼 등의 도구 이용	0	0	1	5.6	0	0	0	0	
높은 곳에서 투신	2	16.7	3	16.7	3	13.6	2	10	
기타	0	0	1	5.6	1	4.5	0	0	
최초 발견									
119 구조대	1	8.3	3	16.7	2	9.1	1	5	0.759
가족(친족 등)	7	58.3	9	50	10	45.5	14	70	
가족 이외 사람 신고(우연한 발견 등)	4	33.3	4	22.2	9	40.9	4	20	
기타 등	0	0	2	11.1	1	4.5	1	5	
도움요청									
도와줄 수 있는 사람과의 접촉 없음	8	66.7	13	72.2	18	81.8	16	80	0.820
접촉은 하였으나 특별한 요청은 없음	3	25	4	22.2	3	13.6	4	20	
마지막접촉									
정신보건 담당자(정신과 의사 등)	0	0	0	0	0	0	4	20	0.008
종교계 관계자(목사 등)	1	8.3	0	0	0	0	1	5	
정신보건 이외의 의사	1	8.3	2	11.1	1	4.5	5	25	
법조인 등	0	0	0	0	1	4.5	0	0	
접촉 상대 없음	8	66.7	15	83.3	19	86.4	8	40	
자살시 음주량									
비음주	7	70	12	75	6	46.2	13	68.4	0.246
소주 한 병 이내	3	30	1	6.3	2	15.4	2	10.5	
소주 한 병에서 두병 사이	0	0	1	6.3	3	23.1	4	21.1	
소주 3병 이상	0	0	2	12.5	2	15.4	0	0	
유서 작성 여부(있음)	6	50	12	66.7	7	31.8	7	35	0.032
유서 자살이유 설명(있음)	1	16.7	2	16.7	2	28.6	2	28.6	0.698

주: * Fisher's exact test used because of the number of frequency; '마지막 접촉과 '유서 작성 여부'에서 유형 간에 유의미한 차이가 존재

7. 유형별 신체적 질병 등 관련정보

유형4(85%)가 어린 시절에 대한 불행감이 가장 높았고 유형2(50%)의 경우 상대적으로 낮았다. 유형1을 제외한 2~4유형 모두 40~50%정도가 발병 후 6개월 이상의 만성적 신체 질병으로 고통을 받아 왔고, 유형4는 다른 유형보다도 그 심각성이 전체 생활에 지대한 손상과 영향을 주는 등 그 수준이 높았다. 유형1(25%)을 제외한 유형2~4는 50~60%정도가 학교와 직장에서 적응문제를 경험했다. 전체적으로 유형1이 문제가 적어 보였다. 그 외 자살을 두고 가족 관계 변화로는 유형 4가 가족 내 불화와 갈등 그리고 무관심과 방임을 가장 많이 경험하는 것으로 나타났다(75%).

표 7. 4가지 유형별 신체적 질병

변인	유형1		유형2		유형3		유형4		Statistic*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
어린 시절 경험 매우 불행	2	16.7	4	22.2	8	34.6	6	30	0.472
불행	6	50	5	27.8	6	27.3	11	55	
신체적 질병기간									0.963
급성(발병 후 6개월 이내)	2	16.7	3	16.7	3	13.6	4	20	
만성(발병 후 6개월 이상)	3	25	8	44.4	9	40.9	10	50	
신체질병 심각성									0.600
한 가지 이상의 주요 활동에 경미한 손상	2	16.7	5	27.8	5	22.7	4	20	
주요 활동의 한 가지 그 이상의 영역에 명백한 손상	2	16.7	3	16.7	1	4.5	2	10	
전체 생활에 심각한 손상	2	16.7	2	11.1	6	27.3	7	35	0.368
학업·직업 적응문제 (있음)	2	25	9	50	11	50	12	60	
가족 관계변화									0.846
무관심, 방임	2	16.7	2	11.1	4	18.2	3	15	
불화, 갈등 초래	3	25	6	33.3	8	36.4	12	60	

주. * Fisher's exact test used because of the number of frequency; 배경 정보에서 유형 간에 통계적 유의미성이 존재하지 않음

IV. 논의

연구자는 기존 사례 연구에서 드러나는 방법론적인 문제점을 제기하였고 이를 중심으로 본 심리부검 연구를 진행하려 하였다. 강준혁(2015)이 비판적으로 제기한 바처럼, 아직 국내에서 심리부검이 신뢰도와 타당성을 입증 받기 위해 연구과정과 연구자에게 요구되는 쟁점들이 많이 남아 있다. 심리부검일 수 없는 연구를 심리부검이라는 연구 주제를 사용하고 있으며, 유사하지만 심리부검 방법이 아닌 방식을 심리부검 방법론이라 이야기하며 잘못 사용하기도 하였다. 본 연구는 전체 연구과정을 통해 기본적으로 심리부검 과정에서 갖춰야 할 기본적인 구성 요소를 자세히 담으려고 하였고 본 연구를 통해 수집한 사례들을 체계적으로 분류할 수 있는 자살 유형화를 찾아 자살예방과 관련된 시사점을 찾고자 하였다.

심리부검 결과를 통해 사례에서 드러나는 핵심적인 위험요인을 찾아 자살유형을 분류하는 준거요인을 선정하였다. 그 결과 자살 유형을 크게 4가지 유형으로 구분했다. 자살 사망자 유형 구분을 통해 자살사망자의 자살 원인과 문제를 좀 더 체계적으로 규명할 수 있게 되었고 접근 방안 또한 세부 유형에 따라 차별적으로 모색할 수 있다. 모든 자살사망사건에千篇일률적인 자살 예방 정책을 찾아 적용하기보다 이런 식으로 각 유형별로 나타나는 원인에 맞는 현실적인 대안 모색이 바람직할 것으로 본다. 자살이 생애 전반에 걸쳐 나타난 문제가 쌓여 발생 될 수 있을 뿐만 아니라 그 전에 특별한 문제없이 살아오는 과정에서 학업, 직업에서 극심한 좌절과 실패, 경제적인 고통, 대인관계에서의 심각한 갈등이나 고립 등을 경험하게 되면 충분히 자살에 이를 수 있다는 것을 알 수 있다.

급성 스트레스 유형의 경우 경제적인 스트레스가 직·간접적으로 급성으로 작용해 발생한 자살 사망한 경우였다. 사채, 빚보증, 사업실패, 도박으로 인한 가산 탕진, 횡령 등과 관련된 문제와 연관되어 있었고 부차적으로 대인관계의 단절과 신체적인 문제가 함께 발생되면서 자살에 이른 경우이다. 김효창과 손영미(2016) 혹은 김효창(2016)의 연구에서 제기한 성인 및 노인 대상 자살 유형 중 하나인 사건반응형과 비슷한 특성을 갖고 있다. 평소에는 자살과 관련된 분명한 소인이 작용하고 있지는 않지만 가장 최근의 촉발사건이 연쇄적으로 나타남으로써 사건 직후 혹은 일정시간이 지난 이후 자살행동을 보이게 된다는 점이다. 청소년 자살유형의 경우 사건반응 자살 유형 중 하위 유형으로는

충동형과 지연형 모두에 해당될 수 있다고 본다. 한편 Durkheim(1897)의 아미노적 유형과도 맥락을 같이 할 수 있는데 자살사망자의 내적 외적 구조 혹은 그를 둘러싸고 있던 사회적 구조가 일시에 붕괴되면서 목적의식을 잃고 나타는 것과 비슷한 흐름이라고 볼 수 있다. 이런 유형은 무난히 별 어려움 없이 살아오던 사람이 갑자기 불면증과 우울감을 호소하거나, 혼자 있는 시간이 많아지면서 신변 비관조의 표현이 두드러지면, 혼자 두지 말고 대화로 문제를 의논하고 적절하게 도움을 받을 수 있는 기관을 찾거나 주변의 지지를 받아야 할 필요가 있다.

만성 스트레스 유형은 전체적인 삶에 지속적인 영향을 줄 정도의 심각한 경험을 반복적으로 경험하며 스트레스를 받아 오던 사람이 자살 관념, 계획, 준비가 강화되면서 부끄러움, 죄책감, 절망, 모멸감, 받아들일 수 없는 체면 및 상태 손상 혹은 법적 문제, 경제적 어려움의 원인이 되는 혹은 이를 악화시키는 어떤 현실이나 사건과 맞물려 자살에 이르는 경우이다. 경제적 문제, 대인관계 문제, 다양한 문제들이 혼합된 상황으로 인해 삶 전반에 지속적인 스트레스를 호소하기 때문에 죽음에 대한 반복적인 표현, 이미 많은 부분 손상된 대인관계, 알코올 중독, 와해된 가족 결속력 등 삶에 대한 무기력감과 서로에 대해 짐 된 의식이 강하게 나타났다. 이 유형의 경우 복합형(김효창, 2006; 김기환, 전명희, 1999)과 취약형(김기환, 전명희, 1999)을 동시에 나타나는 유형으로 볼 수 있다. 생애기간 중 일정 수준의 생애 스트레스를 경험하는 상태에서 특정 사건이 일종의 촉진제 역할을 하게 되면서 결국 자살을 완결하게 되는 경로와 일정 수준의 스트레스가 누적되어 오며 상승작용을 하다가 결국 자살이 완결되는 생애경로를 의미한다. 만성적 고통과 심리적 스트레스는 결국 타인에게 짐이 될 수 있다는 인식(Joiner, 2015; Joiner et al., 2000; Joiner & Rudd, 2000)을 심어 줄 수 있기 때문에 구체적인 세부내용은 다를 수도 있지만 이타적 자살과(Durkheim, 1897)도 맥을 같이 한다고 볼 수 있다.

이런 유형의 경우, 전반적인 사회지지 체계를 갖고 장기간 안정적인 지지와 도움을 통해 스스로 자신의 문제를 해결해 나갈 수 있는 완충 역할을 해 줄 수 있는 시스템이 필요하다고 본다. 오랜 기간 반복적인 실패와 좌절, 빈곤한 문제해결능력, 벗어날 수 없는 듯한 갇혀진 느낌, 목적 혹은 의미 상실감, 도움 추구에 있어 부정적 혹은 혼합된 태도를 갖고 있기 때문에 지역 사회의 자살예방기관이나 사회복지기관, 자원봉사자, 심리전문가, 경제 전문가들이 상시 위원으로 구성된 원스톱 지원 시스템을 운영하여 현실적인 대안을 제시해 줄 필요가 있다.

세 번째 유형인 자살 및 자해 시도·표현 혼합 유형은 가족, 친구, 연인 사이 등 주변인들과의 관계에서 오는 심리적 불안감 혹은 좌절감, 단절감 등의 고통을 경험하여 안절부절 혹은 긴장감을 해소하고자 하는 자해 및 자살 시도나, 자살을 목적으로 하는 반복적인 자해·자살 시도 과정에서 자살 사망에 이르게 되는 경우이다. Nock(2009)에 따르면 4가지 측면으로 인해 자살·자해 시도를 하는 것으로 나타났다. 첫째, 개인의 부정적인 감정과 생각을 경감시키고자 하는 내적 부적강화이다. 두 번째, 즐거움을 상실하거나 감각이 무뎠지는 경험을 할 때 이를 느끼고자 하는 내적 정적강화이다. 세 번째, 개인이 바라지 않는 상황이나 조건으로 회피하거나 벗어나고자 할 때인데, 이를 대인 부적강화라고 한다. 마지막으로 주변인으로부터 관심을 끌어 도움 행동을 얻어내거나 대화를 하고자 하는 경우 이를 대인 정적강화라고 한다(Nock & Prinstein, 2004, 2005; 서종한 등, 2017; 서종한, 2015). 이 과정에서 Joiner(2005)는 자살이 이루어지거나 고통에 대한 익숙함 혹은 내성이 생겨 치명적인 상처로 사망할 수 있다고 하였다(Joiner et al., 2000). Joiner는 또한 그의 모델에서 자해 시도와 표현 노출이 자살 행동에 영향을 미치는 중요한 요인으로 보았다. 모든 자살 관련 위험변인을 통제 했을 때 가장 큰 영향력을 주는 위험요인이라 보고하면서(Joiner, 2015; 서종한 등, 2012) 자살 형태를 결정하는 중요한 요인이라고 제시하였다.

요약하자면 이 유형은 자살 제스처, 죽음에 대한 직접적인 언급, 반복적인 자살 시도 혹은 자해가 주변에 사람들을 대상으로 위협 혹은 경고를 주는 차원에서 그리고 자신의 부정적인 감정(절망, 참을 수 없는 외로움, 자기혐오)을 해소하는 차원에서 이루어지기 때문에 좀 더 과감하고 치명적으로 나타난다. 가장 중요한 부분은 주변인들이 이 행동에 상당부분 습관화되기 때문에 심각성 지각이 무뎠진다는 것이다. 이에 따라 자살·자해 시도자는 상대방의 반응을 더 강하게 끌어내려는 통제 수준이 높아지기 때문에 더 치명적이면서도 상습적인 자기 손상(파괴적) 행위를 보인다. 따라서 이 유형은 주변인들의 보다 적극적이면서 신속한 대처가 필요하다. 주변인들은 자살·자해 시도가 지역 해당 정신보건기관을 찾아 정신과적 약물치료와 심리치료를 위해 전문가의 도움을 받을 수 있도록 하고, 주변인과의 관련된 문제이기 때문에 가족치료 혹은 집단치료 등 함께 심리치료에 적극적으로 동참할 필요가 있다.

마지막으로 정신과적 문제 유형은 생애 경로 중 하나 이상의 정신과적 진단을 받고 장기 혹은 단기적으로 정신질환을 앓아 오면서 경제, 신체, 대인관계의 심각한 손상을

받고 약물중단, 알코올 중독, 경제적 악화와 맞물려 자살 사망에 이르는 경우이다. 이 유형은 의학적 모델(김종두, 1998)과 교차점을 살펴 볼 수 있는데, 정신증을 보이는 정신과 환자에게서 나타나는 유형분류와 비슷한 맥락을 같이 하고 있다. 피해망상, 환각과 망상, 우울증, 강박증 등 정신증과 심각한 수준의 정신질환으로 인한 기능손상이 결국 주변인들과 단절, 모욕감에 대한 회피, 위협적인 대상으로부터의 보호 등을 이유로 자살행동을 하도록 만든다. 박창호(1992)가 제기한 유형인 표출적 혹은 정서적 자살 유형과 공통점을 갖고 있다. Shneidman(2004)의 연구와 그의 책 [자살심리, 1996]에서 지적한 바와 같이 정신질환에서 오는 정서적 우울감과 무망감, 정신적 고통과 심리통에 초점이 맞춰져 있고 이로 인한 기능손상과 사회역할 상실이 자살과 이어져 있는 셈이다.

정신과적 문제 유형에서 진단을 받은 지 얼마 되지 않는 경우 우울증, 조울증 등 기분장애형(축1)이 38%로 나타났고, 5년이 초과되면서 점차 공존이환(특별히, 우울과 알코올 남용)이 나타났다. 알코올 중독과 정신분열, 우울과 알코올 중독, 우울과 정신분열 형태로 점차 정신질환 병세가 삶의 전반적인 영역까지 영향을 주면서 낮은 자존감, 자기 혐오, 자살 수용, 쾌감상실, 불안 혹은 공황 등의 심리적 고통을 야기 시켰다. 진단 후 치료 과정에서 특히 경제적 지원이 사라지거나, 경과가 호전되는 시점쯤 약물치료 중단, 와해된 대인관계, 높은 상담비, 약물 치료로 일관하는 정신과적 치료에 대한 실망 등 치료 동기가 떨어지는 단계에서 자살이 발생하였다. 정신질환이 만성화(5년 초과) 될 때 대부분은 1~2년 사이 치료를 그만두거나, 약물을 간헐적으로 복용하는 것으로 나타났다 전문적인 심리치료는 10%내외만 받는 것으로 나타났다. 따라서 상담 치료를 안정적으로 받을 수 있는 지원체계 구축이 필요한데 이를 테면, 고가의 상담비를 현실적으로 받아 볼 수 있도록 보험편입, 자살사망자 혹은 시도자에게 적합한 구조화된 상담, 정신질환자 가족을 대상으로 질환자 케어에 대한 가이드라인 교육 등이 필요할 것으로 보인다.

심리부검을 통해 특히 정신과적 문제 유형 중에서 '우울증'이 사회적 문제로 대두되고 있음을 알 수 있었다. 자살 전 정신과적 진단은 없었지만 이에 준하거나 해당되는 우울 관련 증상이 눈에 띄게 나타난 것으로 볼 때 실제 정신진단에 대한 문턱이 높아 보였고 자연히 치료기관이나 상담기관으로의 연계 가능성이 떨어져 보였다. 아마도 정신질환과 치료에 대한 사회적 편견과 금기시로 인해 적극적인 치료나 개입에 머뭇거리는 것 때문 일 수도 있지만 가족 구성원들조차도 어떤 방식으로 도움을 구할 수 있을지 또 그런

증상이 문제가 될 수 있음을 자각하지 하지 못한 것일 수 있다. 따라서 이에 대한 홍보와 교육이 뒤따라야 한다고 본다. 우울증 원스톱 지원 매뉴얼을 가까운 센터나 사회복지관에서 제공하며 자신의 가까운 주거지에서 진단 가능한 곳, 치료의 방식과 절차를 소개한 센터, 치료체계 가이드라인에 대해 제공할 필요가 있다.

또한 적극적인 자해시도와 자살의지 표현에 대한 대응이 절실한 시점이다. 심리부검을 하는 과정에서 자살의지를 반복적으로 표현하며 자해시도가 적극적으로 이루어졌음에도 불구하고 놀랍게도 주변에서 대수롭지 않게 생각하거나 괜찮아지겠지라고 생각하고 안일하게 대처한다는 것을 발견하였다. 동거 가족이 이런 유형의 경우 좀 더 적극적인 태도로 경각심을 가질 필요가 있으며 전문기관의 도움을 받을 수 있도록 해야 한다. 세 번째로 실제 모든 유형에서 나타나고 있는 공통적인 자살 징후 혹은 위험신호에 대해 유가족이 대체로 반응 민감성이 떨어진다는 점이다. 대부분의 가족이 우울증 등 이상증세에 대해 자각은 하고 있었지만 자살과 직접적으로 관련된 징후라고는 생각하지 못하고 있었다. 이는 반복적인 정신이상 증세에 대한 노출, 가족 간 함께 할 수 있는 시간의 부족, 의사소통 결핍, 반복적인 자해, 자살의지 표현 등에 대한 무덤덤한 태도 등이 가장 큰 문제였다. 마지막으로 가장 중요한 보호요인은 바로 함께 거주하고 있는 가족의 관심과 지원 체계였다. 특히 노인자살의 경우가 그러했는데 전화 한통화만으로도 충분히 존재의 이유를 느끼게 했고 유대감을 갖게 했다. 혼자 사는 노인의 경우 가족 간의 연계 강화를 뒷받침할 수 있는 정책이 필요하리라 본다.

본연구의 한계점으로는 군집분석(cluster analysis; 이와 관련한 문제는 Everitt, 1979 참고)이 어떠한 (간명) 지수와 모형적합도(model fit)를 제공하지 않는다는 점이다. 따라서 본연구자가 이론과 문헌에 근거하여 유형을 분류하고 사례가 묶여지는 정도(Dendrogram과 Agglomeration Schedule, 유사성 변화 등을 기반으로)를 확인하여 종합적으로 분류하는 수밖에 없다. 따라서 연구자의 자의적인 측면이 있다는 분명한 한계점이 있다. 따라서 본 연구의 결과를 해석함에 있어 주의가 요구될 수밖에 없다. 향후에는 추가적으로 다른 유형분석기법 이를테면 잠재계층분석(Latent Class Analysis; McCutcheon, 1987; Hagenaaers & McCutcheon, 2002)을 활용하여 간명지수(예, AIC, BIC 등)와 모델적합도를 확인할 필요가 있다고 본다. 하지만 군집분석은 유형을 분석하는 기법으로 다양한 연구에서 많이 사용하고 있고 연구자의 전문성과 과거 문헌에 상당한 기반을 두고 있기 때문에 유용성과 활용도는 더 높다고 볼 수 있다. 뿐만 아니라

유형분석 적용에 대한 어느 정도의 문헌적 토대가 마련되어 있다면 크게 문제가 없을 것으로 보인다(예, Paykel & Rassaby, 1978; Engström et al., 1996; Rapeli & Botega, 2005 등 참고). 마지막으로 본 연구에서 극히 일부뿐이긴 하지만 면담 과정에 면담을 중도에 포기한 경우도 있었다. 실제 면담거부자와 면담을 완료한 집단 간에 구조적 특성 차이가 있을 것으로 보인다. 이에 대한 논의가 향후 연구에서는 뒤따라야 할 것이다.

서종한은 캐나다 Simon Fraser University에서 심리학 박사학위를 받았으며, 현재 같은 대학교 정신건강법정책연구소 재직 중이다. 주요 관심분야는, 법심리, 심리부검, 자살원인, 위험성평가 등을 연구하고 있다.
(E-mail: profilerisaac@gmail.com)

최선희는 아주대학교 심리학 석·박사 통합과정 중에 재학 중이다. 주요 관심분야는 심리부검, 위험성평가, 인지과학 등을 연구하고 있다.

(E-mail: tjsgml95@gmail.com)

김경일은 미국 University of Texas at Austin에서 심리학 박사학위를 받았으며, 현재 아주대학교 심리학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는, 심리부검, 의사결정, 언어심리 등을 연구하고 있다.
(E-mail: kyungilkim@ajou.ac.kr)

참고문헌

- 강준혁, 이근무, 이혁구. (2014). 카지노 이용자들의 자살에 대한 심리적 부검 연구. 보건 사회연구, 34(4), 554-589.
- 강준혁. (2015). 심리부검 연구에 관한 논고: 한국 심리부검 연구 방법에 대한 비판적 검토. 保健社會研究, 35(2), pp.535-560.
- 고제원. (2014). 정신분석적 심리부검을 통한 자살 방법의 연구. 과학수사학, 8(4), pp.255-264.
- 군인권센터. (2014). 오 대위 심리부검 관련 기자회견. <http://www.mhrk.org/news/?no=1719>에서 2018.4.1. 인출.
- 권호인, 고선규. (2016). 심리부검에 대한 고찰과 제언. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 22(4), pp.623-641.
- 권호인, 김란, 방수영, 홍현주, 권용실. (2014). 청소년 자살자에 대한 심리부검 방법론에 대한 고찰. 소아청소년정신의학, 25(3), pp.121-127.
- 김기환, 전명희. (2000). 청소년 자살의 특성과 유형에 관한 연구, 한국아동복지학, 9, pp.127-152.
- 김보라, 강승걸, 김문두, 김민혁, 김수인, 김재민 등. (2015). 응급실 방문 자살 기도자들의 기도 원인, 방법, 정신과적 진단에 대한 다기관 분석, 생물정신의학, 22(4), pp.187-194.
- 김선현. (2013). 심리부검에서 임상미술치료 활용방안에 관한 연구. 임상미술치료학연구, 8(2), pp.5-12.
- 김종두. (1998). 자살에 대한 이론적 접근, 교육논총, 2, pp.307-332.
- 김효창, 손영미. (2006). 노인 자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 12(2), 1-19.
- 김효창. (2006). 성인자살의 특성과 자살 유형에 관한 연구, 한국심리학회지: 문화 및 사회 문제, 12(1), pp.15-33.
- 나경세, 백종우, 윤미경, 김현수(2015). 심리부검: 우리나라에서 향후 방향에 대한 검토 및 고찰. 神經精神醫學, 54(1), pp.4-48.

- 문국진. (1991). 강시·강시(Misfitted deaths·Mistakable deaths), 서울: 청림출판.
- 문국진. (1991). 자살의 증명과 심리부검. 대한법의학회지, 15(1), pp.1-13.
- 박상철, 조용범. (1999). 천자서평3: 자살, 예방할 수 있다. 상담과선교, 7(4), p.130.
- 박창호. (1992). 80년대 한국인 자살유형과 그 특성. 사회과학연구, 1, pp.161-178.
- 백은아. (2014). 경기도 심리부검. 한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집. pp.197-208.
- 보건복지가족부. (2009). 자살사망자 심리부검 및 자살시도자 사례관리서비스 구축방안. 서울: 보건복지가족부.
- 생명의 전화. (2010). 자살자 심리부검과 사후 예방 접근 방법 연구. 생명의 전화.
- 서종한, 김경일, 이원철. (2010). 범죄 유형에 따른 PAI 군집분석 연구. Journal of the Korean Data Analysis Society, 12(5), pp.2631-2645.
- 서종한, 김경일. (2014). 2013, 2014 한국형 심리부검 조사. 서울: 보건복지부.
- 서종한, 이창환, 김경일, 김성혜. (2012). 한국 자살사망자 특징: 사례-대조 심리부검 연구. 한국심리학회지: 일반, 31(2), pp.323-344.
- 서종한, 조병철, 이가애, 김경일. (2017). 생애순간평가(EMA) 일기법 기반 자살패턴 분석: 성별 차이를 중심으로, Journal of the Korean Data Analysis Society, 19(3), pp.1535-1556.
- 서종한. (2015). 심리부검: 나는 자살한 것을 후회한다. 서울: 학지사.
- 송혜진. (2013). 군 자살자에 대한 심리부검; 해군 장병을 중심으로. 과학수사, 7(2), pp.126-137.
- 신성원. (2005). 심리부검 연구의 실무적 활용 및 윤리적 고려사항. 한국범죄심리연구, 1(1), pp.231-252.
- 오세진, 김용희, 김청송, 김형일, 신맹식, 양계민 등. (2005). 인간행동과 심리학. 서울: 학지사.
- 오윤성. (2010). A Study of Relevant Factors for an Effective Psychological Autopsy in Military: Focused on the Korea Army Conscripts` Cases. 한국공인행정학회보, 41, pp.273-300.
- 원호택. (1997). 스트레스 과학의 이해. 대한신심스트레스학회 (편). 서울: 신광출판사.
- 이구상, 최민정, 김수정, 박재영, 이명수, 서지혜 등. (2012). 자살사망자의 축약 심리부검

- 에 관한 연구. *정신보건*, 3, pp.18-24.
- 이미정. (2015). 심리부검 연구의 변화 양상과 형사정책적 함의. *한국범죄심리연구*, 11(1), pp.127-146.
- 전충현, 임석현. (2012). 군자살자의 자살원인에 대한 효과적인 심리부검 적용 방안. *과학수사학*, 6(2), pp.79-97.
- 정현정. (2013). 심리부검을 통한 성인의 자살 위험요소 분석. 석사학위논문, 경기대학교
- 최광현. (2008). 심리부검(Psychological Autopsy)의 필요성에 관한 제언. *주간국방논단*, 1193, pp.8-9.
- 최상섭. (2003). 심리부검: Psychological Autopsy. *보호*, 15, 법무부.
- 충청남도 광역정신건강증진센터 (2014). *충남 자살자 심리사회적 원인조사(부검)와 유가족 지원사업보고서*. 충청남도 광역정신건강증진센터.
- 한국자살예방협회. (2009). *자살사망자 심리부검 및 자살시도자 사례관리서비스 구축방안*. 서울: 보건복지부.
- 한국자살예방협회. (2011). *자살예방기본계획*. 한국자살예방협회.
- 황태윤, 류문호, 안성호. (2014). 심리부검에 의한 공무원 자살의 판단. *법과정책*, 20(1), pp.595-618.
- 황태윤. (2016). 심리부검의 개념과 그 소송상 활용에 대한 기초적 고찰. *동북아법연구*, 10(1), pp.323-349.
- Berman, A. L. (2009). Depression and suicide. In Gotlib, I. H., Hammen, C. L. (Eds.). *Handbook of depression*. (pp.510-530). New York: Guilford.
- Beskow J, Runneson B, & Asagard U. (1990). Ethical aspects of psychological autopsy : methods and ethics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(4), pp.307-323.
- Beskow, J. (1979). Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl 277*, p.138.
- Brent, D., Perper, j., Kolko, D., & Zelenak, j. (1988). The Psychological autopsy : methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 27(3), pp.362-366.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological

- autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), pp.395-405.
- Chen, Y. Y., Wu, K. C., Yousuf, S., & Yip, P. S. (2011). Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic reviews*, 34(1), pp.129-144.
- Chieu, H. F., Yip, P. S., Chi. I., Chan, S., Tsoh. J., Kwan, C. W. et al. (2004). Elderly suicide in Hong Kong-a case -controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, pp.299-305.
- Clark, D. C. & Horton-Deutsch, S. L. (1992). Assessment in absentia: The value of the psychological autopsy method for studying the antecedents of suicide and predicting future suicides. In Maris R. W., Berman A. L., Maltsberger J. T., Youfit. R. I.(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 and Life-Threatening Behavior*, 41(6), pp.594-613.
- Conner, K. R., Houston, R. J., Swogger, M. T., Conwell, Y., You, S., He, H. et al. (2012). Stressful life events and suicidal behavior in adults with alcohol use disorders: Role of event severity, timing, and type. *Drug and alcohol dependence*, 120(1), pp.155-161.
- Cooper, J. (1999). Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 8(4), pp.467-475.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20 (Version 3): Assessing risk for violence*. Burnaby, BC, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Durkheim, E. (1897). *Suicide: A sociological study*. Paris: Alcan.
- Friedman, P. (1967). Suicide among Police: A Study of 93 Suicides among New York City Policemen. In Shneidman E. S. (eds.). *Essays in Self-Destruction* (pp.1934-1940). New York: Science House.

- Hagenaars, J. A., & McCutcheon, A. L. (2002). *Applied latent class analysis*. (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hakanen, J., & Upanne, M. (1996). Evaluation strategy for Finland's suicide prevention project. *Crisis*, 17(4), pp.167-174.
- Hart, S. D., Kropp, P. R., Laws, D. R., Klaver, J., Logan, C., & Watt, K. A. (2003). *The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP)*. Mental Health, Law and Policy Institute of Simon Fraser University, Pacific Psychological Assessment Corporation & British Columbia Institute Against Family Violence.
- Henry, M., & Greenfield, B. J. (2009). Therapeutic effects of psychological autopsies: The impact of investigating suicides on interviewees. *Crisis*, 30(1), pp.20-24.
- 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(2), pp.168-175.
- Isometsa, E. T. (2001). Psychological Autopsy Touted. *ABA Journal*, 74(2), p.34.
- Isometsa, E. T. (2001). Psychological autopsy studies - a review. *European psychiatry*, 16(7), pp.379-385.
- Joiner, T. E., & Rudd, M. D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), pp.909-916.
- Joiner, T. E., Jr. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kim, B., Jung, K. J., Lee, S. U., Sea, J., Kim, E. Y., Kim, S. H., & Ahn, Y. M. (2015). The Korea National Suicide Survey (KNSS): rationale and design. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 22(1), pp.1-6.
- Klinenberg E. (2002). *Heat Wave*. Chicago: Chicago University Press.
- Knight, R. A., & Prentky, R. A. (1990). Classifying sexual offenders. In *Handbook of sexual assault*. Boston: Springer.
- Knoll IV, J. L. (2008). The psychological autopsy, part I: applications and methods.

- Journal of Psychiatric Practice*, 14(6), 393-397.
- Litman, R. E., Curphey, T. J., Shneidman, E. S., Farberow, N. L., & Tabachnick, N. D. (1963). Investigations of equivocal suicides. *Journal of the American Medical Association*, 184, pp.924-929.
- McCutcheon, A. L. (1987). *Latent class analysis* (No. 64). Beverly Hills, CA: Sage.
- Mościcki, E. K. (1995). Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide and life-threatening behavior*, 25(1), pp.22-35.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), pp.78-83.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), p.885.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 114(1), p.140.
- 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(9347), pp.1728-1736.
- Robins, E., Gassner, S., Kayes, J., Wilkinson, R. H., & Murphy, G. E. (1959). The Communication of suicidal intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *American Journal of Psychiatry*, 115(8), pp.724-733.
- Sea, J., Kim, K., & Youngs, D. (2016). Behavioural profiles and offender characteristics across 111 Korean sexual assaults. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, 13(1), pp.3-21.
- Shneidman, E. & Farberow, N. (1965). The Los Angeles Suicide Prevention Center: A demonstration of public health feasibilities. *American Journal of Public Health*, 51, pp.21-26.

- Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. S., & Farberow, N. L. (Eds) (1965). *The cry for help*. Newyork : McGraw-Hill.
- Silverman, M. M., & Felner, R. D. (1995). Suicide prevention programs: issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), pp.92-104.
- Snider, J. E., Hane, S., & Berman, A. L. (2006). Standardizing the psychological autopsy: addressing the Daubert standard. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), pp.511-518.
- Wei, K. C., & Chua, H. C. (2008). Suicide in Asia. *International Review of Psychiatry*, 20(5), pp.434-440.
- Werlang, B. S., & Botega, N. J. (2003). A Semistructured Interview for Psychological Autopsy: An Inter rater Reliability Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), pp.326-330.
- Zhang, J., Conwell, Y., Zhou, L., & Jiang, C. (2004). Culture, risk factors, and suicide in rural China: A psychological autopsy case control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, pp.430-437.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), pp.103-126.

A Psychological Autopsy-Based Study of Suicide Types

Sea, Jonghan

(Simon Fraser University)

Choi, Seonhee

(Ajou University)

Kim, Kyungil

(Ajou University)

In this study, we reviewed psychological autopsy procedure, methodology, and P.A checklist, and collected a total of 78 suicidal cases using a revised psychological autopsy protocol. Accordingly, we intended to modify the current methodology of psychological autopsy specialized for Korean setting and thus make a scientific rigour. Based on the twelve risk factors (as criteria) obtained from the cases, we attempted to chart a suicidal typology to use for suicide prevention in Korea. As a result, we identified four suicidal types: 1) acute-stress type, 2) chronic-stress type, 3) self-injury and suicidal attempt type, and 4) psychiatric type. First, acute stress type suffered from stress as an abrupt response to environmental/situational event without previously historic problems. Second, chronic-stress type was associated with long-term and chronic problems without specific psychiatric diagnosis. Third, self-injury and suicidal attempt type was related to repeated self-injury and suicidal attempt for getting psychological purposes. Finally, psychiatric stress experienced seriously psychological stress with more than one psychiatric diagnosis. We describe the details of the four types each and additionally discuss more practical implications with respect to suicidal prevention.

Keywords: Psychological Autopsy, Suicide, Prevention, Typology