



# 자살과 우울증은 왜 일어날까?

박 용 천<sup>1,2\*</sup> · 박 선 철<sup>2</sup> | <sup>1</sup>한양대학교 의과대학, <sup>2</sup>한양대학교구리병원 정신건강의학과

## Why do suicide and depression occur?

Yong Chon Park, MD<sup>1,2\*</sup> · Seon-Cheol Park, MD<sup>2</sup>

Department of Neuropsychiatry, <sup>1</sup>Hanyang University College of Medicine, Seoul, <sup>2</sup>Hanyang University Guri Hospital, Guri, Korea

\*Corresponding author: Yong Chon Park, E-mail: hypyc@hanyang.ac.kr

Received December 19, 2011 · Accepted December 29, 2011

As suicide deaths have been rapidly increasing among the Korean people, the clinical conditions associated with suicide including major depressive disorder (MDD) have also been in the public eye for decades. Thus we discuss the relationship between suicide and depression from the psychosocial perspective. Because the introjected aggression or hostility may be essential psychodynamic factors in suicide and depression, the clinical psychiatrist's or psychotherapist's empathy may be the important psychotherapeutic method in the recovery of object relationships or relieving suicidal patients' self-destructive tendencies. Although various and diverse psychological features have been suggested as the predictive factors of suicide, they have not yet been demonstrated by any statistical models. Psychiatrists should be aware that suicide or suicidal behaviors might be strongly associated with sociocultural background in Korea. Further research may be needed in the area of the relationship among suicide, depression, and sociocultural correlates.

**Keywords:** Depression; Suicide; Hostility; Empathy; Acculturation

### 서 론

정신과 임상 의사의 둘 중 한 명은 보통 자신에게 진료를 받아오던 환자가 자살로 사망하게 되는 경험을 겪는다고 한다. 비정신과 의사도 연간 12명 정도의 자살위험성이 있는 환자를 진료한다고 한 연구에서 보고되었다. 그 중에서 실제로 자살을 범하는 경우는 전체의 2%에 해당되는데, 그렇다면 임상 의사가 30년 정도 진료를 할 때 그의 환자들 중 적지 않은 수인 4-5명은 자살로 생을 마감하게 된다고 한다[1].

한국은 인구 10만 명당 자살자의 수가 25명을 초과하는

'자살 고위험도 국가'이다. 2010년에 국내의 자살자는 15,566명으로, 인구 10만 명당 31명의 자살자가 있었고 하루 평균 42명이 자살로 생을 마감하였다. 자살은 국내 사망 원인의 6.1%를 차지하여 전체 사망원인 중 암, 뇌혈관질환, 심장질환에 이어 4순위에 해당되었다. 특히, 10-29세와 30-39세의 연령대에서는 자살이 사망원인의 1위를 차지하였다. 한편, 연령대별 자살률(인구 10만 명당 자살자 수)은 80대, 70대, 60대가 각각 123.3명, 83.5명, 52.7명이었으며, 30대, 40대, 50대는 각각 29.6명, 34.1명, 40.1명이었다. 즉, 자살은 노령인구에서 더욱 임상적으로 중요하게 부각되고

본 논문 내용의 일부는 2010년 12월 17일 한국보건의료연구원 주최의 '우울증, 자살 그리고 한국사회 round-table conference(NP11-005)'에서 발표된 것임.

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

있다[2].

아직 국내의 자살자에 대한 심리학적 부검(psychological autopsy)은 아직 시행되지 않았지만, 자살은 신경생물학적으로나 정신사회적으로 주요우울장애와 뚜렷한 연관성을 가지는 것으로 알려져 왔다[3]. 이에 따라 사후 및 임상연구들은 세로토닌(serotonin)의 기능부전, 시상하부-뇌하수체-부신피질 축(hypothalamic-pituitary-adrenal axis)의 기능부전, 혈청이나 혈장의 콜레스테롤 및 brain-derived neurotrophic factor의 저하 등 신경생물학적 요인들과 자살이나 자살행동의 연관성을 보고하였다[4]. 하지만 자살은 매우 복잡한 현상이기 때문에 신경생물학적 요소들만으로 그 모두가 환원화될 수 없으며, 신경생물학적 요소들도 자살의 가능성 있는 예측인자로서 제시되기는 하지만 임상적 유용성은 아직 부족한 것이 현실이다.

따라서 정신역동적인 관점은 '자살과 우울증'에 대한 논의에 있어 여전히 그 필요성이 제기되며, 임상적으로도 유용한 것임을 알 수 있다. 이에 저자들은 정신역동적인 견지에서 '자살과 우울증의 관련성'을 기존문헌의 논의를 토대로 고찰하고, 동시에 국내의 임상상황에 적용함에 있어 나타나는 사회문화적 한계점과 그 대안을 논의하고자 한다.

## 자살과 우울증은 정신역동적으로 어떻게 관련되어 있는가?

정신역동적인 견지에서 볼 때, 자살행동이나 자살사고는 모두 다른 행동이나 생각들과 마찬가지로 중복결정과 다중기능의 산물에 해당된다. 따라서 자살의 개별적인 동기는 매우 다양해서 그 전체적인 특징을 일반화하려고 할수록 더욱 모호해진다[5]. Freud [6]은 자살을 함입된 대상(introjected object)에 대한 파괴적 욕구가 스스로를 향하게 된 것으로 이해하였으며, 궁극적으로 자살을 전치된 살해충동(displaced murderous impulses)의 결과로서 규정하였다. 이후에 그는 구조이론(structural theory)에 근거하여 자살을 가학적인 초자아가 자아를 희생시키는 것으로 재정의하였다[7]. 그리고 Menninger [8]은 죽이고 싶은 욕구, 죽임을 당하고 싶은 욕구, 죽고 싶은 욕구 등이 자살행동에 관여

할 것이라고 가정하면서, 자살을 좀 더 복합적으로 설명하였다. 한편, Fenichel [9]은 자살을 이제는 곁에 없는 사랑했던 사람과의 재결합을 마술적인 성취나 사랑하는 초자아적 이상과의 자기애적 결함을 의미하는 '재결합의 희망(reunion wish)'으로 개념화하였다. 자살을 사랑하는 사람의 기일에 실행하는 증례들에서 알 수 있듯이, 병적인 애도과정에서 자살을 자기결속력을 회복시키는 유일한 방법으로 간주될 수 있는 것이다.

우울증의 정신역동적 특징은 우울증의 가족력, 높은 가치 기준, 유년기 부모와의 이별이나 사별, 삶에 대한 재미의 저하, 비대한 양심, 낮은 자기존중감 등이 제시된다. 우울증에 대한 다양한 정신역동적 이론들은 공통적으로 '대인관계의 실패(대상의 상실로 인해 발생하는 내재화된 공격성)'라는 맥락 속에서 '자존심이 손상되고 결국은 우울증에 겪게 된다'라는 내용을 내포하고 있다[5]. 그런데 여기에서 주목해야 할 것은, 자살에서와 마찬가지로, 우울증의 정신역동적 이해에서도 여러 '공격성'이나 '적개심'이 중요한 정신역동적 특징으로서 여러 이론들에서 공통적으로 간주된다는 점이다.

## 자살은 정신역동적 접근으로 예측할 수 있는가?

Tarachow [10]은 공격성을 우울증 환자가 할 수 있는 유일한 대안적인 반응으로서 간주하였다. 이에 따라 그는 자살위험도의 평가에 있어 원칙을 제시하였는데, 공격성을 외부로 드러낼 수 있는 우울증 환자는 그럴 수 없는 환자에 비해 자살위험도가 덜하다고 추정하였다.

Clark와 Fawcett [11]은 전향적 연구를 통해 자살예측에서 단기적 및 장기적인 위험요인을 구분해서 그 유용성을 제시하였다. 그들은 1년 내의 자살을 예측함에 있어 유용한 요인으로서 공황발작, 정신적 불안, 즐거움과 관심의 심각한 상실(severe loss of pleasure or interest), 불안에서 우울이나 분노로 정서가 급작스럽게 변하는 우울성 혼돈(depressive turmoil involving a rapid switching of mood from anxiety to depression to anger or vice versa), 알

코을 남용, 집중력의 저하, 전반적 불면증(global insomnia) 등을 제한하였다. 한편, 장기적인 위험요인으로는 절망감, 자살상념, 자살의지, 자살의 과거력 등을 제한하였다. 그 중에서 절망감은 우울증 자체보다 자살위험의 지표로서 더 유용하다고 하였다. 이외에도, 자살에 대한 정신역동적 예측인자들은 여러 연구자들이 자신의 이론적 배경과 임상적 경험에 기초하여 다차원적으로 제시되어 왔다.

이에, Goldstein 등[12]은 1,906명의 환자를 대상으로 다중회귀법을 적용하여 자살을 예측할 수 있는 통계적 모델을 제시하고자 하였다. 그런데, 놀랍게도, 이 모델은 자살을 수행한 단 한 명도 미리 발견해내지 못하였다. 결론적으로, 그들은 자살위험도가 매우 높은 환자들에게서마저도 현재의 정신역동적 특징을 토대로 한 자살의 예측은 불가능하다고 설명하였다. 즉, 치료자가 환자에게 자살이 임박하였음을 판단할 수 있는 경우는 환자가 자살의도를 언어적으로 표현하는 경우와 비언어적인 행동으로 명백하게 표현하는 경우 뿐인 것이다. 이러한 결과들은 치료자는 환자의 마음을 모두 읽을 수는 없고, 자살에 대한 명백한 언어적이나 비언어적 표현이 없을 때 자살을 미리 예측해내지 못했다고 해서 자기비난을해서는 안 된다는 것을 시사해준다[5].

## 자살은 정신역동적 접근으로 예방할 수 있는가?

우선 자살의 예방에 대한 논의에 앞서 논쟁의 여지가 전혀 없는 사실을 항상 명심해야 한다. 즉, 자신을 죽이고자 하는 의도가 실제로 있는 환자는 결국에는 그렇게 하고야 만다는 것이다. 억제대의 사용, 주의 깊은 관찰 및 임상적 기술 어느 것도 진정으로 죽으려고 결심한 환자를 막을 수 없었다. 이것은 병원의 의료진들이 입원실 내에서 일어날 수 있는 모든 자살을 예방할 수는 없음을 시사하는 것이다[5]. 더불어, 만약 어느 병원에서 자살이 전혀 일어나지 않는다면 의료진들이 환자의 행동에 대해 책임을 너무 많이 지고 있는 것이라는 견해도 제시되었다[13]. 그러므로 치료자는 궁극적으로 자살을 실행에 옮기기 보다 자살충동을 언어적으로 표현하는 방법을 습득해야 할 책임이 환자 스스로에게 있음

을 반복적으로 강조해야 한다. 즉, 우울증 환자가 다시 대상과 접촉하게 하고 자기파괴적 위험을 완화시킬 수 있도록 적개심을 표현하여 외부로 향할 수 있도록 해주어야 한다. 한편 Freud는 정신치료 과정에서 기법은 단지 목표에 이르는 수단으로만 인식하였고, 그 결과는 치료자의 인격과도 관계가 있다는 사실을 강조하였다[14]. 따라서 우울증 환자가 겪고 있는 무의식 수준의 가학적 성향을 치료자가 공감을 해낼 수 있는 정도가 자살 예방에 있어 정신역동적으로 가장 중요한 결정인자가 될 것이다.

최근에는 자살이나 자살행동에 있어서도 신경생물학적 요인과 정신사회적 요인을 통합하여 스트레스-소인 모델(stress-diathesis model)을 적용하여 그 예측을 포함한 예방적 접근을 논의하고 있다. 그리고 '절망감과 충동성'은 인지행동치료나 알코올 치료계획을 포함한 정신치료에 있어 임상적으로 중요한 정신역동적 요인으로 상정되어 자살의 예방에 있어 유용한 치료적 목표로 제시되었다[15]. 자살환자는 인생에 대한 제한된 안목과 현실 사이에 괴리가 존재하는데, 치료자는 환자의 인생에 대한 환상의 상실을 스스로가 애도할 수 있도록 도와주어야 한다. 이러한 정신치료적 과정이 이루어지기 위해서, 치료자는 오히려 환자의 절망감을 이해할 수 있어야 하며, 그것을 통해서 환자는 환상의 상실을 애도할 수 있게 되고 보다 새롭고 현실적인 상황으로 대체할 수 있게 되는 것이다[16,17].

## 최근 대한민국에서 급증하는 우울과 자살에 대한 정신치료자의 관점

앞에서 언급한 기존 우울증과 자살에 대한 이론만으로는 현재 대한민국에서 발생하는 우울증과 자살의 급격한 증가를 설명하기에 미흡하다. 이는 아마도 새롭게 급변하는 사회문화적 배경에 대한 이해를 바탕으로 한 연구가 이루어져야 하는데 아직 그러한 현상에 대한 연구가 미처 이루어지지 못하였기 때문으로 추정된다. 우선 세계사에 유례없이 빈민국에서 경제대국으로 가장 빨리 진입하였고, 원조를 받던 나라에서 원조를 주는 나라로 근세의 역사에 기록될 만큼 새로운 사회문화적 변천을 겪고 있기 때문에, 또한 미래에 어떤

방향으로 변화할지 예측하기 어려운 환경이기에 연구의 방향을 잡기조차 어려운 상황이다. 이러한 불확실하고 예측하기 어려운 상황에서 정신치료자의 시각으로 본 몇몇 현상에 대한 추론을 통해 향후 우울과 자살에 대한 연구방향에 도움을 주고자 한다.

첫째 추론, 문화변천이 증상형성에 많은 영향을 끼쳤을 것이다. 임상가라면 누구라도 진료실에서 볼 수 있는 현상인데 우울 현상을 호소하는 주부들이 많아지고 있다. 이렇게 급증하는 우울증에 대한 원인을 생각하며 그 과정을 이해해야 대책을 세울 수 있다. 새로운 생화학적 이론이나 약물의 개발이 증상 완화에 도움을 주는 것은 사실이지만 그 원인에 대한 사회문화적 접근은 아직 부족하다. 과거의 이론적 우울증 발생도식에 환원적으로 맞추려는 태도로는 현재 우리나라 주부들이 호소하는 우울증의 내용을 제대로 설명하기 어렵다. 예를 들면 아이 하나를 키우는데 절반 정도의 주부들이 육체적, 정신적으로 지쳐 있다. 그 중 병원을 찾으면 대부분 우울증이라는 진단을 받게 된다. 물론 항우울제나 항불안제로 증상은 호전된다. 더구나 아이가 둘이면 육체적, 정신적 피로는 배가 되어 더 많은 주부들이 병원을 찾을 필요성을 느낀다. 이점은 분명 외국과 다르다. 원인으로 양육 이외의 가사일, 친인척간의 관계에서의 갈등, 사회의 무한경쟁적 태도가 가정에 침투하여 아이들 교육에 대한 부담, 사회적으로 지친 남편이 가정에서 가장으로서의 역할 분담을 제대로 못하는 점, 상대적인 경제적 박탈감 등을 생각할 수 있다. 이는 과거 가족공동체의 도움으로 외롭거나 소외 당하지 않던 우리나라의 전통적인 가정환경과는 매우 다르다. 남녀유별로 남녀 각각의 주체성을 강조해왔던 전통적인 교육과는 달리 현재는 남녀구별이 없는 공통의 교육을 받았다. 하지만 실제 결혼생활에서는 받은 교육과 현실의 괴리가 생겨, 핵가족으로서 도움이나 조언을 받기가 어려워진 점, 그러면서도 친인척관리의 부담은 대가족제도 시절과 마찬가지로 그대로 남아 있는 점, 여성의 인권향상에 대한 계몽은 개선되었으나 실제에 있어서 아직 육아시설 등에 대한 사회적 인프라 구축 등이 부족한 점 등은 과거와 달리 여성이 개인적인 차원에서 자신에게 부과된 다른 일 이외에 육아에 대한 전적인 부담을 그대로 덩으로 짊어지는 현상이 발

생하게 되었다. 환자들은 “지치셨군요,” “과로하셨군요”라는 말에 전적으로 동의한다. 이런 환자들에게 우울상태를 탈진상태 라고 표현하는 것이 더 어울린다. 이처럼 문화변천은 그리 쉽게 변하고 쉽게 적응할 만한 것이 아니다. 따라서 서양 특히 미국에서 진단하고 치료하는 우울증이라는 현상이 우리나라에 빈틈없이 들어맞는가라는 의문이 생긴다. 우울증이라는 단어도 최근에야 환자들로부터 들을 수 있었지, 불과 10여 년 전만해도 환자들이 우울하다고 직접 표현하는 일은 거의 없었다[18]. 그래서 급격한 문화변천에 따른 우울증의 원인과 질병형성과정에 대한 연구가 필요하다.

둘째 추론, 감정의 불안정성이 증상형성에 영향을 미쳤을 것이다. 대한민국은 경제부흥을 단시간에 이루어 낸 긍정적인 업적이 있는 반면 그만큼 개인적 스트레스나 대인간의 갈등, 사회적인 경쟁적 분위기 등이 적응하거나 해소하기에는 시간적으로 너무 촉박하여 부정적인 업적도 세계적 수준이라고 봐야 한다. 즉, 경제협력개발기구 국가 중 자살률 1위는 경제성장 1위라는 성과의 그림자에 해당하는 부분이라고 할 수 있다. 개인의 경우 무리하게 일하거나 공부하여 외관상 좋은 성과를 이루었다 하더라도 과로에 의한 신체적 질병을 얻는다든지, 일에 파묻혀 대인관계를 잃어버려 외로움에 빠지는 것과 마찬가지로 할 수 있다[19]. 소위 문지마 살인, 문지마 관광, 문지마 폭력, 막말녀, 막말남 등 겉으로 보기에는 동기가 없어 보이지만 한 꺼풀만 벗기면 내부에 있는 적개심, 욕구불만, 소외감, 외로움 등이 폭발하고 있다는 것을 알 수 있다. 특히 학교폭력, 집단 괴롭힘, 자살, 존속살인 등은 피해자가 가해자로 되는 악순환의 고리를 이루고 있다[20,21]. 그 바탕에는 분노라는 공통분모가 화약처럼 차곡차곡 쌓여 있다가 불씨만 닿으면 대폭발을 일으키는 것과 같다. 성장과정 중 가정에서 발생하는 갈등에 의한 개개인의 분노와 더불어, 사회적으로 발생하는 스트레스가 상승작용을 일으켜 짜증난다는 말을 입에 달고 사는 젊은이들의 분노는 그 원인을 밝혀야 해결방안을 찾을 수 있다. 그래서 우리나라 젊은이들이 가정과 사회에서 겪어 온 분노의 형성 과정에 대한 체계적인 연구가 필요하다.

셋째 추론, 인터넷 등 통제할 수 없는 과학의 발달이 증상의 진행에 영향을 미쳤을 것이다. 우리나라를 IT강국이라

하며 인터넷의 발달이 광속으로 변하는데 여기에서 발생할 수 있는 문제점에 대한 대책은 결음마 수준이다. 어린아이에게 핵폭탄 단추를 맡겨버린 것만큼 문명의 이기로 사용될 훌륭한 발명품이 정신적으로 성숙하지 못한 사람들에게 제공된 결과는 인터넷 중독, 인터넷 악성 댓글, 인터넷 도박 등으로 악용되고 있다. 이러한 현상도 한 꺼풀만 벗겨보면 빛나간 애정으로 인한 무한경쟁의 강요 속에 나름대로의 탈출구를 찾으려는 궁여지책이고, 건전하지 못한 스트레스 해소용 취미생활, 목적을 위해서는 수단방법을 가릴 수 없었던 도덕적 마비 등에 기여한다. 정제되지 못하고 거의 무의식에 가까운 본능적 충동이 제어장치 없는 인터넷이라는 도구를 통해 타인에게 영향을 주고 있다. 개구리들이 사는 연못에 아무 생각 없이 아이가 돌을 던질 때 발생하는 현상이 지구 전체에서 일어나며, 소위 IT강국이라는 평가를 받는 우리나라에서는 정신적, 도덕적 오염물질의 전파가 어느 나라보다도 빠르다. 우울증과 자살의 전염은 인터넷의 급격한 보급에 의한 역기능과 밀접한 연관을 가지고 있을 것이라는 느낌을 받는다. 속도는 인터넷의 발달 속도에 비례하는 느낌이다. 인터넷의 문제점에 대한 연구는 다양하게 이루어져야 하지만 우선 인터넷과 같은 새로운 과학적 소통수단이 우울증과 자살에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 연구가 필요하다[22].

## 결 론

자살과 우울에 대한 다양한 측면을 지면관계상 모두 다룰 수는 없어 정신역동적인 면의 일부와 우리나라 상황에 맞는 연구방향 일부를 제시하였다. 우울증과 자살이 사회적 문제로 대두되고 정치적인 측면에서의 관심과 대책마련이 촉구되는 현실은 정신과 의사들에게 책임과 권리를 동시에 요구한다. 정신과 의사들이 타성에 젖어 외국의 문헌을 읽기만하고 깊은 고찰과 현실에 대한 통찰 없이 외국이론에 끼워 맞추기에 급급하고 더 이상 우리의 현실에 대한 연구를 게을리한다면 무책임이라는 비난을 면치 못할 것이다. 외국의 이론을 곁잡기 식으로 차용하지 말고 그런 이론이 생기게 된 배경과 과정에 대한 이해를 충분히 한다면 외국의 현실과 우

리의 현실에 대한 차이를 이해하고 우리의 현실에 맞는 이론을 제시할 수 있을 것이다. 이것은 현재 대한민국에서 살아가는 정신과의사들만의 고유한 책임이다. 만일 정신과의사들이 이러한 책임을 제대로 하지 못한다면 다른 사회적 세력이나 정치적 세력의 간섭과 통제를 받을 수 밖에 없다. 우울증과 자살에 대하여 의학적 지식을 바탕으로 접근을 하여 올바른 대책을 제시하고 또한 이러한 지식을 바탕으로 사회적으로 정치적으로 지원을 받아야 하는 것이 정신과의사들의 고유한 권리이다. 이러한 올바른 길을 제시하고 이끌어가는 것을 우리의 현실은 정신과의사에게 요구하는 것이다.

## Acknowledgement

This study was supported by a grant of the Korean Health 21 Care Technology R & D Project, Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea (A102065).

**핵심용어:** 우울증; 자살; 적개심; 공감; 문화변천

## REFERENCES

1. Litman RE. Evaluation and management of suicidal patient. In: Enelow AJ, editor. Depression in medical practice. West Point: Merck Sharp & Dohme; 1970. p. 139-156.
2. Statistics Korea. The leading causes of death in Korea [Internet]. Daejeon: Statistics Korea;— [cited 2012 Mar 7]. Available from: <http://kostat.go.kr/vnsearch/search.jsp>
3. Sudack HS. Suicide. In: Sadock BJ, Kaplan HI, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 2442.
4. Ernst C, Mechawar N, Turecki G. Suicide neurobiology. Prog Neurobiol 2009. p. 2717-2732.
5. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
6. Freud S. Mourning and melancholia (1917). In: Freud S, Strachey J, Freud A, Strachey A, Tyson A, editors. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. 12. London: Hogarth Press; 1958. p. 237-260.
7. Freud S. The ego and id (1923). In: Freud S, Strachey J, Freud A, editors. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. 19. London: Hogarth Press; 1961. p. 1-66.

8. Menninger KA. Psychoanalytic aspects of suicide. *Int J Psychoanal* 1933;14:376-390.
9. Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W.W. Norton; 1945.
10. Tarachow S. *An introduction to psychotherapy*. 4th ed. Madison: International University Press; 1986.
11. Clark DC, Fawcett J. An empirical based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder. In: Jacobs D, editor. *Suicide and clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992. p. 55-73.
12. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48: 418-422.
13. Olin HS. Psychotherapy of the chronically suicidal patient. *Am J Psychother* 1976;30:570-575.
14. Saul LJ. *The childhood emotional pattern: the key to personality, its disorders and therapy*. New York: Van Nostrand Reinhold Co.; 1977.
15. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtko A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-2074.
16. Richman J, Eyman JR. Psychotherapy of suicide: individual, group, and family approaches. In: Lester D, editor. *Understanding suicide: the state of the art*. Philadelphia: Charles C Thomas; 1990. p. 139-158.
17. Smith K, Eyman J. Ego structure and object differentiation in suicidal patients. In: Lerner HD, Lerner PM, editors. *Primitive mental states and the Rorschach*. Madison: International Universities Press; 1988. p. 175-202.
18. Roh S, Park YC. Characteristics of depression in Korea and non-pharmacological treatment. *Korean J Biol Psychiatry* 2006;13:226-233.
19. Park YC. The high risk group of suicide completion. *Yonhap News*. 2010 Mar 31.
20. Park YC. The cause of 'thoughtless offences' is social stress. *Yonhap News*. 2009 Aug 27.
21. Park YC. A graduation ceremony in trouble. *Yonhap News*. 2010 Feb 16.
22. Park YC. Song Jee-Sun's suicide. *Yonhap News*. 2011 May 24.



### Peer Reviewers' Commentary

사람의 마음을 이해하는 것, 그 중에서도 자살하는 사람의 마음을 헤아리는 것 참으로 어렵지만 중요한 일이다. 본 논문은 최근 그 중요성이 재조명되고 있는 자살에 대해 정신역동적인 견지에서 자살과 우울증의 관련성을 고찰하고 임상상황에 적용 시 나타나는 사회문화적 한계점과 그 대안에 관하여 기술하고 있다. 특히 저자들은 현재 자살의 대책마련이 사회, 정치적인 측면만 지나치게 강조되고 있는 현실을 비판하고 있다. 궁극적으로 자살은 우울과 관련하여 사회, 문화적인 관점에서 심층적인 기반 연구가 선행되어야 하며, 일차적으로 정신건강의학과 의사의 참여는 물론 양식 있는 의료진들의 책임과 사명을 강조하고 있다.

[정리·편집위원회]