



## 자살과 위기중재

김 성 완<sup>1-3</sup> · 김 재 민<sup>1,2</sup> · 신 일 선<sup>1,2</sup> · 윤 진 상<sup>1,2\*</sup> | <sup>1</sup>전남대학교 의과대학 정신건강의학교실, <sup>2</sup>전남대학교병원 우울증임상연구센터, <sup>3</sup>광주광역시북구정신건강센터

## Suicide and crisis intervention

Sung-Wan Kim, MD<sup>1-3</sup> · Jae-Min Kim, MD<sup>1,2</sup> · Il-Seon Shin, MD<sup>1,2</sup> · Jin-Sang Yoon, MD<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Chonnam National University Medical School, <sup>2</sup>Depression Clinical Research Center, Chonnam National University Hospital, <sup>3</sup>Gwangju Buk-gu Community Mental Health Center, Gwangju, Korea

\*Corresponding author: Jin-Sang Yoon, E-mail: jsyoon@chonnam.ac.kr

Received January 18, 2012 · Accepted February 5, 2012

The rate of suicide, which is the fourth leading cause of death in Korea, has been increasing rapidly. Thus, the development of appropriate crisis intervention and treatment approaches is important for efforts to prevent suicide. In the context of crisis intervention, interviews with persons at risk of suicidal behavior should be characterized by the following three elements: empathic communication (active listening), the evaluation of suicidal ideation and risk factors, and the enhancement of protective factors against suicide. The intensity of suicidal thoughts, thoughts of suicide methods, intent to act on suicidal thoughts, and specific suicide plans should be evaluated in detail. Risk factors associated with suicide include being male, older, or divorced; having a physical illness or a recent discharge from a psychiatric hospital; experiences of hopelessness or aggression; impulsivity; and easy access to a method of suicide. Any history of previous suicide attempts should be identified in all persons at risk for suicide because such a history is an important clinical indicator of both additional attempts and completed suicides. More than 90% of all suicides are attributable to an emotional or psychiatric illness such as depressive disorder, bipolar disorder, alcohol-use disorder, or schizophrenia. Therefore, immediate and appropriate psychiatric treatment for psychiatric illnesses related to suicide risk is essential. Hospitalization in a closed psychiatric ward can help to prevent suicide among those presenting with a high and immediate risk for suicide. In conclusion, suicide and attempted suicide can be prevented by adequate treatments such as antidepressants, lithium, clozapine, and cognitive-behavioral therapy.

**Keywords:** Suicide; Depression; Antidepressive agents; Crisis; Empathy

### 서 론

통계청 자료에 의하면 2010년 자살한 사람은 15,566명으로 인구 10만 명당 31.2명이었다. 국내 자살률은 해

마다 증가하여 경제협력개발기구에 가입된 국가 중 가장 높다. 자살은 우리나라 전체 사망 원인 중 6.1%에 달하고, 암, 뇌혈관질환, 심장질환에 이어 4번째로 흔한 사망 원인이다. 당뇨병, 폐렴, 간질환, 고혈압성 질환에 의한 사망자보다 자

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.

살로 사망한 사람이 더 많고, 교통사고로 사망한 사람보다 자살로 사망한 사람이 2.3배 많았다[1]. 그럼에도 교통사고 예방을 위한 사회구조적 접근이나 다른 질병 치료 연구에 투자하는 비용에 비해 자살을 감소를 위한 우리사회의 노력은 매우 부족한 실정이다. 우리나라의 중요한 사회문제가 자살의 문제인 자살을 감소를 위한 체계적이고 과학적인 대책이 시급하다. 이에 본 논문에서는 자살을 생각하고 있는 위기상태의 개인을 일차 의료인이 어떻게 중재해야 하는지에 대해 소개하고자 한다.

## 자살 위기중재의 핵심 3요소

자살생각을 표현하는 위기상태의 개인을 만나 대화하는 것은 그리 쉬운 일은 아니고, 의료인에게 책임감과 더불어 큰 부담을 지우는 일이다. 자살위험성이 있는 개인을 면담할 때 중요한 3가지 핵심 요소를 Table 1에 정리하였다. 자살충동은 단기간에 소실시키기 어려운 경우가 대부분이고 정신건강 전문가라 할지라도 한두 번의 면담으로 자살을 예방하기란 쉽지 않다. 때문에 자신이 제공할 수 있는 도움의 한계를 인지하고, 아래 기술된 3가지 핵심 사항들을 기억하고 면담한다면 효율적인 위기중재가 될 수 있을 것이다.

### 1. 공감적 의사소통

자살을 고려하는 개인을 면담할 때 가장 중요한 것 중 하나는 죽음을 생각할 만큼 심각한 어려움과 고통을 겪고 있는 것에 대해 공감하는 것이다[2]. 공감은 다른 사람의 감정, 생각, 경험을 느끼고 이해할 수 있는 능력이다. 자살과 관련된 대화는 주제가 무겁고 자살생각이나 시도에 대해 부끄러움을 느껴 대화를 시작하는 것이 쉽지 않을 수 있는데, 자신들이 있는 그대로 받아들여진다는 느낌을 주는 공감적 태도는 깊은 대화로 이어가는데 도움이 된다. 더불어 자살위험도는 시점에 따라 자주 변할 수 있기 때문에 반복해서 평가해야 하는데, 이때도 기계적 반복이 아닌 공감적 태도로 평가하는 것이 효과적이다[2].

공감적 의사소통을 통해 자신의 고통스러운 감정과 경험을 이해 받고 나눌 때 치료적 효과가 시작된다[3]. 공감은 죽

고 싶어하는 이유를 잘 듣는 데서 출발한다. 자살 충동을 느끼는 이유와 힘든 상황에 대해 충분한 이해를 하지 못한 채 무조건적으로 격려를 하는 것은 효과가 크지 않다. 또한 죽고 싶다고 말하는 사람에게 삶의 가치에 대해 설교하거나 자살의 옳고 그름에 대해 논쟁하는 것도 자신의 생각과 감정에 대해 거절 받는 느낌으로 전해져 자살을 예방하는데 그리 효과적이지 않다. ‘당신이 죽음을 생각할 만큼 힘든 상황에 놓여 있는 것 같아 정말 괴롭겠군요’라는 마음이 전해질 때 공감의 힘이 발휘되고 위로 기능이 작동한다. 물론 그 상황에서 자살을 생각하는 것이 당연하다거나 실행 계획에 대해 동의한다는 의미로 전달되는 것은 주의해야 한다. 중요한 점은 그 개인이 겪고 있는 고통스러운 감정에 대해 적극적으로 표현하도록 하고 이를 수용하고 이해하려는 노력이다.

### 2. 자살위험도 평가 및 중재

공감적 태도로 자살의 위험도 즉, 자살을 실행할 가능성을 예측하고 평가하는 것이 중요하다. 이는 자살위험도에 따라 치료적 전략이 크게 달라질 수 있기 때문이다. 자살위험도 평가는 정신의학적, 심리적, 신체적, 사회적 요소를 포괄하여 평가하는 것이 필요하다. 구체적으로 확인해야 할 자살위험요인은 다음 장에 소개하고자 한다.

자살을 고려하는 정도를 평가할 때, 먼저 자살을 말하는 것에 대한 부담감이나 거부감을 줄이기 위해 자살에 대한 생각을 일반화(정상화)하여 보다 편하게 자살에 대한 표현을 할 수 있도록 하는 것이 좋다. 예를 들어 다음과 같이 질문을 시작할 수 있다. “사는 게 힘들거나 비관적인 생각이 들면 살기 싫거나 죽고 싶다는 생각을 하기도 합니다. 혹시 그런 생각을 해본 적이 있나요?” 이렇게 질문을 시작하지만 결국은 ‘자살’이라는 용어를 직접적으로 사용하여 자살에 대한 생각이 얼마나 구체적이고 적극적인인지 꼭 확인해야 한다. 즉, 자살에 대한 생각을 얼마나 자주 하는지, 자살 방법을 생각해보았는지, 자살을 시도할 의도가 얼마나 강한지, 자살에 대한 구체적 계획을 세웠는지, 자살 도구를 준비하였는지, 자살 충동을 조절할 수 있는지 등에 대해 각각 확인해야 한다.

파악된 자살의 위험도와 원인에 따라 치료 방법이 결정된다. 자살위험성이 있다고 생각되면 즉시 정신건강의학과 의

**Table 1.** Key elements in interviews with persons with suicidal ideation

Key elements (3E)
Empathy: active listening
Evaluation of suicidal thoughts and risk factors
Enhancement of protective factors against suicide

사에게 평가 및 치료적 개입을 의뢰해야 한다. 자살위험도는 치료적 개입에 따라 충분히 감소할 수 있지만 즉각적으로 해소되기 보다 점진적으로 감소하고, 높은 자살 위험 상태에서는 24시간 밀착하여 동행하여도 자살이 불가항력적인 경우가 적지 않다. 때문에 자살위험성이 높다고 생각되면 일단 정신건강의학과 보호병동에 입원하여 자살시도를 방지하고 집중 관리하면서 위기 시기를 넘기는 것이 필요하다. 그리고 변화 가능한 자살위험요인을 감소시키려는 시도를 해야 한다.

### 3. 자살 방어인자 강화

자살위험요소를 감소시키는 것만큼 자살충동을 억제하는 방어인자를 파악하여 이를 강화시키려는 노력이 중요하다 (Figure 1). 일반적으로 가장 강력한 자살 방어인자는 가족이다[4]. 가정이 있는 기혼자는 사별하거나 이혼한 사람들에 비해 자살률이 낮다[2]. 국가의 이혼율과 자살률은 비례하는 경향이 있다. 배우자뿐 아니라 자녀나 부모도 자살의 중요한 방어인자로 작용한다. ‘죽고 싶지만 아이들 생각해서 차마 자살은 하지 못할 것’이라고 말하는 경우가 흔하다. 반대로 자살의 방어인자인 가족이 그 기능을 상실하고 위험인자로 작용하게 되면 자살의 위험성은 매우 높아지게 된다. 예를 들어 ‘내가 자식들에게 짐이 되는 것 같아 죽는 것이 자식들을 위하는 길이다’라고 생각하는 노인들의 자살위험성은 매우 높다. 이 경우에는 가족이 자살의 방어인자로 작용할 수 있도록 개입하고 중재해야 한다.

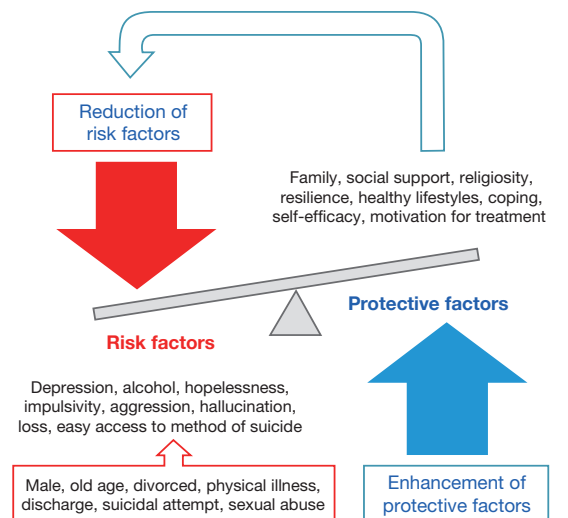
종교도 자살의 방어인자로 작용하는 경우가 있다. 종교 유무에 따른 자살률의 차이에 대한 보고는 일관되지 않은 경향이 있다. 하지만 강한 종교성은 자살시도나 자살생각의 감소와 관련된다고 보고된다[4-6]. 특히 우울증이나 조울병 환자에서 종교가 자살시도의 감소와 관련된다고 보고된다[5,6]. 이는 자살에 대한 도덕적, 종교적 반대, 가족에 대한

책임감, 절망감 감소를 매개로 종교가 자살충동을 억제한다고 생각된다[4]. 우리나라에서는 종교에 따른 자살률의 차이는 보고되지 않지만, ‘죽고 싶은 마음이 들지만 자살은 죄니까 자살하진 않을 거예요’라고 말하는 종교인들이 적지 않은데, 이런 경우 종교적, 도덕적 가치관이 자살의 방어인자로 작용할 수 있다.

이외에도 갈등을 해결할 수 있는 능력과 적극적 대응 전략, 회복탄력성, 인지적 융통성, 안정된 대인관계와 사회적 지지체계, 살아가는 이유와 의미를 생각함, 자존감, 성취감, 죽음에 대한 두려움 등은 자살충동을 억제하는 방어인자로 작용할 수 있다[2]. 또한 건강한 식습관, 충분한 수면, 적절한 신체운동 등 건강한 생활습관도 방어인자로 역할을 할 수 있다. 이러한 방어인자를 강화시키기 위해서는 치료자가 이러한 요소를 알려줄 수도 있으나, 자살을 막고 있는 요인이거나 ‘그래도 죽지 말고 살아야지’라고 생각하는 이유를 물어 직접 생각하고 표현할 수 있는 기회를 주는 것이 좋다. 하지만 이러한 방어인자들은 위험인자가 강력하게 작용하는 상황에서는 자살충동의 억제 기능을 발휘하기 어려우므로 위험요소의 심각성 평가와 이들의 감소를 위한 노력이 병행되어야 한다(Figure 1).

## 자살위험요인

자살위험요인을 평가하고 파악하는 것은 입원치료 등 개입 방법을 정하는 것과 변화 가능한 위험요인에 대한 중재를 위해 중요하다. 전통적으로 다음과 같은 특성이 있을 때 자살위험성이 증가하는데, 남성, 고령, 이혼, 신체질병, 경제적 어려움, 최근 정신건강의학과에 입원 치료 후 퇴원한 경우, 자살의 가족력, 자살시도 경험 등이다[7]. 한편 변화 가능하여 중재가 필요한 자살위험요인으로는 우울증, 알코올 문제, 상실에 대한 반응, 절망감, 비합리적 또는 비현실적 생각, 환청과 같은 정신병적 증상, 자살의 구체적 계획, 자살도구의 접근성 등이다(Figure 1). 이들 요소 중 본 논문에서는 임상적 의미가 커서 주의 깊게 평가하고 개입할 필요성이 있는 요인인 과거 자살시도 경험, 우울증, 알코올 문제 등에 대해 논하고자 한다.



**Figure 1.** Interaction of risk and protective factors determining the vulnerability of an individual to develop suicidal behavior.

## 1. 우울증

자살은 정신의학적 질병과 관련성이 매우 높다. 자살희생자의 약 90%에서 진단 가능한 정신의학적 질병이 존재한다[7]. 특히 자살과 관련된 가장 중요한 정신의학적 질병은 우울증 및 조울병과 같은 기분장애, 조현병(schizophrenia), 알코올 의존, 불안장애, 인격장애 등이다[7-10]. 때문에 효과적인 자살예방을 위해서는 자살의 원인이 되는 기저 정신의학적 질병을 정확히 진단하는 것이 필수적이다[2].

일반인에 비해 우울증 환자는 자살 위험성이 13-26배 높다[8]. 우울증상을 포함하는 양극성 기분장애는 일반인에 비해 자살위험성이 약 25배 높다[9]. 자살희생자를 대상으로 한 20개 이상의 심리적 부검 연구에서 자살시도자의 30-90%가 우울증을 가지고 있었음이 보고되었다[10]. 우울증 치료를 위해 병원을 방문한 723명을 대상으로 한 국내의 우울증 코호트연구에서는 19.8%가 과거 한 번 이상의 자살시도를 하였고, 약 70%에서 연구기간 중 자살생각을 보고하였다[11]. 이러한 연구결과는 우울증상이 자살위험도와 밀접한 관련성이 있고, 우울증에 대한 적극적 대처가 자살예방에 효과적일 수 있음을 시사한다. 따라서 국내의 높은 자살률을 낮추기 위해서는 우울증에 대한 교육과 선별검사 및 적절한 치료의 제공이 중요하다.

## 2. 과거 자살시도 경험

과거 자살시도는 자살의 재시도와 미래의 자살사망의 가장 강력한 예측인자 중 하나이다. 자살을 시도한 사람은 1년 이내에 12-30%가 자살을 재시도하고, 1-3%는 이로 인해 사망한다[12]. 자살을 시도한 청소년을 대상으로 10여 년간 추적 관찰한 결과 자살시도자의 55%가 자살을 재시도 하였고[13], 60세 이상 노인을 대상으로 한 연구에서도 자살시도 후 1년 동안 23.8%가 자살을 재시도하였으며 12.7%가 결국 자살로 인해 사망하였다[14]. 자살사망자의 약 40%는 두 번 이상의 자살시도에서 사망하였다[15]. 국내의 한 대학병원 응급실에 내원한 자살시도자를 대상으로 한 연구에서도 자살사망자의 36.4%는 이전 자살시도 경험이 있는 재시도에서 사망한 것으로 나타났다[16]. 더불어 저자들의 연구에서 과거 자살시도 경험이 있는 사람은 현재도 67.2%가 자살을 생각하고 있었고, 자주 자살을 생각하는 빈도(35.9%)는 자살시도 경험이 없는 사람(3.5%)에 비해 10배 이상 높았다[17]. 국내 청소년들을 대상으로 한 연구에서도 과거 자살시도 경험자 중 85.2%가 현재도 자살생각이 있었고, 이는 대조군에 비해 7.6배 높았다[18]. 때문에 자살시도 경험이 있는 사람은 자살의 최고 위험군이라고 할 수 있고, 자살위험도를 평가할 때 필수적으로 확인해야 하는 사항이다.

저자들의 다른 연구에서는 최근 1년 이내에 자살시도를 한 사람의 우울증 유병률이 50.0%로 자살시도 경험이 없는 사람들의 우울증 유병률 9.1%보다 현저히 높았다[19]. 이는 자살시도가 일과성이고 우발적이기 보다는 우울증과 같은 정신의학적 질병의 경과 중 발생하였음을 의미한다. 때문에 자살시도 후 응급실을 방문했을 때, 우울증 선별검사를 포함한 정신의학적 개입이 꼭 이루어지도록 해야 한다. 하지만 실제로는 정신과 치료에 대한 우리사회의 편견과 낙인현상 때문에 자살시도 후 정신의학적 평가 및 치료를 꾸준히 받는 경우는 그리 많지 않다. 때문에 자살로 인한 사망률을 낮추기 위해서는 응급실을 방문하는 자살시도자에 대한 정신의학 개입을 체계화하고 더 나아가 의무화하는 것이 필요하다고 본다.

자살시도 경험이 있는 우울증 환자는 그렇지 않은 환자에 비해 임상적 특징과 치료에 대한 반응이 다르다. 국내의 다

기관 코호트연구에서도 자살시도 경험이 있는 우울증 환자는 빠른 발병 연령, 긴 병력, 빈번한 재발, 심한 우울 및 불안 증상의 특징이 있었다[11]. 더욱이 이러한 임상적 특징을 통제하고서도 과거 자살시도 경험이 있는 우울증 환자는 치료에 대한 반응이 늦고 회복되는 빈도가 유의하게 낮았다. 또한 과거 자살시도 경험이 있는 우울증 환자는 치료 기간 중 새로운 자살생각이 발생하거나 자해하는 빈도가 자살시도 경험이 없는 환자에 비해 유의하게 높았다. 때문에 과거 자살시도 경험이 있는 우울증 환자는 보다 집중적으로 충분한 기간 치료를 유지하고 지속적으로 자살위험성을 평가해 갈 필요가 있다. 결론적으로 모든 정신의학적 면담에서 과거 자살시도 경험을 파악하는 것은 매우 중요하고 필수적이다.

### 3. 알코올 문제

알코올 의존 환자들은 일반인에 비해 자살률이 6배 정도 높고, 특히 여성 알코올 의존 환자들은 일반인에 비해 자살 위험성이 약 20배 증가한다고 보고된다. 알코올 의존환자의 약 40%에서 자살시도 경험을 보고하고, 10-15%는 자살로 사망한다[20]. 자살로 사망한 사람의 50% 이상에서 알코올 남용이 확인되었고, 많게는 약 70%에서 음주상태에서 자살을 시도한다고 보고된다[21]. 특히 충동적 자살은 술이 관련 될 가능성이 더욱 높다.

알코올은 중독이나 남용 수준이 아니라도 자살과 관련성이 높다. 일부 유럽 국가에서는 사회 전체의 알코올 소모량과 비례해서 자살이 증가하였다[22]. 일본에서도 알코올 중독 수준이 아닌 사회적 음주를 하는 경우에도 개인의 알코올 섭취 양과 자살위험도는 비례한다고 보고되었다[23]. 이처럼 술이 자살위험성을 증가시키는 이유는 알코올이 충동성을 증가시키기 때문으로 생각된다. 음주는 치명도가 더 높은 자살방법을 선택하게 해 자살로 사망할 가능성을 증가시킨다. 또한 음주는 합리적 판단을 약화시켜 자살방어요인이 작동하지 못하도록 한다. 따라서 자살생각이 있는 사람의 음주 패턴을 확인하는 것이 꼭 필요하고 금주를 권해야 한다. 우리 사회에서는 누군가 우울해하며 죽고 싶다고 호소할 때, 술을 권하며 위로하는 것이 매우 보편적이다. 하지만 이는 자살위

험성을 증가시키는 매우 위험한 일이다. 자살생각이 있는 사람에게 술은 꺼져가는 불씨에 붓는 기름과 같은 것으로 우리 사회의 음주문화 개선이 자살률 감소를 위해 필요하다.

## 자살 위기중재를 위한 정신의학적 치료

자살의 위험요인을 갖고 있는 사람이 자살에 대한 계획이나 의도를 갖고 있을 경우 보호병동에 입원하는 것이 우선적으로 할 수 있는 위기중재이다. 이는 자살의 급성 위험은 한 시적이고 자살시도는 충동성과 관련되므로 일단 자살도구에 접근하는 것을 차단할 수 있는 보호병동에 입원하여 위기를 넘기는 것이 안전하기 때문이다. 나아가 입원하는 동안 자살의 원인이 되는 우울증, 알코올 문제, 정신병적 증상, 절망감 등을 효과적으로 치료할 수 있다.

약물치료는 자살위험성을 높이는 우울, 불안, 불면, 정신병적 증상 등의 급성 정신의학적 문제를 감소시키는 데 매우 효과적이다. 약물치료를 할 때, 일반적으로 치료 초기에 자살위험성이 가장 높으므로 각별한 주의가 필요하다. 처방 약물은 자살도구로 사용될 수도 있으므로 한 번에 너무 많은 양의 약물을 처방하는 것은 바람직하지 않다.

우울증을 조기에 적극적으로 치료하는 것은 자살예방을 위해 매우 중요하다. 최근 여러 연구에서 장기간 항우울제 치료를 받는 우울증 환자들에서 치료 받지 않는 환자들에 비해 자살시도와 자살사망이 현저히 낮다고 보고된다[24]. 또한 사회 전체의 항우울제 사용의 감소가 자살률 증가와 관련된다고 보고된다[25]. 하지만, 항우울제 사용이 청소년과 젊은 성인에서 치료 초기(2주 이내) 자살생각과 자살시도를 증가시킬 수 있다는 일부 보고도 있다[26]. 이는 약물의 효과 부족, 공존 인격장애, 진단적 불확실성(조울병) 등과 관련된다고 여겨진다. 따라서 자살위험 요인이 있는 우울증 환자에게 항우울제를 도입할 때는 정신건강 전문가의 정확한 진단을 거쳐 자살위험도를 평가하면서 사용하는 것이 바람직하다. 요약하면 우울증환자에서 항우울제 사용은 자살위험성을 현저히 낮출 수 있으므로 적극적으로 치료하는 것이 매우 중요하다. 아울러 우울증의 치료 초기에 잘 동반되는 불안, 불면, 정신병적 증상 등을 함께 조절해주는 것이 필요할

수 있다.

조울병 환자의 우울증상을 치료하는데 항우울제 단독 사용은 바람직하지 않다[27]. 조울병의 우울증 시기에 자살위험성이 특히 증가하는데, 이 때 항우울제를 사용하는 것은 치료 효과가 부족할 뿐 아니라 오히려 기분 변동을 일으켜 자살위험성이 증가할 수도 있다[27,28]. 때문에, 우울증상이 단극성 주요 우울증인지 양극성 기분장애(조울병)의 우울시기인지 구분하는 것이 중요하다. Lithium은 조울병의 우울증상 치료에 효과적일 뿐 아니라 자살예방에 효과가 있다는 보고가 많다[29]. 뿐만 아니라 lithium은 주요우울증, 조현정동장애(schizoaffective disorder) 등의 다른 기분장애 환자의 자살시도나 사망위험도도 유의하게 감소시키는 것으로 보고되었다[29,30]. 때문에 자살위험성이 높은 조울병 환자의 우울증상 치료에는 lithium이 1차 선택약물이 될 수 있다[27]. 조울병 치료에 널리 쓰이는 항정련제(valproate, carbamazepine)도 자살예방 효과가 lithium과 큰 차이 없다는 보고가 있으나 아직 증거가 충분하지는 않다[31].

조현병은 약 50%가 자살시도를 하고 10-15%는 자살로 사망하는 것으로 보고되는 자살의 고 위험요인이다[32,33]. 정신병적 증상과 자살위험도는 관련성이 높고, 특히 지시하는 환청은 자살위험성을 더욱 증가시킬 수 있다[32]. 따라서 이들 증상에 대한 적극적인 치료가 자살위험성을 낮출 수 있다. 아울러 조현병 환자에게 잘 동반되어 발생하는 우울증과 알코올 남용을 함께 치료하는 것도 자살예방을 위해 중요하다[32,33]. 항정신병약물 중에서는 clozapine이 무작위 대조연구에서 조현병의 자살위험도를 유의하게 낮추었고, 조현병에서 자살예방 목적으로 미국 식품의약품안전청의 승인을 받았다[34]. 최근 핀란드에서 11년간 조현병 환자의 사망원인을 분석한 역학연구에서도 clozapine을 복용한 환자는 다른 약물에 비해 현저하게 자살률이 낮아 자살예방효과를 입증하였다[35].

인지행동치료(cognitive behavioral therapy)가 자살예방에 효과적이라는 여러 보고가 있다[36]. 인지행동치료는 우울증상의 개선은 물론이고 자살 위험요인인 절망감을 개선하는데 효과적이다. 따라서 인지행동치료를 약물치료와 병합하면 자살예방에 더욱 효과적일 수 있다.

## 결론

자살은 적절한 위기중재와 치료로 예방될 수 있다. 자살위험성이 있는 개인과 면담할 때 중요한 점은, 첫째, 공감적 태도로 위기상태에 놓인 개인의 고통스러운 감정을 경청하는 것이다. 둘째, 자살위험도를 평가하여 위험 정도에 따른 치료 전략을 수립하고 위험인자를 줄이려는 시도를 하는 것이다. 셋째, 자살의 방어인자를 확인하여 이를 강화시켜 자살충동을 억제하는 것이다. 과거자살시도 경험이 있는 사람은 자살을 재시도할 가능성이 매우 높으므로 꼭 확인해야 한다. 우울증과 같은 기분장애나 알코올 남용 등 정신의학적 질병이 자살원인의 90% 이상을 차지하므로 적절한 정신의학적 진단이 필수적이다. 그리고 인지행동치료와 함께 항우울제, lithium, clozapine 등의 적절한 약물 사용이 자살위험성을 낮출 수 있으므로 적극적인 정신의학적 치료가 중요하다.

## Acknowledgement

This research was supported by a grant of the Korea Health 21 R&D, Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea (A102065).

**핵심용어:** 자살; 우울증; 항우울제; 위기; 공감

## REFERENCES

1. Korea National Statistical Office. 2010 Annual report on the cause of death statistics. Daejeon: Korea National Statistical Office; 2011.
2. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, Zalsman G, Zemishlany Z, Carli V. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry 2012;27:129-141.
3. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I, Bardon C, Campbell JK, Berman A. Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. Suicide Life Threat Behav 2007;37:308-321.
4. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. Am J Psychiatry 2004;161:2303-2308.
5. Dervic K, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ, Oquendo MA.

- Protective factors against suicidal behavior in depressed adults reporting childhood abuse. *J Nerv Ment Dis* 2006;194: 971-974.
6. Dervic K, Carballo JJ, Baca-Garcia E, Galfalvy HC, Mann JJ, Brent DA, Oquendo MA. Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1390-1396.
  7. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005;293:2487-2495.
  8. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord* 2002;68:167-181.
  9. Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2003;37:297-303.
  10. Isometsa ET. Psychological autopsy studies: a review. *Eur Psychiatry* 2001;16:379-385.
  11. Kim SW, Stewart R, Kim JM, Shin IS, Yoon JS, Jung SW, Lee MS, Yim HW, Jun TY. Relationship between a history of a suicide attempt and treatment outcomes in patients with depression. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31:449-456.
  12. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, Goudemand M. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ* 2006; 332:1241-1245.
  13. Gehin A, Kabuth B, Pichene C, Vidailhet C. Ten year follow-up study of 65 suicidal adolescents. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:117-125.
  14. De Leo D, Padoani W, Lonnqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Wasserman D, Caon F, Scocco P. Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord* 2002;72:291-295.
  15. Sinclair JM, Harriss L, Baldwin DS, King EA. Suicide in depressive disorders: a retrospective case-control study of 127 suicides. *J Affect Disord* 2005;87:107-113.
  16. Jung WY, Park JM, Kang CJ, Lee BD, Lee YM. Clinical characteristics of completed versus non-completed suicide and re-attempt rates in 2-4 years. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2009;48:488-495.
  17. Kim SW, Kim SY, Kim JM, Suh TW, Shin IS, Kim SJ, Na GW, Kim SH, Yoon JS. A survey on attitudes toward suicide and suicidal behavior in Korea. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 2008;14:43-48.
  18. Kim SW, Kim SY, Yang SJ, Kim JM, Shin IS, Jeong S, Yoo JA, Bae KY, Yoon JS. Psychosocial correlates of suicidal ideation in middle-school students. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2010;49:604-610.
  19. Kim SW, Bae KY, Kim JM, Kim SY, Yoo JA, Yang SJ, Shin IS, Park JH, Kim SH, Yoon JS. Psychosocial correlates of attempted suicide and attitudes toward suicide. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2010;49:367-373.
  20. Roy A. Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *J Affect Disord* 2003;77:267-271.
  21. Kolves K, Varnik A, Tooding LM, Wasserman D. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychol Med* 2006;36:923-930.
  22. Landberg J. Alcohol and suicide in eastern Europe. *Drug Alcohol Rev* 2008;27:361-373.
  23. Nakaya N, Kikuchi N, Shimazu T, Ohmori K, Kakizaki M, Sone T, Awata S, Kuriyama S, Tsuji I. Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men: the Ohsaki Study. *Alcohol* 2007;41:503-510.
  24. Moller HJ. Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:329-343.
  25. Rihmer Z, Akiskal H. Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord* 2006; 94:3-13.
  26. Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA* 2004;292:338-343.
  27. Nivoli AM, Colom F, Murru A, Pacchiarotti I, Castro-Loli P, González-Pinto A, Fountoulakis KN, Vieta E. New treatment guidelines for acute bipolar depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2011;129:14-26.
  28. Akiskal HS, Benazzi F. Psychopathologic correlates of suicidal ideation in major depressive outpatients: is it all due to unrecognized (bipolar) depressive mixed states? *Psychopathology* 2005;38:273-380.
  29. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2005;162:1805-1819.
  30. Guzzetta F, Tondo L, Centorrino F, Baldessarini RJ. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68:380-383.
  31. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part I. Lithium, divalproex and carbamazepine. *J Affect Disord* 2007;103:5-11.
  32. Lee KM, Kim SW, Yoon JS, Hong CH, Yeum SH, Sea YH, Bae A. The relationship between theory of mind and suicide attempts in patients with schizophrenia. *Korean J Schizophr Res* 2011;14:131-139.
  33. Kim SW, Kim SJ, Mun JW, Bae KY, Kim JM, Kim SY, Yang SJ, Shin IS, Yoon JS. Psychosocial factors contributing to suicidal ideation in hospitalized schizophrenia patients in Korea. *Psychiatry Investig* 2010;7:79-85.
  34. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertol-

- di A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S; International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
35. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374:620-627.
36. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294:563-570.



### Peer Reviewers' Commentary

OECD 국가 중 최근 몇 년간 압도적인 1위를 기록하고 있는 자살은 단순한 개인적인 문제가 아닌 사회적 문제이면서도 동시에 의학적인 질환이기도 하다. 본 논문은 의료인이 자살의 위기중재를 위하여 반드시 숙지해야 할 사항을 잘 제시하고 있으며, 실제로 자살 시도자를 대할 때 중요하게 염두에 두어야 할 핵심 사항들을 체계적으로 기술하였다. 그 외 자살의 사회적인 요인에 대한 고려도 필요할 것이다.

[정리:편집위원회]