

미국 국가자살예방전략에 따른 뉴욕주 자살예방정책

U.S. National Strategy for Suicide Prevention and
New York State's Suicide Prevention Policy

손해인(뉴욕 크리드모어 주립정신병원 사회복지수퍼바이저)

본고에서는 미국에서 2000년 이후 지속적으로 증가하고 있는 자살의 동향을 파악하고, 미국 자살예방정책의 근간이 되는 국가자살예방전략의 수립 과정을 살펴보고, 이 전략을 뒷받침할 수 있었던 세 가지 입법 성과를 소개하고자 한다. 또한, 국가자살예방전략과 이 전략의 우선순위가 주정부의 자살예방정책과는 어떻게 연계되어 실행되는지 뉴욕주의 사례를 통해 살펴보고자 한다. 끝으로 뉴욕주 자살예방정책을 구체적으로 분석하고 이를 통해 현재 자살예방국가행동계획을 추진하고 있는 한국에 몇 가지 정책 제안을 하고자 한다.

1. 미국의 자살 증가 추세와 현황

자살은 개인과 가족, 지역사회에 감당하기 어려운 고통과 손실을 끼치는 심각한 공중보건 문제이다(U.S. Department of Health and Human Services Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. 2012, p. 10). 미국 질병관리본부(CDC: Center for Disease Control and Prevention)의 WISQARS 증상 보고서(Web-based Injury Statistics Query and Reporting System Fatal Injury Report)에 따르면 2016년 자살로 인해 사망한 미국인이 4만 4965 명으로 인구 10만 명당 13.92명이었다. 자살은 미국인의 사망 원인 순위에서 10번째에 해당하며, 자동차 사고나 고혈압 등으로 인한 사망자 수보다 더 많은 수가 자살로 목숨을 잃고 있다. 미국의 자살 통계를 살펴보면, 2000년 2만 9350명이던 자살 사망자 수가 2016년에는 4만 4965명으로 약 53.2% 증가하였다. 10만 명당 자살률(age-adjusted rate)은 2000년 10.42명에서 2016년 13.42명으로 28.79% 증가하였다.

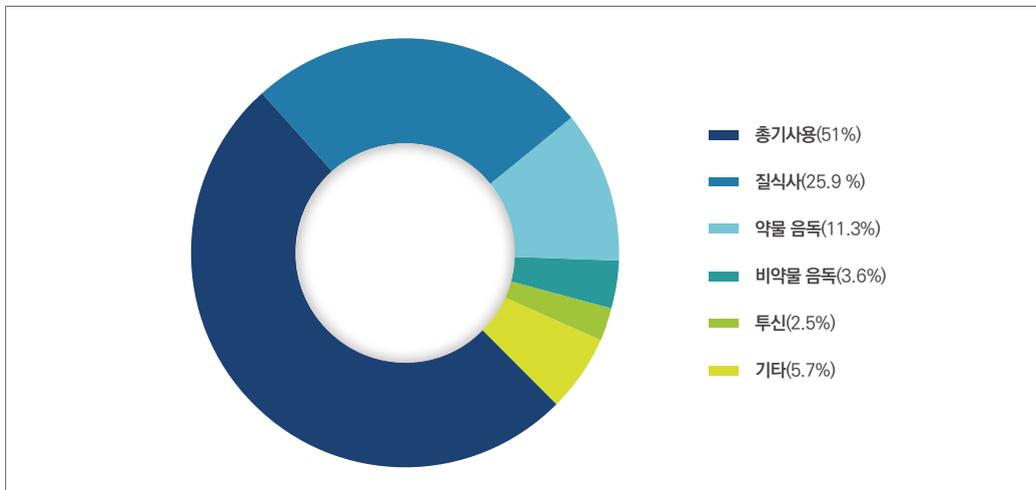
그림 1. 미국 자살 사망자 수 및 인구 10만 명당 자살률 증가 추세(2000~2016년)



자료: WISQARS Fatal Injury Report (1981~2016). Center for Disease Control and Prevention

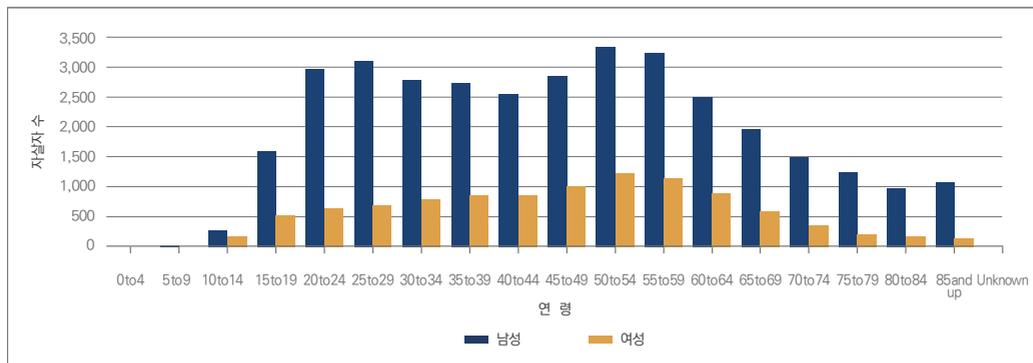
2016년 자살 사망자의 자살 수단을 살펴보면 총기 사용(51%)이 가장 많았고, 그 다음이 질식사(25.9%), 3위가 약물 음독(11.3%)으로 나타났다. 성별 자살 사망률에서는 남성이 77.2%, 여성이 22.8%로 나타났으며, 남녀 모두 50~59세 연령대의 자살률이 가장 높은 것으로 나타났다.

그림 2. 2016년 자살 사망자의 자살 수단



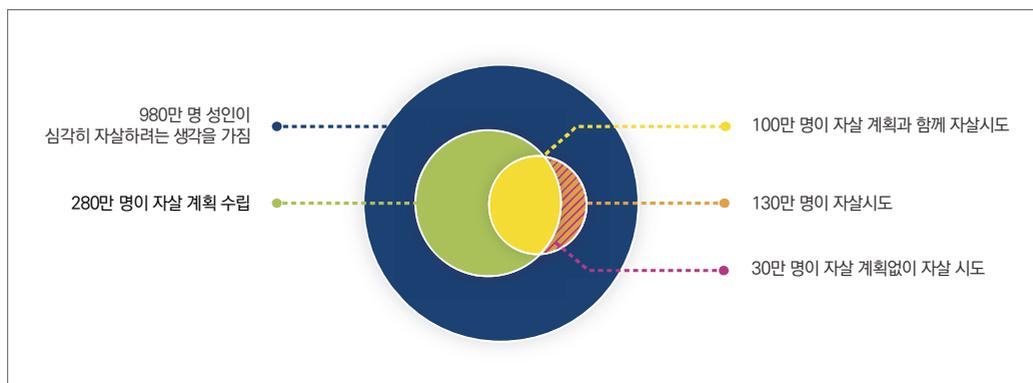
자료: WISQARS (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System) Fatal Injury Visualization Tool, Center for Disease Control and Prevention

그림 3. 2016년 나이별·성별 자살자 수



자료: WISQARS (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System) Fatal Injury Visualization Tool, Center for Disease Control and Prevention

그림 4. 18세 이상 성인의 지난 1년간 자살 사고, 계획, 시도



자료: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). p. 48.

미국 약물남용·정신보건청(SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration)에서는 매년 미국인의 약물 남용과 정신건강 실태를 파악하기 위해 전국약물남용조사(NSDUH: National Survey on Drug Use and Health)를 실시한다. 2016년 조사에는 12세 이상 미국인 총 6만 7942명이 참여하였다. 조사 결과를 토대로 약물남용·정신보건청은 18세 이상 미국인의 약 4%인 980만 명이 지난 12개월 동안 자살을 심각하게 생각해 본 적이 있고, 그중 280만 명이 자살 계획을 세운 적이 있다고 보고하였다. 또한 280만 명 중 130만 명은 실제로 자살을 시도했다(100만 명은 자살 계획을 세운 후 자살을 시도했고, 30만 명은 계획 없이 자살을 시도했다)고 발표하

였다(SAMHSA, 2017). 따라서 2016년 한 해에만 실제 자살사망자 4만 4965명의 28.9배에 달하는 사람들(130만 명)이 자살을 시도했음을 알 수 있다.

2. 미국의 국가자살예방전략과 입법적 성과

가. 국가자살예방전략의 수립 과정과 전략적 우선순위

미국이 자살을 개인의 문제가 아닌 공중보건의 문제로 파악하고 국가 대책을 세우기 시작한 것은 1999년 7월 ‘공중보건 의무감의 자살예방 행동 촉구 보고서(The Surgeon General’s Call to Action To Prevent Suicide 1999)’를 발표하면서부터다. 이 보고서는 1996년 세계보건기구(WHO)가 발표한 ‘자살 예방: 국가전략의 입안 및 실행을 위한 지침서(Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies)’와 1998년 자살 예방을 위한 민간·정부 회의인 ‘리노회의’에서 제시된 제안을 기반으로 작성되었고, 자살을 예방하기 위한 개념적 틀로서 인식, 개입, 방법론(AIM: Awareness, Intervention, and Methodology)이라는 세 가지 범주 아래 총 15가지 제안을 담고 있다.

특히 공중보건 의무감의 보고서가 중요한 의미를 갖는 이유는 이 보고서가 2001년 발표된, 미국 자살 예방의 전략·목적·목표·과제를 담은 최초의 국가자살예방전략(National Strategy for Suicide Action: Goals and Objectives for Action, 이후 국가전략)의 기반이 되었기 때문이다. 이 국가전략은 보건복지부를 중심으로 관련 연방 부처와 민간 전문가들이 함께 참여하여 작성한 지침서로서 발표 후 지금까지 연방·주·지방정부뿐만 아니라 민간 단체의 자살 예방 노력을 안내하는 로드맵으로 사용되어 왔다. 또한 국가전략은 로드맵의 기능뿐만 아니라 미국 사회의 자살에 대한 태도, 정책, 서비스를 혁신적으로 바꾸는 사회 변화의 촉매제로 사용되도록 작성되었다. 2001년 국가전략에서 강조했던 내용 중 하나는 자살 감소라는 공중보건 목적을 달성하기 위한 민간과 공공 부문의 협력이었다. 이 협력의 결과로 2010년 9월 200개가 넘는 민간기관과 공공기관이 모여 전국자살예방행동연맹(National Action Alliance for Suicide Prevention, 이하 자살예방연맹)을 설립하였고, 이렇게 설립된 자살예방연맹은 현재 사용하고 있는 국가전략을 2012년 개정하여 발표하였다. 2001년 국가전략은 11개의 목적과 68개의 세부 목표를 세웠지만 2012년 국가전략은 4개의 거시적 전략 아래 13개의 목적과 60개의 세부 목표를 가진 전략으로 수정되었다. 다음 표는 국가자살예방전략 수립, 개정에 관련된 주요 보고서 목록이다.

표 1. 국가 자살예방전략 관련 보고서

제목	발행 연도	발행 기관	의미
공중보건 의무감의 자살 예방행동 촉구 보고서 (The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide 1999)	1999	공중보건 의무감	미국 최초로 자살예방대책의 개념적 틀 제시
자살 예방을 위한 국가전략: 행동을 위한 목적과 목표들 (National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action)	2001	공중보건 의무감	미국 최초의 종합 자살예방대책
자살 예방의 미래 세우기: 2010년 국가전략 평가서 및 이후 10년을 위한 제언들 (Charting the Future of Suicide Prevention: A 2010 Progress Review of the National Strategy and Recommendations for the Decade Ahead)	2010	자살예방지원센터(SPRC) 자살예방행동네트워크 (SPAN USA)	2001 NSSP의 평가서
2012년 자살 예방을 위한 국가전략: 행동을 위한 목적과 목표 (2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action)	2012	공중보건 의무감 전국자살예방행동연맹	개정된 NSSP
국가 자살예방 전략 실행 평가 보고서 (National Strategy for Suicide Prevention Implementation Assessment Report)	2017	전국자살예방행동연맹	2012 NSSP의 평가서

미국의 자살 예방을 주도하는 자살예방연맹은 2025년까지 연간 자살률을 20% 줄이는 것을 목표로 하고 있다. 자살예방연맹은 이 목표를 달성하기 위해 2012년 국가전략에 기반하여 자살로 인한 부담을 실질적으로 줄이며 취약한 개인을 지원·연결하는 시스템을 만들기 위해 다음과 같이 세 가지 우선순위를 제시하였다.

첫째, 의료시스템을 개혁해 자살을 획기적으로 줄이는 것이다. 이를 위해 ‘자살 제로(Zero Suicide)’ 모델(이하 자살 제로)을 도입했다. 자살 제로는 자살예방연맹의 임상치료개입대책위원회(Clinical Care and Intervention Task Force)가 제시한 ‘의료기관 자살 예방 프로그램의 틀’로서, 자살 시도와 자살 자체를 줄이면서도 불필요한 입원이나 응급실 이용에 따른 의료비를 줄인 혁신적인 자살 개입 프로그램을 분석하여 이를 바탕으로 고안한 것이다(National Action Alliance for Suicide Prevention, 2011). 자살 제로는 대부분의 자살자가 임상기관에서 서비스를 받고 있었거나 자살 전 기관을 방문한 적이 있었지만, 이러한 기관이 자살을 예방

하지 못했고 자살 예방이 이들의 우선순위가 아니었다는 문제의식에서 출발했다(Hogan & Grumet, 2016). Ahmedani 등(2013, p. 874)이 의료보험에 가입했던 자살 사망자 5894 명을 조사한 결과 이들 중 83%가 자살하기 전 1년 사이에 의료서비스를 받은 적이 있고, 이 가운데 45%는 자살하기 전 한 달 사이에도 의료서비스를 받았다고 한다. 자살 제로는 내담 자가 의료기관을 이용할 때 의료 종사자가 이들의 자살 위험성을 파악하고 체계적 임상 접근을 통해 자살을 충분히 예방할 수 있다고 본다.

둘째, 미디어, 엔터테인먼트, 자살 예방 메시지를 참여시켜 희망·치료·회복 등의 긍정적 메시지를 전파함으로써 자살 예방과 자살에 대한 사람들의 태도와 인식을 바꾸는 것이다.

셋째, ‘지역사회에 기반한 통합적 자살 예방 틀’을 만들어 보급하는 것이다(National Action Alliance for Suicide Prevention, Action Alliance Priority).

나. 국가자살예방전략 추진을 위한 입법적 노력

국가자살예방전략은 연방정부, 주정부, 민간기관의 자살예방 정책 수립과 활동에 틀과 지침을 제공하는 로드맵 역할을 하지만 그 자체로는 정책 실행에 필요한 행정적 지원과 재정적 수단을 마련하기에 부족함이 있다. 따라서 국가자살예방전략에 명시된 목적과 목표 실행에 필요한 법을 제정하는 것이 중요한데, 2000년대 이후 이와 관련한 세 가지 법안이 마련되었다. 첫 번째는 ‘개럿 리 스미스 추모법(Garrett Lee Smith Memorial Act)’이고, 두 번째는 ‘조슈아 오비그 재향군인 자살예방법(Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Act), 세 번째는 21세기 치유법(21st Century Cures Act - H. R. 34)이다. 이 법들의 제정으로 자살예방활동 예산을 안정적으로 확보할 수 있게 되었으며, 관련 부서가 법에 명시된 사업에 대한 의무를 지게 되었다. 따라서 이 법안들의 제정은 의미가 크다. 이 세 가지 법안에 관해 간단히 살펴보고자 한다.

1) 개럿 리 스미스 추모법(2004년 10월 21일 제정)

「개럿 리 스미스 추모법」은 108대 워싱턴주 상원의원인 고든 스미스가 대학 재학 중 자살로 사망한 아들을 추모하기 위해 발의하였고 2004년 10월에 조지 부시 전 대통령이 서명하여 입법화되었다. 그 내용은 청소년과 대학생의 자살예방활동과 2002년 설립된 자살예방지원센터(SPRC: Suicide Prevention Resource Center)의 운영과 활동을 지원한다는 것이었다. 이 법안의 골

자는 2004년부터 2007년까지 3년 동안 총 8200만 달러(약 984억 원)를 자살예방사업에 투자하고 이후 의회 승인을 받아 매년 3000만 달러(약 360억 원)를 미국 보건복지부 산하 약물 남용·정신보건청을 통해 대학, 주 정부, 기타 관련 기관에 보조금으로 지원하는 것이었다. 이 추모법에 근거해 2005년 이후 50개 주에 산재한 370여 개의 청소년 자살예방활동 프로그램, 175곳의 고등교육기관, 46곳의 인디언 부족 기관에 자살예방활동 관련 보조금이 지급되었다. 보조금을 받은 지역의 자살률을 비교한 결과 16~23세 청소년층과 청년층의 자살 시도가 의미 있게 감소하였다. 보조금을 받지 않은 지역과 보조금을 받은 지역의 16~23세 인구의 자살 시도율을 비교한 결과, 보조금을 받은 지역의 자살 시도율이 인구 10명 당 4.9명 정도 낮게 나타났다(Garraza, Walrath, Goldstein, Reid, & McKeon, 2015, p. 1143).

2) 조슈아 옴비그 재향군인 자살예방법(2007년 11월 5일 제정)

미국에서는 자살 고위험 집단 중 하나가 재향군인들이다. 2016년 보훈처에서 발표한 보고서(U.S. Department of Veterans Affairs, 2016, p. 4)에 따르면 2001~2014년 자살 통계를 분석한 결과 2010년 성인 자살 사망자의 20.1%가 재향군인이었다고 한다. 「조슈아 옴비그 재향군인 자살예방법」은 아이오와주 하원의원인 레오너드 보즈웰이 이라크 전쟁에 참여한 뒤 외상후스트레스증후군(PTSD: Post Traumatic Stress Disorder)을 앓다가 끝내 자살한 조슈아 옴비그 같은 재향군인의 자살을 예방할 목적으로 발의하였다. 이 법은 보훈처 장관에게 포괄적 자살 예방 프로그램의 실행 의무를 지우는 법으로, 2007년 11월 5일 조지 부시 전 대통령이 서명함으로써 입법화되었다^[H.R.327(110th)]. 이 법의 주요 골자는 보훈처 전 직원에 대한 자살 예방 교육, 모든 보훈처 시설에 자살 예방 상담원 배치, 24시간 이용 가능한 정신건강서비스 수립, 재향군인을 위한 위기 상담 전화(핫라인) 설치 등이다. 이 법을 통해 보훈처는 전국자살예방라이프라인(National Suicide Prevention Lifeline, 1-800-TALK)을 설치하고, 이를 통해 24시간 전화 위기 상담·온라인 상담·전화 메시지 상담 등을 제공하게 되었다.

3) 21세기 치유법(2016년 12월 13일 제정)

21세기 치유법은 의료 연구, 치료법의 개발과 승인을 용이하게 하고, 정신건강 치료에 대한 연방 정책을 개혁하는 종합적 법안으로, 2016년 12월 13일 버락 오바마 전 대통령이 서

명하였다. 이 법안에서 자살 예방과 관련된 내용은 정신건강 및 약물 사용 장애 서비스에 대한 접근 향상(Title IX-Promoting Access to Mental Health and Substance Use Disorder)에 관한 것이다. 세부 내용으로는 전국자살예방라이프라인 프로그램의 운영 지원, 지역사회 위기 대응 시스템 강화, 개럿 리 스미스 추모법안 연장, 성인 자살 예방 지원이 있다. 21세기 치유법에는 구체적으로 예산이 배정되어 있는데, 2018년에서 2022년까지 총 5년 동안 자살 예방과 관련된 문제에 약 8570만 달러(약 1028억 원)가 투입될 예정이다. 특히 이 법안에는 전국자살예방라이프라인에 대한 예산 지원 내용이 포함되어 있다(Mental Health Association of New York City, 2016). 이전까지는 전국자살예방라이프라인 프로그램이 약물남용·정신보건청이 지급하는 보조금으로 운영되어 왔다면 이제는 21세기 치유법을 통해 더욱 안정적으로 프로그램을 운영할 수 있게 되어 위기 상담 전화 서비스를 한 단계 승격시켰다고 할 수 있다.

표 2. 21세기 치유법 - 세부 법안 내용

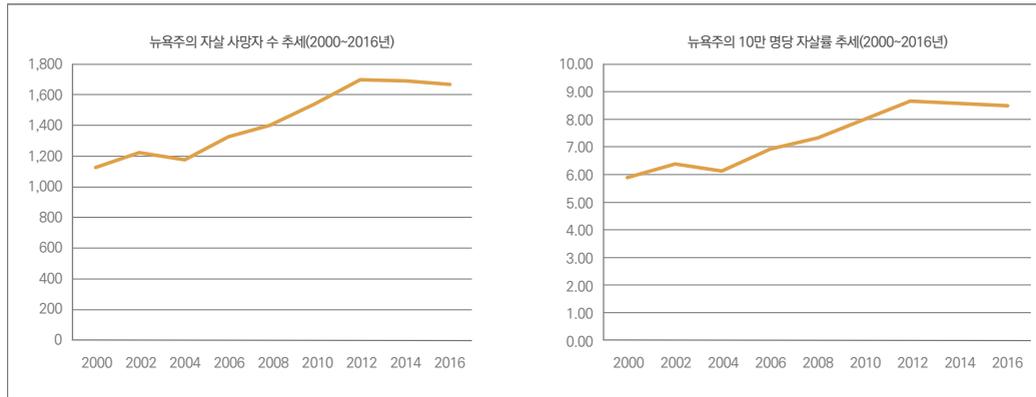
세부 법안	제목	구체적 내용	예산 (2018~2022년)
Sec. 9004	전국자살예방라이프라인 프로그램	핫라인 운영	719만 8000달러 (약 86억 원)
Sec. 9007	지역사회 위기 대처 시스템 강화	정신보건서비스 통합 DB 구축	1250만 달러 (약 150억 원)
Sec. 9008	개럿 리 스미스 추모법안 연장	자살예방기술지원센터 운영 청소년 자살 예방 보조금	3599만 8000 달러 (약 431억 원)
Sec. 9009	성인 자살 예방	성인 자살예방활동 보조금 및 평가활동	3000만 달러 (약 360억 원)
총 8569만 6000달러(약 1028억 원)			

3. 뉴욕주의 자살 증가 추세와 현황

뉴욕주의 2016년 자살 사망자 수는 1679명, 10만 명당 자살률은 8.5명으로 미국 50개 주 가운데 자살률이 두 번째로 낮았다. 그러나 낮은 자살률에도 불구하고 2000년 이후 뉴욕주의 자살 사망자 수 추세를 살펴보면 2000년 1132명에서 2016년 1679명으로 48.3% 증가한 것을 알 수 있다. 10만 명당 자살률은 2000년 5.96명에서 2016년 8.5명으로 42.6% 증가하였다. 성별에 따라서는 남성 76%, 여성 24%로 남성의 자살률이 여성보다 3배 이상 높

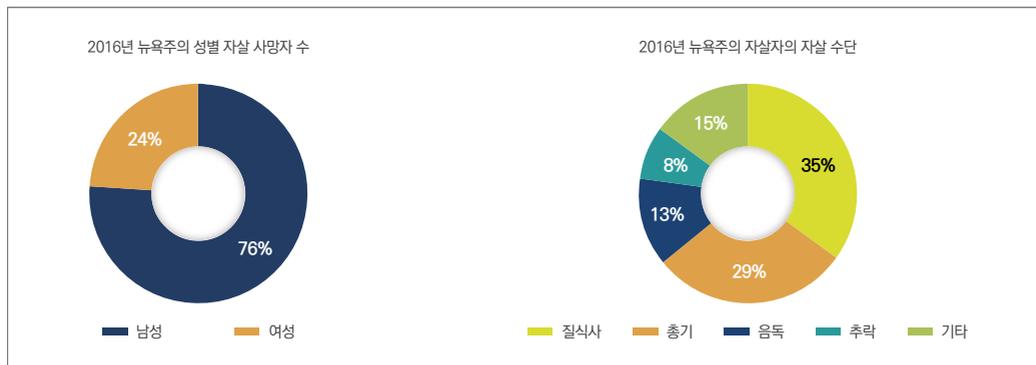
다. 자살 수단에 따라 분석해 보면 질식사(35%)가 가장 많고 총기 사용(29%)이 그 다음이며, 음독(13%), 추락(8%)이 뒤따랐다. 자살 고위험 연령 집단은 50~59세로 전체 사망자의 21.4%가 이 집단에서 나왔다. 인종적으로는 백인이 전체 자살자의 84.7%였다.

그림 5. 뉴욕주의 자살 사망자 수 및 10만 명당 자살률 증가 추세(2000~2016년)



자료: National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control and Prevention

그림 6. 2016년 뉴욕주의 성별 자살 사망자 수 및 자살자의 자살 수단



자료: National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control and Prevention

뉴욕주 보건국에 따르면 1995년부터 2014년까지 자해로 인한 부상으로 응급실을 방문하거나 입원한 경우가 실제 자살 사망자 수보다 6~7배 높은 것으로 나타났다(NYS DOH, Incidence of Suicide and Self-Inflicted Injuries, 1995-2014). 특기할 만한 사실은

2012년에서 2014년 사이 자살 시도로 인한 응급실 방문 및 입원 환자 수를 연령별로 비교했을 때 15~19세의 10만 명당 응급실 방문·입원 비율이 가장 높다는 점이다.

표 3. 뉴욕주 연령층별 자살·자해로 인한 부상(2012~2014년)

		사망		입원		응급실방문	
		년평균 빈도수	주민10만 명당 비율	년평균 빈도수	주민10만 명당 비율	년평균 빈도수	주민10만 명당 비율
총합계		1,632	8.3	10,685	54.5	10,095	51.4
나이 집단	0<1	0	0.0	*	*	3	1.1**
	1-4	0	0.0	*	*	18	1.9
	5-9	*	*	6	0.6**	50	4.3
	10-14	14	1.2	431	36.6	1,037	87.9
	15-19	65	5.1	1,432	111.6	2,476	192.9
	20-24	115	8.0	1,363	94.5	1,673	116.0
	25-44	490	9.2	3,899	73.2	3,261	61.2
	45-64	671	12.7	2,920	55.4	1,407	26.7
성별	65+	275	9.7	632	22.3	171	5.0
	남성	1,234	12.9	4,461	46.8	4,297	45.1
	여성	398	3.9	6,224	61.5	5,798	57.3

*. ** = 불충분한 사례수-비율

자료: NYS DOH, Incidence of Suicide and Self-Inflicted Injuries, 2012-2014.

4. 뉴욕주 자살예방정책

뉴욕주에서 자살예방정책을 추진하는 핵심 정부기관은 정신보건국으로, 뉴욕주 전역에 24곳의 정신병원 및 연구소와 85곳의 외래진료소(Clinic)를 운영하고 있다. 정신보건국은 1만 4000명이 넘는 공무원을 고용하며, 한 해 예산이 41억 1000달러(약 4조 9000억 원)에 달한다(NYS Division of the Budget, 2018). 이곳에서 자살 예방을 전담하는 부서는 2014년에 설치된 자살예방실(Suicide Prevention Office)로 자살예방활동을 조정·계획·지원한다. 자살예방실과 함께 자살 예방의 중심이 되는 기관은 2009년 설립되어 지역사회 자살예방활동을 지원하는 자살예방센터(Suicide Prevention Center of New York)와 근거에 기반한 실천적 자살 예방의 임상 교육과 훈련을 담당하는 실천혁신센터(CPI: Center for Practice Innovations)이다. 한편 2017년 11월에 민·관 모두를 대표하는 합동자살예방대책위원회(Suicide Prevention Task Force)가 뉴욕 주지사에 의해 구

성되었다(NYS Governor's Office, 2017). 이 위원회는 특히 자살 고위험 지역사회와 자살률이 높은 재향군인, 정신질환이나 약물 남용으로 어려움을 겪고 있는 개인, 중년 남성, 남미계 청소년 또는 동성애 집단에 대한 대책을 수립하고 현재 진행 중인 자살예방활동 및 정책을 검토, 평가하는 역할을 할 예정이다.

표 4. 미국 국가자살예방전략과 뉴욕주 자살예방전략의 연계성

뉴욕주 자살예방전략	뉴욕주 전략 이행 지침	국가자살예방전략
1. 보건 및 정신건강 영역의 예방사업 (자살 제로)	a. 외래진료소를 시작으로 공공정신건강 시스템에서 출발한다.	목적 6: 자살 위기에 놓인 개인이 치명적인 자살 수단에 접근하지 못하도록 한다.
	b. 최신의 임상 지식을 활용하는 교육에 투자한다.	목적 7: 지역사회와 의료기관에 자살 예방 교육을 제공한다.
	c. 인구에 기반한 예방적 참여로 가는 시스템 문화를 조성한다.	목적 8: 의료기관의 핵심 요소로 자살 예방을 장려한다.
	d. 자살을 예방하는 케어를 정확히 정의한다.	목적 9: 자살 위험이 있는 개인을 사정하고 치료할 수 있는 임상 및 전문 서비스를 제공한다.
	e. 경험을 정책과 계획에 통합한다.	
	f. 공공 민간 협력을 통해 자살 제로를 공공정신건강시스템을 넘는 의료체제로 확대한다.	
2. 생애주기에 따른 지역사회 예방사업	a. 자살 예방 기반의 중심축으로 지역사회 자살예방협의회를 설립·지원·강화한다.	목적 1: 다양한 분야 및 기관 간 자살예방 활동을 조정하고 통합한다.
	b. 자살을 더 안전하게 챙기는 자살을 더욱 예방하는 학교사회를 만든다,	목적 3: 웰빙과 회복을 높이며 자살을 예방할 수 있는 요인을 이해한다.
	c. 자살 사후 개입(Postvention)을 예방 방법으로 활용한다.	목적 5: 자살을 예방하고 웰빙을 높일 수 있는 효과적인 프로그램을 개발하고 운영한다.
	d. 표적화된 게이트키퍼(Gatekeeper) 교육을 제공한다.	목적 10: 자살 또는 자살 시도로 영향을 받은 개인을 지원하고 추가적인 자살을 예방하기 위한 지역사회 사업을 추진한다.
3. 자살 통계 및 데이터에 근거한 예방사업	a. 자살 동향 통계 자료를 향상시킨다.	목적 11: 자살 예방 통계 시스템을 개선하고 통계 수집·분석·사용 능력을 향상시킨다.
	b. 자살 동향 통계 자료를 서비스에 이용할 수 있는 형태로 관련 기관에 제공한다.	목적 12: 자살 예방 연구를 지원한다.
	c. 공공정신건강시스템에서 발생하는 자살에 대해 자세히 분석한다.	목적 13: 자살예방사업의 효과성과 영향력을 평가하고 그 결과를 배포한다.
	d. 과학기술을 이용하여 대규모 실험을 할 수 있는 연구를 지원한다.	

자료: NYS OMH Suicide Prevention Office, (2016), New York State's Suicide Prevention Plan 2016-2017, p. 31

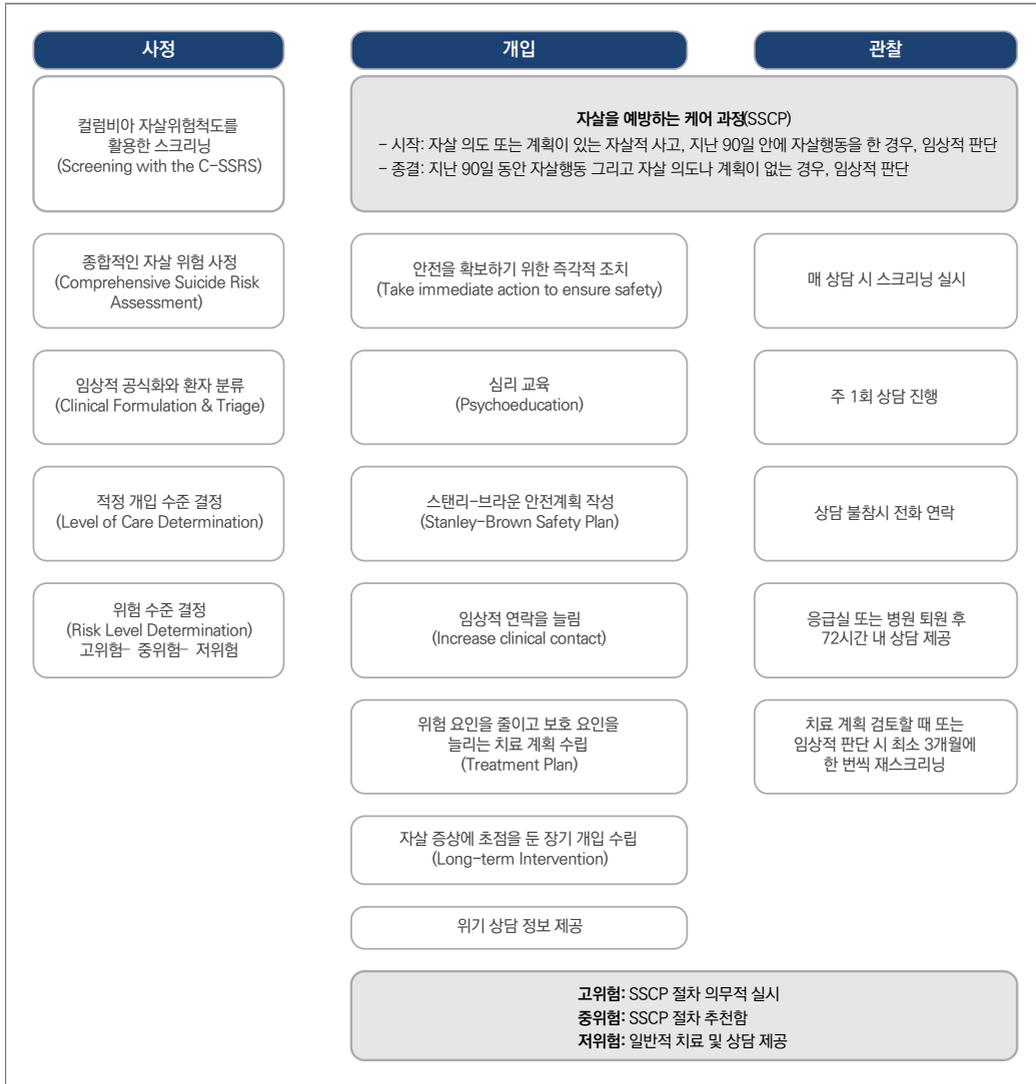
뉴욕주는 연방정부에서 제시한 국가전략에 기반하여 공중보건적 접근과 임상적 접근을 통합한 세 가지 자살예방전략을 추진하고 있다. 첫째, 보건 및 정신건강 영역에서 자살예방사업의 일환으로 자살 제로를 실행하고 있다. 둘째, 생애주기에 따른 지역사회 자살예방사업을 추진하고 있다. 셋째, 자살 통계와 데이터에 근거한 예방사업을 실행하고 있다. 이 세 가지 주정부 전략들은 국가전략의 개별 목적과 직접 연결되어 있는데, <표 4>에서처럼 첫 번째 전략은 국가전략 목적 6, 7, 8, 9의 내용과 연결되고, 두 번째 전략은 국가전략 목적 1, 3, 5, 10과 연결되어 있다. 마지막 세 번째 전략은 국가전략 목적 11, 12, 13과 연결되어 있다. 국가전략과 주정부 자살예방전략의 연결성은 단지 선언적 내용만이 아니라 사업 실행을 위한 재정 지원으로 구체화되고 있다. 예를 들면 뉴욕주는 2014년 약물남용·정신보건청으로부터 국가전략의 목적과 목표를 수행하기 위한 국가전략 보조금 188만 달러(약 23억 원)를 받아 25세에서 64세 사이 성인 노동인구의 자살과 자살 시도를 예방하기 위한 사업을 2017년까지 3년간 실시하였다. 그리고 자살예방지원센터에서 2017년부터 5년에 걸쳐 350만 달러(약 42억 원)의 보조금을 받아 응급실, 입원병원, 외래진료소, 약물중독 치료기관, 병·의원 사이에 구성된 네트워크를 통해 자살 제로를 실행하고 “자살을 예방하는 케어(Suicide Safer Care)”라는 프로젝트를 추진하고 있다(Suicide Prevention Resource Center, 2017).

가. 첫 번째 전략 - 자살 제로

뉴욕주 정신보건국은 2012년부터 2014년까지 정신과 치료 중 자살 또는 자살 시도를 한 환자들의 보험 청구내역을 분석한 결과, 이들 중 73%(N=1886)가 자살행동에 이르기 전 6개월 사이에 외래정신건강서비스를 받은 적이 있고, 61% (N=1571)는 자살행동 전 한 달 사이에도 서비스를 받았다는 사실을 발견했다. 특히 자살 사망자의 68%는 자살 전 6개월 사이, 49%는 한 달 사이에 외래정신건강서비스를 받은 것으로 나타났다(NYS OMH, 2016, p. 9). 또한, 2013~2014년 자살 사망자 3564명 중 1028명(29%)은 응급실 방문 또는 퇴원 후 30일 이내에 자살했고 735명(21%)은 응급실 방문 또는 퇴원 후 7일이 지나기 전에 자살을 한 것으로 나타났다(Carruthers, 2017). 이와 같은 통계 자료를 통해 상당히 많은 자살이 의료기관에서 외래 치료를 받는 중, 또는 병원, 응급실 등에서 퇴원한 후 7일 이내에 발생한다는 것을 알 수 있다. 따라서 뉴욕주는 국가전략과 자살예방연맹에서 제시한 자살 제로모델을 자

살예방전략의 하나로 선정하고, 외래정신건강진료소를 시작으로 일반 의료기관으로 사업을 확대해 나가고 있다. 또, 임상에서는 자살 제로를 실행하는 틀로 사정-개입-관찰 자살 예방 모델(AIM-SP: Assess-Intervene-Monitor Suicide Prevention Model)을 활용하고 있다(Brodsky, Spruch-Feiner, & Stanley, 2018, p. 1). 증거 기반 실천 모델의 하나인 AIM-SP 모델은 컬럼비아자살위험척도(C-SSRS: Columbia Suicide Severity Rating Scale)를 사용하여 스크리닝하고 위험 요인과 보호 요인을 통해 내담자의 자살 위험 수준을 결정한다. 이 모델에 따르면, 내담자가 지난 90일 안에 자살행동을 했거나 현재 자살 의도 또는 계획이 있다고 판단되면 치료자는 그를 고위험자로 분류하고 자살을 예방하는 케어 과정(SSCP: Suicide-Safer Care Pathway)을 시작하게 된다. 치료자는 내담자의 자살 수단을 차단하는 즉각적인 조치를 내리고, 심리 교육을 제공하며, 안전계획(Safety Plan)을 내담자와 함께 작성한다. 또한 자살 위험 요인을 줄이고, 보호 요인을 늘리는 치료 계획을 작성한다. 자살 위험 수준이 저위험단계로 떨어지기 전까지 매주 스크리닝과 함께 상담을 진행하고, 내담자가 이유 없이 상담에 불참할 경우 전화 연락을 통해 안전 여부를 확인해야 하며, 내담자가 응급실이나 병원에서 퇴원하는 경우 72시간 안에 반드시 상담을 제공해야 한다. 이와 같이 AIM-SP는 매우 체계적인 임상 모델이라 할 수 있다. 이 모델은 2017년 10월 이래 주 정부에서 운영하는 외래진료소 85개소와 자살 제로 사업에 참여하는 민간 외래진료소를 포함한 약 170개 기관에서 광범위하게 사용되고 있다(Carruthers, 2017). 또한 2018년 4월부터는 주 정부에서 운영하는 22개 정신병원에 입·퇴원하는 모든 환자에게 AIM-SP 모델을 적용하는 등 자살 제로 모델이 확대되고 있다. 다음 그림은 AIM-SP 모델의 실행 흐름을 전체적으로 보여 준다.

그림 7. 임상에서의 자살 제로 실행 흐름도: 사정-개입-관찰 자살 예방 모델(AIM-SP Model)



나. 두 번째 전략 - 생애주기에 따른 지역사회 자살 예방

두 번째 전략은 지역사회에서 자살예방활동을 생애주기에 따라 실시하는 데 초점을 둔 것이다. 이 전략에 따라 첫째, 각 카운티에서는 민간과 공공기관이 협력하여 자살예방협회(Coalition)를 만들고 이 협회를 중심으로 지역이 당면한 문제에 맞는 자살예방활동을 실시하고 있다. 뉴욕주에는 총 62개의 카운티가 있는데 현재 뉴욕시에 속한 5개 카운티를 제외한 모든

카운티에 자살예방협회가 설립되어 활동이 이루어지고 있다. 협회의 중요한 역할은 지역사회 내 자원을 파악하고 자살 예방 이해 당사자들을 모아 지역사회에 맞는 맞춤형 자살 예방 계획을 수립하는 것이다. 둘째, 안전한 학교를 만들기 위한 학교 기반 예방사업을 실시하고 있다. 안전한 학교를 만들기 위해 뉴욕자살예방센터에서는 학교 교직원을 대상으로 한 자살 인식 교육, 학교 내 자살예방팀을 위한 교육, 청소년을 위한 종합 자살 인식 및 대처 프로그램(Lifelines - Prevention, Intervention and Postvention)을 제공하고 있다. 또, 로체스터대학병원 팀과 함께 용기의 원천(Sources of Strength)이라는 프로그램도 제공한다. 용기의 원천은 자살 충동이 있는 학생을 또래를 통해 신뢰할 수 있는 어른에게 연결하는 프로그램으로 또래를 활용한 최초의 자살 예방 프로그램으로 알려져 있다(Wyman et al., 2010, p. 1653). 셋째, 뉴욕자살예방센터를 통해 다양한 기술 지원을 하고 있다. 이 센터는 뉴욕주 정신보건국의 재정 지원으로 운영되며 협회 지원학교(Coalition Academy)를 통해 자살예방협회를 지원하고 게이트키퍼교육을 제공한다. 매년 개최하는 자살 예방 컨퍼런스가 이 센터의 중요 사업이라고 할 수 있다. 뉴욕주에서 후원하는 게이트키퍼 교육에는 세이프토크(Safe Tell, Ask, Listen and KeepSafe, SafeTalk), 자살개입 기술교육(ASIST: Applied Suicide Intervention Skills Training), 정신건강응급처치교육(Mental Health First Aid) 등이 있다.

다. 세 번째 전략 - 자살 통계 및 데이터에 근거한 자살 예방

자살을 예방하기 위한 전략을 세우려면 누가, 언제, 왜, 어떻게 자살을 했는지 파악할 수 있어야 한다. 그러나 자살의 경우 통계 자료 자체가 부족할 뿐만 아니라 자살 시점과 정부에서 정확한 자살 수를 발표하는 시점 사이에 1~2년의 시차가 있어 양질의 통계 및 데이터를 확보하는 일은 매우 중요하다(Suicide Prevention Resource Center; NYS OMH, 2016, p. 15). 국가전략에서도 통계, 연구, 평가를 예방전략의 중요한 한 축으로 삼고 있다.

뉴욕주 정신보건국에서는 자살 동향 감시체계로 크게 4가지 시스템을 활용하고 있는데, 정신과 서비스 및 임상 지식 향상 시스템(Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System)과 뉴욕주 사고 관리 및 보고 시스템(NIMRS: New York State Incident Management and Reporting System), 보건국에서 운영하는 뉴욕주 계획 및 연구 협력 시스템(SPARCS: New York Statewide Planning and Research Cooperative System), 인구동태 통계(Vital Statistics)가 그것이다(Carruthers, 2017). 특별히 정신보건

국은 데이터에 근거한 자살 예방의 핵심 시스템으로 PSYCKES와 NIMRS를 사용하고 있다. PSYCKES는 메디케이드(Medicaid) 가입자의 보험 청구 내용을 근거로 5년간 의료 기록(처방약, 입원 치료, 외래 치료, 응급실 사용, 각종 검사, 사례 관리, 주거 시설 등)에 접근할 수 있는 웹상의 데이터베이스로, 현재 6백만 명 이상의 의무 기록이 축적되어 있다. PSYCKES는 주 정부가 운영하는 다양한 데이터베이스의 자료에 대한 접근을 통해 매주 업데이트되고 있다. 특히 자살 예방과 관련해 자살 시도로 응급실을 이용했거나 입원 치료를 받으면 주의 사항(Quality Flag)으로 표시되어 환자의 자살 시도 기록을 실시간으로 파악할 수 있다. 따라서 치료자는 객관적 정보를 바탕으로 환자에 대한 적절한 임상적 판단과 자살 안전계획을 수립할 수 있다. NIMRS는 뉴욕주 정신보건국에서 운영하거나 인가받은 정신건강의료기관에서 발생하는 사건·사고를 보고하는 데이터베이스다. 현재 약 350개 의료기관의 4500개 프로그램에서 사용되고 있는 NIMRS는 사건·사고의 단순한 보고에 그치지 않고 사후 조치 및 재발 예방까지 연결된 종합적 관리시스템이다. 보고하는 사건·사고의 내용은 환자에 대한 학대·방임, 자살을 포함한 사망, 자살 시도, 폭행, 방화, 범죄, 성폭력, 약물 유해 반응, 투약 과오 등이며, 특별히 자살과 자살 시도는 의무적으로 보고하게 되어 있다(NYS OMH NIMRS). NIMRS는 정신건강의료기관에서 치료 시 발생했던 자살 시도 기록과 사후 처리 내용까지 축적되어 있어 기록에 근거한 정확한 자살 사정을 할 수 있게 해 준다. 이전에는 두 시스템을 이용할 수 있는 기관이 제한되어 있었으나 자살 통계 및 데이터에 근거한 자살 예방을 실천 전략으로 정한 뒤로는 인가받은 모든 정신건강의료기관과 치료진들이 웹상에서 언제든지 내담자의 기록에 접근할 수 있도록 변경되었다.

5. 맺는말 - 한국 자살예방정책에 대한 제언

미국은 꾸준히 증가하고 있는 자국의 자살률에 대응해 2001년에 국가자살예방전략을 최초 수립한 후 입법적 노력을 중심으로 국가전략을 실천해 왔다. 국가전략은 연방 정부, 주 정부, 지방 정부의 자살예방정책을 안내하는 지침서이자 로드맵으로서 큰 역할을 하고 있다. 미국의 자살예방활동을 주도하는 민간과 공공기관의 협의체인 전국자살예방활동연맹은 새롭게 개정된 2012년 국가전략을 기반으로 2025년까지 연간 자살률을 20% 줄이겠다는 목표를 설정했다. 그리고 이 연맹은 국가전략의 핵심 개념을 반영하는 자살 제로 모델을 우선순

위 사업의 하나로 선정하여 의료체계 내에서 자살을 예방하기 위해 다양한 활동을 진행하고 있다. 이 글에서는 전국자살예방활동연맹이 국가전략을 실행하고 있는 구체적인 사례로 뉴욕주의 자살예방정책을 살펴보았다. 뉴욕주 역시 2000년 이후 증가하는 자살행동을 줄이기 위해 정신보건국(자살예방실)을 중심으로 세 가지 전략 아래 예방활동을 진행해 왔다. 뉴욕주 자살예방전략의 핵심은 먼저, 국가전략과 우선순위에서 제시된 자살 제로 모델을 주 전역에서 실시하며, 자살 제로 모델의 임상적 틀로 사정-개입-관찰 자살 예방 모델(AIM-SP Model)을 사용한다는 것이다. 그리고 근거에 기반한 임상적 사정과 판단을 위해 PSYCKES와 NIMRS 라는 데이터베이스를 의료기관에서 적극적으로 활용하도록 의무화하고 있다. 다음으로, 각 카운티에 설립된 자살예방협회를 통해 지역사회에 밀착된 맞춤형 예방활동을 전개하는 것이다. 이를 위해 자살예방지원센터를 기술지원센터로 활용하여 협회지원학교를 운영하고 생애 주기에 따른 다양한 게이트키퍼 교육을 제공하고 있다. 앞에서 살펴본 국가전략과 뉴욕주 자살예방정책을 토대로 2022년까지 10만 명 당 자살률 20명 이내, 연간 자살자를 1만명 이내로 줄인다는 목표를 세운 한국의 자살예방정책에 대해 다음과 같이 여섯 가지로 제안하고자 한다.

첫째, 정신건강서비스의 공공성을 강화해야 한다. 뉴욕주 자살 예방의 중심적 기관은 정신보건국이다. 앞에서 언급한 대로 정신보건국은 1만 4000명이 넘는 인력과 4조 9000억 원이 넘는 연간 예산을 가지고 공공정신건강서비스를 통해 주민을 위한 정신건강 안전망을 제공하고 있다. 반면 한국에서는 자살 예방의 핵심 기관인 자살예방센터와 정신건강복지센터가 공공기관이 아니라 민간에 위탁 운영되는 형태이다. 위탁계약을 주기적으로 갱신해야 하는 매우 불안정한 운영 및 고용 구조인 것이다. 따라서 자살예방사업을 더 안정적이고 장기적인 계획에 따라 체계적으로 수행하기 위해서는 최소한 중앙 또는 광역시·도를 담당하는 자살예방센터와 정신건강복지센터를 공공화할 필요가 있다. 그래서 두 센터가 지역사회 예방활동에서 중심적인 역할을 할 수 있도록 공공성이 더욱 강화된 형태가 되어야 한다.

둘째, 자살예방사업의 안정적 추진을 위한 법 제정이 필요하다. 미국에서 국가자살예방전략을 전국적으로 확산하고 취약집단, 특히 청소년, 대학생, 청년, 재향군인 등에 대한 예방 교육, 핫라인 서비스, 자살예방지원센터를 지원할 수 있었던 데는 앞서 언급한 세 가지 연방 법안의 제정이 매우 중요한 역할을 하였다. 따라서 한국에서도 자살예방활동과 예산 배정을

제도화하고 정부기관 내에서의 자살예방활동을 의무화하는 “자살예방법” 제정이 시급하다.

셋째, 미국의 자살 제로 모델과 임상적 틀인 AIM-SP 모델을 한국의 자살예방정책에 적용할 수 있을지 그 가능성을 검토할 필요가 있다. 뉴욕주는 향후 5개년에 걸쳐 추진될 자살 제로 사업을 통해 촘촘한 자살 예방 그물망을 의료체계 내에 구축할 예정이다. 한국에서도 자살 제로 모델을 객관적으로 검토하고, 특별히 응급실을 방문한 자살 시도자 사후 관리에 AIM-SP 모델을 임상 모델로 적용할 수 있을지 연구할 필요가 있다.

넷째, 근거 기반 실천에 기반한 자살 예방 교육과 훈련을 담당하는 온라인 교육기관을 설립해야 한다. 그 예로 뉴욕주 정신보건국과 컬럼비아대 의과대학 간 산학 협력을 통해 설립된 혁신실천센터는 자살 예방 교육뿐만 아니라 다양한 온라인 교육을 무료로 제공하고 있다. 한국에서도 표준화된 근거 기반 자살 예방 프로그램이나 상담 및 치료 방법을 효과적으로 보급하고, 보수교육의 기회가 상대적으로 부족한 지역이나 기관에 무료로 보수교육을 제공하는 전문화된 온라인 교육기관을 설치할 필요가 있다.

다섯째, 자살 시도자를 포함하는 정신건강서비스 데이터베이스의 구축이 필요하다. 뉴욕주 정신보건국에서 운영하는 NIMRS는 허가받은 4500개 정신보건 프로그램에서 발생하는 자살행동에 대한 사건 기록을 PSYCKES에 실시간으로 제공하고 있다. PSYCKES는 이러한 데이터를 이용하여 과거 자살 기록과 의료 기록을 통해 임상적으로 관리할 수 있는 기능을 제공하고 있다. 한국에서는 2018년에 정신건강사례관리시스템이 구축되어 운영될 예정이다. 이 시스템이 정신건강복지센터 내 사례관리뿐만 아니라 최소한 응급의료시스템 및 국민건강보험 정보를 공유하여 자살 시도자를 확인하고 사후관리서비스를 제공할 수 있도록 종합적 데이터베이스를 구축할 필요가 있다.

마지막으로 정신건강 분야에 질적 관리(Quality Management) 개념을 도입할 필요가 있다. 자살 또는 자살 시도 사건은 뉴욕주 정신보건국에서는 중대 사건으로 취급되어 NIMRS에 반드시 보고되는 내용이다. 그리고 해당 기관은 자살 및 자살 시도 사건에 대해 사고심리위원회(IRC: Incident Review Committee)를 열어 사고의 원인과 사고를 예방하지 못한 시스템의 문제점을 파악하여 사후에 예방할 수 있는 시정 조치 계획(CAP: Corrective Action Plan)을 세워야 한다. 한국에서는 자살 사망자에 대한 심리부검이 중앙심리부검센터에서 이루어지고 있으나 자발적 요청에 한하고 신청자의 심리적 지원에 한정되어 있다. 따라서 사망자의 심리부검으로만 끝나는 것이 아

나라 사건·사고 분석을 통해 서비스의 향상과 재발 방지로 연결될 수 있는 질적 관리 개념의 도입이 필요하다고 생각한다.

참고문헌

- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Steward, C., Beck, A., Waitzfelder, B., Rossom, R., et al. (2013). Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. *Journal of Internal Medicine*, 29(6), 870-877.
- Brodsky, B., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontier Psychiatry* 9:33.
- Carruthers, J. (2017). From Plan to Action: New York State Suicide Prevention in 2017. Paper presented at the NYS Suicide Prevention Conference. Albany, NY.
- Center for Disease Control and Prevention. WISQARS (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System) Fatal Injury Report (1981-2016). <https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate.html>에서 2018.3.10.인출
- Center for Disease Control and Prevention. WISQARS (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System) Fatal Injury Visualization Tool. <https://wisqars-viz.cdc.gov/>에서 2018.3.10.인출
- Center for Practice Innovation. Online Course, Assess, Intervene and Monitor for Suicide Prevention (AIM-SP) – Introducing a Suicide-Safer Care Pathway for Clients At Elevated Risk.
- Garraza, L. G., Walrath, C., Goldstein D. B., Reid, H., & McKeon, R. (2015). Effect of the Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program on Suicide Attempts Among Youths. *JAMA Psychiatry*, 72(1), 1143-1149
- Hogan, M. F., & Grumet, J. G. (2016). Suicide Prevention: An Emerging Priority for Health Care. *Health Affairs.*, 35 (6), 1084-1090.
- Hogan, M., Pechenik, S., & Carruthers, J. (2016). Statewide Grand Rounds – Zero Suicide: Providing Suicide Safer Care in New York. <https://www.omh.ny.gov/omhweb/bps/160420-zero.html> 에서 2018. 2. 18. 인출.
- H.R. 327 – 110thCongress:Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Act. <https://www.govtrack.us/congress/bills/110/hr327>에서 2018. 3. 10. 인출.
- Mental Health Association of New York City. (2016. 12. 13.). Letter from the National Suicide Prevention Lifeline Director <https://mhaofnyc.org/letter-from-the-national-suicide-prevention-lifeline-director/>에서 2018. 3. 10. 인출.
- National Action Alliance for Suicide Prevention. Action Alliance Priority <http://actionallianceforsuicideprevention.org/priorities> 에서 2018. 3. 10. 인출.
- National Action Alliance for Suicide Prevention. (2011). Suicide Care in System Framework. <http://actionallianceforsuicideprevention.org/sites/actionallianceforsuicideprevention.org/files/taskforces/ClinicalCareInterventionReport.pdf> 에서 2018. 3. 20. 인출.
- NYS DOH, Incidence of Suicide and Self-Inflicted Injuries (1995-2014) https://www.health.ny.gov/statistics/prevention/injury_prevention/docs/selfinflicted_all.pdf에서 2018. 3. 10. 인출.
- NYS DOH, Incidence of Suicide and Self-Inflicted Injuries (2012-2014) https://www.health.ny.gov/statistics/prevention/injury_prevention/docs/selfinflicted_all_plus.pdf에서 2018. 3. 10. 인출.
- NYS Division of the Budget. <https://www.budget.ny.gov/pubs/archive/fy19/exec/agencies/appropData/MentalHealthOfficeof.html> 에서 2018. 4. 24. 인출.
- NYS Governor’s Office. (2017. 11. 16.) Governor Cuomo Announced the Launch of the Suicide Prevention Task Force. <https://www.governor.ny.gov/news/governor-cuomo-announces-launch-suicide-prevention-task-force>에서 2018. 2. 15. 인출.
- NYS Office of Mental Health Suicide Prevention Office. (2016. 9.). 1,700 Too many: New York State’s Suicide Prevention Plan 2016-2017 <https://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/suicide-prevention-plan.pdf>에서 2018. 2. 23. 인출.
- NYS OMH. (2016. 9.) OMH Newsletter. Suicide Prevention: Through Collective Action, There is Hope. <https://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/newsltr/2016/sept-2016.pdf>에서 2018. 2. 10. 인출.
- NYO Office of Mental Health. New York State Incident Management and Reporting System <https://www.omh.ny.gov/omhweb/dqm/bqi/nimrs/index.html>에서 2018. 3. 11. 인출.
- NYS OMH. (2017.8.28.). Using PSYCKES for Clinicians. https://www.omh.ny.gov/omhweb/psyckes_medicaid/webinar/psyckes_clinicians.pdf 에서 2018. 2. 20. 인출.
- Suicide Prevention Resource Center. The New York State Office of Mental Health’s Implementation of the National Strategy for Suicide Prevention (NSSP) <https://www.sprc.org/grantees/new-york-state-office-mental-healths-implementation-national-strategy-suicide-prevention> 에서 2018. 4. 29. 인출.

Suicide Prevention Resource Center. <https://www.sprc.org/grantees/new-york>에서 2018. 4. 29. 인출.

Suicide Prevention Resource Center. Core Competency: Data and Surveillance. <http://www.sprc.org/grantees/core-competencies/data>에서 2018. 4. 29. 인출.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration: National Strategy for Suicide Prevention Implementation Assessment Report. HHS Publication No SMA17-5051. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, SAMHSA. <https://store.samhsa.gov/product/National-Strategy-for-Suicide-Prevention-Implementation-Assessment-Report/SMA17-5051>에서 2018. 2. 18. 인출.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration (2017). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Author <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2016/NSDUH-FFR1-2016.pdf>에서 2018. 4. 13. 인출.

S. 2634 - 108th Congress : Garrett Lee Smith Memorial Act <https://www.govtrack.us/congress/bills/108/s2634>에서 2018. 3. 10. 인출.

Suicide Prevention Resource Center. Core Competency: Data and Surveillance <https://www.sprc.org/grantees/core-competencies/data>에서 2018. 3. 11. 인출.

US Center for Disease Control and Prevention. Costs to Society. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/consequences.html> 에서 2018. 3. 12. 인출.

U.S. Department of Veterans Affairs. (2016). Suicide Among Veterans and Other American 2001-2014. <https://www.mentalhealth.va.gov/docs/2016suicidedatareport.pdf>에서 2018. 2. 27. 인출.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001) National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Rockville, MD: Author.

U.S. Public Health Service. (1999) The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide. Washington, D.C.: Author.

U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action for Suicide Prevention. (2012). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington, D.C: HHS.

World Health Organization. (2014). Preventing Suicide: A global imperative. Geneva, Switzerland: Author.

Wyman, P., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh E., et al (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. American Journal of Public Health, 100, 1653-1661.